

Sumario

- **Primer encuentro de grupos de madres**
- **Noticias de ACPAM**
- **Noticias del Mundo**
- **Centro de Salud**
- **Ciencia**

Editorial

Primer encuentro de grupos de madres

A finales de abril tuvo lugar en Zaragoza, convocado por Vía Láctea, el primer encuentro español de grupos de apoyo a la lactancia materna.

Asistieron más de 170 madres pertenecientes a 21 grupos distintos. Intercambiaron experiencias e ilusiones, y volvieron a sus casas con las baterías recargadas para una buena temporada, con la agradable sensación de que no están solas en su esfuerzo.

En el curso de las jornadas se expresó públicamente el agradecimiento a los numerosos padres que esperaban pacientemente, paseando a sus hijos por los alrededores del edificio Pignatelli, sede de la reunión. Un signo más de que muchas cosas están cambiando en nuestra sociedad.

La extraordinaria proliferación de grupos de apoyo en España es un fenómeno tal vez único en el

mundo, pues lo habitual es que apenas existan dos o tres grandes organizaciones en cada país. Más que a nuestro carácter individualista y anárquico, el fenómeno parece deberse a la fuerte necesidad de información y apoyo que sentían numerosas madres.

Se decidió impulsar una federación nacional de grupos de apoyo a la lactancia, que les permita coordinar actividades, compartir conocimientos, unificar criterios y presentar, cuando así convenga, una voz única ante la sociedad, la administración o los medios de comunicación.

El entusiasmo era contagioso, y las participantes expresaron su propósito de reunirse de nuevo, probablemente en el 2003.

Noticias de ACPAM

Seguimos organizando cursos de lactancia materna por toda la geografía española. Parece que no decae el interés de los profesionales

por mejorar sus conocimientos para ayudar más eficazmente a las madres que lactan.

Crece también el número de nuestros amigos. Este boletín ha sido enviado a más de 1500 personas.

Noticias del Mundo

Nueva resolución de la OMS

En los últimos años ha habido cierta confusión, pues algunos documentos de la OMS recomendaban todavía iniciar la alimentación complementaria «a los 4-6 meses», y otros decían «alrededor de los 6 meses» (al igual que la Academia Americana de Pediatría). Para aclarar el tema, la OMS encargó en el año 2000 una exhaustiva revisión de la bibliografía, y reunió a un comité de expertos que en marzo de 2001 recomendó la lactancia materna exclusiva durante 6 meses (seguida, como en las recomendaciones anteriores, de la lactancia materna con alimentos complementarios hasta dos años o más).

En mayo de 2001, la Asamblea Mundial de la Salud (el órgano rector de la OMS) aceptó dicha recomendación, y en la resolución WHA54.2 insta a los estados miembros a promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

Puedes consultar estos y otros interesantes documentos, en español, en la página de la OMS, www.who.int.

Semana Mundial de la Lactancia Materna

El tema de este año es:

Lactancia materna en la era de la información

Las metas son:

- Presentar información clave sobre la lactancia materna;
- Destacar la variedad de formas y métodos de comunicación y las maneras efectivas de utilizarlos para proteger, promover y apoyar la lactancia materna;
- Compartir ideas y experiencias sobre la comunicación de temas difíciles y sobre amenazas a la lactancia materna, y
- Proveer y estimular enfoques novedosos y provechosos para ayudar a las madres a amamantar.

Centro de Salud

La lactancia y el destete en la obra de Melanie Klein

Con frecuencia se invoca el nombre de Melanie Klein para sugerir el destete antes del año. ¿Es esto lo que ella planteó? Tomaremos dos artículos de sus Obras Completas: «El destete» escrito en 1936 y luego la nota N° 2 de su artículo «Observando la conducta de bebés» escrito en 1952 (ocho años antes de su muerte), para conocer su opinión.

El destete (1936)

En relación a la lactancia natural y al biberón, Klein plantea:

He señalado la gran importancia que le atribuyo al amamantamiento natural;

[...] La experiencia nos demuestra que, a menudo, niños alimentados con biberón se desarrollan muy bien. Sin embargo, en análisis siempre se descubre en dichos niños un profundo anhelo por el pecho nunca satisfecho, y aunque la relación madre-pecho ha sido establecida en alguna medida, hace una diferencia al desarrollo psíquico el hecho de que la temprana y fundamental gratificación haya sido obtenida de un sustituto y no del objeto real deseado.

Puede decirse que aunque los niños alimentados con biberón se pueden desarrollar bien, el desarrollo sería distinto y mejor en uno u otro sentido si se los hubiese podido amamantar naturalmente. Además, mi experiencia establece que niños cuyo desarrollo se ve perturbado aun cuando fueron amamantados naturalmente, hubieran sido mucho peores de no haber sido alimentados así. Sintetizando: el amamantamiento natural es una ventaja para el desarrollo, aunque algunos niños que no tienen esta favorable experiencia se desarrollan bien sin ella.

En relación al destete dice:

En cuanto al proceso del destete, me parece de gran importancia que éste se lleve a cabo lenta y suavemente. Si se debe destetar al bebé, por ejemplo a los ocho o nueve meses, edad que me parece adecuada, ya a los cinco o seis meses debe sustituirse una mamada por el biberón, una vez por día. A continuación debe introducirse una mamadera por mes reemplazando al pecho. Al mismo tiempo se le empezará a dar comida sólida, para comenzar a suprimirle el biberón, que será reemplazado en parte con leche en vaso y en parte con alimento sólido. Se facilitará el destete si además se tiene paciencia y gentileza para acostumbrarlo a la nueva comida. No debe hacerse comer más de lo que desea ni comida que no le guste; por el contrario, debe dársele en abundancia lo que prefiere, sin enseñarlo a «portarse bien en la mesa» en este momento.

Observando la conducta de bebés (1952)

Melanie Klein plantea en la nota N° 2:

El comienzo del destete constituye así una crisis primordial en la vida del bebé, y sus conflictos llegan a otro clímax en la fase final del destete. Cada detalle del modo en que se lleva a cabo el destete tiene influencia en la intensidad de la ansiedad depresiva del bebé y puede aumentar o disminuir su capacidad de elaborar la posición depresiva. Así, un destete lento y cuidadoso es favorable, mientras que un destete brusco, al reforzar súbitamente la ansiedad, puede perjudicar el desarrollo emocional. Surgen aquí varias cuestiones pertinentes. Por ejemplo ¿cuál es el efecto de la sustitución del pecho por la mamadera en las primeras semanas, o incluso meses, de la vida? Tenemos razones para suponer que esta situación difiere del destete normal, que empieza alrededor de los cinco meses. [...]

