

Sumario

- **Recortan los Derechos de la Mujer trabajadora**
- **Noticias de ACPAM**
- **Noticias de España**
- **Noticias del Mundo**
- **Hablan las Madres**
- **Centro de Salud**
- **Ciencia**

Editorial

Recortan los derechos de la mujer trabajadora

Las mujeres soportan una mayor tasa de paro, y cuando trabajan reciben salarios más bajos y tienen menos posibilidades de ascenso.

Pero algunos parecen creer todavía que lo que las mujeres tienen son demasiados privilegios. En España se ha recortado la licencia retribuida de maternidad. De las 16 semanas, ahora sólo 6 serán «obligatorias» para la madre. Las otras 10 podrán disfrutarlas indistintamente el padre o la madre, «de mutuo acuerdo».

¿Y nadie protesta! ¿Cómo reaccionarían los sindicatos si las vacaciones pagadas o el salario fijado por el convenio dejasen de ser «obligatorios»?

Claro, parece muy progresista que el marido participe en el cuidado de los hijos. Nuestros políticos iban detrás de esta idea desde que, hace unos años, el gobierno sueco tomó una decisión similar. Pero es que en Suecia la licencia de maternidad/paternidad dura 15 meses, no 16 semanas. ¡Así sí que se puede compartir!

Las consecuencias no se han hecho esperar. Algunas embarazadas ya han recibido presiones de sus jefes: «¿Supongo que no pensarás tomarte más de 6 semanas?» En muchas empresas, la madre que agote las 16 semanas junto a su recién nacido será considerada «conflictiva». Sí, tiene derecho legal a hacerlo... pero ¿y los ascensos, las mejoras de turno, la prioridad para elegir periodo de vacaciones?

La licencia de maternidad no debería recortarse, sino alargarse. Y los padres deberían disfrutar de un permiso propio e independiente, sin que ello disminuyan los derechos de las madres. Entre tanto, estemos atentos para denunciar ante los sindicatos, institutos de la mujer y medios de comunicación cualquier posible abuso.

Noticias de ACPAM

Ha pasado más de un año desde nuestro anterior boletín. La falta de personal nos impide sacarlo con la frecuencia que desearíamos... pero, para

compensar, al menos esta vez lo hemos sacado bien gordo.

Gracias a una subvención de la Generalitat, en los próximos meses tendremos una secretaria a tiempo parcial, con lo que esperamos que nuestra organización mejore notablemente.

Seguimos con los cursos de lactancia materna, que nos solicitan desde hospitales e instituciones de toda España.

A finales del año pasado, tras el huracán Mitch, enviamos a la Liga de la Leche y otros grupos de lactancia en Honduras un gran lote de libros y vídeos.

Noticias de España

Son ya cuatro los Hospitales Amigos de los Niños en España: Hospital Josep Trueta de Gerona, Hospital Joan XXIII de Tarragona, Fundació Hospital Asil de Granollers y Hospital Marina Alta de Denia.

Aumenta la lactancia materna en nuestro país. La Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo nos ha facilitado datos provisionales obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud. La muestra es de unos 400 niños.

PORCENTAJE DE LACTANCIA

	1995	1997
6 semanas		
materna	60,5	65,5
mixta	10,4	10,4
artificial	28,0	23,6
3 meses		
materna	37,4	43,8
mixta	16,8	14,3
artificial	44,7	41,0
6 meses		
materna	15,1	21,2
mixta	17,5	13,8
artificial	65,6	64,1

¿Os parece que el aumento es pequeño? Al Director General le pareció impresionante: en otros campos prioritarios, como la lucha antitabaco, están acostumbrados a mejorar décima a décima. Gracias a todos, pues estamos seguros de que vuestro esfuerzo cotidiano ha tenido mucho que ver.

Sentencia a favor de una madre

La Doctora Revuelto, anestesista del Hospital de Burgos, ha conseguido ante los tribunales el reconocimiento de su derecho a hacer no una, sino tres pausas de una hora para lactancia durante una guardia de 24 horas; una hora en cada periodo de ocho. Este derecho le fue denegado primero por el Insalud y luego por el Juzgado de lo Social; pero su recurso fue aceptado por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (sentencia 1146/1998). Un importantísimo precedente, que esperamos abra el camino a otras muchas trabajadoras.

¿Angustiado por las dioxinas?

En los últimos meses ha habido cierto revuelo en los medios de comunicación por la presencia de dioxinas y otros contaminantes en la leche materna. Es probable que los profesionales que nos leen hayan recibido consultas de madres preocupadas; esperamos que los siguientes datos les sean útiles:

¿Es cierto que hay dioxinas en la leche materna?

Sí. Desde hace décadas se conoce la presencia de dioxinas, PCB y otros contaminantes en la leche materna, prácticamente en todas las mujeres del mundo, y con niveles más altos en los países industrializados. Hay docenas de publicaciones científicas sobre el tema.

¿Es cierto que los niveles en la leche materna son superiores a los admitidos por la OMS?

No. La OMS ha establecido unos niveles máximos orientativos, con un amplio margen de seguridad respecto a los niveles demostradamente tóxicos, y basándose en una posible ingesta continuada de por vida. Un grupo de expertos reunido por la OMS en 1998 señaló que esos niveles de seguridad no se aplican a la leche materna, pues la lactancia sólo dura una pequeña parte de la vida. Su conclusión fue que «los datos disponibles no dan motivos para modificar las recomendaciones de la OMS que protegen y apoyan la lactancia materna» (y la OMS recomienda dar el pecho dos años o más, los primeros 6 meses de forma exclusiva). Se puede leer un amplio resumen de dichas conclusiones en la página de la OMS en internet:

<http://www.who.int/pes/pubs/dioxin-exec-sum/exe-sum-final.html>

¿De dónde salen las dioxinas en la leche materna?

Evidentemente, no las fabrica la madre. En realidad, las dioxinas están en todas partes: en el aire que respiramos, en los alimentos que consumimos y en el agua que bebemos. Las dioxinas presentes en la leche materna son sólo una parte de las que la madre ha ido consumiendo a lo largo de su vida. El niño ya nace con una buena carga de dioxinas, recibidas a través de la placenta.

¿Por qué se estudia la presencia de dioxinas en la leche materna?

Las dioxinas se acumulan en la grasa, y para medir la exposición a largo plazo de una persona habría que hacer biopsias de tejido graso. El análisis de la leche da resultados fiables y más fáciles de obtener, por eso hay tantos estudios sobre dioxinas en la leche materna: se usa como marcador epidemiológico.

¿Hay dioxinas en el biberón?

Habitualmente sí, puesto que la leche de vaca está contaminada, como la de mujer y por los mismos mecanismos. Como las dioxinas se acumulan en la cadena alimentaria, los carnívoros suelen tener más que los herbívoros, y la leche de vaca estaría menos contaminada que la leche materna... a condición de que la vaca haya comido hierba, no rociada con herbicidas, y no piensos obtenidos de productos animales o de aceites industriales, algo al parecer más frecuente de lo que imaginábamos. Durante los primeros meses, los niños que toman el pecho reciben probablemente más dioxinas que los que toman el biberón, pero a largo plazo esa diferencia carece de importancia práctica.

¿Son peligrosas para el bebé las dioxinas en la leche?

Se han realizado estudios de seguimiento durante décadas, y no se ha observado ningún efecto adverso en la población general. En hijos de madres especialmente contaminadas (accidentes industriales como el de Seveso o exposición laboral), se ha observado un ligero aumento de cáncer, al parecer no debido a la lactancia, sino al paso de dioxinas por la placenta.

En las últimas décadas se ha demostrado, en países desarrollados, que los niños de pecho tienen menos otitis, neumonías, diarreas, meningitis, alergias, etc. Todos esos niños ya estaban tomando leche materna contaminada con dioxinas; lo que demuestra que la leche materna sigue siendo mejor, incluso a pesar de la contaminación.

¿Pueden afectar las dioxinas al desarrollo psicomotor?

De nuevo, parece que en las madres más contaminadas puede haber un ligero efecto transplacentario. En un estudio en Holanda, se observaron ligeras alteraciones del desarrollo; pero los niños que tomaron el pecho tuvieron un *mejor* desarrollo psicomotor que los que tomaron el biberón.

¿Está empeorando el problema?

No. En casi todos los países se ha observado una disminución de los niveles de dioxinas en la leche materna en los últimos 10 años.

¿Sería conveniente dar el pecho menos tiempo, para que el niño reciba menos dioxinas?

No. Como ya hemos dicho, las ventajas para la salud de la lactan-

cia materna superan ampliamente a los posibles riesgos de las dioxinas, y eso está demostrado. Además, la «reserva» de contaminantes de la madre disminuye a medida que da el pecho, por lo que cada vez habrá menos concentración en su leche.

¿Qué se puede hacer para solucionar el problema?

Hay que disminuir la contaminación en su fuente, evitando los productos y los procesos industriales que la causan. Como hemos comentado, las medidas aplicadas en los últimos años ya empiezan a dar sus frutos, y la contaminación de la leche materna está disminuyendo.

Noticias del Mundo

Nuevo Convenio de la OIT

Entre el 1 y el 12 de junio de 1999, durante la reunión de la Organización Internacional del Trabajo, se procedió a la primera lectura de la revisión del Convenio sobre Protección de la Maternidad y su Recomendación. Es un momento muy importante; la anterior revisión data de 1952, y se supone que el documento que se apruebe en la segunda lectura, en el año 2000, estará en vigor durante otros 50 años.

Estuvieron presentes para cabildear (sí, es la traducción exacta de «hacer lobby») varios representantes de IBFAN (Red Internacional de Grupos Pro Alimentación Infantil) del Perú, Guatemala, Brasil, Filipinas, Suiza, Inglaterra, Suazilandia y Suecia, y también miembros de

WABA (Alianza Mundial pro Lactancia Materna), de Malasia y Nueva Zelanda. Se contó también con el apoyo de los delegados de la OMS y el UNICEF.

Parecía que la revisión habría de servir para aumentar los derechos de las mujeres trabajadoras; pero el clima político no es nada favorable, y el borrador presentado trataba más bien de recortar derechos. Empresarios, sindicatos y gobiernos forman parte de la OIT. Los primeros estaban en contra de aumentar los derechos, los sindicatos no querían reivindicar demasiado por temor a que se pierdan puestos de trabajo, y los representantes gubernamentales venían de ministerios de trabajo, y no parecían muy al tanto de que sus colegas de los ministerios de sanidad recomiendan 4, 5 ó 6 meses de lactancia materna exclusiva, según los países.

Los trabajadores querían ampliar la licencia a 14 semanas, pero finalmente se aprobó «por lo menos 12 semanas», lo mismo que antes. En la Recomendación adjunta (no es obligatoria, como el Convenio), si que se habla de 16 semanas.

