



Lactancia Materna



Boletín de la Asociación Catalana pro Lactancia Materna – Junio 1998

Sumario

- Cada vez somos más
- Noticias de ACPAM
- Noticias de España
- Noticias del Mundo
- Hablan las Madres
- Centro de Salud
- Ciencia

Editorial

Cada vez somos más

Hace años, la OMS y el UNICEF llamaban a «recuperar la cultura de la lactancia materna».

Lo estamos consiguiendo. Los hospitales están cambiando; dos son ya amigos de los niños, y muchos otros están en camino. Y, lo más importante, los cambios son generalizados, no se limitan a unos pocos centros pioneros. El inicio de la lactancia en sala de partos y la lactancia a demanda se convierten en práctica habitual.

Los grupos de madres proliferan por toda España, llenando una necesidad social poderosamente sentida. Las madres encuentran el apoyo y, sobre todo, el orgullo. Las madres están recuperando el protagonismo de su lactancia; ya

no se da el pecho porque es lo mejor para los niños o porque protege contra la diarrea, sino porque es un derecho de la mujer, una parte de su ciclo vital al que no quiere renunciar.

Las madres empiezan a dejar de sentirse como «bichos raros». Se puede dar el pecho en cualquier momento y en cualquier lugar. Ricas y famosas aparecen dando el pecho en las revistas del corazón. Se puede dar el pecho más de un año, madre e hijo pueden dormir juntos (dos recientes resoluciones de la Academia Americana de Pediatría, que se resumen en este boletín, han contribuido a garantizar estos derechos).

A falta de estadísticas fiables de ámbito nacional sobre la duración de la lactancia materna, sabemos sin duda que está aumentando porque la venta de leche artificial está disminuyendo.

La reacción no se ha hecho esperar. Proliferan las estrategias comerciales, las nuevas marcas y productos, los "clubs de mamás" y los "teléfonos de información nutricional"... Hay mucho dinero en juego.

Noticias de ACPAM

Seguimos haciendo cursos, y por lo tanto amigos: Vigo, Sagunto, Tenerife, Calatayud, Xàtiva, Tarragona, Orihuela, Bada-

lona, Mataró, Asturias, varios centros de Barcelona...

La mayor recompensa es tener noticias de nuestros amigos, saber que trabajan en el tema y que su trabajo da frutos. En el Hospital Josep Trueta de Girona (el primero Amigo de los Niños) la duración de la lactancia ha aumentado, y el número de partos también, pese a que la natalidad ha disminuido en la provincia (¡las mujeres eligen!). En el Hospital Marina Alta de Dènia, los ingresos hospitalarios por ictericia ha descendido a menos de la mitad. En varios centros de salud de Zaragoza o Barcelona nos explican que la duración de la lactancia se ha disparado...

Nos gustaría explicar todo esto con más detalle. Escribenos. Necesitamos vuestras colaboraciones para que este boletín pueda salir con más frecuencia.

Noticias de España

Nuestra bienvenida a los nuevos grupos de madres (perdón, seguro que olvidamos alguno)

La Liga de la Leche, nuevo grupo en Castellón (Gemma, 964-53 38 42)

Grup Pro-Lactància Materna, Tarragona (Ana, 977-20 24 39)

La Buena Leche, Santander (Marisa, 942-34 36 48)

Amamar, Alicante (Conchi, 96-671 41 00)

Un tribunal canadiense reconoce el derecho de la madre a amamantar

El Ministerio de Asuntos Municipales de la Columbia Británica prohibió la presencia de niños en el lugar de trabajo, después de que una empleada, Michelle Poirier, diera el pecho a su hijo durante una reunión de trabajo en 1991.

Tras una larga batalla legal, el Tribunal de Derechos Humanos ha fallado a favor de Michelle: Impedir que las mujeres den el pecho en el trabajo o en público es una forma de discriminación sexual. «Las acciones del demandado impusieron sobre la querellante una carga que no se imponía sobre otros empleados, debido a que ella daba el pecho a su hijo.» Sólo por motivos justificados puede la empresa impedir que a la madre le traigan a su hijo al trabajo para mamar, y entonces está obligada a ofrecer alternativas que permitan a la madre seguir dando el pecho. (Fuente: INFACCT Canadá)

Comercialización de sucedáneos de la leche materna

ACPAM ha participado en un proyecto internacional para controlar la aplicación del Código de la OMS. Se visitaron tiendas y centros sanitarios y se entrevistó a madres y profesionales en 39 países. Todos los fabricantes incumplían de un modo u otro el código. Por ejemplo:

- Muestras gratuitas, carteles, calendarios y folletos distribuidos o exhibidos a través del sistema sanitario. Esto es muy perjudicial, pues la publicidad aparece respaldada por el prestigio del centro y de sus profesionales.

- Regalos a los profesionales de la salud, desde viajes a conferencias «educativas», hasta joyas.

- Amplia publicidad de las leches de continuación. Con el mismo nombre y casi la misma etiqueta, ¿no aumentan también las ventas de leche de inicio?