Otra cuestión se relaciona con el efecto del destete tardío, habitual en pueblos primitivos y también en ciertos sectores de las comunidades civilizadas. No tengo datos suficientes en los que basarme para responder a esta cuestión. Pero puedo decir que en la medida en que puedo juzgar por observaciones y por la experiencia psicoanalítica, hay un período óptimo para empezar el destete hacia la mitad del primer año. Porque en este sentido el bebé está atravesando la posición depresiva y en ciertas formas el destete lo ayuda a elaborar los ineludibles sentimientos depresivos. En este proceso lo ayuda la creciente variedad de relaciones objetales, intereses, sublimaciones y defensas, que desarrolla en este estadio.

Con respecto a la terminación del destete - o sea, el cambio final de succionar a beber de una taza-, es más difícil hacer una sugestión general sobre el mejor momento. Aquí deben tomarse como criterio decisivo las necesidades de cada niño en particular, que en este sentido pueden ser

más fácilmente apreciadas por observación.

Es decir, que si tomamos estos dos artículos podemos llegar a las siguientes conclusiones:

Para Melanie Klein,

- la lactancia natural es de fundamental importancia para el desarrollo psíquico del bebé.

- aunque los niños alimentados con biberón se pueden desarrollar bien, el desarrollo sería distinto y mejor en uno u otro sentido si se los hubiese podido amamantar naturalmente.

- el destete debe ser lento y cuidadoso.

- si bien planteó en 1936 que «si se debe destetar al bebé, por ejemplo a los ocho o nueve meses, edad que me parece adecuada, ya a los cinco o seis meses debe sustituirse una mamada por el biberón, una vez por día», vemos que en 1952 sigue pensando del mismo modo en relación a cuándo comenzar el destete: «... hay un período óptimo para empezar el destete hacia la mitad del primer año», pero hay un cambio de opinión sobre la finalización de la lactancia materna: «es más difícil hacer una sugerencia general sobre el mejor momento».

Es más, en este artículo habla de un «destete normal» que empieza alrededor de los cinco meses; un «destete precoz», abrupto (anterior a los cinco meses) que puede perjudicar el desarrollo emocional; y un «destete tardío» sobre el cual plantea «no tengo datos suficientes en los que basarme para responder a esta cuestión» y donde termina diciendo que «aquí deben tomarse como criterio decisivo las necesidades de cada niño en particular, que en este sentido pueden ser más fácilmente apreciadas por observación.»

Lic. Silvia Wajnbusch

Psicóloga infantil

Buenos Aires, Argentina

Grupo Creciendo

Movilización social por la lactancia materna

Es conocido desde tiempos remotos que la alimentación de los niños con leche materna es el método más sano y económico para un correcto crecimiento y desarrollo de los mismos, fundamentalmente si se realiza en forma exclusiva hasta los 6 meses de vida.

Por ello es que cuando decimos que la promoción de la lactancia materna y el control del crecimiento y desarrollo durante los dos primeros años de vida, son dos de los pilares fundamentales en la protección de la salud infantil, no estamos más que repitiendo algo que muchos han dicho, por esto nuestro proyecto no apunta a repetir más de lo mismo, ni a explicar las causas de este fenómeno, sino a presentar una propuesta distinta sobre promoción de la lactancia.

Nuestro pueblo es un fiel representante de la pampa argentina, agrícola-ganadero, de aproximadamente 3500 habitantes, la mayoría descendientes de italianos y algunos de españoles, de buen nivel socio-económico, emplazado en el centro del país, al sur de la provincia de Córdoba.

Nos trazamos una serie de objetivos siendo los más importantes:

1) Realizar un diagnóstico de situación controlando a todos los niños que cumplan 5 años durante

el año 1996, midiendo peso, talla y perímetro craneal y del brazo izquierdo, preguntando si habían recibido lactancia materna y durante cuánto tiempo; en ambos padres también controlamos peso y talla.

2) Mejorar la duración y la calidad de la lactancia más allá de los 4 meses.

3) Controlar y evaluar el crecimiento y desarrollo de todos los recién nacidos, de acuerdo a la alimentación, duración de la lactancia y a los distintos estratos sociales a los que pertenezcan.

4) Promover la educación permanente de las embarazadas y del resto de la comunidad.

5) Compartir nuestro trabajo y nuestra experiencia con otros grupos, realizar un trabajo científico y publicar la propuesta y los resultados obtenidos.

Conformamos un grupo de apoyo integrado por algunos adultos más 44 niños, en aquel entonces, de 12 años, hoy 210 jóvenes, todos en el secundario. Aquellos primeros chicos aceptaron e hicieron suya la idea, eligiendo a través de una votación un nombre, Grupo Creciendo, que expresa una visión de movimiento y de futuro, que vamos a crecer todos, niños, jóvenes y adultos. Como lema elegimos «creceremos mejor juntos», y como logotipo un árbol en cuya copa una mamá amamanta a su bebé, dando a entender con esto que, si para crecer sana y fuerte, la planta se nutre con lo que le provee la naturaleza, el niño debe ser alimentado de la misma manera, con lo que la naturaleza pone a su disposición, que es la leche de su madre.

El trabajo se realiza con todos los bebés de la zona urbana de nuestro pueblo nacidos a partir del 1 de abril de 1996, quienes son controlados en nuestro dispensario de acuerdo a pautas acordadas, datos que se van volcando a una carpeta personal que tiene cada bebé y donde se asientan además de los controles de peso, talla, perímetro craneal y del brazo izquierdo, características de la familia, datos del embarazo, parto, ficha odontológica, ficha socioeconómica, nivel de educación, etc...

Los jóvenes en su conjunto y de acuerdo a sus cualidades son los que realizan las tareas de promoción, confeccionando carteles, volantes y folletos, convocando a las embarazadas, organizando charlas, presentando las mismas, repartiendo boletines, cartas a las autoridades e instituciones, y todo lo que esté a su alcance y se les ocurra para promocionar la lactancia materna. Hoy las visitas a las embarazadas las efectúan las mamás de los bebés del grupo, que se han ido incorporando al mismo; quienes mejor que ellas para explicar las ventajas y beneficios del amamantamiento a través de su propia experiencia y de lo que van aprendiendo de las charlas y entrevistas con profesionales.

Dentro de las tareas de promoción de la lactancia incorporamos una figura nueva, idea de uno de los integrantes del grupo: «Padrino de Crecimiento». A cada niño que nace de la zona urbana de nuestro pueblo se le asigna un Padrino de Crecimiento, que es uno de los jóvenes partícipes del Grupo, quién asume dicho rol acompañando el crecimiento del bebé junto a esa familia.