En cuanto a la «hora de lactancia», la primera propuesta era suprimirla, pero con gran esfuerzo se logró que quedase como está. Las discusiones fueron muy duras; la propuesta de los empresarios era que todo el Convenio se redujese a simple Recomendación.

Todavía es posible conseguir mejoras en la reunión del año 2000. Debemos conseguir que nuestros representantes gubernamentales y sindicales comprendan la importancia de reforzar los derechos de la madre trabajadora; sólo así se puede garantizar el acceso de la mujer al mundo laboral en condiciones no discriminatorias.

Lactancia en catástrofes

Tras el huracán Mitch, y de nuevo durante la guerra de Kosovo, asistimos al mismo problema: algunas organizaciones cargadas de buena intención enviaban grandes cantidades de leche y biberones. En ambas oportunidades, ACPAM, lo mismo que nuestros amigos de Vía Láctea, hicimos llegar a ONGs y medios de comunicación el mensaje de que la lactancia artificial puede ser enormemente peligrosa en situaciones de emergencia.

¿Cómo preparar un biberón en un campo de refugiados, sin techo, sin agua potable, sin leña ni jabón? Decirle en esas circunstancias a una madre «se queda con hambre, dale biberón» puede causar la muerte del niño. Hay que garantizar que todos los bebés nacidos en esas circunstancias tomen exclusivamente el pecho, y que los que ya lo tomaban continúen igual. Con el apoyo de personal capacitado, muchos niños que tomaban el biberón pueden dejarlo y volver al pecho (relactación).

Algunos niños, claro, necesitarán biberón: huérfanos, bebés separados de su madre o que ya tomaban biberón antes de la catástrofe... La leche para estos niños se ha de aportar con sumo cuidado, para evitar que otras madres dejen de dar el pecho: en envases sin nombre comercial, bajo estricto control, garantizando la disponibilidad de agua potable para preparar los biberones...

A finales de abril, la Oficina Regional Europea de la OMS calculaba que, sólo en los almacenes del ejército americano en Albania, ya había suficiente leche, probable-

mente demasiada, y pidió a través de internet que se dejase de enviar leche a Kosovo. Al mismo tiempo, en España, los niños de las escuelas (y los estudiantes de medicina!) recogían leche artificial para los refugiados. ¿Qué mensaje recibieron esos niños y sus madres (y esos futuros médicos)?

Grandes cantidades de leche donada por la industria fueron rechazadas por las organizaciones humanitarias que trabajan en Kosovo (y que conocen bien el problema), y terminaron distribuyéndose en consultas pediátricas locales.

Encontrarás más información en internet: el manual de la OMS sobre lactancia materna en emergencias (<http://www.who.dk/tech/hp/breastfeed.pdf>), y el informe técnico del *Inter-Agency Group on Infant Feeding in Emergencies*, publicado por el *Emergency Nutrition Network*: (<http://www.tcd.ie/ENN/InfantFeedingReport/>). Si estás en contacto con alguna ONG, hazles llegar esta información.

La AAP con la lactancia materna

La Academia Americana de Pediatría tiene un programa de formación continuada en lactancia materna para sus miembros, especialmente dirigido a pediatras extrahospitalarios. Su coordinadora, Betty Crase, consultora de lactancia y monitora de la Liga de la Leche, nos habla del entusiasmo mostrado por los pediatras: más de 1000 inscripciones, cuando sólo esperaban 300. Encontrarás más información en internet:

<http://www.aap.org/visit/brpromo.htm>

Lactancia materna, educación para la vida

Este es el lema de la **Semana Mundial de la Lactancia Materna 1999**.

¿Reciben los alumnos, en todos los niveles educativos, la misma información sobre la glándula mamaria que sobre otros órganos del cuerpo humano?

¿Se habla de la lactancia al tocar temas de biología, educación para la salud, nutrición, reproducción...?

¿Qué espacio dedican los libros de texto a la lactancia materna?

¿Es el pecho, o el biberón el que aparece como norma cultural en las ilustraciones de los libros infantiles?

Comprueba los libros de texto de tus hijos. Habla con sus profesores. Puedes escribir a las editoriales de libros de texto. Cuéntanos los resultados.

¿Y en las carreras socio-sanitarias? Si hace poco que has estudiado enfermería, auxiliar de clínica, trabajo social, medicina, psicología... ¿te pareció adecuada la cantidad y calidad de información sobre lactancia materna?

Hablan las Madres

Lactancia durante el embarazo

Cualquier madre que, con ilusión, empiece a amamantar a su hijo, pronto descubre que, en opinión de muchos, cualquier afección real o imaginaria que parezca aquejar al bebé va a ser culpa suya o de su leche. Pero la lactancia no sólo puede ser causa de todos los males del niño, sino también, no iba a ser menos, de todos los males de la madre.

Es curioso, una está tan tranquila mirando tiernamente cómo su bebé se alimenta, juega, sonrío, allí acurrucadito en su regazo, y pronto empiezan los comentarios, «¿Ya te cuidas bien?», «¿Ya descansas lo suficiente?», «Piensa que esta fiera te está chupando todo el día», y de pronto tu amado bebé parece transformarse convirtiéndose, comentario tras comentario, en un pequeño vampiro, una suerte de sanguijuela dispuesta a zamparse, con avidez, tus huesos, tus dientes, tu carne y todo lo que se le ponga por delante hasta dejarte seca y exhausta. Cuando llegues a la ancianidad, si es que llegas, serás una pobre piltrafa encorvada, calva y desdentada sin fuerzas para sostenerse.

Pero como por suerte las apariencias engañan, las realidades de la vida pueden hacer que más de una familiar, conocido o profesional de la salud se lleve alguna sorpresa.

Y así fue como un buen día, después de casi dos años de amamantar a mi primer hijo y con cierta experiencia en hacer oídos sordos a comentarios no deseados, volví a quedar embarazada y las huestes de cenizos volvieron al ataque con nuevos bríos.

«¡Desteta!» «Desteta!» era el comentario general, seguido de todo tipo de negras premoniciones si no lo hacía. Mi ginecólogo no fue una excepción, y cuando le comenté que seguía amamantando a mi hijo mayor puso una cara muy seria y dijo: «Ya veremos si te dejo seguir con esto, de momento hazte todos estos análisis, y dependiendo de los resultados decidire».

Pues bien, me hice los análisis y no solamente todo estaba muy bien sino que resultó que tenía más glóbulos rojos que la mayoría de las mujeres sanas no embaraza-

das. Al parecer, nadie había reparado en que la amenorrea prolongada que a menudo acompaña a la lactancia sirve, entre otras cosas, para prevenir la anemia, y que amamantar a mi hijo no solamente me había ahorrado 16 meses de molestias sino que había estado ayudando a mi cuerpo a recuperarse y a ganar en salud y vitalidad.

Mi ginecólogo zanjó el asunto con un «Bueno, haz lo que quieras», y eso fue exactamente lo que hice; o sea, seguí amamantando, tuve a mi segundo hijo y descubrí la curiosa y maravillosa experiencia que es una lactancia en tándem.

Ahora ya casi han pasado otros dos años, sigo amamantando a mis dos hijos y vuelvo a estar embarazada. Muchos de los que la primera vez abrieron la boca ahora se callan, no sé si porque han aprendido algo o porque me dejan por imposible. Mi ginecólogo ha sido más respetuoso y me ha ahorrado los comentarios prepotentes, aunque de nuevo ha insistido en los análisis super completos. Yo estoy tranquila, esta vez la amenorrea ha sido de 17 meses; no esperaba resultados sorpresa y no los ha habido. Finalmente, su único comentario: «¿Qué quieres que te diga, estás mejor que yo!».

Eulàlia Torras i Ribas

Un comienzo difícil

Escribo esta carta con el ánimo de que pueda ayudar a otras madres que como yo desean, ante todo, amamantar a sus hijos.

Me llamo Inma, tengo 30 años y una niña de 5, Laura. Hace un mes di a luz a mi segundo hijo, Roberto. De la atención médica en el hospital no tengo ninguna queja,

fue buena; ahora bien, resultó algo peor en el tema de la lactancia.

Tuve un parto normal, excepto que tenía las aguas teñidas y estaba con fiebre en el momento de dar a luz, por lo que ingresaron a mi hijo en neonatos, para hacerle análisis y cultivos por si tenía una infección.

A mí me llevaron a la habitación, y en cuanto reaccioné y pude andar fui a neonatos para decirles que yo quería amamantar al bebé. Me sorprendió ver que tenían un horario, cada tres horas, y si se quedaba con hambre le daban un biberón. Si lloraba por cualquier cosa, siempre era que «se ha quedado con hambre», y había que darle el biberón. De hecho, a todas las madres que allí íbamos a dar el pecho, las enfermeras nos traían al final un biberón, porque según ellas se quedaban con hambre y a sus madres les faltaba leche. Ellas mandaban en cómo debía alimentarse mi hijo, y yo no podía hacer nada.

Al tercer día, me iban a dar de alta a mí y al niño no. Les pedí que me dejaran en la habitación hasta que dieran de alta al niño. Me dejaron un día más, pero luego me dijeron que tenía que volver a casa, que por la noche le darían biberón. Les dije que no, que aunque fuera allí en el pasillo me quedaría e iría a darle todas las tomas por la noche y por el día. Aunque me decían que era una locura, me quedé como pude, en una sala de espera. Fueron dos días y dos noches muy largas, tenía que ir a las habitaciones y pedir permiso para pasar al aseo y lavarme los puntos; pero al final pude amamantarlo, y no permití que le dieran ni un solo biberón.

Me miraban como a un bicho raro, porque iba a dar el pecho por la noche, y me decían: «¿Qué madre más sacrificada! Cuando tu

hijo tenga 18 años, no te lo va a agradecer.»

Una enfermera habló con el médico y le dijo que yo me estaba quedando por allí, recién dada a luz. A la mañana siguiente, entró el médico cuando estábamos dando la toma de las 9 y dijo: «A ver, ¿quién es esa que se queda toda la noche para dar el pecho a su hijo?» Le dije que yo. «¡Vaya mérito! Recoge tus cosas, que ya te llevas a tu hijo.»

Me sentí la mujer más feliz del mundo, y libre, libre porque podía alimentar a mi hijo a demanda y cogerle en brazos cuando llorase y calmarlo, y no estar pensando si en ese momento le darían un biberón, o le dejarían llorar hasta que se hartase.

Pienso que deberían cambiar estas cosas en los hospitales y facilitar a las madres el inicio de la lactancia, porque en un futuro es un beneficio para todos, para toda la sociedad.