- Contacto directo entre las compañías y las madres: clubs, teléfonos de «ayuda», páginas de internet...

- Promoción de productos inútiles, como las «infusiones para bebés» (azúcar aromatizado y caro, que produce graves caries en los lactantes).

- Leche para madres: ante el claro descenso en las ventas, varios fabricantes han decidido promocionar preparados especiales para madres que dan el pecho. La publicidad de estos productos, tan caros como innecesarios, intenta convencer a las madres de que su propia leche «no será buena» si no han tomado la leche para madres. Un anuncio distribuido en hospitales de Filipinas presenta una falsa portada de la prestigiosa revista Newsweek, con una foto de un niño mamando y el siguiente «titular»: «Las madres que toman Mamacare tienen bebés fuertes y sanos». Pronto veremos estos productos en España; recordemos que una madre que lacta no necesita ningún tipo de suplemento, sino una dieta normal.

Disponemos de algunos ejemplares del informe internacional en español. En los próximos meses

aparecerá un informe específico sobre España.

Tuberculosis: la OMS recomienda la lactancia materna

El niño debe recibir isoniazida, seguir junto a su madre y mamar. Breastfeeding and Maternal Tuberculosis. Update 23, feb. 1988. (División of Child Health, OMS, 1211 Genève 27, Suiza)

La ética de los médicos USA

«Se desaprueba firmemente la aceptación de regalos personales, “hospitalidad” [comida, actos sociales...], viajes y subsidios de cualquier tipo por el médico individual. Se ha probado que incluso la aceptación de pequeños regalos afecta al juicio clínico y aumenta la percepción (así como la existencia) de un conflicto de intereses. Junto a las orientaciones del Real Colegio Británico de Médicos: «¿Me gustaría que este arreglo fuera del dominio público?», los médicos deben preguntarse: «¿Qué pensaría la gente o mis pacientes de este arreglo?»

Los médicos deben evaluar críticamente la información médica proporcionada por visitantes, anuncios o programas de formación continuada subvencionados por la industria.»

Manual de Ética del Colegio de Médicos los Estados Unidos Cuarta ed. (Ann Intern Med 1998;128:576-594).

Hablan las Madres

Debido a un problema respiratorio, mi hijo Jordi, de 6 semanas, ingresó en un gran hospital de Barcelona. Estuvimos tres días y

tres noches. La estancia fue dura para los dos, a Jordi le pinchaban y le hacían continuas pruebas para descartar problemas mayores.

Compartíamos habitación con tres niños más, que no paraban de llorar; uno de ellos era un bebé de un mes, que también tomaba sólo el pecho.

No me moví de su lado; la lactancia materna se convirtió en una burbuja protectora contra el ambiente agresivo del hospital.

Desde el ingreso, las enfermeras, muy amables, venían a las horas de las comidas y se interesaban por la alimentación de Jordi. Preguntaban qué tal comía, si quedaba satisfecho... y que, si necesitaba un biberón, sólo tenía que decirlo. Un par de veces me lo trajeron y lo dejaron en la mesita sin decir nada.

Al segundo día les pregunté por qué, habiendo explicado al ingreso que mi hijo sólo tomaba pecho, me preparaban biberones. Me respondieron que tenían que cumplir una hoja diaria de dietas con 24 horas de antelación, y se pedía biberón en las lactancias maternas por si acaso el niño se quedaba con hambre o la madre se tenía que ir.

Yo tengo las ideas muy claras respecto a la lactancia, y no «caí en la tentación»; pero mi compañera de habitación el primer día dijo que no, al segundo día empezó a darle «una ayudita», pues tenía la sensación de que no tenía leche; y, a pesar de que traté de animarla, al tercer día se fue de alta dándole ya lactancia artificial exclusiva.

Otra práctica nefasta que observé era pesar a todos los niños cada día, y con diferente balanza, lo que no tiene ninguna validez. Mi hijo «ganó» 400 g en un día, y al siguiente «perdió» 150 g. Yo me lo tomaba a risa, pero otras madres se angustiaban; Pude ver que el

hecho de decirle que su hijo había «perdido» peso fue el detonante que decidió a la otra madre a darle biberón.

Parece que el hospital en cuestión está tomando medidas para convertirse en Amigo de los Niños. Esperemos que los cambios no se limiten a la maternidad, y alcancen también a la hospitalización pediátrica.

Inma Marcos, Barcelona

Centro de Salud

María nació en septiembre de 1997, sin complicaciones, algo dormida, pero se cogió al pecho enseguida y con una postura correcta. Pesaba 2.880 g.

Su madre, Ana, es compañera en nuestro centro de salud. Hizo la preparación al parto y asistió a las charlas sobre lactancia materna que damos a las embarazadas. Ana tenía claro que quería amamantar a su hija.

En la revisión de la primera semana su peso era algo bajo, pero la talla era correcta. Le recomendamos que la despertara a menudo, porque María prefería dormir a comer.

