

Sumario

- **Éxito del Congreso**
- **Noticias de ACPAM**
- **Noticias de España**
- **Noticias del Mundo**
- **Hablan las Madres**
- **Libros**
- **Ciencia**

Editorial

Éxito del congreso

En febrero se celebró el Primer Congreso Español de Lactancia Materna. Fue un éxito por el número de participantes (unos cuatrocientos), por la calidad de las ponencias y por el interés de los 154 pósters presentados. La sala de sesiones estaba siempre llena, y fue una gran oportunidad para conocerse e intercambiar experiencias.

Nuestra felicitación a las organizaciones convocantes: las asociaciones científicas de enfermería de cuidados intensivos pediátricos, enfermería pediátrica, gestores sanitarios, matronas, obstetras y pediatras. Y nuestra felicitación al comité organizador, encabezado por el Dr. Martín Calama, por su excelente labor.

Los que trabajamos por la lactancia materna sufrimos a veces una sensación de impotencia y soledad.

El congreso nos ha dado nuevas energías y esperanzas. Somos muchos, y las cosas están cambiando.

Hospitales en que los niños están en contacto piel con piel con la madre desde que nacen, en que los nacidos por cesárea maman antes de una hora, en que se han suprimido los nidos o no se da suero glucosado por rutina. Apoyo a las madres a través de teléfonos de atención, grupos de ayuda mutua y grupos de postparto en centros de salud. Difusión de la lactancia en la sociedad con medios audaces e innovadores: concursos fotográficos, y de redacción infantil, dibujos rimados, carteles... Y pruebas de que varias de las iniciativas anteriores han producido un gran aumento de la duración de la lactancia en los últimos años.

¿Para cuándo el próximo congreso?

Noticias de ACPAM

Durante seis meses, gracias a una subvención de la Generalitat, hemos podido contratar a Cristina como secretaria. Ahora se nos acabó el dinero, y Cristina ha tenido un hijo (¡enhorabuena!), y los papeles de la asociación se acumulan en desorden mientras los voluntarios hacen lo que pueden (¡un millón de gracias!). Por cierto, ¿no tendrías unas horas por semana para dedicarnos?

Además, seguimos haciendo cursos por toda España, y hemos impreso un nuevo folleto para las madres sobre lactancia y trabajo, que te enviamos. Puedes hacer fotocopias.

Junto con nuestro anterior boletín, los socios de ACPAM recibieron el informe sobre la publicidad de alimentos infantiles en España, que incluye el texto íntegro del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y resoluciones posteriores de la OMS, y de la legislación española. Nos quedan algunos ejemplares (se agradecerá una contribución para gastos de impresión y envío).

Noticias de España

El número de grupos de madres crece sin cesar, y nos es imposible darles la bienvenida a todos. Eulàlia Torras, del grupo Alba de Barcelona, está haciendo un gran esfuerzo para mantener una lista actualizada de todos los grupos, con sus direcciones, teléfonos y contactos. Una lista que ya incluye grupos en 52 municipios de 27 provincias. Puedes contactar con Eulàlia (tel. 616 466 844, correo electrónico alba@grupslactancia.org) para conseguir la lista, o para comunicarle la aparición de un nuevo grupo o cualquier cambio en los datos.

¿Qué es IBFAN?

Desde que apareció nuestro primer Boletín, habrás visto el logotipo de IBFAN en la primera página. Pero me temo que nunca hemos explicado qué es eso.

IBFAN es la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil, formada por organizaciones (más de 150 en más de 90 países) que trabajan para mejorar la salud y el bienestar de los lactantes y niños pequeños, y de sus madres y familias, mediante la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna y a una óptima alimentación infantil. IBFAN trabaja para la aplicación plena en todo el mundo del Código de la OMS

IBFAN nació el 12 de octubre de 1979, por iniciativa de varias ONG presentes en la reunión conjunta OMS-UNICEF sobre alimentación del lactante y del niño pequeño (que sentó las bases para la promulgación del Código en 1981).

Los miembros de IBFAN se coordinan como una red sin perder su independencia. Pueden ser grupos que trabajan sólo en alimentación infantil, grupos de madres, asociaciones de consumidores, ONG para el desarrollo, grupos que defienden los derechos de los ciudadanos... En España, además de ACPAM, son miembros de IBFAN los grupos Vía Láctea, de Zaragoza, y Alba, de Barcelona.