Amamantar a un hijo es lo más hermoso, y nadie tiene el derecho de quitarle esta oportunidad a la madre. Mi hija Laura estuvo tres años y un mes tomando pecho, y yo sé lo bueno que ha sido para ella, y también sé lo que me costó que mamara, porque nada más nacer le dieron un biberón de suero glucosado y una chupa más grande que ella. Luego no quería engancharse a mi pecho, pero gracias a la Liga de la Leche pude resolver todos y cada uno de los problemas y dudas que tuve.

Inma

Centro de Salud

Contacto precoz tras la cesárea

¿Conoce Marta a su mamá?

Conocí a Celina durante un laborioso parto que terminó en cesárea por una distocia de dilatación. Necesité todo el apoyo e información que como matrona le pude dar. Habíamos hablado mucho sobre lactancia materna. Ella tenía muchas dudas y temores, pero deseaba lo mejor para su bebé. Se estableció una buena relación entre nosotras. Hubo colaboración, pero finalmente se indicó cesárea, y todo transcurrió tan rápido que Celina apenas pudo ver a la niña.

Cuando, ya en su habitación, trajeron a Marta después de 6 horas, Celina destapó discretamente un pecho e intentó que la niña mamar. Cuando pasé a verla, me contó muy afectada que no podía alimentar a su niña, pues ésta no sabía mamar, sólo tomaba el pezón en su boca sin succionar. Después de varios intentos no conseguía nada. Hablé con la puericultora de la guardería, pues pensé si habían ofrecido a la niña algún biberón de leche o de glucosa. No, no le habrían dado nada. Pregunté a otra matrona más preparada en lactancia materna y seguí sus consejos.

Volví con la mamá, observé la postura, y entonces lo vi claro:

Celina tomaba a la niña y automáticamente la colocaba cerca de un pliegue de ropa por donde apenas asomaba un pezón sonrosado. La niña parecía no estimularse, y apenas abría la boca. Le dije a la mamá: «¡Marta no te conoces!» Ella me miró asombrada. «¿Le has hablado? ¿La has mirado a los ojos? Vamos a reconstruir el momento del parto.»

Desnudé a la niña y la coloqué sobre el pecho de su mamá, apagando casi las luces y hablando bajito a ambas:

- Marta, acabas de nacer, ésta es tu mamá, escucha su corazón cuyos latidos conoces tanto.

- Celina, mira a tu hija, mírala a los ojos y háblale despacio para que te conozca, que recuerde tu voz.

Discretamente me retiré y pude observar maravillada cómo se establecía un vínculo afectivo entre ellas. La mamá le habló dulcemente y la niña emitía unos sonidos tenues, y poco a poco abriendo la boca buscaba ella sola su alimento.

Más tarde me decía Celina que estaba muy feliz, que Marta ya sabía succionar y mamar bien, pero no quería sino el contacto directo y primero tenía que hablarle y ofrecerle el pecho desnudo.

Pensé que yo misma había aprendido de Marta que como todos los bebés necesitaba mucho el vínculo afectivo con su mamá. Éste se establece mejor a continuación del nacimiento, por ello en caso de cesárea se debería realizar lo antes posible.

Si el parto ha sido más medicalizado, el bebé necesita más tiempo de contacto piel a piel con la madre.

*Concha Marcos Belda
Matrona asistencial
Barcelona*

La lactancia de Freud

Con frecuencia oigo invocar el nombre de Freud para imponer el destete antes del año. ¿Dijo Freud tal cosa? He buscado en el CD-ROM de las obras completas de Freud. Nombra 18 veces la lactancia y 5 el destete, siempre breves menciones en casos clínicos. Sólo hay un comentario extenso en *Nuevas lecciones introductorias al Psico-*

análisis (lección XXXIII: *La femineidad*):

«De los reproches que la sujeto dirige a su madre, el que más se remonta es el de haberla criado poco tiempo a sus pechos, lo cual refuta la sujeto como una falta de cariño. Ahora bien: este reproche no deja de entrañar, en las circunstancias actuales, cierta justificación. Muchas madres de hoy no tienen leche suficiente para criar a sus hijos y se contentan con amamantarlos unos cuantos meses, seis o nueve a lo más. Entre los pueblos primitivos, los niños son amamantados por espacio de dos y tres años. [...] No me sorprendería que el análisis de un primitivo, amamantado hasta una época en la que ya sabía hablar y corretear, extrajera a la luz el mismo reproche.»

«Otra acusación contra la madre surge al hacer su aparición en la nursery un nuevo bebé. Cuando las circunstancias lo hacen posible, la niña relaciona tal suceso con la privación del seno materno. La madre no quiso o no pudo seguir dándole el pecho porque necesitaba amamantar al nuevo infante. Cuando los dos partos son tan seguidos que la lactancia queda cortada por el segundo embarazo, este reproche adquiere un fundamento real, dándose el caso singular de que, aun cuando entre ambos retoños haya tan sólo una diferencia de once meses, el primero se da cuenta de lo sucedido, no obstante su temprana edad...»

Ernest Jones, discípulo y biógrafo de Freud, que tuvo acceso a las cartas privadas y documentos del maestro, relata en *Vida y obra de Sigmund Freud*:

«Como más tarde escribiría él mismo: “Cuando un hombre ha sido el favorito indiscutido de su madre, logra conservar durante toda la vida un sentimiento de

vencedor, esa confianza en el éxito que a menudo conduce realmente al éxito”. Pocas veces se vio afectada esa confianza en sí mismo, una de las características sobresalientes de Freud, y éste tuvo razón en señalarle como origen aquella seguridad respecto al amor de su madre. Vale la pena mencionar aquí que, como cabía suponer, fue alimentado al pecho de su madre.»

«Otro hecho más importante [...] fue la muerte de su hermanito, cuando Freud tenía diecinueve meses y el pequeño (Julius) ocho. Antes del nacimiento de éste, el pequeño Sigmund no había tenido que compartir con nadie el afecto y la leche de su madre, pero luego hubo de experimentar hasta qué punto pueden ser poderosos los celos infantiles.»

Si relacionamos ambos pasajes, parecería que Freud tomó pecho hasta que nació Julius (cuando tenía 11 meses). Aunque Freud no plantea una determinada edad para el destete, parece claro que considera poco tiempo 6 o 9 meses, y que incluso 11 meses le parece un destete precoz.

Silvia Wajnbuch
Psicóloga infantil
Buenos Aires

Ciencia

Sedación en niños: Dos horas de ayuno es suficiente

Ingebo KR, Rayborn NJ, Hecht RM, Shelton MT, Silber GH, Shub MD. Sedation in children: Adequacy of two-hour fasting. J Pediatr 1997;131:155-8

Frecuentemente se recomienda ayunar 8 horas antes de una intervención quirúrgica, con el fin de conseguir que el estómago esté vacío y evitar el riesgo de aspira-

ción. Sin embargo, numerosos estudios han mostrado que el contenido gástrico no disminuye por ayunar más de dos horas. Dichos estudios se han realizado aspirando el contenido gástrico con una sonda en pacientes anestesiados, un método que podría subestimar el volumen real. En el presente estudio se midió el contenido gástrico en niños sometidos a fibrogastroscoopia. La aspiración del contenido se realizó por tanto bajo visualización directa, lo que garantiza que el volumen es exacto.

Participaron 285 niños desde un mes a 18 años (media 7,5 años), visitados por problemas como vómitos persistentes, dolor abdominal, diarrea crónica, déficit ponderoestatural o disfagia. A los primeros 180 se les recomendó ayuno absoluto durante un tiempo variable según la edad: 4 horas los menores de 6 meses; 6 horas hasta los 3 años, 8 horas los mayores de 3 años. Tras las nuevas recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría en 1992, se siguieron excluyendo la leche y los alimentos sólidos durante las horas antes indicadas, pero se permitieron líquidos claros (agua, infusiones, refrescos, zumos) hasta 2 horas antes, a cualquier edad.

El contenido gástrico (en ml por kg de peso corporal) y su pH no tenían correlación con la duración del ayuno, ni había diferencias entre los que ayunaron menos de 3 horas o más de 8. Los autores hacen notar que, por la patología de base en sus pacientes, el vaciado gástrico pudo ser incluso más lento que en otros niños. Concluyen que no hay ninguna ventaja en suprimir los líquidos por más de 2 horas antes de la sedación o anestesia para ningún procedimiento.

Fenómeno de Raynaud del pezón: ¿una causa prevenible de fracaso de la lactancia?

Lawlor-Smith LS, Lawlor-Smith CL. Raynaud's phenomenon of the nipple: a preventable cause of breastfeeding failure? Med J Aust 1996;166:448

Cinco mujeres que sufrían fenómeno de Raynaud en el pezón (dolor muy intenso y cambios de color blanco-azul y a veces rojo), las mismas cuyos casos fueron ya publicados (ver Lactancia Materna 1, 1997), fueron tratadas con nifedipino (10 mg tres veces al día, o 30 mg de liberación retardada, una vez al día). Una curó completamente, y las otras experimentaron mejorías notables. Dos madres tomaron nifedipino durante toda la lactancia (6 meses); las otras pudieron suspender el tratamiento tras 2, 8 y 11 meses, y siguieron dando el pecho hasta un total de 15, 19 y 25 meses respectivamente.

Efectos secundarios: una madre presentó vértigo y otra cefalea; mejoraron al reducir la dosis. Una tercera presentó taquicardia, que cedió espontáneamente. Pese a sus graves dificultades, estas madres dieron el pecho una media de 14 meses.

Lactancia materna

Moreno Manzanares L, Cabrera Sanz MT, García López L. ROL de Enfermería 1997;227:79-84

Encuesta a 202 madres que dieron a luz en 1992 en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. Iniciaron la lactancia el 91,5%, pero el 30,7% abandonó antes de un mes. El inicio de la lactancia en los primeros 30 minutos se asociaba significativamente con la lactancia al mes.

Estudio de intervención posterior: 47 madres recibieron la asistencia habitual (grupo control), mientras otras 43 recibieron durante el parto y postparto ayuda y

estímulo de la matrona para la lactancia materna, incluyendo contacto inmediato piel con piel, inicio precoz de la lactancia, consejo sobre la posición, evitar chupete... La prevalencia de la lactancia materna se mantuvo más alta en el grupo experimental en todo el periodo de seguimiento: al mes, 91,5 frente a 74%; a los 3 meses, 70,2 frente a 39,5%; a los 6 meses, 10,6 frente a 4,6%.

Cambios óseos tras 3 meses de lactancia: influencia de la ingesta de calcio, la producción de leche y el genotipo del receptor para la vitamina D

Laskey MA, Prentice A, Hanratty LA, Jarjou LMA, Dibba B, Beavan SR, Cole TJ. Bone changes after 3 mo of lactation: influence of calcium intake, breast-milk output, and vitamin D-receptor genotype. Am J Clin Nutr 1998;67:685-92

Se estudiaron 47 madres que dieron el pecho al menos 3 meses, 11 que dieron el biberón, y 22 controles no embarazadas y no lactantes; todas ellas inglesas de raza blanca. A las 6-8 semanas postparto, la ingesta media de calcio era de 34,8 mmol (1400 mg) al día en las madres lactantes; el volumen medio de leche de 865 ml/d, y la cantidad de calcio secretada en la leche $6,41 \pm 2$ mmol/d (256 ± 80 mg/d).