A las dos semanas le aconsejamos que se sacara leche y se la diera con cuchara o vaso dos o tres veces al día, después de la toma, por si el problema era que María se cansaba demasiado al mamar. Después de unos días la madre nos dijo que, cuando lo hacía así, la niña no quería mamar en 5 o 6 horas, y que prefería darle sólo pecho y no sacarse más leche. Con cuatro semanas, sólo pesaba 2.950 g.

Comprobamos así que María sólo tomaba lo necesario para vivir, aunque era evidente que podía disponer de mayor cantidad de le-

che si quisiera tomársela. Nuestra pediatra le hacía revisiones muy seguidas, y siempre la encontraba perfectamente. Se diagnosticó una infección de orina, que curó en dos días de tratamiento; las grasas en heces eran negativas.

María se comunica bien con su entorno y con sus padres; es tranquila y llora muy poco. Su peso se mantiene por debajo del percentil 3, pero su talla está por encima de la media y el perímetro craneal en el percentil 90. Al mes y medio le cuesta levantar la cabeza estando boca abajo; se la ve «cabezona» en relación con el tamaño del cuerpo. Recomendamos a la madre que la estimule y la ponga varias veces al día boca abajo; en pocos días María aprende la postura y aguanta bien la cabeza.

Ana nos comenta que llevó a la niña a su pediatra de referencia, y ésta la dejó muy preocupada diciéndole que hacía muy poco peso y que tendría que darle «una ayuda».

La niña mama a demanda y hace caca 5 o 6 veces al día. Duerme entre tomas y está tranquila. Durante la noche duerme 7 a 9 horas seguidas. Tranquilizamos a la madre y le aconsejamos que siga como hasta ahora.

A los 5 meses y medio probamos a introducir cereales, pero María no los quiso. Su aumento de peso, sin embargo, empezó a mejorar, y a los 6 meses y medio alcanzó el percentil 3. A partir de esta edad empezó a aceptar algo de papilla, aunque no tomó cantidades importantes hasta los 8 meses, cuando ya estaba por encima del percentil 10. Ahora, con 9 meses, pesa 7.800 g y sigue prefiriendo el pecho a las papillas.

Hemos estado preocupados con este escaso aumento de peso que no llegó a la «normalidad» hasta

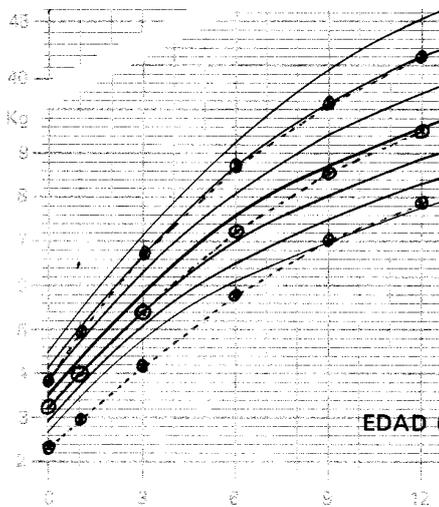
pasados los seis meses. Sencillamente, María tenía un ritmo de crecimiento distinto del de las gráficas.

Guillemina Prior. Enfermera
Centro de Atención Primaria Parets

Nota del editor:

Las tablas usadas en España no coinciden con las norteamericanas del NCHS, comunmente aceptadas como patrón de referencia internacional. En la imagen hemos superpuesto los percentiles 5, 50 y 95 de las niñas norteamericanas sobre las gráficas españolas. En las gráficas españolas, María estaba 600 g por debajo del percentil 3. En las internacionales, estaba en el percentil 5.

¿Por qué Nestlé distribuye de forma gratuita las gráficas españolas a los pediatras y centros de salud?



Centro de Salud

Uso del chupete y corta duración de la lactancia materna: ¿causa, consecuencia o coincidencia?

Victoria CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E.
Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence?
Pediatrics 1997;99:445-453

Estudios previos de los mismos autores habían mostrado una asociación entre el uso del chupete y el destete precoz. Pero, al ser estudios de observación, no se podía determinar la causalidad: ¿la lactancia fracasa por culpa del chupete, o recurren las madres al chupete porque la lactancia iba mal y el niño lloraba mucho?

Para intentar aclarar el problema, combinan un estudio descriptivo de 650 madres con un estudio etnográfico de 80 de estas madres, con las que realizan entrevistas en profundidad y observaciones prolongadas de la relación madre-hijo.

Tras excluir a las que habían destetado antes de un mes (88) y a las que decían tener problemas con la lactancia al mes, quedan 450 madres. El uso de chupete se detallaba como continuo (la mayor parte del día y hasta caer dormidos) o parcial. Entre los que usaban continuamente el chupete al mes, la probabilidad de destete antes de los 6 meses era 4 veces mayor. Tras ajustar por diversas variables de confusión (como tipo de parto, raza, peso al nacer y dar el pecho a demanda o con horario), seguía habiendo un riesgo significativamente mayor de destete: 1,74 veces mayor para el uso parcial de chupete, y 2,37 para el uso continuo. También eran factores de riesgo independientes para el destete precoz el consumo de agua o infusiones (riesgo relativo 1,33) y el consumo de suplementos de leche (riesgo 4,14).