¿En que consisten sus funciones? Asumir la responsabilidad como

cualquier padrino, visitarlo, llevarle consejos, invitaciones, folletos, acompañándolo en los cumpleaños, en el día del niño, del ahijado, recordando los controles, vacunaciones, siendo el nexo entre el Grupo Creciendo y la familia del niño en todas sus necesidades o inquietudes y nutriéndose a su vez de las vivencias que emerjan al compartir el padrinado, en una familia hasta ayer desconocida, y hoy, como parte de la misma, aportando por supuesto, todo lo que de él surja de acuerdo a sus propias inquietudes o sentimientos.

Todos los jóvenes que ingresan a primer año del Secundario son invitados a participar del Grupo Creciendo; y quienes aceptan son ordenados alfabéticamente en un listado que se respeta indefectiblemente, tocándole ser padrino del niño que nace coincidiendo con su número de orden, evitando de esta manera la elección del ahijado o del padrino y así que surjan problemas de discriminación de ningún tipo.

Cuando detectamos una embarazada, la visitan algunas de las mamás del grupo y le invitan a participar del trabajo, le explican las bondades de la lactancia materna y le entregan folletos con los beneficios y ventajas de la lactancia natural; por otra parte se le entrega la «carta abierta de un futuro lactante», que es una carta para que les entreguen a su obstetra y a su pediatra, en donde su bebé les habla desde su vientre pidiendo respeten su decisión de elegir su propia lactancia.

Una vez que nace, el niño es visitado por el padrino de crecimiento que le ha tocado en suerte, quién se presenta llevando la «tarjeta de

bienvenida», deseándole lo mejor y asegurándole que vamos a estar junto a él durante su crecimiento; también le hace entrega de la «libreta de salud», en donde se anotan todos los controles, vacunas, etc.; además le entrega la chapita del «Paseo Vía Láctea», con su nombre y fecha de nacimiento, para ser colocado en el pinito que le corresponde a cada niño y que están plantados en dicho paseo, quedando dicho árbol al cuidado de la familia del niño.

Por otro lado, realizamos el control del crecimiento y desarrollo, en el Dispensario Municipal, en los meses 1, 2, 3, 4, 6, 9, 12, 18, 24, 36, 48 y 60, que es cuando termina el seguimiento de los niños y que servirá para cotejar con los datos obtenidos con los niños de la encuesta del diagnóstico de situación.

Los resultados logrados con los 201 niños nacidos en los 4 años y 10 meses, desde que comenzó el trabajo, superan largamente nuestras expectativas. A continuación se comparan los porcentajes de lactancia (exclusiva o no) con los del año 1991:

	Control	1996-99	2000
Al nacer	81 %	96 %	100 %
1 mes	71 %	94 %	100 %
2 meses	54 %	88 %	91 %
3 meses	47 %	80 %	86 %
4 meses	37 %	74 %	81 %
5 meses	29 %	67 %	80 %
6 meses	25 %	64 %	76 %
7 meses	25 %	60 %	75 %
8 meses	20 %	57 %	70 %
9 meses	16 %	57 %	
10 meses	10 %	54 %	
11 meses	8 %	52 %	
12 meses	8 %	48 %	

Creemos que los resultados hablan por sí solos, observando incrementos significativos en todas las etapas y logrando que al año tengamos todavía una lactancia materna superior a la que se obten-

ía a los tres meses en los niños anteriores al Grupo Creciendo. En la mayoría de los casos, la lactancia materna era exclusiva hasta los 4 o 6 meses.

Ninguna de las familias involucradas rechazó el padrino sino todo lo contrario, gente de la zona rural cuyos niños no entraban dentro de los parámetros establecidos en el estudio, niños de otros sitios o para los hermanitos mayores, nos pedían si podíamos ponerles un Padrino de Crecimiento, cosa que no pudimos complacer nunca debido a que no se cumplía con lo establecido anteriormente y se dificultaba enormemente la tarea de los padrinos, que no podían desplazarse a zonas rurales.

Con respecto a los jóvenes, aproximadamente el 70 % asumió el padrino con absoluta responsabilidad, visitando a su ahijado y a su familia durante años y estableciendo una especial relación con el pequeño; mientras que el resto lo tomó con mayor o menor interés, de acuerdo a cada uno. Dejamos la frecuencia de las visitas sin una reglamentación, para que cada uno de los jóvenes las realice de acuerdo a sus inquietudes y a su libre entender o necesidad. Pero siempre respetando las familias a las que se incorporaron, mostrando en cada caso las características propias de cada uno y trasladando mucho de lo que cada uno trae como carga desde el interior de su casa. Sin duda que aquellos que fueron mas apoyados desde su propia casa, lograban mejores re-

sultados que aquellos cuyos padres mostraban menor interés, demostrándonos la importancia de acompañar a nuestros hijos en sus actividades con nuestras actitudes y opiniones, y que en última instancia son un espejo importante de nuestras virtudes y de nuestras miserias.

Para los padrinos esta ha sido una gran oportunidad de asumir responsabilidades. Los mismos chicos han presentado comunicaciones en varios congresos médicos. En el II Simposio Argentino de Lactancia Materna (1996), presentaron el proyecto y cantaron la canción «Para alimentar al bebé», que han compuesto con ayuda de sus profesores. En el XXXI Congreso Argentino de Pediatría (1997), tres chicos presentaron los resultados del primer año; y en el III Simposio Argentino de Lactancia Materna y VIII Simposio Argentino de Pediatría Social (1999) participaron 48 padrinos y madres del programa.

Dr. Wilde Renée Aguirre
Grupo Creciendo

Dispensario Municipal San Basilio
San Basilio (Córdoba), Argentina
wilde@sanbasilio.com.ar

Ciencia

Isótopos radioactivos y lactancia materna

La administración de isótopos radioactivos durante la lactancia siempre plantea dudas. Interrumpir la lactancia durante todo el tiempo que aparezca radioactividad en la leche sería claramente exagerado, pues las dosis pequeñas de radioactividad son muy poco peligrosas (menos que un destete prematuro).

La **Nuclear Regulatory Commission** de los Estados Unidos publicó en 1998 un reglamento sobre medicina nuclear (documento NUREG-SR1556, Vol. 9), que incluye un apéndice sobre recomendaciones que se deben dar a los pacientes tras una prueba nuclear, incluyendo recomendaciones sobre la lactancia. La cantidad de radiación que puede recibir el lactante depende de varios factores: la velocidad con que el isótopo se desintegra, la velocidad con que la madre lo elimina, la proporción que pasa a la leche y la velocidad con que lo elimina el bebé. El criterio empleado ha sido conseguir que el lactante reciba menos de 0,1 rem de radiación, una dosis muy baja (todos recibimos cada año unos 0,3 rem de radiación de fuentes naturales). Para la mayoría de los productos radioactivos (ver tabla), no es necesario interrumpir en ningún momento la lactancia; para otros, basta con saltarse unas pocas tomas (la madre puede sacarse leche unos días antes y dejarla en la nevera).