A las dos semanas y a los tres meses se practicó absorciometría de rayos X de todo el cuerpo, columna, cadera y antebrazo, observándose una disminución significativa del contenido mineral óseo (3,96% en la columna, 2,39% en el cuello femoral, 1,51% en la cadera y 0,86% en todo el cuerpo) en las madres lactantes. No hubo disminución en las madres que no lactaban ni en los controles. Esta disminución no guardaba relación con la ingesta de calcio.

Estudio longitudinal de la homeostasis del calcio durante el embarazo y la lactancia y tras el retorno de la menstruación

Ritchie LD, Fung EB, Halloran BP, Turnlund JR, Van Loan MD, Cann CE, King JC. A longitudinal study of calcium homeostasis during human pregnancy and lactation and after resumption of menses. Am J Clin Nutr 1998;67:693-701

Se estudiaron 14 mujeres norteamericanas entre 25 y 34 años, no fumadoras, con una ingesta media de calcio de 1200 mg/día (tomaban un suplemento). Se practicaron (antes del embarazo, en cada trimestre del mismo, 2 meses postparto y 5 meses tras el retorno de la menstruación) mediciones de absorción intestinal de calcio, contenido mineral óseo de todo el cuerpo y de la columna lumbar, y niveles de calcio, osteocalcina, calcitonina, paratohormona, dihidroxivitamina D y otros marcadores del metabolismo óseo en plasma y en orina de 24 horas. La duración media de la lactancia fue de 12 meses (entre 2 y 34), y la duración de la amenorrea de 8 meses (entre 3 y 14).

La absorción del calcio aumentó desde el 32,9% antes del embarazo al 52,8% en el tercer trimestre, al igual que el calcio en orina (de 4,32 a 6,21 mmol/día), pero la mineralización ósea apenas cambió. Dos meses después del parto, en cambio, la absorción de calcio volvió a niveles pregestacionales, la excreción urinaria de calcio descendió a 1,87 mmol/día, y disminuyó la densidad ósea en el hueso trabecular de la columna lumbar. Tras la vuelta de la menstruación, la absorción de calcio aumentó de forma no significativa (36%), la excreción urinaria de calcio aumentó a 2,72 mmol/día (todavía inferior a

la excreción pregestacional), y la densidad ósea en la columna lumbar se recuperó hasta valores anteriores, incluso en las mujeres que seguían dando el pecho. El hueso trabecular sólo representa un 20% del total, pero es el más activo metabólicamente; no se observaron cambios en el contenido mineral óseo total del cuerpo.

Los autores concluyen que los mecanismos homeostáticos del equilibrio del calcio van variando. Las necesidades del feto se cubren con el aumento de la absorción intestinal (a pesar de la mayor pérdida urinaria, atribuida al aumento de la tasa de filtrado glomerular); al comienzo de la lactancia el calcio en la leche se obtiene de una menor pérdida renal y de la reabsorción del hueso trabecular de la columna; pérdida que se recupera tras el retorno de la menstruación. No se conocen con exactitud los mecanismos hormonales responsables de estos cambios.

Las necesidades de calcio en la dieta de la mujer no aumentan en el embarazo ni en la lactancia

Allen LH. Women's dietary calcium requirements are not increased by pregnancy or lactation. Am J Clin Nutr 1998;67:591.

Este editorial comenta los dos estudios anteriores y otros recientes, y considera que confirman las recientes recomendaciones del Instituto de Medicina de los Estados Unidos: no es necesario un aumento de la ingesta de calcio en las embarazadas ni en las madres que lactan. Otro estudio, sin embargo, sugiere que aumentar la ingesta de calcio sí que podría ser útil en madres adolescentes.

¿Influyen el embarazo y la lactancia en la osteoporosis?

Eisman J. Relevance of pregnancy and lactation to osteoporosis? Lancet 1998;352:504-5

Esta editorial pasa revista a los resultados de las últimas investigaciones. La reabsorción ósea aumenta mucho durante el embarazo y la lactancia; sin embargo, durante el embarazo no se pierde apenas masa ósea, probablemente por el gran aumento de la absorción intestinal de calcio. Durante los primeros 6 meses de lactancia, las madres jóvenes y sanas pierden un 5 a 7% de la densidad ósea en la columna y la cadera; pero no se han observado cambios en los huesos periféricos, de respuesta más lenta. La pérdida se detiene a los 6 meses, aunque la lactancia prosiga, y en varios estudios la masa ósea se ha recuperado completamente o casi entre los 6 y 12 meses de lactancia. En diversos estudios, grandes diferencias en la ingesta de calcio han tenido poca influencia en la concentración de calcio en la leche o en la pérdida de masa ósea. «Se puede y se debe asegurar a las mujeres que, incluso con ingestas moderadas de calcio, no se ha observado que el embarazo y la lactancia produzcan ningún perjuicio a largo plazo para su esqueleto, ni ningún riesgo de osteoporosis a largo plazo.»

Relación de la dieta del lactante con la salud del niño: siete años de seguimiento de una cohorte de niños en el estudio de alimentación infantil de Dundee

Wilson AC, Forsyth JS, Greene SA, Irvine L, Hau C, Howie PW. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. Br Med J 1998;316:21-5

Un estudio ya publicado demostró un efecto protector de la

lactancia materna frente a la diarrea y las enfermedades respiratorias durante los primeros dos años (Br Med J 1990;300:11-6). Siete años después, los autores volvieron a contactar con los mismos niños, visitando en su domicilio a 545 de los 674 originales.

Tras ajustar por diversos factores de confusión, la probabilidad de haber sufrido alguna enfermedad respiratoria hasta los 7 años fue del 17% para los que habían tomado lactancia materna exclusiva 15 semanas o más; 31% para la lactancia mixta y 32,2% para la lactancia artificial. La probabilidad de una enfermedad respiratoria pasada o presente (a los siete años) disminuía de forma proporcional a la duración de la lactancia materna. La introducción de la alimentación complementaria antes de las 15 semanas se asociaba con una mayor incidencia de sibilancias (21% frente a 9,7%); un mayor porcentaje de grasa corporal (18,5% frente a 16,5%) y un mayor peso. La presión arterial sistólica también era significativamente más baja en los niños que habían tomado el pecho (90,7 frente a 94,2 mm Hg). Los efectos de la lactancia durante la salud se prolongan años después del destete.

Riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal atribuible al tabaco, los anticonceptivos orales y la [ausencia de] lactancia materna en Italia. Estudio nacional de casos y controles.

Corrao G, Tragnone A, Caprilli R et al. Risk of inflammatory bowel disease attributable to smoking, oral contraception and breastfeeding in Italy: a nationwide case-control study.

Se estudiaron 594 pacientes con colitis ulcerosa y 225 con enfermedad de Crohn diagnosticados en 10 ciudades de Italia entre 1989

y 1992. Los factores de riesgo para la colitis ulcerosa fueron ser exfumador (OR=3,0) y no haber sido amamantado (OR=1,5). Para la enfermedad de Crohn, fueron factores de riesgo el ser fumador (OR=1,7), el usar anticonceptivos orales (OR=3,4) y el no haber sido amamantado (OR=1,9). Al separar por sexos, el efecto protector de la lactancia materna sólo alcanzaba significación estadística en las mujeres. Los autores calculan que, en las mujeres, el 8,9% de los casos de colitis ulcerosa y el 11,4% de las enfermedades de Crohn pueden atribuirse a la falta de lactancia materna.

La relación entre la ausencia de lactancia materna y estas enfermedades ya había sido encontrada en 6 estudios anteriores. La dificultad para obtener, tantos años después, datos sobre la duración y el grado de exclusividad de la lactancia probablemente tiende a subestimar el riesgo verdadero.

Evaluación longitudinal del balance energético en embarazadas bien nutridas

Kopp-Hoolihan LE, van Loan MD, Wong WW, King JC. Longitudinal assessment of energy balance in well-nourished, pregnant women. Am J Clin Nutr 1999;69:697-704

Se practicaron detalladas mediciones metabólicas en 10 mujeres norteamericanas, poco antes de la concepción, hacia las 9, 25 y 35 semanas de gestación y a las 4 o 6 semanas postparto (9 de ellas daban el pecho en el último control).

El costo energético total del embarazo (aumento del gasto más depósito de grasa) resultó de unas 92.000 kcal, próximo a las 85.000 de los cálculos y recomendaciones tradicionales. Sin embargo, la variabilidad individual fue muy alta: entre 49.000 y 151.000 kcal; como

fueron muy variadas las estrategias metabólicas adoptadas por las distintas mujeres para cubrir ese costo: en el tercer trimestre del embarazo, la tasa metabólica basal era entre 109 y 810 kcal mayor que antes de la gestación; la termogénesis inducida por la ingesta descendía en 64 o aumentaba en 26 kcal por comida; el gasto total de energía descendía en 31 o aumentaba en 818 kcal/d; el gasto de energía por la actividad descendía en 550 o aumentaba en 700 kcal/d; la ingesta total descendía en 62 o aumentaba en 520 kcal/d, y la grasa corporal descendía 0,6 kg o aumentaba 10,6 kg. La ingesta energética media en el primer y segundo trimestre del embarazo y al mes de lactancia era inferior a la ingesta pregestacional; sólo en el tercer trimestre la ingesta media de las embarazadas era superior (media 185 kcal/d) a la que tenían antes de la concepción (aunque, como hemos dicho, la variabilidad individual es enorme, y en algunas la ingesta no aumentaba o incluso disminuía). Sin embargo, las recomendaciones habituales son de unas 250 a 300 kcal más al día durante todo el embarazo, claramente excesivo. «El uso de una única recomendación para el aumento de la ingesta energética en todas las embarazadas no está justificado.»

En un comentario editorial (*Am J Clin Nutr 1999;69:583*), Pitkin señala que estos datos confirman, con una metodología muy cuidadosa, varios estudios anteriores. Ya no es posible seguir creyendo que las diferencias entre las recomendaciones y la realidad se deben a errores de observación, y es preciso abandonar las antiguas recomendaciones.

Lactancia materna y enfermedades infantiles; ¿hay relación dosis-respuesta?