También la respuesta observada de la madre al llanto de su hijo se asociaba con la duración de la lactancia. La lactancia era más corta si la madre no tomaba en brazos al niño en cuanto éste lloraba, si el niño lloraba más de lo habitual o si pasaba más tiempo en la cuna o el

cochecito y menos tiempo en brazos de su madre.

De las entrevistas con las madres se deduce que muchas de ellas introducían el chupete con el fin de acelerar el destete o limitar la frecuencia de las mamadas. Los autores creen que una campaña contra el uso del chupete no sería efectiva para aumentar la duración de la lactancia si no se acompaña de acciones para ofrecer apoyo a las madres y para despejar sus temores.

Cinco casos de vasoespasmo del pezón, una manifestación del fenómeno de Raynaud

Lawlor-Smith L, Lawlor-Smith C.
Vasospasm of the nipple—a manifestation of Raynaud's phenomenon: case reports. *Br Med J* 1997;314:644-645

El fenómeno de Raynaud es una isquemia intermitente de las partes acras, habitualmente dedos de manos y pies. Mucho más frecuente en mujeres, afecta hasta a un 22% de las mujeres entre 21 y 50 años.

Se describen cinco madres con dolor muy intenso de los pezones. Una era primípara, y tres de ellas habían sufrido las mismas molestias con un hijo anterior. Los síntomas se presentaban durante la mamada o entre las tomas, y se precipitaban con el frío. Los cambios de color en el pezón eran trifásicos (blanco, azul y rojo) en dos casos, y bifásicos (blanco y azul) en las otras tres. Cuatro madres sufrieron grietas, úlceras o ampollas en los pezones, de evolución tórpida. En todos los casos se descartaron otras causas de dolor en el pezón, como mala posición durante la toma o anomalías orales en el bebé.

Lactancia materna y crecimiento en lactantes nacidos con peso bajo para la edad gestacional.

Lucas A, Fentrell MS, Davies PSW, Bishop NJ, Clough H, Cole TJ. *Breastfeeding and catch-up growth in infants born small for gestational age. Acta Paediatr* 1997;86:564-569

En Inglaterra se midió el crecimiento de 54 recién nacidos a término de bajo peso (menos del percentil 10 para su edad gestacional; media 2.600 g), la mitad con lactancia materna. Cinco (1 de pecho y 4 de biberón) abandonaron el estudio tras ingresos hospitalarios repetidos por problemas respiratorios. En el grupo de lactancia materna, el 63% tomaban el pecho a los 6 meses, el 33% a los 9 meses y el 22% a los 12 meses.

En el grupo de lactancia materna (incluidos los que ya habían sido destetados) el peso, la talla y el perímetro craneal se mantuvieron por encima de los del grupo con lactancia artificial durante todo el primer año. A los 3 meses, por ejemplo, la diferencia entre las medias era de 370 g de peso, 0,8 cm de talla y 0,5 cm de perímetro craneal. La diferencia persistía tras ajustar por clase social, estudios de la madre, tabaquismo de los padres y talla de los padres.

Exposición de los lactantes a los fitoestrógenos de la leche de soja

Setchell KDR, Zimmer-Nechemias L, Cai J, Heubi JE. *Exposure of infants to phyto-oestrogens from soy-based infant formula. Lancet* 1997;350:23-27

Los fitoestrógenos son isoflavonas, sustancias naturales presentes en la soja y con actividad estrogénica. En las cinco marcas de leche de soja para lactantes más habituales en USA se encontraron

niveles similares, que conducían a una ingesta diaria de 20 a 40 mg de isoflavonas. Se ha demostrado que una dosis por kilo de peso unas diez veces inferior alarga el ciclo menstrual en mujeres adultas. Incluso si la madre consume soja, la ingesta de isoflavonas a través de la leche materna es inferior a 0,01 mg al día.

Los niveles plasmáticos de isoflavonas de los bebés alimentados con leche de soja eran unas 200 veces superiores a los de bebés alimentados con leche materna o leche de vaca adaptada. Estos niveles son unas diez veces superiores a los de adultos que consumen soja habitualmente. Se desconoce si esto puede tener algún efecto a largo plazo, positivo o negativo, sobre el lactante.

Efecto del embarazo en la recuperación de la masa ósea perdida con la lactancia.

Laskey M A, Prentice A. *Effect of pregnancy on recovery of lactational bone loss. Lancet* 1997;349:1517-1518

Para averiguar si las lactancias y embarazos muy seguidos producen descalcificación, se midió de forma seriada el contenido mineral óseo mediante absorciometría de rayos X en 12 mujeres inglesas durante y después de la lactancia, y después del siguiente embarazo. Todas amamantaron al menos 3 meses (cinco de ellas durante más de 9 meses). Cinco quedaron embarazadas durante la lactancia. En todas se observó descalcificación a lo largo de los 6 primeros meses de lactancia. En aquellas que quedaban embarazadas 12 meses o más después del parto, la recuperación del calcio perdido se producía en la fase tardía de la lactancia y tras el destete. Pero en aquellas que quedaban embarazadas antes, incluso en una que siguió dando el pecho a

lo largo del segundo embarazo, la recuperación se producía durante la gestación, de forma que no había diferencia en el contenido mineral óseo al término del primer o del segundo embarazo.