Para ser miembro de IBFAN hay que cumplir las siguientes condiciones:

- No aceptar financiación, donativos o subvenciones de la industria de alimentación infantil y productos relacionados.
- Trabajar por la aplicación del Código Internacional y resoluciones posteriores de la OMS
- Comunicarse con la red
- Apoyar los siete principios de IBFAN:

1. El derecho de los niños de todo el mundo a tener el más alto nivel de salud.
2. El derecho de las familias, y en particular de las mujeres y los niños, a tener suficiente alimento nutritivo.
3. El derecho de las mujeres a amamantar y a tomar decisiones informadas sobre alimentación infantil.
4. El derecho de las mujeres a tener pleno apoyo para amamantar con éxito y para alimentar a sus hijos de forma saludable.
5. El derecho de todas las personas a acceder a servicios de salud que satisfagan sus necesidades básicas.
6. El derecho de los trabajadores de salud y consumidores a tener sistemas de salud libres de presiones comerciales.
7. El derecho de las personas a organizarse en solidaridad internacional para conseguir cambios que protejan y promuevan la salud básica.

Reconocimiento internacional para IBFAN

En 1998, IBFAN recibió el Right Livelihood Award, conocido como el «premio

Nobel alternativo», que se entrega cada año en el parlamento sueco el día antes de la entrega de los Nobel. Más información en internet: www.rightlivelihood.se/recip1998_1.html

El 6 de junio de 2000, Patty Rundall, que trabaja desde 1980 para Baby Milk Action, el socio británico de IBFAN, recibió de manos de la reina Isabel II la Orden del Imperio Británico por «sus servicios a la nutrición infantil». Entre dichos servicios destaca la coordinación del boicot internacional a la compañía Nestlé por sus infracciones al Código de la OMS (un boicot que la corona británica no parece considerar obra de «fanáticos»). Más información y fotos en:

www.babymilkaction.org/press/press6june00.html

Nuevo Convenio de la OIT

En nuestro anterior boletín dábamos cuenta de la discusión en la Organización Internacional del Trabajo de una nueva normativa sobre protección de la maternidad, y de los malos presagios ante un posible recorte de derechos.

Nuestros temores no se han hecho realidad. Un comunicado de prensa de la Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres (ICFTU) informa de la votación definitiva, que ha resultado muy favorable:

Mujeres sindicalistas exultantes por la adopción del nuevo Convenio de la OIT sobre la maternidad

Bruselas/Ginebra, 16 de junio de 2000 (CIOSL EnLínea): Las sindicalistas del Grupo de los Trabaja-

dores de la Conferencia Internacional del Trabajo exultaban ayer por la aprobación por amplia mayoría del Convenio revisado sobre la maternidad.

«Es un buen día para la OIT. Esto muestra que puede modernizarse para mantenerse a la par de la mundialización y tomar al mismo tiempo decisiones significativas que ayuden a las trabajadoras», dijo Ursula Engelen-Kefer, quien encabezaba el Grupo de los Trabajadores en la comisión de discusiones tripartitas sobre esa cuestión.

El Convenio fue aprobado por una gran mayoría de 218 votos, a pesar de que el grupo de los empleadores trató de evitarlo absteniéndose en masa (116 votos) buscando que se declarara que no había quórum para la votación. La Recomendación que lo acompaña, en la que se detallan más aspectos del Convenio y se incluyen otras mejoras, fue aprobada por una mayoría incluso superior, de 221 votos. Todos los gobiernos de los países europeos votaron a favor del Convenio, con el Reino Unido como única excepción.

Las disposiciones del convenio revisado brindan una mejor protección a las mujeres y a sus hijos e incluyen las mejoras siguientes:

- * la licencia de maternidad se ha extendido de 12 a 14 semanas,
- * se ha garantizado a las mujeres la vuelta al mismo puesto de trabajo al final de la licencia de maternidad,
- * se han prohibido en general las pruebas de embarazo a las potenciales empleadas,
- * no se podrá utilizar la maternidad como fuente de discriminación,
- * se han mejorado las disposiciones relativas a la lactancia,

* se ha ampliado el alcance del Convenio para brindar protección a mayor cantidad de mujeres.

Además, la Recomendación que lo acompaña introduce otras mejoras como: sugerir extender la licencia de maternidad a 18 semanas; contabilizar la licencia de maternidad, más cualquier enfermedad asociada a la misma, como tiempo trabajado; dar a las embarazadas permisos pagados para exámenes médicos y proporcionar un período adicional de licencia parental, inclusive en casos de adopción o nacimientos múltiples.