Raisler J, Alexander C, O'Campo P. Breast-feeding and infant illness: A dose-response relationship? Am J Public Health 1999;89:25-30

Analizaron los datos de 7092 lactantes norteamericanos de peso al nacer superior a los 1500 g, incluidos en la encuesta nacional de salud materno-infantil. El objetivo era distinguir los posibles efectos de la salud de distintas «dosis» de lactancia materna, pues en muchos estudios se incluyen en el mismo grupo a todos los que «han tomado el pecho alguna vez», lo cual podría ocultar importantes diferencias. Para cada mes, del primero al sexto, la lactancia materna se dividió en cinco categorías: completa (sólo pecho), ninguna, y tres grados de lactancia mixta, según que tomaran más, igual o menos leche materna que otros alimentos. Los datos se ajustaron por edad materna, etnia, educación, nivel de pobreza, peso al nacer, número de hermanos, asistencia a guardería, edad en meses, fumadores en el hogar, hacinamiento y edad en el momento de la encuesta (que es retrospectiva).

Los bebés con lactancia materna completa tuvieron un riesgo significativamente menor de tos y sibilancias, diarrea y vómitos que los no amamantados. El riesgo de otitis, fiebre y resfriados también era menor, pero sólo entre aquellos niños amamantados que no tenían hermanos mayores (cuando había hermanos, el riesgo era menor, pero no estadísticamente significativo). Se observó una clara relación dosis-respuesta: los que tomaban más o igual leche materna que otros alimentos estaban protegidos contra menos enfermedades; los que tomaban poca leche materna

no presentaban ninguna diferencia significativa frente a los que no tomaban ninguna. Los niños con lactancia materna completa habían requerido menos visitas médicas, lo que tampoco se observó con ningún grado de lactancia mixta. El efecto protector de la lactancia materna era el mismo en los tres grupos económicos: pobres, casi pobres y no pobres.

Las autoras concluyen que el mayor efecto sobre la salud se consiguió sólo con la lactancia exclusiva, y que el efecto protector de la lactancia no se limita al tercer mundo ni a familias pobres, sino que existe en familias acomodadas de países desarrollados.

Este estudio tiene, a nuestro juicio, un error de diseño. En cada mes, los bebés destetados se añadían al grupo de «sin lactancia materna». Se tienen en cuenta las «dosis» de lactancia materna, pero no las de lactancia artificial: un bebé de 6 meses que mamó hasta los 5 está en el mismo grupo que uno que no mamó nunca. Puesto que la lactancia materna sigue protegiendo después del destete, si el grupo control hubiera sido el de lactancia artificial exclusiva desde el nacimiento, las diferencias hubieran sido probablemente aún mayores.

Uso de un chupete y morbilidad en los primeros seis meses

North K, Fleming P, Golding J *et al.* *Pacifier use and morbidity in the first six months of life. Pediatrics* 1999;103(3). URL:

<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/3/e34>

Se realizó una encuesta a 14.318 madres que dieron a luz en Avon (Inglaterra) en 1991 y 1992, como parte de un estudio más amplio sobre salud materno-infantil iniciado por la OMS en Europa. Se recogieron 10.950 respuestas válidas.

El 58,4% de los niños usaban chupete a las 4 semanas, el 48,9% a los 6 meses, y el 41,6% a ambas edades («siempre»). El 34,9% no usaban chupete ni al mes ni a los 6 meses, aunque la pregunta realizada no permite excluir que hubieran usado chupete en algún momento entre medio.

Usaban significativamente más chupete los varones, los primogénitos, los hijos de madres más jóvenes, menos instruidas, más pobres o fumadoras, los que habían tomado el pecho poco (menos de 4 semanas) o nunca, y los que estaban expuestos al humo del tabaco. Los niños que dormían en decúbito prono usaban menos chupete.

Tras ajustar por todas las variables anteriores, consideraras como factores de confusión, el uso de chupete a los 6 meses o siempre se asociaba significativamente con la declaración de la madre de que su hijo «no estaba muy sano». El uso de chupete a cualquier edad se asociaba con haber llevado al niño al médico por enfermedad en alguna ocasión o con haber llamado al médico al domicilio. El uso de chupete al mes o siempre (pero no el uso sólo a los 6 meses) se asociaban con algún ingreso en el hospital durante los primeros 6 meses.

En cuanto a enfermedades o síntomas específicos, el uso de un chupete al mes o siempre se asociaba con un mayor riesgo de tos, apnea (entre los 6 y 8 meses), sibilancias, dolor de oídos, regurgitación frecuente, diarrea, cólico y llanto excesivo; pero no con resfriados, tos prolongada, faltarle el aliento, apnea del sueño, respirar por la boca, roncar, dormir bien, supuración del oído, pérdida de audición, atragantamiento, convulsiones o exantema. Además, usar

chupete al mes pero no a los 6 se asoció con haber vomitado alguna vez; y usar el chupete siempre se asoció con haber presentado sangre en las heces o fiebre. Usar el chupete a los 6 meses, pero no al mes, sólo se asoció con la diarrea, el cólico y el llanto.

Estas asociaciones podrían deberse, en parte, a que la madre da chupete al niño con problemas. Pero si esta fuese una explicación generalizada, esperaríamos en general que el uso de chupetes a los 6 meses se asociase con más problemas que el uso de chupete al mes, justo lo contrario de lo observado. El uso del chupete es previo a la mayoría de los problemas. También cabe destacar que, pese al gran número de comparaciones realizadas (81), ni una sola resulta significativamente favorable al chupete.

Pese a todo, los autores concluyen que «se requieren pruebas más fuertes y detalladas para poder hacer recomendaciones para desaconsejar el uso de chupetes». El estudio está pagado en parte por un fabricante de chupetes.

La lactancia materna exclusiva protege contra la colonización bacteriana y la exposición a la otitis media en la guardería

Duffy LC, Faden H, Wasielewski R *et al.* *Exclusive breastfeeding protects against bacterial colonization and day care exposure to otitis media. Pediatrics* 1997;100(4). URL:

<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/100/4/e7>

Siguieron prospectivamente a 306 lactantes, casi todos de raza blanca, en dos consultorios pediátricos en USA, anotando el tipo de lactancia, tabaquismo de los padres, si asistían a la guardería y los antecedentes familiares de alergia. Los episodios de otitis se diagnos-

ticaron por otoscopia y timpanometría; y se practicaron cultivos nasofaríngeos cada mes hasta los 6 meses y a los 8, 10, 12, 15, 18 y 24 meses. El 58% tomaba lactancia materna exclusiva al nacer, y el 16% a los 6 meses.

La tasa de colonización por gérmenes patógenos era significativamente mayor en los bebés con lactancia artificial a los 6 meses (54,3% frente a 27,3% con lactancia materna exclusiva). A los 6 meses, el 25% de los bebés que aún tomaban lactancia materna exclusiva había sufrido una otitis, frente al 54% de los que nunca habían tomado el pecho. El análisis mediante regresión logística mostró que la lactancia artificial era el principal factor predictivo de otitis, aunque también influían de forma significativa la edad de la colonización nasofaríngea por gérmenes patógenos y la asistencia a la guardería. Incluso la lactancia materna de corta duración (3 meses) tenía un efecto protector contra la otitis.

Prácticas y actitudes de los pediatras hacia la promoción de la lactancia.

Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. *Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. Pediatrics* 1999;103(3). URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/3/e35>

La Academia Americana de Pediatría realizó una encuesta en una muestra aleatoria de 1602 de sus miembros. Contestaron el 71%; de los que el 45% eran mujeres. Sólo el 65% recomendaban la lactancia materna exclusiva durante el primer mes; sólo el 37% recomendaban dar el pecho hasta el año.

En el postparto inmediato, el 44% recomendaban poner al niño al pecho en la primera media hora

tras el parto; el 59% recomendaban la lactancia a demanda (y el 31% señaló la respuesta aún más apropiada, 8 a 12 veces al día; pues a un recién nacido que pierde peso conviene estimularlo si demanda menos de 8 veces al día); el 78% recomendaban no dar suplementos de agua, suero glucosado ni leche; el 51% recomendaban el alojamiento conjunto. Sólo un 23% advertían de no dar chupete hasta que la lactancia esté bien establecida. El 30% recomendaban introducir papillas, el 22% hierro y el 41% vitaminas antes de los 5 meses en lactantes amamantados. El 23% creían que se debe interrumpir la lactancia en la mastitis, y el 8% en la ictericia.

El 60% tenían hijos que habían tomado el pecho, y mostraban conocimientos y actitudes algo más favorables que los pediatras sin experiencia personal con la lactancia. El 72% no había oído hablar de los Hospitales Amigos de los Niños.

Alactogénesis puerperal familiar: posible déficit aislado de prolactina transmitido genéticamente

Zargar AH, Masoodi SR, Laway BA, Shab NA, Salabudin M. *Familial puerperal alactogenesis: possibility of a genetically transmitted isolated prolactin deficiency. Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:629-31

Se han descrito en todo el mundo apenas media docena de casos de déficit aislado de prolactina; y estos son los primeros casos familiares, una madre y su hija. La hija, de 25 años, fue vista en el servicio de endocrinología de un hospital de Cachemira por fracaso de la lactancia tras su segundo parto. Menarquía a los 14 años, ciclos menstruales regulares, mamas normales, embarazos normales.

Tras su primer parto no tuvo leche, pero no acudió al médico, y volvió a quedar embarazada. La madre, de 58 años, había tenido 6 hijos, a ninguno de los cuales pudo amamantar.

La hija presentaba hemograma, glucemia, urea, colesterol, creatinina, electrolitos, calcio, fósforo, fosfatasas alcalinas y albúmina normales (se descarta así hipoparatiroidismo, que puede asociarse con hipoprolactinemia). Los niveles de T3, T4, TSH, LH y FSH eran normales. El nivel de prolactina era indetectable (inferior a 1,9 µg/L, es normal entre 5,2 y 16,6 antes del embarazo; pero en el postparto el nivel basal es de casi unos 200, y tras las tomas llega a 400); y seguía siendo indetectable tras pruebas de estimulación con clorpromacina y metoclopramida. En la prueba de tolerancia a la insulina, los niveles de hormona de crecimiento y cortisol aumentaron normalmente. Radiografías de cráneo y manos normales. TAC con contraste de la hipófisis normal.

La madre presentaba niveles normales de T3, T4, TSH, hormona de crecimiento, cortisol, LH y FSH normales. Prolactina indetectable tras estimulación con clorpromacina.

Comentarios: Primero, probablemente se trata de una mutación reciente, pues hasta este siglo pocos hijos de madres sin prolactina hubieran sobrevivido. Segundo, se precisa todo un estudio detallado para diagnosticar el origen de una hipogalactia. En Cachemira, las hipogalactias las estudia un endocrino. ¿Y aquí?