Este estudio viene a confirmar que el metabolismo óseo durante el embarazo y la lactancia depende más de las variaciones hormonales en la madre que de la ingesta o las «pérdidas» de calcio.

Hepatitis C en el embarazo

Hunt CM, Carson KL, Sbarara AI. *Hepatitis C in pregnancy. Obstet Gynecol* 1997;89:883-90

Revisión de los estudios publicados en inglés entre 1988 y 1996 sobre transmisión vertical de la hepatitis C.

Cuando la madre es portadora de la hepatitis C, pero no del HIV, la tasa de transmisión de la hepatitis durante la gestación varía entre el 0 y el 9% (0% en la mayoría de los estudios). No se observó ningún contagio con madres HCV RNA negativas, y el mayor riesgo se asoció a niveles de HCV RNA superiores a 1 millón de copias por ml.

Cuando la madre está infectada simultáneamente por el HIV y la hepatitis C, la tasa de transmisión de la hepatitis varía entre el 6 y el 36%

En cuanto a la lactancia materna, en cinco estudios con un total de 125 madres, de las cuales el 69% eran HCV RNA positivas, no se registró ningún caso de contagio.

La hepatitis C no se transmite por la lactancia materna.

¿Afectan a la lactancia los fármacos usados durante el parto?

Walker M. *Do labor medications affect breastfeeding?* *J Hum Lact* 1997;13:131-137

Revisión de los estudios publicados sobre el tema. La anestesia general o el uso de opiáceos como butorfanol, alfaprodina o meperidina interfiere claramente en la capacidad de succión del recién nacido.

Sobre la epidural existen pocos datos. Se recuerdan brevemente algunos efectos adversos de la epidural, como la hipertermia del niño y de la madre, alteraciones del ritmo cardíaco fetal, o mayor incidencia de fórceps y cesárea. Sin embargo, no se ha publicado ningún estudio que específicamente trate del efecto de la epidural sobre la lactancia. En 13 estudios se ha medido el efecto de la epidural sobre la conducta del neonato, pero en sólo cinco de ellos había un grupo control sin epidural, y de estos sólo en dos se analizó la conducta del recién nacido después de las primeras 24 horas. Ambos estudios mostraron diferencias significativas en psicomotricidad y comportamiento que persistían al menos hasta la edad de un mes. No es improbable, por tanto, que exista un efecto sobre la lactancia, y se necesitan estudios controlados específicamente dirigidos a analizar dicho efecto.

Resultados comparados de la atención al parto por obstetras o por comadronas.

Oakley D, Murray ME, Murtland T, Hayashi R, Andersen F, Mayes F, Rooks J. *Comparisons of outcomes of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives.* *Obstet Gynecol* 1996;88:823-829

En la Universidad de Michigan, las embarazadas pueden elegir entre ser atendidas, durante todo el embarazo y parto, por obstetras o

por comadronas. Se comparan 710 partos atendidos por obstetras y 471 atendidos por comadronas. Se excluyeron las embarazadas de alto riesgo (es decir, todas las madres en el estudio podían haber elegido comadrona si hubieran querido). En el resultado del grupo «comadronas» se incluyen todas las mujeres que en principio solicitaron dicha asistencia, aunque complicaciones posteriores hicieran necesaria la intervención del obstetra.

Entre las atendidas por comadronas hubo menos cesáreas (13 frente a 19%) y fórceps o ventosa, (7 frente a 16%) que en el grupo atendido por obstetras. También hubo menos desgarros de tercer o cuarto grado (7 frente a 23%), menos complicaciones del parto, más niños que mamaron en sala de partos y permanecieron con la madre de forma continua (es decir, que no precisaron ingreso ni observación), y las madres mostraron mayor satisfacción. Estas diferencias persistían al ajustar por múltiples factores de confusión. No hubo diferencias en otros aspectos importantes, como Apgar o complicaciones del recién nacido.

Estudio multicéntrico del método de la lactancia y la amenorrea (MELA): I. Eficacia, duración e implicaciones para la aplicación clínica

Labbok MH, Hight-Laukaran V, Peterson AE, Fletcher V, von Hertzen H, Van Look PFA. *Multicenter study or the lactational amenorrhea method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application.* *Contraception* 1997;55:327-336

El MELA es un método de planificación familiar basado en el efecto anticonceptivo de la lactancia materna. Su correcta aplicación exige tres requisitos: 1) la madre permanece amenorréica (la pérdida de sangre antes del día 56 post-

parto no se considera menstruación); 2) la lactancia es exclusiva o casi exclusiva, día y noche, sin intervalos largos entre tomas, y 3) el bebé tiene menos de 6 meses. Cuando deja de cumplirse alguno de estos requisitos, la eficacia disminuye y se recomienda el recurso a otro método. Operativamente, la lactancia se considera casi exclusiva cuando a) hay al menos 6 mamadas largas o 10 cortas en 24 horas; b) el bebé no recibe más de 30 ml de suplemento por semana en el primer mes, 60 ml por semana en el segundo mes, etc.; c) las mamadas no son substituidas por otros alimentos, y más del 90% de las tomas son directamente al pecho (es decir, no de leche extraída y administrada por otro medio), y d) nunca pasan más de 10 horas entre tomas, y raramente (dos o menos veces por semana) pasan más de 6 horas entre toma y toma. Se define una toma como succión del pecho que dura al menos 4 minutos después del reflejo de eyección.