Distribuye copias en tu hospital, sobre todo en pediatría y en medicina nuclear, y animales a consultar en internet el documento.

Una nueva revisión de la conocida declaración de la Academia Americana de Pediatría, ampliada con nuevos fármacos. Entre los principales cambios, la clemastina, el litio, la ergotamina y la bromocriptina, que antes se consideraban contraindicados, ahora sólo indican «precaución». También se recomienda precaución para el atenolol y el acebutolol, antes considerados compatibles con la lactancia. Se ha retirado la limitación de 20 mg al día para la metadona. El tabaco ya no se considera contraindicado: aunque la madre fume, el pecho sigue siendo mejor que el biberón (aunque, por supuesto, sería mejor que no fumase). En internet en www.aap.org

Consigue una copia del documento en cualquier biblioteca médica.

Estudio prospectivo sobre los síntomas asociados con la dentición del lactante.

Macknin ML, Piedmonte M, Jacobs J, Skibinski C. Symptoms associated with infant teething: a prospective study. Pediatrics 2000;105:747-52

Tradicionalmente, muchas madres, y también muchos médicos, han atribuido a la dentición numerosos trastornos, desde síntomas banales hasta enfermedades graves.

Este es el primer estudio prospectivo realizado para averiguar qué síntomas se asocian con la dentición en niños sanos. Participaron 125 familias de Cleveland (USA), que anotaron diariamente, entre los 4 y los 12 meses de edad, la presencia o ausencia en sus hijos de 18 posibles síntomas, así como el día exacto de la erupción de cada diente (determinado por palpa-

Niveles de actividad a partir de los cuales se han de dar instrucciones especiales a las pacientes que estén dando el pecho

Radionúclido	Actividad por encima de la cual hay que dar instrucciones		Ejemplos de duración recomendada de la interrupción de la lactancia*
	(MBq)	(mCi)	
I-131 NaI	0,01	0,0004	Destete definitivo (para este niño)
I-123 NaI	20	0,5	
I-123 OIH	100	4	
I-123 MIBG	70	2	24 h para 370 MBq (10 mCi) 12 h para 150 MBq (4 mCi)
I-125 OIH	3	0,08	
I-131 OIH	10	0,30	
Tc-99m DTPA	1000	30	
Tc-99m MAA	50	1,3	12,6 h para 150 MBq (4 mCi)
Tc-99m Pertecnectato	100	3	24 h para 1.100 MBq (30 mCi) 12 h para 440 Mbq (12 mCi)
Tc-99m DISIDA	1000	30	
Tc-99m Glucoheptonato	1000	30	
Tc-99m MIBI	1000	30	
Tc-99m MDP	1000	30	
Tc-99m PYP	900	25	
Tc-99m Marcado <i>in vivo</i> de eritrocitos	400	10	6 h para 740 Mbq (20 mCi)
Tc-99m Marcado <i>in vitro</i> de eritrocitos	1000	30	
Tc-99m Sulfuro coloidal	300	7	6 h para 440 MBq (12 mCi)
Tc-99m DTPA Aerosol	1000	30	
Tc-99m MAG3	1000	30	
Tc-99m Leucocitos	100	4	24 h para 1,100 MBq (30 mCi) 12 h para 440 MBq (12 mCi)
Ga-67 Citrato	1	0,04	1 mes para 150 MBq (4 mCi) 2 semanas para 50 Mbq (1,3 mCi) 1 semana para 7 MBq (0,2 mCi)
Cr-51 EDTA	60	1,6	
In-111 Leucocitos	10	0,2	1 semana para 20 MBq (0,5 mCi)
Tl-201 Cloruro	40	1	2 semanas para 110 MBq (3 mCi)

* La duración de la interrupción de la lactancia está calculada para reducir la máxima dosis para un recién nacido a menos de 1 milisievert (0,1 rem), aunque el límite reglamentario es de 5 milisieverts (0,5 rem). Las dosis que de hecho recibirían la mayoría de los lactantes estarían muy por debajo de 1 milisievert (0,1 rem). Por supuesto, el médico puede usar su criterio en estas recomendaciones, aumentando o disminuyendo la duración de la interrupción.

Notas: Las actividades han sido redondeadas a una cifra significativa, excepto cuando se ha considerado apropiado usar dos cifras significativas.

Si no hay ninguna recomendación en la tercera columna de esta tabla, la máxima actividad que normalmente se administra está por debajo de las actividades que requieren instrucciones sobre la interrupción de la lactancia.

www.nrc.gov/NRC/NUREGS/SR1556/V9/sr1556v9.html (documento completo)
www.nrc.gov/NRC/NUREGS/SR1556/V9/part38.html#_1_9 (sólo el apéndice)

ción de las encías). También registraron dos veces al día la temperatura timpánica con un termómetro electrónico. Se dijo a los padres que el estudio era sobre el comportamiento infantil, aunque la mayoría de los padres sospechaban cuál era el verdadero objetivo del estudio.

Se obtuvieron datos para 19.422 días-niño, en los que rompieron 475 dientes. Durante los cuatro días anteriores, el día de la erupción y los tres días posteriores, algunos síntomas se asociaron significativamente ($p < 0,01$) con la dentición: durante todo el periodo de 8 días, morder y babear; durante algunos de los días, frotarse las encías, irritabilidad y aumento de la succión. La aparición de un exantema en la cara sólo se asoció dos días antes de la erupción. La febrícula (definida como una temperatura superior a una desviación típica por encima de la media para cada niño) y el dormir poco tiempo sólo se asociaron el día de la erupción y el día anterior. El frotarse los oídos y un menor apetito para los alimentos sólidos sólo se asociaron en el día mismo de la erupción. En ningún momento se asociaban con la dentición la congestión nasal, el despertarse a media noche, la diarrea (ni mayor número de deposiciones, ni deposiciones más líquidas), un menor apetito por los líquidos, la tos, los exantemas perianales ni en otras zonas distintas de la cara, la fiebre superior a $38,9\text{ }^{\circ}\text{C}$ ni los vómitos.

Los síntomas que se asociaron con la dentición lo hicieron de forma muy laxa: ninguno se presentó en más del 35% de las erupciones, y en ningún síntoma se produjo un aumento de frecuencia superior al 20% respecto a los periodos sin dentición. Ningún niño presentó fiebre superior a los 40

$^{\circ}\text{C}$ ni una enfermedad importante durante ninguno de los ocho días del periodo de dentición.