Lo que las madres explican sobre el llanto de los niños y la forma de consolarlos en una población multicultural

van der Wal MF, van der Boom DC, Pauw-Plomp H, de Jonge GA. Mothers' reports of infant crying and soothing in a multicultural population. Arch Dis Child 1998;79:312-317

Se pasó un cuestionario sobre características sociodemográficas y llanto de los niños a 1180 madres que acudieron con sus hijos de 2 o 3 meses a 21 consultorios pediátricos de Amsterdam en 1995 y 1996. Contestaron 1826 (84%), a las cuales se les entregó un segundo cuestionario sobre cómo consolaban a sus hijos, que debían rellenar en casa y enviar por correo (lo hicieron 1142, el 63%). Los cuestionarios se entregaban en inglés, árabe o turco cuando era preciso, y se contaba con intérpretes.

El 20,3% de los bebés tenían un «llanto problemático», pues su madre contestaba afirmativamente a una o más de tres preguntas: «el niño llora más de 3 horas al día» (7,6%), «el niño llora mucho» (14%) o «es difícil de consolar» (10,3%). La percepción de las madres respecto a cuándo el llanto es normal o aceptable resultó muy variable: sólo el 39% de los niños que «lloran mucho» lloran más de 3 horas al día, mientras que el 22% de las madres cuyo hijo llora más de 3 horas no consideran que llore mucho.

Las niñas y los hijos de inmigrantes de Surinam lloraban significativamente menos; los primogénitos y los bebés con lactancia mixta o artificial lloraban más. Es difícil saber si las diferencias étnicas se debe a que realmente lloran menos o a que en su cultura se le da menos importancia al llanto. En cuanto a la lactancia, no está claro si la leche artificial causa el llanto, si los niños de pecho lloran menos porque se alimentan a demanda, o si es que las madres dan más biberones cuando su hijo llora.

Las técnicas más usadas por las madres para consolar a sus hijos eran tomarlos en brazos (95%), un chupete (84%) dormir con ellos (60%), mecerlos (58%), música (57%), infusiones (57%), dejarlos llorar (45%), masaje (43%), decúbito prono (28%) reñirles (24%) bañarlos (22%)... Un 5% les sacudía, un 3% les pegaba y un 2% les sofocaba, porcentajes que se duplicaban o triplicaban entre los bebés con llanto excesivo. Otros estudios han identificado el llanto excesivo como una de las principales causas de malos tratos.

Las madres turcas reconocían con más frecuencia haber pegado o sacudido a sus hijos, o colocarlos en decúbito prono. Las madres con menos estudios pegaban cuatro veces más a sus hijos, y las madres marroquíes les tomaban en brazos la mitad que las holandesas. Los autores creen que estas diferencias explican que, en Holanda, la incidencia de muerte súbita del lactante sea el doble entre los inmigrantes turcos.

Los autores insisten en la necesidad de una educación sanitaria desde el embarazo, explicando a los padres la manera de responder al llanto del bebé, identificando respuestas inadecuadas y sugiriendo alternativas. Se debe desaconsejar completamente el pegar, sacudir, sofocar, colocar en decúbito prono o dejar llorar a los niños, pues estas técnicas pueden tener resultados fatales, incluso si sólo se usan una vez (citan un estudio alemán, en el que de 222 víctimas de muerte súbita, 5 bebés murieron en la primera noche en que sus padres les dejaron llorar, y otros 8 en la primera noche en que les colocaron en decúbito prono).

Intolerancia a la leche de vaca y estreñimiento crónico en niños

Iacono G, Cavataio F, Montalto G, Florena A, Tumminello M, Soresi M et al. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. N Engl J Med 1998;339:1100-4

Es bien sabido que la intolerancia a la leche de vaca puede provocar diarrea; este estudio viene a demostrar que también puede causar estreñimiento.

Se estudiaron 118 pacientes consecutivos con estreñimiento crónico en la consulta de gastroenterología pediátrica del hospital de Palermo. Excluidos los que tenían estreñimiento secundario a otras causas y los remitidos por otra patología, quedaron 65, 36 de los cuales eran niñas, entre 11 y 72 meses. Todos tomaban leche de vaca o derivados, y en todos habían fracasado los laxantes. La duración media del estreñimiento era de 8,7 meses. Sólo 35 habían tomado el pecho alguna vez. Había antecedentes de intolerancia a la leche de vaca en 16, e historia familiar de intolerancia a la leche en 26. Fisura o eritema perianal en 49.

Tras 15 días de observación, los niños tomaron de forma aleatoria una leche de soja o de vaca durante dos semanas, y tras una semana de dieta libre tomaron leche de vaca o de soja, en un diseño cruzado y a doble ciego. Hasta los 15 meses les daban leche adaptada; después, leche entera normal. Se consideró que la respuesta era positiva si el niño hacía 8 o más deposiciones durante las dos semanas.

Durante el periodo inicial de observación y con la leche de vaca, los niños hicieron una mediana de 4 deposiciones en dos semanas, todas ellas duras y con dolor. En las dos semanas con leche de soja,

hicieron una mediana de 10 deposiciones, de las cuales los dos tercios blandas y sin dolor. Se observó una respuesta favorable en 44 niños con la leche de soja, y en ninguno con la leche de vaca (6 abandonaron el estudio ante el desastroso resultado de la leche de vaca). En los 44 niños que respondieron se volvió a comprobar la reacción a la leche de vaca un mes más tarde, todos sufrieron estreñimiento.

De los 44 que mejoraron con leche de soja, 10 presentaron pruebas cutáneas positivas y 18 IgE específica a leche de vaca, frente a 1 y 2 respectivamente de los que no mejoraron con la soja. Se encontraron cambios inflamatorios en la biopsia intestinal en 26 de los que mejoraron y en 5 de los que no lo hicieron. Es decir, que en muchos casos hay mejoría clínica sin que sea posible demostrar alergia.

Normas hospitalarias y su influencia en el peso de los recién nacidos

Mikiel-Kostyra K, Mazur J. Hospital policies and their influence on newborn body weight. Acta Paediatr 1999;88:72-5

En 1995 se recogieron datos sobre 11.973 recién nacidos en 427 hospitales de Polonia. El 61% (7.216) tomaban el pecho. Se calculó en cada hospital el porcentaje de bebés amamantados que tomaron el pecho antes de 2 horas postparto, el de los que no se separaron de sus madres más de una hora al día y de los que tomaron lactancia materna exclusiva. Los tres porcentajes se sumaron para obtener una puntuación (máximo 300). Se compararon 1.011 bebés nacidos en los 65 hospitales con puntuación superior a 295 (media de 98 o 99% en cada criterio) con

1.146 nacidos en los 65 hospitales que obtuvieron menos de 130 puntos (media 54% de lactancia materna exclusiva, 29% amamantados antes de 2 horas, 4% no separados de sus madres). La duración media de la estancia era de 3,63 y 3,72 días; y el porcentaje de recién nacidos que permanecían más de 6 días en el hospital del 5,5 y 7,4% respectivamente.

Tras ajustar por duración de la estancia, los niños amamantados nacido en los hospitales del primer grupo recuperaban más rápidamente el peso al nacimiento, y tenían el doble (*odds ratio* 1,8) de probabilidades de ser dados de alta habiendo recuperado el peso. Los autores sugieren que esta evolución más favorable del peso podría explicar el alta ligera (pero significativamente) más precoz.

Revisión de la transmisión vertical del virus de la hepatitis C: riesgo de transmisión a los hijos nacidos de mujeres con y sin viremia por HCV o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Thomas SL, Newell M-L, Peckham CS, Ades AE, Hall AJ. A review of hepatitis C virus (HCV) vertical transmission: risks of transmission to infants born to mothers with and without HCV viraemia or human immunodeficiency virus infection. Internat J Epidemiol 1998;27:108-17

Una revisión sistemática identificó 116 estudios publicados y no publicados; en 24 casos se obtuvieron datos actualizados de los autores. Tras excluir los estudios con problemas metodológicos (diagnósticos imprecisos, seguimiento insuficiente...), quedaron 28 estudios con 976 niños.

Entre 12 estudios con madres HIV negativas, 8 daban una tasa de transmisión inferior al 10%.

Entre 409 madres con viremia por HCV (es decir, RNA positivas) en 15 estudios, la tasa de transmisión variaba entre el 0 y el 41%, siendo más alta en las madres coinfectadas con VIH. Entre las madres sin viremia por HCV, la tasa de transmisión fue de 0% en 10 estudios (119 madres HIV negativas y 19 HIV positivas); sólo un estudio encontró transmisión vertical del HCV en 4 de 19 madres sin viremia HCV pero HIV positivas. La revisión de los estudios excluidos sólo permitió identificar otros cuatro casos. Los autores concluyen que la transmisión vertical del HCV se restringe prácticamente a las madres virémicas, y que el riesgo más bajo entre las madres HIV negativas puede deberse a sus viremias HCV más bajas.

La hepatitis C no se transmite por la lactancia materna. De 11 estudios que comparaban la tasa de transmisión con lactancia materna o artificial, 6 estudios (227 niños, 168 de ellos amamantados) encontraron una tasa de transmisión del 0% independientemente del tipo de lactancia. En otros 5 estudios (197 niños, 114 amamantados), la tasa de transmisión fue distinta, pero la diferencia (favorable a la lactancia materna en 2 estudios, y a la artificial en los otros 3) no fue significativa.

Transmisión de madre a hijo del virus de la hepatitis C: estudio prospectivo de los factores de riesgo y del momento de la infección en niños nacidos de madres seronegativas para HIV-1

Resti M, Azzari C, Mannelli F, Moriondo M, Novembre E, de Martino M, Vierucci A et al. Mother to child transmission of hepatitis C virus: prospective study of risk factors and timing of infection in children born to women

seronegative for HIV-1. Br Med J 1998;317:437-41

Este estudio es posterior y no está incluido en la revisión antes citada. Parece ser el estudio prospectivo más amplio publicado sobre el tema. Se practicó serología de la hepatitis C a todas las embarazadas (25.654) que acudieron a 19 hospitales italianos. Resultaron positivas 442 (1,8%), de las que 403 completaron el estudio. De éstas, el 68% (275) eran RNA positivas (es decir, virémicas).

Entre las 128 madres RNA negativas, de las que 49 dieron el pecho, no se infectó ningún niño. Entre las 275 madres RNA positivas se infectaron 13 niños (5%); 6 de 87 (7%) amamantados y 7 de 188 (4%) con lactancia artificial, diferencia no significativa. En 6 niños (3 con pecho y 3 con biberón) se detectó RNA vírico inmediatamente después de nacer, por lo que la infección no pudo ser postnatal. Los otros 7 niños infectados presentaron un RNA positivo antes de 3 meses, su infección pudo producirse durante el embarazo o parto, y no por la lactancia.