El estudio pretende analizar la eficacia del MELA, su aceptabilidad y aplicabilidad entre mujeres de diferentes culturas, y el posible riesgo de su aplicación incorrecta. Participaron 643 mujeres de diez países (Egipto, Indonesia, México, Nigeria, Filipinas, Alemania, Italia, Suecia, Reino Unido y USA), de las que 124 fueron excluidas por diversos motivos (entre ellos la falta de actividad sexual). Sólo se registró un embarazo entre las excluidas.

Se analizan pues 2.718 meses-mujer de 519 mujeres. La eficacia del método, correctamente usado, fue del 98,5% a los 6 meses. El uso incorrecto (definido como no usar ningún otro método cuando había dejado ya de cumplirse alguno de los tres requisitos) tuvo una

eficacia del 98,3% a los 6 meses y del 92,2% a los 12 meses. La eficacia de la amenorrea por sí sola, calculada entre las que no usaban otros métodos, fue del 98% a los 6 meses y del 91,2% a los 12 meses.

Los autores concluyen que el método es aceptable y aplicable por mujeres de distintas culturas, que su eficacia en la práctica es alta (similar a la del preservativo o diafragma en USA, o a la de los anticonceptivos orales en algunos países), y que el uso incorrecto sólo aumenta moderadamente el riesgo de embarazo.

Dormir con la madre facilita la lactancia materna

McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. Pediatrics 1997;100:214-219

Participan en el estudio 35 madres y sus hijos, norteamericanas de origen latino. Los niños tenían entre 11 y 15 semanas; 20 dormían habitualmente en la cama de su madre, y 15 dormían habitualmente solos.

Madres e hijos fueron estudiados en un laboratorio del sueño durante dos noches consecutivas, una durmiendo en la misma cama y otra separados (en distinta habitación). Se hicieron registros continuos de EEG, electrooculograma, electromiograma y grabación audiovisual con infarros.

Los bebés que solían dormir con la madre mamaron una media de 4,7 veces la noche que durmieron juntos, y 3,3 veces la noche que durmieron separados. Los que solían dormir solos mamaron 3,8 y 2,3 veces, respectivamente. La duración de las mamadas siguió un patrón similar. Cuando cada niño dormía en la forma a la que estaba acostumbrado, los que dormían con la madre hacían el doble de tomas con una duración total tres

veces mayor que los que dormían separados. Los bebés lloraban para pedir el pecho cuando dormían solos, pero no cuando dormían con la madre.

Así pues, el que madre e hijo duerman juntos facilita la lactancia materna, y la conducta de los bebés no es la misma si duermen con su madre de forma esporádica o habitualmente. Los autores sugieren que, puesto que la lactancia materna disminuye el riesgo de muerte súbita, el dormir con los hijos podría ayudar indirectamente a prevenir la muerte súbita mediante la promoción de la lactancia materna.

La observación de que los niños lloraban más cuando dormían solos nos sugiere un posible camino para la prevención y el tratamiento de ciertos problemas del sueño.

Dormir con los padres, ¿modifica el riesgo de muerte súbita del lactante?

American Academy of Pediatrics. Task force on infant positioning and SIDS. Pediatrics 1997;100:272

Se trata de una declaración oficial de la Academia Americana de Pediatría. Un comité de expertos ha analizado los datos conocidos sobre la relación entre dormir con los padres y la muerte súbita, y ha llegado a las siguientes conclusiones (se transcriben todas ellas textualmente):

* Salvo que un médico ordene lo contrario, se debe poner a dormir a los lactantes sanos en decúbito supino, sea cual sea el entorno en que duerman.

* Si las madres eligen dormir en la misma cama que sus hijos, se debe tomar la precaución de evitar las superficies blandas para dormir. No se deben colocar bajo el lac-

tante colchas, mantas, almohadas, protectores mullidos o materiales blandos similares.

* La persona que duerme con el lactante no debe fumar ni usar sustancias como alcohol o drogas que dificulten el despertar.

* Aunque el síndrome de la muerte súbita infantil se conoce a veces como «muerte en la cuna», se debe asegurar a quienes cuidan al niño que las cunas no provocan la «muerte en la cuna».

* A diferencia de las cunas, que han sido diseñadas según normas de seguridad para lactantes, las camas para adultos no han sido diseñadas de ese modo, y pueden conllevar un riesgo de atrapamiento o sofocación accidental.

* No hay fundamento en este momento para recomendar dormir con los padres como estrategia para reducir el riesgo de muerte súbita del lactante.»