Los autores tampoco pudieron identificar ningún síntoma ni combinación de síntomas que permita predecir con razonable certeza la erupción inminente de un diente.

Glucemia en una población de recién nacidos sanos, amamantados, a término, de peso adecuado para la edad gestacional.

Hoseth E, Joergensen A, Ebbesen F, Moeller M. Blood glucose levels in a population of healthy, breast fed, term infants of appropriate size for gestational age. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2000;83:F117-9

En este estudio danés, se practicó una determinación de glucemia a cada uno de 223 recién nacidos sanos amamantados (se excluyeron los hijos de madre diabética, los que tenían un Apgar inferior a 7 y los que habían sufrido asfixia intraparto). La determinación se practicó en cada recién nacido en un momento elegido al azar, a las 0, 1, 2, 4, 6, 12, 24, 48, 72 o 96 horas después del parto.

La glucosa se midió por el método fotométrico de la glucosa deshidrogenasa (no con tiras reactivas); en la hora 0 en sangre de cordón (mezcla de arterial y venosa), y posteriormente en sangre capilar.

El 24% de las madres eran fumadoras, y el 23% de los nacimientos fueron por cesárea. Sólo en 11 de los 172 partos vaginales se usó algún tipo de anestesia (epidural o de pudendos). Todos los recién nacidos mamaron en la primera hora después del parto, y después a demanda, aproximadamente cada dos o tres horas.

La mediana de la glucemia en las primeras 24 horas era más baja ($3,0\text{ mmol/l}$ [$54,1\text{ mg/100 ml}$], recorrido 1,4 a 4,9) que en los días siguientes ($3,4\text{ mmol/l}$ [$61,3\text{ mg/100 ml}$], recorrido 2,1 a 5,3). No hubo diferencias en la glucemia según el sexo, el tipo de parto, el uso de anestesia, el tabaquismo materno, la edad gestacional o el pH en sangre de cordón. Sólo hubo dos hipoglucemias, asintomáticas, durante la primera hora ($1,4$ y $1,9\text{ mmol/l}$ [$25,2$ y $34,2\text{ mg/100 ml}$]); pero la glucemia media del grupo, en la primera hora, no era más baja que en otros momentos.

Los autores concluyen que muy pocos niños sanos amamantados tienen glucemias bajas, y que no hace falta practicar controles de glucemia rutinarios.

Necesidades energéticas en lactantes chilenos.

Salazar G, Vio F, García C, Aguirre E, Coward WA. Energy requirements in Chilean infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2000;83:F120-3

Midieron las necesidades de energía en 17 lactantes sanos de un mes de edad que tomaban lactancia materna exclusiva, mediante métodos isotópicos (agua doblemente marcada). Los niños eran de clase socioeconómica baja y tenían un peso normal.

La ingesta media de leche materna fue de 728 g/día (desviación estándar 101 g), y el aumento medio de peso durante la semana del estudio fue de 34 g/día (D.E. $7,5\text{ g}$).

El gasto energético fue de 1.205 kJ/día (D.E. 312), y la energía necesaria para el crecimiento 607 kJ/día (D.E. 130). La suma de ambos dio unas necesidades

energéticas totales de 391 kJ/kg/día, que es un 19% menos de la ingesta recomendada por la OMS. Este resultado concuerda con el de otros tres estudios realizados en Inglaterra y Estados Unidos, que han encontrado necesidades energéticas inferiores en un 13, 17 y 21%, respectivamente, a las recomendadas.

Los autores concluyen que se puede conseguir un crecimiento adecuado con una ingesta de leche materna sensiblemente inferior a las recomendaciones publicadas.

¿Es realmente exclusiva la lactancia materna exclusiva? Comparación de los datos desde el nacimiento con los datos de situación actual

Aarts C, Kylberg E, Hörnell A, Hofvander Y, Gebre-Medhin M, Greiner T. How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data. Int J Epidemiol 2000;29:1041-46

La OMS recomienda medir la prevalencia de la lactancia materna mediante encuestas en las que se pregunta a las madres qué han comido sus hijos durante las últimas 24 horas. La «lactancia materna exclusiva» se define como «nada más que leche materna» en las últimas 24 horas (se admiten vitaminas o medicamentos, pero no leche artificial, otros alimentos o bebidas, y ni siquiera agua). Cuando el niño ha tomado agua, infusiones o zumos además de la leche materna, la lactancia se denomina «casi exclusiva». La «lactancia materna predominante» incluye la «exclusiva» y la «casi exclusiva».

El método de recuerdo de 24 horas no detecta a todos los niños que toman agua, biberones o papillas de forma ocasional. Un bebé que toma tres biberones por semana, será incluido o no en el gru-

po de lactancia materna exclusiva según en qué día se realice la encuesta. Un niño que recibió uno o varios biberones en el hospital puede ser luego clasificado en el grupo de lactancia materna exclusiva. Aunque suficiente para fines estadísticos, este método de encuesta resulta inadecuado para muchos estudios, por ejemplo sobre incidencia de alergias u otras enfermedades, en que es importante distinguir la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

En este estudio se revisan los datos recogidos en Suecia, entre 1989 y 1994, como parte de un estudio multicéntrico de la OMS sobre la eficacia anticonceptiva de la lactancia materna. Se pasaban encuestas a los 2, 4 y 6 meses en que se preguntaba por la dieta en las 24 horas anteriores; pero las madres también anotaban cada día todo lo que tomaban sus hijos, incluso el agua, y se las visitaba cada 14 días para recoger los datos y animarlas a seguir anotándolos.

Según la encuesta de 24 horas, el porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 2, 4 y 6 meses era del 92%, 73% y 11% respectivamente. Pero en realidad, la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento (el bebé jamás ha tomado nada más que leche materna) era sólo del 51%, 30% y 1,8 %.

Leches hipoalergénicas para lactantes

American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. Pediatrics 2000;106:346-9

Para que una leche pueda ser etiquetada como «hipoalergénica», se ha de demostrar con el 95% de confianza, en un estudio clínico prospectivo, aleatorio y a doble ciego, que dicha leche no provoca

reacciones el 90% de los niños con alergia comprobada a la leche de vaca. Sólo las leches extensamente hidrolizadas [en España: Alfaré, Almirón Pepti, Damira, Modar Mix, Nieda Plus, Nutramigen, Peptinaut Junior, Pregestimil y Pregomin] y las leches elementales [Nutri-2000 Junior] son hipoalergénicas. Las leches parcialmente hidrolizadas [Aptamil H.A., Enfalac-LS, Miltina H.A. y Nidina H.A.] no son hipoalergénicas, nunca deben administrarse a niños con alergia a la leche de vaca, y no está demostrado que sean eficaces para la prevención de la alergia en recién nacidos con antecedentes familiares de alergia.