Limitándonos a las madres RNA positivas, no hubo diferencias en la tasa de transmisión entre los 70 nacidos por cesárea (6%) y los 213 por vía vaginal (4%). Sí que fue significativamente más alta la transmisión en las 111 madres usuarias de drogas endovenosas (8%) y en las 20 que sufrían hepatitis postranfusión (10%) que en las 144 que carecían de ambos factores de riesgo (1%). La carga viral de las madres que transmitieron la enfermedad era algo más alta que la de las otras, pero la diferencia no fue significativa.

Los autores concluyen que en las madres con anticuerpos positivos pero RNA negativo la transmisión es prácticamente imposible, y que

entre las RNA positivas son factores de riesgo el uso de drogas intravenosas y la hepatitis postranfusión, pero no el tipo de parto ni de lactancia.

Raquitismo florido asociado con lactancia materna prolongada sin suplementos de vitamina D

Mughal MZ, Salama H, Greenaway T, Laing I, Mawer EB. Florid rickets associated with prolonged breast feeding without vitamin D supplementation. Br Med J 1999;318:39-40

Seis niños con raquitismo, de 10 a 28 meses de edad, fueron vistos en un hospital de Mánchester entre 1995 y 1997. Sus madres eran emigrantes de Oriente Medio y África, y no habían recibido suplementos de vitamina D durante el embarazo y la lactancia. Se midieron niveles de vitamina D en 5 de las madres, y resultaron bajos en 4, musulmanas que llevaban velo (el déficit de vitamina D en la madre ocasiona un déficit en sangre de cordón y en la leche). Cuatro de los niños tomaban el pecho en el momento del diagnóstico (10, 15, 16 y 21 meses); los otros habían mamado 12 y 24 meses. Ninguno de los niños había tomado suplementos de vitamina D.

Comentario: Todos los casos detectados de raquitismo pertenecían a minorías étnicas que evitan el sol. La exposición al sol es mayor en nuestro país; pero no olvidemos insistir en que los bebés de grupos de riesgo pasen media hora al día fuera de casa o tomen un suplemento de vitamina D (aunque el paseo del bebé tiene probablemente otros efectos beneficiosos que no se limitan a la vitamina D; entre ellos el que permite salir de casa a la madre, a veces sometida a normas culturales muy restrictivas). Y el suplemento a las embarazadas

probablemente está siguiendo la ley de los cuidados inversos: se los estamos dando a miles de embarazadas que no lo necesitan porque toman el sol en la playa, mientras algunas emigrantes que apenas salen de casa no reciben atención prenatal adecuada o no pueden comprar la vitamina.

Estudio cualitativo de las decisiones sobre alimentación infantil entre mujeres de un barrio pobre de Londres

Hoddinott P, Pill R. Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. Br Med J 1999;318:30-4

Entrevistaron al comienzo del embarazo y 6 a 10 semanas después del parto a 21 primíparas blancas de bajos ingresos y escasos estudios, en un barrio empobrecido del centro de Londres. Es un grupo con bajas tasas de lactancia materna. La mayor parte de las entrevistas se hicieron en su casa, con su pareja o familia.

Las mujeres que habían visto habitualmente a una pariente o amiga dar el pecho con éxito y describían positivamente tal experiencia tenían más confianza en su decisión de amamantar y más probabilidades de lograrlo. Sin embargo, el haber visto dar el pecho podía ser una experiencia positiva o negativa, según el contexto. Las mujeres que sólo habían visto dar el pecho a una desconocida solían describirlo como una experiencia negativa, especialmente si había otras personas presentes. Todas las mujeres sabían que la lactancia materna es buena para la salud; pero el grado en que asumían tal conocimiento variaba según su experiencia de haber visto amamantar.

Los autores concluyen que la decisión de iniciar la lactancia materna depende más de conocimientos

interiorizados a partir de la observación de la lactancia que del conocimiento teórico de sus ventajas. Los conocimientos, la confianza y la decisión necesarios para dar el pecho pueden obtenerse mejor del aprendizaje prenatal con una madre lactante que de los consejos recibidos de los profesionales o de los libros.

Estudio clínico controlado aleatorio del aumento del hierro en la dieta de niños amamantados

Makrides M, Leeson R, Gibson RA, Simmer K. A randomized controlled clinical trial of increased dietary iron in breast-fed infants. J Pediatr 1998;133:559-62

Las recomendaciones australianas son que los niños de 6 a 12 meses tomen 9 mg al día de hierro. Este estudio se diseñó para comprobar si una dieta especialmente reforzada para alcanzar esta meta tiene ventajas sobre la dieta habitual. Definen déficit de hierro como una ferritina inferior o igual a 10 µg/L; y anemia ferropénica como ferritina inferior o igual a 10 µg/L y hemoglobina inferior a 10,5 g/dl.

Los sujetos son niños de 6 meses que no habían tomado más leche que la materna. Se excluyen los que en ese momento estaban anémicos, y los que fueron destetados antes de los 9 meses. En el grupo control, 26 madres recibieron el folleto habitual sobre alimentación, que en Australia recomienda introducir cereales (enriquecidos con hierro) entre los 4 y 6 meses. En el grupo experimental (36 niños), se recomendó a las madres dar grandes cantidades de carne y de cereales especiales (con más hierro todavía). A los 6 meses, los bebés tomaban 1,5 y 1,9 mg/día de hierro, respectivamente; pero a

los 9 meses la ingesta era de 4 y 7,2 mg; y a los 12 meses de 5,2 y 8,2 mg/día. Es decir, con la dieta especial «casi» llegaban a las recomendaciones teóricas, y con la dieta normal se quedaban en la mitad.

A los 12 meses, no había ninguna diferencia entre ambos grupos en la hemoglobina (11,5 y 12 mg/dl), ferritina (35 y 26 µg/L), sideremia (8 y 9 µmol/L), transferrina (2,8 y 2,7 g/L) ni saturación de la transferrina (11 y 13%). Los autores sugieren que se deberían reevaluar las recomendaciones sobre ingesta de hierro.

El síndrome de Gilbert es un factor contribuyente en la hiperbilirrubinemia no conjugada prolongada del recién nacido

Monaghan G, McLellan A, McGeehan A, Li Volti S, Mollica F, Salemi I, Din Z, Cassidy A, Hume R y Burchell B. Gilbert's Syndrome is a contributory factor in prolonged unconjugated hyperbilirubinemia of the newborn. J Pediatr 1999;134:441-6

El síndrome de Gilbert es una variación genética no patológica y bastante frecuente que produce ictericia leve intermitente. Sólo causa un problema a quienes lo sufren: el exceso de ansiedad y pruebas médicas hasta que se llega al tranquilizador diagnóstico.

En Escocia, donde la prevalencia entre la población general es del 12%, estudiaron a 94 recién nacidos ictericos (más de 200 µmol/L, 11,7 mg/dl). La ictericia se catalogó como «aguda» si en el día 14 la bilirrubina total estaba por debajo de 150 µmol/L (8,8 mg/dl); «prolongada» si era superior a 150 el día 14 pero inferior a 100 el día 28; y «muy prolongada» si era superior a 150 el día 14 y superior a

100 µmol/L (5,8 mg/dl) el día 28. En todos los sujetos se buscó incompatibilidad de grupo o Rh, galactosemia y hemólisis; en los 50 con ictericia muy prolongada se descartó también déficit de α-1-antitripsina, hipotiroidismo, infección urinaria, atresia biliar y otras patologías hepáticas e infección congénita por TORCH (toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus o herpes simple). Con todo esto se encontró una causa orgánica en 9 recién nacidos: 5 incompatibilidades de grupo o Rh, 2 déficit de α-1-antitripsina, una infección urinaria y una fibrosis hepática leve.

En los restantes 85 recién nacidos con ictericia de causa desconocida se practicaron pruebas de ADN para descartar el síndrome de Gilbert. Entre los niños con lactancia materna e ictericia aguda o prolongada, el 6% tenían dicho síndrome (lo normal por puro azar); pero la cifra aumentaba al 31% de los que tenían ictericia muy prolongada. Había muy pocos niños con lactancia artificial para dar porcentajes, pero uno de los tres con ictericia prolongada y el único con ictericia muy prolongada también tenían el síndrome de Gilbert. Los autores concluyen que el síndrome de Gilbert contribuye en muchos casos hasta ahora catalogados como «ictericia por lactancia materna», y que convendría hacer pruebas genéticas en recién nacidos con ictericia muy prolongada.

Análisis multicéntrico combinado internacional de la transmisión postnatal tardía de la infección por HIV-1 entre madre e hijo

Leroy V, Newell ML, Dabis F, Peckham C, Van de Perre P, Bulterys

M, Kind C, Simonds RJ, Wiktor S, Msellati P. *International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection. Lancet 1998;352:597-600*

Analizan todos los resultados publicados y no publicados de los 8 estudios en que se ha seguido prospectivamente a hijos de madres HIV con serología y PCR (detección de RNA viral) periódicos. Consideran demostrado que el niño no está infectado cuando tiene, o bien una PCR negativa después de 2,5 meses de edad, confirmado con un western blot negativo después de los 9 meses o un ELISA negativo después de los 18 meses; o bien ha perdido los anticuerpos maternos. El contagio de un niño que previamente se había confirmado como no infectado es un contagio tardío.

Se obtuvieron datos de 5.997 niños. No se observó ningún contagio tardío entre los no amamantados (64.884 meses-niño de seguimiento) En Europa y USA muy pocos niños tomaron el pecho (151 meses-niño, casi todos en Francia), y tampoco se observaron contagios tardíos. En Africa, hubo 49 contagios tardíos en niños amamantados (18.484 meses-niño). En 20 de ellos se pudo establecer aproximadamente el momento del contagio, que al parecer fue entre los 4 y los 6 meses en 3 casos, y posterior en el resto.

Estudio prospectivo de cohortes sobre la influencia del tipo de lactancia materna en la transmisión precoz del HIV-1 entre madre e hijo en Durban, Sudáfrica

Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, Kubn L, Coovadia HM, *Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Dur-*

ban, South Africa: a prospective cohort study. Lancet 1999;354: 471-76

Este es el primer estudio prospectivo diseñado para comprobar una hipótesis ya antigua: que tal vez el riesgo de transmisión del SIDA es mayor con lactancia mixta que con lactancia materna exclusiva. También se intentó averiguar si los suplementos de vitamina A eran útiles para disminuir el contagio (como ocurre con el virus del sarampión); pero no sirvieron de nada, así que los grupos con vitamina A y placebo se juntaron para analizar el efecto de la lactancia.