En resumen: la Academia Americana de Pediatría reconoce que la madre puede optar por dormir con su hijo, y da instrucciones específicas para hacerlo. Esperemos que esta declaración acabe con los prejuicios y las presiones que sufren ahora muchas familias.

Lactancia materna y utilización de la leche humana

American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Pediatrics (ed. esp.) 1997;442-447

Declaración oficial de la Academia Americana de Pediatría. Principales recomendaciones:

* Iniciar la lactancia en la primera hora

* Lactancia a demanda

* No dar suero glucosado, agua ni chupetes a los recién nacidos sin indicación médica

* Lactancia materna exclusiva, sin agua, zumos ni papillas, durante 6 meses

* Continuar con la lactancia durante al menos un año, y después hasta que la madre y su hijo quieran.

... y pusimos la madre
junto de cada cuna,
porque sólo la madre tiene
el pecho de miel.
Tan sólo su regazo
meciéndose no importuna,
y es amargo todo hombre
que no ha dormido en él.

Gabriela Mistral

La leche materna, un recurso alimentario invisible

Hatloy A, Oshaug A. *Human milk: An invisible food resource. J Hum Lact* 1997;13:299-305

A partir de estudios sobre la prevalencia y duración de la lactancia, datos publicados sobre el consumo de leche por los lactantes de diversas edades y datos demográficos, los autores calculan la producción de leche materna en diversos países africanos.

En el conjunto del África subsahariana, la producción de leche materna se estima en unos 5 millones de toneladas al año, aproximadamente la mitad de la producción de leche de vaca. Los niños menores de 3 años representan un 10% de la población africana, y su consumo medio de leche materna es de 300 ml.

Es difícil dar un valor económico a esta producción; en Noruega, los bancos de leche de los hospitales compran la leche materna a 21 \$ por litro y la venden a entre 36 y 40 \$ por litro. Asignando a cada litro de leche materna el valor

simbólico de 1 \$ (un litro de leche artificial cuesta casi 3 \$ en España), el producto nacional bruto de Malí aumentaría en un 5%, y el de Senegal en un 2%.

Los autores insisten en la imperiosa necesidad de que los datos sobre producción y consumo de leche materna sean incluidos en las estadísticas nacionales.

Lactancia materna en España hoy

Martín Calama J. *Bol Pediatr* 1997;37: 132-142

Datos obtenidos en algunas regiones españolas (Aragón, Castilla-León, Cantabria y Asturias) en 1996 y 97: 74% de lactancia (materna o mixta) al mes, 47% a los 3 meses y 16% a los 6 meses.

También aporta datos referentes a las ventas de leche artificial en 1996, por provincias. Las ventas de leche de inicio, divididas entre el número de partos, varían entre más de 32.000 ptas. en Asturias y Lugo y menos de 19.000 en Alava. En Madrid se gastan 25.015 ptas por bebé, en Barcelona 22.734, en Valencia 28.231, en Sevilla 23.518. Por desgracia, la cifra no es exactamente la imagen especular de la prevalencia de la lactancia materna, pues depende de la edad en que se pase a la leche de continuación, que puede ser distinta según las provincias.

Las ventas de leche de inicio han descendido en España en casi 2.000 millones de ptas entre 1992 y 1996, al tiempo que las de leche de continuación han aumentado hasta 1995. En 1996 disminuyeron las ventas de ambos tipos de leche.

Lactancia materna en prematuros

Gómez Papi A. *Bol Pediatr* 1997;37: 147-152

Relata la experiencia en el Hospital Joan XXIII, de Tarragona, con la lactancia materna de prematuros y el método canguro (contacto piel con piel prolongado entre el recién nacido y su madre).

Las madres comienzan a extraerse la leche desde el parto. La leche se administra fresca al prematuro, y la sobrante se congela para uso posterior. No son necesarios controles bacteriológicos. Las madres están en contacto piel con piel con su hijo (incluidos los prematuros de menos de 1000 gramos) al menos 10 a 12 horas al día, y dan el pecho directamente; a los prematuros más pequeños, que aún no maman bien, les dan después de mamar la mitad de la cantidad de leche materna que les correspondía.

Desde que aplican el método, han disminuido a menos de la mitad las nutriciones parenterales, y las estancias son más cortas (se da el alta con menos de 2.000 gramos).

¿Los biberones en los primeros días afectan a la lactancia a largo plazo?

Hill PD, Humenick SS, Brennan ML, Woolley D. *Does early supplementation affect breastfeeding? Clin Pediatr* 1997;36:345-350

Siguen durante 20 semanas a un total de 343 madres, de las que 314 todavía daban el pecho a las 2 semanas (249 lactancia materna exclusiva y 65 con suplementos de leche artificial). Entre las madres que daban biberones a las 2 semanas, la prevalencia de lactancia materna fue significativamente más baja a las 4, 8, 12, 16 y 20 semanas. A las 20 semanas seguían dando el pecho el 61% de las madres que daban sólo pecho a las 2 semanas, frente a sólo el 26% de las que habían introducido el biberón.