Cuando un niño que toma el pecho muestra síntomas de alergia a los alimentos, deben suprimirse en la dieta de la madre los alimentos sospechosos, como leche de vaca, huevos, pescado, cacahuets y frutos secos. Si aún así no mejora, podría substituirse la lactancia materna por una leche hipoalergénica.

Para los recién nacidos con importantes antecedentes familiares de alergia, la AAP recomienda la lactancia materna durante un año o más, eliminando los cacahuets y frutos secos de la dieta de la madre (y si es preciso la leche de vaca, los huevos, el pescado y otros alimentos). La alimentación complementaria no se introducirá antes de los 6 meses, retrasando los lácteos hasta el año, los huevos hasta los 2 años, y los cacahuets, frutos secos y el pescado hasta los 3 años. Aquellos que no tomen el pecho pueden tomar una leche hipoalergénica; no está demostrado que los hidrolizados parciales sean eficaces para prevenir la alergia.

Si se restringe su dieta, se puede valorar la administración de suplementos (para la madre) de calcio y vitaminas. Durante el emba-

razo no se recomiendan restricciones en la dieta de la madre, salvo tal vez eliminar los cacahuetes.

Epidemiología de la transmisión del citomegalovirus de la madre al prematuro a través de la lactancia

Hamprecht K, Maschmann J, Vochem M, Dietz K, Speer CP, Jahn G. Epidemiology of transmission of cytomegalovirus from mother to preterm infant by breastfeeding. Lancet 2001;357:513-8

Estudian a 151 madres de 176 recién nacidos prematuros (menos de 32 semanas o de 1500 gramos) amamantados, en el hospital de Tubinga (Alemania) entre 1995 y 1998. Se excluyeron aquellos niños en que se comprobó la infección por citomegalovirus (virus en orina o en frotis faríngeo o del oído) en la primera semana, lo que indicaría transmisión prenatal. Los niños no recibieron leche de otras madres, ni transfusiones de sangre contaminada con citomegalovirus (CMV).

En el día del parto practicaban una serología en sangre materna o de cordón, y buscaban el virus mediante PCR en frotis de la faringe y el oído del recién nacido. La leche materna y la orina del bebé se analizaban (cultivo de virus y PCR) cada 15 días, y cada 7 días a partir de la primera muestra de leche contaminada). Cuando el prematuro presentaba signos clínicos de infección, se practicaba determinación de IgM específica, y de virus (mediante PCR) en los leucocitos y en el plasma.

De las 151 madres, 78 (con 92 hijos) eran seropositivas. Dieron el pecho 76 (90 hijos) de las 78 seropositivas, y 69 (80 hijos) de las 73 seronegativas (grupo control).

En 73 de las 76 seropositivas se identificó el CMV en la leche mediante PCR, y en 58 de ellas el cul-

tivo fue positivo. Lógicamente, no había CMV en la leche de ninguna madre seronegativa.

Las 3 madres seropositivas cuya leche no contenía virus no transmitieron la infección a sus hijos. De las 15 madres cuya leche positiva en la PCR pero negativa en el cultivo, sólo se contagió un prematuro. De las 58 con cultivo positivo, 36 transmitieron la enfermedad a un total de 32 prematuros. De los 6 niños que no tomaron el pecho (2 de ellos con madres seropositivas) no se contagió ninguno.

De los 33 niños contagiados (12 de ellos después del alta hospitalaria), 17 permanecieron asintomáticos clínicamente y analíticamente. Los otros 16 tuvieron síntomas: neutropenia, hepatopatía (elevación de enzimas hepáticas) o mioclonias. Cuatro de ellos, entre 600 y 1050 g de peso, presentaron síntomas de sepsis y fueron tratados con antibióticos, aunque no se identificó ninguna bacteria. Todos los niños infectados se recuperaron espontáneamente, y ninguno murió.

El análisis del suero lácteo fue más eficaz para detectar el CMV que el de la leche completa o las células aisladas de la leche.

Los autores están investigando un método para inactivar el CMV en la leche materna sin destruir otras propiedades, para usarlo en los prematuros de muy bajo peso.

Enfermedad neonatal por estreptococo del grupo B asociada con leche materna infectada

Olver WJ, Bond DW, Boswell TC, Watkin SL. Neonatal group B streptococcal disease associated with infected breast milk. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2000;83:F48-9

La mayoría de las infecciones por estreptococo del grupo B en recién nacidos se producen en la primera

semana, y se asocian con infección vaginal en la madre. Las infecciones de inicio tardío son más raras, y se han atribuido a un periodo prolongado de incubación tras la infección neonatal, o a infección cruzada transmitida por el personal sanitario. Se han publicado varios casos de transmisión por la leche materna.

En este caso se trata de trillizas prematuras (26 semanas). Dos cultivos vaginales antes del parto fueron negativos para estreptococo. No se realizaron frotis en las recién nacidas, que recibieron profilaxis con penicilina y gentamicina en los primeros cinco días. En la primera semana empezaron a tomar leche de su madre.

Una trilliza presentó dos episodios de sepsis por estreptococo B, a los 12 y a los 63 días; la segunda, meningitis a los 35 días, y la tercera, sepsis por el mismo germen a los 33 días. Las tres se recuperaron sin problemas con el tratamiento antibiótico. En este tiempo, no hubo otros prematuros infectados en la unidad.

Tras la segunda sepsis de la primera trilliza se cultivó la leche materna, y se encontraron más de 10.000 colonias/ml de estreptococo B, del mismo serotipo que había infectado a las niñas, y comprobado en un segundo cultivo de leche.

La madre no presentaba ningún síntoma de mastitis. Fue tratada con amoxicilina oral durante siete días, y posteriormente repetidos cultivos de su leche fueron negativos.

Este caso indica que la transmisión del estreptococo B a través de la leche es posible en ausencia de mastitis, y que el germen es persistente pero puede ser eficazmente eliminado de la leche. Tal vez sería conveniente cultivar la leche ante

cualquier infección por este germen en un prematuro amamantado; en este caso, dicha medida hubiera evitado la aparición de dos sepsis y de una meningitis.