Participaron 631 recién nacidos no gemelares, hijos de madres HIV positivas, de los que 549 completaron el estudio. De acuerdo con las recomendaciones actuales de OMS, UNICEF y ONUSIDA, se informó a las madres de los pros y contras de la lactancia materna y artificial. Las que decidieron dar el pecho recibieron especial educación y apoyo sobre la importancia de la lactancia exclusiva (lo que era poco frecuente en la zona, pues es costumbre dar infusiones y comenzar con papillas al mes) Tomaron el pecho 393 (71,6%). Al mes, tomaban el pecho 316 (191 de forma exclusiva), y a los 3 meses 226 (103 exclusiva). Se define lactancia materna exclusiva como no haber tomado, en ningún momento desde el nacimiento, ningún otro alimento, ni agua, ni infusiones. Se realizaron controles clínicos y analíticos al nacer, a la semana, a las 6 semanas, a los 3 meses y luego cada 3 meses; en los niños infectados a los 15 meses se determinó el momento de la infección mediante análisis de RNA viral en las muestras de sangre conservadas.

Se establecieron tres grupos: nunca amamantados (156), lactan-

cia materna exclusiva durante 3 meses (103) y lactancia no exclusiva (288). Las tasas de infección al nacer fueron similares (6,4, 6,8 y 5,2%). Entre los niños no infectados al nacer, los porcentajes al mes eran 8,3, 2,1 y 9,5%, y a los 3 meses, 13,2, 8,3 y 19,9% respectivamente. (¿Y como se contagiaron los que no tomaron el pecho? Se supone que en el momento del parto, por lo que las pruebas aún no daban positivo). Es decir, que la tasa de infección con lactancia materna exclusiva es significativamente menor que con lactancia no exclusiva; y similar a la de la lactancia artificial. El efecto persistía tras ajustar por diversas variables que pueden influir en el contagio. De hecho, el contagio es menor con lactancia materna, aunque la diferencia no es significativa; los autores sugieren que tal vez la leche materna podría haber eliminado los virus en algunos niños contaminados durante el parto (varios componentes de la leche materna destruyen al VIH *in vitro*). ¿Por qué la lactancia mixta transmite el VIH, y la exclusiva no? Se supone que se afecta la integridad de la mucosa por diversos mecanismos (reacciones a las proteínas vacunas, inflamación por bacterias en el agua o en los alimentos...), creando puertas de entrada para el virus.

Por supuesto, será preciso comprobarlo con nuevos estudios. De momento, habrá que seguir con la misma política: informar a la madre sobre los riesgos y ventajas de los distintos tipos de lactancia, respetar y apoyar su decisión, y recomendar que la lactancia materna sea exclusiva, lo que siempre se ha recomendado para todos los niños... sólo que ahora con mucho más énfasis. Los autores advierten que ignoran lo que ocurre después de los 3 meses. Se ha comprobado

la transmisión tardía del VIH por la lactancia, incluso en el segundo año, cuando evidentemente es imposible mantener una lactancia materna exclusiva (ver estudio anterior). Tal vez se deba proceder a un destete brusco, antes de introducir las papillas; o tal vez los anti-retrovirales sean útiles para proteger al niño en ese momento...

Costo sanitario de la alimentación artificial durante el primer año

Ball TH, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. Pediatrics 1999;103:870-6

Dos estudios ya publicados, uno en Arizona y otro en Escocia, han demostrado que los niños que toman lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses tienen menos enfermedades respiratorias de vías bajas, menos gastroenteritis y menos otitis durante el primer año. Basándose en esos datos y refiriéndose sólo a estas tres enfermedades, calculan teóricamente lo que cuesta la asistencia sanitaria en USA según el tipo de lactancia.

Han usado para el cálculo las prácticas médicas habituales y su costo en un hospital de Arizona. Entre 1000 niños que no tomen el pecho y otros 1000 que tomen lactancia materna exclusiva durante 3 meses, la diferencia sería de 60 episodios de enfermedad respiratoria, 580 de otitis media y 1053 de gastroenteritis durante el primer año, que generarían 2033 visitas al médico, 212 días de hospitalización, 609 recetas y 51 radiografías, por un precio total para el prestador de servicios de 331.051 \$ (más de 51 millones de pesetas). Sólo con tres meses de lactancia, sólo en tres enfermedades y sólo en costos médicos directos.

Efectos de la evitación de alimentos por la madre lactante en la alergia de los niños a los 10 años de edad

Hattervig G, Sigurs N, Kjellman B. Effects of maternal dietary avoidance during lactation on allergy in children at 10 years of age. Acta Paediatr 1999;88:7-12

Participan 115 niños con antecedentes familiares de atopía (ambos padres o un padre y un hermano), identificados prenatalmente en dos ciudades suecas. En una de las ciudades, 65 madres siguieron una dieta sin leche, pescado ni huevos durante los primeros tres meses de lactancia, en la otra, 50 madres siguieron dieta normal. La dieta de los niños fue similar en ambos grupos: se introdujo la leche de vaca después de los 6 meses, y los huevos y el pescado después de los 12. Se realizaron controles a los 3, 6, 9 y 18 meses y a los 4 y 10 años, con pruebas cutáneas a huevo, leche, cacahuete, soja, avellana, abedul, alfalfa, gato, perro, ácaros y mohos; e IgE (RAST) a los mismos más trigo y bacalao. No hubo diferencias entre ambos grupos en la incidencia acumulada de asma, rinoconjuntivitis alérgica ni dermatitis atópica, en los niveles totales de IgE, ni en las pruebas positivas a huevo, pescado y leche ni a los otros alérgenos. Los niños del grupo experimental tuvieron una incidencia algo menor de dermatitis atópica a los 6 meses y a los 4 años. Los autores concluyen que, aunque no se puede descartar un modesto efecto protector a corto plazo (que podría ser útil en algunas familias con fuertes antecedentes), los resultados a largo plazo no justifican la recomendación sistemática de restricciones dietéticas durante la lactancia en madres con antecedentes alérgicos.

Obsérvese que aquí se habla de dietas preventivas en lactantes asintomáticos. La dieta de exclusión cuando el lactante presenta síntomas atópicos si que es útil en muchos casos.

Estudio controlado aleatorio sobre la eficacia de la orientación entre iguales a domicilio para promover la lactancia materna exclusiva

Morrow A, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, Ruiz-Palacios G, Morrow RC, Butterfoss F. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. Lancet 1999;353:1226-31

San Pedro Mártir es un suburbio pobre de México en el que, según estudios previos, el 92% de las madres daba el pecho, pero sólo el 4% daba lactancia materna exclusiva a las 2 semanas, y la mitad destetaban antes de los 6 meses.

Distribuyeron al azar a 130 madres en tres grupos, que recibieron ninguna, 3 o 6 visitas a domicilio de promotoras de lactancia. Las promotoras eran tres mujeres de la comunidad, especialmente formadas por la Liga de la Leche. Las visitas tenían lugar durante el embarazo (una o dos) y en el postparto (semanas 1 y 2 o bien semanas 1, 2, 4 y 8)

La prevalencia de la lactancia materna exclusiva fue mayor (pero no significativamente) en el grupo con 6 visitas que con 3 visitas, y en ambos significativamente mayor que en el grupo control. A los 3 meses era del 67, 50 y 12%, respectivamente. La incidencia de diarrea durante los primeros 3 meses fue menor en los dos grupos visitados (12%) que en el grupo de control (26%).

El colecho en su contexto. Forma de dormir y problemas con el sueño entre niños pequeños en el Japón y en los Estados Unidos

Latz S, Wolf AW, Lozoff B. Cosleeping in context. Sleep practices and problems in young children in Japan and the United States. Arch Ped Adolesc Med 1999;153:339-46

Entrevistaron a 56 familias japonesas de clase media y a 61 familias americanas de raza blanca y clase media, con hijos de 6 a 48 meses de edad. El 38 frente al 2% tenían la cama del niño en el dormitorio de los padres. El 59% de los japoneses dormían todas las noches con sus padres (colecho), mientras que sólo el 15 % de los americanos dormían con sus padres 3 veces o más por semana. Definen tres problemas con el sueño: despertar frecuente (3 o más veces por semana), resistencia a acostarse (3 o más veces por semana) y «problema estresante» (cualquiera de los anteriores si se acompaña de conflictos o molestias para los padres o para el niño). Los niños japoneses se despertaban menos, protestaban menos a la hora de acostarse y tenían menos problemas estresantes. En USA, el colecho se asociaba con las tres alteraciones; pero en el Japón sólo se asociaba con el despertar frecuente, que de todos modos se mantenía en niveles «bajos» en comparación con USA (78% en USA con colecho, 17% en USA sin colecho, 24% en Japón con colecho, 13% en Japón sin colecho).

Los autores concluyen que «resistir al intenso deseo de los niños de estar en estrecha proximidad con sus cuidadores puede preparar el terreno para las protestas a la hora de acostarse y la persistencia de despertares nocturnos en USA.

Otros factores que pueden aumentar las protestas y despertares entre los niños USA que duermen con sus padres incluyen el colecho intermitente o parcial, el recurrir al colecho en reacción a las alteraciones del sueño, las recomendaciones profesionales contra esta práctica, y la ambivalencia de los padres hacia el colecho.» Dicho de otro modo, que tal vez muchos problemas podrían evitarse si los padres durmieran con sus hijos desde el nacimiento y toda la noche, y no sólo cuando ha fracasado un intento de dejarlos llorar; y si no se vieran culpabilizados por las críticas de su entorno y de los profesionales.

El colecho entre los hijos de militares

Forbes JF, Weiss DS, Folen RA. The cosleeping habits of military children. Mil Med 1992;157:196-200

Los autores, psiquiatras y psicólogos infantiles de la Marina de los Estados Unidos en la base de Honolulu, emprendieron este estudio de casos y controles para conocer la prevalencia del colecho entre los hijos de militares, tanto cuando el padre está en casa como cuando sale en misión, y para comprobar si es cierto que dormir con los padres se asocia con diversos problemas psicológicos. Los casos (47) son los niños que se visitan en psicología; los controles (36) son niños que se visitan en el servicio de pediatría (excluyendo a los que casualmente iban a otros psicólogos). Los niños tenían entre 2 y 13 años de edad (media 5).

En conjunto, dormían con sus padres algo menos del 30% de los niños, lo que aumentaba a más del 50% cuando el padre estaba ausente. En ausencia del padre, los niños dormían 2 noches o más por semana con su madre, hasta los 8

años; luego la frecuencia disminuía a 0,6 noches por semana. No había relación entre la frecuencia de colecho y el grado militar del padre. La frecuencia de colecho era mayor entre los niños sin problemas psicológicos, aunque la diferencia sólo era significativa cuando el padre estaba ausente. En el subgrupo de varones mayores de 3 años, 5 de los 6 controles dormían con su madre en ausencia del padre, frente a sólo 8 de los 22 niños con problemas psicológicos.

Los autores concluyen que no parecen existir pruebas objetivas para hacer recomendaciones en contra del colecho.

(Nuestro agradecimiento a la bibliotecaria del Hospital Militar Central, el único en España que recibe Military Medicine, por facilitarnos este artículo)

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