Según las autoras, estos resultados desmienten las afirmaciones de cierto laboratorio en USA, cuya publicidad intenta convencer a los pediatras de que las madres que dan biberones en el hospital dan más tiempo el pecho.

Alimentación precoz en la diarrea aguda

Sandhu BK et al. Early feeding in childhood gastroenteritis. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1997;24:522-527

Estudio multicéntrico realizado en 12 países europeos por la ESPGAN. Doscientos treinta niños menores de 3 años con diarrea aguda grave (ingreso hospitalario) fueron rehidratados por vía oral en 4 horas, y luego asignados al azar a tomar su dieta normal, o bien a seguir durante otras 20 horas sólo con rehidratación oral y reanudar su dieta normal después. La lactancia materna no se interrumpió en ningún caso (por supuesto). En ambos grupos se ofreció a los niños suero oral (10 ml/kg) después de cada deposición acuosa.

Los niños alimentados precozmente ganaron más peso durante su ingreso (más de 200 g frente a menos de 100 g). No hubo diferencias en el número de deposiciones ni de vómitos.

Recomendaciones de la ESPGAN sobre dieta en la diarrea infantil

Walker-Smith JA et al. Recommendations for feeding in childhood gastroenteritis. Guidelines prepared by the ESPGAN Working Group on Acute Diarrhoea. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1997;24:619-620

El tratamiento óptimo de los niños con diarrea y deshidratación leve o moderada debe consistir en:

- * Rehidratación oral en 3 o 4 horas

- * A continuación, dieta normal
- * No interrumpir en ningún momento la lactancia materna
- * Si la diarrea prosigue, ofrecer suero de rehidratación oral
- * El uso de leche sin lactosa no suele estar justificado. Sólo se disminuirá la lactosa si la diarrea empeora y se demuestra que las heces son ácidas y contienen más de un 0,5 % de cuerpos reductores.

Una charla educativa para las embarazadas tiene un efecto positivo sobre el dolor y las grietas de los pezones y sobre la duración de la lactancia.

Duffy EP, Percival P, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. Midwifery 1997;13:189-196

Setenta primíparas australianas fueron distribuidas al azar en dos grupos, y la mitad recibió, junto a la preparación al parto habitual, una charla de una hora sobre la posición correcta, impartida por una comadrona y consultora de lactancia, en la que cada madre practicaba con una muñeca.

Las madres que habían recibido la charla sobre la posición colocaban mejor a sus hijos al pecho, sufrieron menos dolor y grietas en los pezones, y dieron el pecho más tiempo. A las seis semanas, seguían dando el pecho 32 madres en el grupo experimental, frente a sólo 10 en el grupo control. Dos madres del grupo control sufrieron mastitis.

Este estudio debería ayudarnos a diseñar el contenido de los cursos de preparación al parto. ¿Vale la pena transmitir información de dudosa utilidad, como las «ventajas de la lactancia materna», cuando lo realmente efectivo es explicar «cómo» se da el pecho?

Incentivos de la industria farmacéutica a los médicos: problemas éticos, límites y alternativas

Figueiras A, Caamaño F, Gestal Otero JJ. Gac Sanit 1997;11:297-300

Interesante reflexión sobre un dilema ético omnipresente:

«Una de las formas de promoción de la industria farmacéutica, que se puede encontrar en el límite de una conducta ética, es la realizada mediante incentivos, primas u obsequios... desde libros, suscripciones a revistas, obsequios de uso personal, al pago de viajes». «También detrás de la participación en reuniones supuestamente científicas, a menudo en compañía del cónyuge, subyace el regalo de un viaje a un lugar exótico. A la organización de este tipo de reuniones, la industria farmacéutica destina la mitad de su presupuesto dirigido a la promoción.»

En un estudio «se observó que los profesionales que habían recibido dinero de la industria farmacéutica para investigación o para asistir a congresos tenían una probabilidad casi 19 veces superior de solicitar la inclusión de un medicamento de esa compañía en el formulario.»

«Pero si los obsequios y regalos no tuviesen influencia en la prescripción... ¿la industria farmacéutica se gastaría en EE.UU. el equivalente a más de 1,5 millones de pesetas por médico y año?»

Promoción temprana de un amamantamiento correcto

Righard L. Foro Mundial de la Salud 1996;17:93-98

De 52 madres que consultaron por problemas de lactancia en un hospital de Suecia, en sólo 3 casos la posición para mamar era correc-

ta (con la boca completamente abierta y la lengua bajo la areola). En un grupo control de 40 madres sin problemas de lactancia, 36 bebés mamaban en posición correcta. El 73 % de los niños con problemas de lactancia usaban chupete, frente al 30 % de los controles.

Se enseñó a las madres la posición correcta. Un mes después, el 38 % de los problemas había desaparecido, y otro 37 % mejorado; el 56 % de las madres seguían con lactancia materna exclusiva. La tasa de éxito era menor cuando la madre había dado algún biberón antes de la primera visita.

Es posible solucionar la mayoría de los problemas de lactancia; pero el biberón no «ayuda» a solucionarlos.

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