Elección de la lactancia materna y consejo médico. Estudio de cohortes en mujeres en tratamiento con propiltiouracilo

Lee A, Moretti ME, Collantes A, Chong D, Mazzotta P, Koren G, Merchant SS, Ito S. Choice of breastfeeding and physicians' advice: A cohort study of women receiving propylthiouracil. Pediatrics 2000;106:27-30

El propiltiouracilo es un anti-tiroideo que aparece en la leche materna en poca cantidad (la dosis por kilo que recibe el niño es menos del 0,3% de la dosis por kilo que toma la madre). Esta dosis no puede tener ningún efecto de importancia. Se ha comprobado que, cuando la madre ha recibido tratamiento durante el embarazo, los niveles de hormonas tiroideas están alterados en el recién nacido por el paso del fármaco a través de la placenta, pero se normalizan tras el parto aunque el niño tome el pecho. La Academia Americana de Pediatría y los libros de texto al uso consideran que el propiltiouracilo es compatible con la lactancia.

Sin embargo, los autores, en un servicio de información farmacológica de Canadá, sospecharon que los médicos seguían, contra toda evidencia, recomendando a las madres que no dieran el pecho, y realizaron el presente estudio para comprobarlo.

Identificaron a 78 mujeres que tomaban propiltiouracilo y habían consultado al servicio de información durante el embarazo, pero no habían preguntado por la lactancia. De las 66 que tuvieron hijos vivos, 36 siguieron en tratamiento des-

pués del parto, y 30 suspendieron el tratamiento. Otras 36 embarazadas que no tomaban medicación sirvieron de control.

Dieron el pecho a sus hijos el 83% de las madres en el grupo control y en el grupo que abandonó el tratamiento, frente a sólo el 44% de las que seguían tomando el fármaco. La duración media de la lactancia fue de 7,3 meses en el grupo control, 5,3 meses en las que suspendieron el tratamiento y 4,8 meses en las que seguían en tratamiento. Quince de las 16 mujeres en tratamiento que dieron el pecho habían recibido consejo de 22 médicos (20 a favor, 1 en contra y 1 dudoso). En cambio, de las 20 que no dieron el pecho, 11 habían recibido consejo de 17 médicos (4 a favor de la lactancia, 12 en contra y 1 dudoso). De las 18 mujeres que habían recibido consejo a favor de la lactancia por parte de al menos un médico, 15 dieron el pecho. El consejo positivo del médico era el único factor que influía significativamente en la decisión de la madre de amamantar.

Por otra parte, enviaron un cuestionario a 92 endocrinólogos y a 300 médicos de familia. El 51% de los especialistas y el 11% de los médicos de familia recomendaban dar el pecho a las madres en tratamiento con propiltiouracilo; el 70% y el 13% respectivamente admitían la lactancia si ése era el deseo de la madre. Los autores concluyen que la lactancia sería más fácil para las mujeres en tratamiento con propiltiouracilo si los médicos basaran sus consejos en datos probados.

Alimentación del prematuro y presión arterial posterior: dos cohortes tras estudios aleatorios

Singhal A, Cole TJ, Lucas A. Early nutrition in preterm infants and later

blood pressure: two cohorts after randomised trials. Lancet 2001;357:413-9

Se ha observado una asociación entre la lactancia materna y una presión arterial más baja años después; pero no existía ningún estudio aleatorio, pues es la madre la que decide si da el pecho o no.

Los autores realizaron dos estudios aleatorios en prematuros ingleses, entre 1982 y 1985, cuando aún no estaba claramente demostrado cuál es la mejor alimentación para los prematuros, y se consideró ético comparar, en el primer estudio, la leche materna de donante (253 pacientes) con la leche artificial especial para prematuros (249); y en el segundo, la leche artificial normal (211) con la leche artificial para prematuros (213). Aproximadamente un tercio del total tomaban la dieta asignada como único alimento, y los restantes la tomaban como complemento de la leche de su propia madre (la decisión de extraerse leche no era aleatoria, sino por libre elección de la madre).

Entre los 13 y los 16 años de edad se midió la presión arterial en 216 de estos niños (66, 64, 44 y 42 individuos en cada uno de los grupos antes mencionados; de los cuales 53, 47, 30 y 25 habían tomado, respectivamente, leche de su propia madre además de la dieta asignada al azar). Ni los pacientes ni los investigadores conocían cuál había sido la dieta inicial.

La presión arterial media en los 66 individuos que habían tomado leche de donante, sola o como complemento de la leche de su propia madre, fue 4,1 mm Hg más baja que en los 64 controles que habían tomado leche para prematuros (diferencia que seguía siendo significativa tras ajustar por sexo, ingesta media de sodio durante la infancia e índice de masa corpo-

ral). No hubo diferencias en la presión arterial entre los que tomaron leche artificial normal o leche artificial para prematuros.

También analizaron la relación entre el porcentaje de la ingesta correspondiente a leche materna (de la propia madre o de donante) y la presión arterial. Esta comparación ya no se basa en un estudio aleatorio, pues depende de si la madre decidía sacarse leche o no. Encontraron una relación dosis-respuesta significativa: cada 10% de aumento en el porcentaje de leche materna consumida hasta que el prematuro alcanzó los 2 kilos de peso se traduce en una disminución de 0,31 mm Hg en la presión arterial media. No había relación, en cambio, entre la presión arterial y el peso al nacer o al alta, o la ingesta total de calorías o de proteínas.

A los 7 y 8 años no había diferencias en la presión arterial de estos mismos niños (datos que ya fueron publicados en su día), lo que se atribuye a que la lactancia de alguna forma «programa» unos cambios que no se manifestarán hasta después de la adolescencia (los autores citan otros estudios que han encontrado similares efectos tardíos de factores dietéticos en la primera infancia sobre la presión, la obesidad o la formación de ateromas). Es, pues, importante, que este tipo de estudios tengan un seguimiento a muy largo plazo.

Los resultados obtenidos probablemente pueden aplicarse también a los niños nacidos a término, porque la edad gestacional no influía en las diferencias, y porque la diferencia de presión arterial encontrada es similar a la que muestran los estudios epidemiológicos en niños a término. Estos hallazgos respaldan la idea de que la lactancia materna es beneficiosa para

la salud a largo plazo, y no sólo mientras el niño aún mama.

Estudio de intervención sobre la promoción de la lactancia (estudio PROBIT). Un estudio aleatorio en la República de Bielorrusia

Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzvikovich I, Shapiro S et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT). A randomized trial in the republic of Belarus JAMA 2001;285:413-20

Los numerosos estudios del efecto de la lactancia materna sobre la salud infantil tienen en general un problema: no son aleatorios, sino sólo observacionales, porque el dar el pecho o el biberón es decisión de cada madre. Por otra parte, aunque existen sólidas pruebas de la eficacia de algunos de los 10 pasos de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN), y fuertes indicios a favor de otros pasos, no se había demostrado que la iniciativa en sí fuera eficaz para la promoción de la lactancia en una población.

Este es el primer estudio aleatorio prospectivo sobre la eficacia de la IHAN, y sobre la influencia de la lactancia sobre la salud infantil en la población general.

Los investigadores (canadienses) eligieron Bielorrusia porque sus condiciones higiénico-sanitarias son similares a las de cualquier país desarrollado, pero las normas sobre el inicio de la lactancia en sus hospitales son similares a las que se seguían en Norteamérica y Europa occidental hace 20 o 30 años, con lo que se esperaba que la implantación de la IHAN produjese un contraste máximo.

Se emparejaron 34 hospitales del país según su situación geográfica, carácter urbano o rural, número de partos y porcentaje de inicio de la

lactancia según datos previos; y después se sorteó en cada pareja un hospital para el grupo intervención y otro para el grupo control. Tras el sorteo, dos hospitales, uno en cada grupo, salieron del estudio. Los jefes de pediatría y de obstetricia de los 16 hospitales del grupo de intervención y de sus centros ambulatorios afiliados asistieron al curso de formación de 18 horas de la IHAN. Durante los 16 meses siguientes se formó a todas las comadronas, enfermeras y médicos de los hospitales y centros ambulatorios.

Los lactantes se controlaban cada mes en los centros ambulatorios, según la práctica habitual en el país. La información se recogió en el postparto inmediato y a través formularios rellenados por los pediatras a la edad de 1, 2, 3, 6, 9 y 12 meses. Investigadores externos comprobaron la veracidad de los datos comprobando 20 historias clínicas en cada centro de estudio, y entrevistando a 10 de las madres. Uno de los hospitales del grupo control fue excluido al detectar datos falsificados. Los diagnósticos de gastroenteritis, infección respiratoria y dermatitis atópica se hicieron siguiendo definiciones estrictas.

La muestra final constó de 8.865 niños nacidos en hospitales amigos de los niños, y 8.181 en el grupo control. Se excluyeron los gemelos, los nacidos con menos de 2.500 gramos, y aquellos cuyas madres estaban enfermas o no tenían intención de dar el pecho. No había diferencias entre ambos grupos en cuanto a edad o estudios de la madre, historia familiar de atopía, experiencia previa de lactancia, paridad, tabaquismo, tasa de cesárea, sexo de los niños, edad gestacional, peso al nacer o Apgar.

La prevalencia de la lactancia materna (exclusiva o mixta) en el grupo IHAN fue mayor que en el grupo control a lo largo de todo el primer año, y la diferencia estadísticamente significativa tras ajustar por peso al nacer, edad de la madre e historia previa de lactancia.

Edad	IHAN	Control
3 meses	72,7	60,0
6 meses	49,8	36,1
9 meses	36,1	24,4
12 meses	19,7	11,4

Lactancia materna (%)

La diferencia en la lactancia materna exclusiva (sin otros alimentos, leche artificial, zumos, infusiones ni agua) fue aún mayor:

Edad	IHAN	Control
3 meses	43,3	6,4
6 meses	7,9	0,6

Lactancia materna exclusiva (%)

El grupo IHAN tuvo significativamente menos gastroenteritis (9,1 frente a 13,2%) y menos eccema atópico (3,3 frente a 6,3%); pero no menos infecciones respiratorias (39,2 frente a 39,4%). La diferencia en mortalidad no fue significativa (2,3 por mil frente a 3,7 por mil). Hubo 5 casos de muerte súbita en el grupo control, y sólo 1 en el grupo IHAN.

La ausencia de reducción en las enfermedades respiratorias puede atribuirse a varias causas: la prevalencia de lactancia materna en el grupo control también es bastante alta, y las oportunidades de contagio son menores en Bielorrusia, donde el permiso de maternidad dura tres años y no existen guarderías infantiles.

Este estudio prueba que la IHAN es eficaz para producir un aumento en la duración de la lactancia materna, y también para reducir la incidencia de gastroenteritis en una población. Incluso moderados aumentos en la prevalen-

cia y duración de la lactancia pueden tener importantes efectos sobre la salud infantil.

Alimentación infantil y tolerancia a la glucosa, perfil lipídico, presión arterial y obesidad en el adulto

Ravelli ACJ, van der Meulen JHP, Osmond C, Barker DJP, Bleker OP. Infant Feeding and adult glucose tolerance, lipid profile, blood pressure, and obesity. Arch Dis Child 2000;82:248-252

En un estudio retrospectivo, obtuvieron una muestra de sangre de 625 individuos nacidos en Amsterdam durante la guerra y postguerra (1943-1947). Durante los 10 días de estancia en el hospital, 520 habían tomado lactancia materna exclusiva; 99 lactancia mixta, y 6 lactancia artificial. Se desconoce la duración posterior de la lactancia, aunque en aquella época las madres holandesas que daban lactancia exclusiva solían hacerlo durante varios meses. Tras ajustar por sexo, edad materna, desnutrición durante la gestación, duración de la estancia en el hospital, paridad, educación de la madre, peso al nacer y nivel socioeconómico de la madre y del hijo, los que habían tomado lactancia mixta o artificial tenían un nivel de glucosa en plasma más alto a los 120 minutos de una sobrecarga oral, niveles más altos de insulina (lo que sugiere resistencia a la insulina), colesterol LDL más alto y HDL más bajo. No había diferencias en la presión arterial ni en la obesidad.

Uso y abuso de los zumos de frutas en pediatría

American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. The use and misuse of fruit juice in pediatrics. Pediatrics 2001;107:1210-1213

El exceso de zumo (tanto casero como industrial) puede producir diarrea, desnutrición, obesidad y caries. Recomiendan:

- No dar zumos antes de los 6 meses.
- Nunca dar zumos en biberón ni en otros recipientes que el niño lleve arriba y abajo, ni a la hora de dormir.
- Hasta los 6 años, máximo 120-180 ml/día. De 7 a 18 años, máximo 240-360 ml/día.

Edita

ACPAM

c/ Benet Mercadé 9, bajos
08012 Barcelona
tel. y fax 93-217 05 22
(martes y jueves de 10 a 14 horas)
acpam@menta.net

Esperamos vuestras colaboraciones.

Este boletín es posible gracias a la generosa aportación de los socios y amigos de ACPAM y al trabajo de sus voluntarios.

ACPAM no acepta aportaciones en dinero ni en especie de fabricantes o distribuidores de alimentos infantiles, chupetes, biberones, sacaleches u otros productos relacionados con la lactancia.

Publicación semestral

Depósito Legal B-11.291-2000