El Grupo de los Trabajadores temía que los reclamos de un Convenio más débil llevaran a una revisión del Convenio N° 103 (aprobado en 1952) o del Convenio N° 3 (aprobado en 1919) que comportara una protección mucho menor que la anterior. No obstante, en líneas generales esos temores no se han confirmado.

«Esta decisión se debe a la dura labor de las sindicalistas en la OIT y es un paso adelante para las trabajadoras de todo el mundo», dijo Nancy Riche, Presidenta del Comité Femenino de la CIOSL. «Por conversaciones con nuestros representantes sabemos que hasta el último minuto algunos gobiernos todavía no habían decidido firmar el Convenio. La labor de esas mujeres y de otros sindicalistas hizo inclinar la balanza».

La campaña sindical de protección de la maternidad fue organizada por la CIOSL, la Internacional de la Educación y la Internacional de Servicios Públicos.

Esta resolución deja al gobierno español en una situación delicada. Hasta hace bien poco, las 16 semanas de licencia de maternidad en España hacían un papel digno ante las 12 semanas exigidas en el

anterior convenio de la OIT. Pero ahora, en España, la mujer sólo tiene derecho a 6 semanas de licencia (las otras 10 las puede disfrutar su marido en su lugar), lo que queda muy lejos de las 14 semanas obligatorias según la Convención, más aún de las 18 que propone la Recomendación:

«Los Miembros deberían procurar extender la duración de la licencia de maternidad, mencionada en el artículo 4 del Convenio, a dieciocho semanas, por lo menos.»

Algunos han interpretado erróneamente que se puede acordar una licencia inferior a las 14 semanas, porque un punto posterior afirma:

«...la licencia de maternidad incluirá un período de seis semanas de licencia obligatoria posterior al parto, a menos que se acuerde de otra forma a nivel nacional por los gobiernos y las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores.»

Pero esta flexibilidad se refiere solamente al detalle de si el período posterior al parto será obligatoriamente de más o menos de 6 semanas, o no será obligatorio en absoluto. La Convención no prevé ninguna flexibilidad en cuanto al total de 14 semanas. Quitarle a la trabajadora una parte de su licencia de maternidad para dársela a su marido es, claramente, recortar sus derechos, lo mismo que sería quitarle parte de las vacaciones o parte del salario.

Esperemos que nuestro gobierno sepa estar a la altura de las circunstancias, y se apresure a devolver a las trabajadoras las 16 semanas que ya tenían, y a ser pionero en reconocer las 18 («por lo menos»), como corresponde a un país que se considera socialmente avanzado.

El texto íntegro en español de la Convención y de la Recomendación puede obtenerse en internet:

www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc88/comreps.htm

Semana mundial de la lactancia materna

El lema de este año tiene mucha relación con lo anterior:

Amamantar ¡es su derecho!

La Convención sobre los Derechos de la Niñez (art. 24) señala que las familias tienen derecho a recibir información sobre la lactancia materna.

El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 11) dice que deben tomarse medidas para mantener, adaptar y fortalecer la diversidad dietética y el apropiado consumo y patrones de alimentación, incluyendo la lactancia materna.

La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres dice que todas las mujeres deben tener servicios apropiados con relación al embarazo y la lactancia materna.

El Convenio de la OIT sobre Protección de la Maternidad... ver la noticia anterior.

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna protege a madres y profesionales de las presiones de la industria.

Más información en internet (incluye información en español) en:

www.waba.org.br

Un buen objetivo para la Semana Mundial en nuestro país sería conseguir las 18 semanas de licencia de maternidad para la madre. Y

que la licencia del padre fuera «además de» y no «en vez de» la de la madre.

¿Nos ayudarás a conseguirlo?

Puedes ponerte en contacto con organizaciones feministas, sindicales, o de acción ciudadana...

Puedes escribir al ministerio de trabajo y al de asuntos sociales, a los diputados y senadores, a partidos políticos...

Puedes escribir a diarios y revistas, llamar a emisoras de radio...

Cuéntanos lo que haces, y si recibes alguna respuesta.

Hablan las Madres

Críticas constantes

Siempre leo las cartas de otras madres contando sus experiencias, me alegra que haya mujeres que libran importantes batallas en beneficio de la lactancia natural. Y sin embargo siempre me sorprenden las frases como «...y pude disfrutar de la maravillosa experiencia que es amamantar a mi hijo» o «amamantar es lo más hermoso que hay». ¿Ya está? ¿Final feliz?

Soy madre, aún amamanto a mi hija de 2 años. Nosotras tuvimos la suerte de no encontrar ninguna traba para establecer la lactancia. Selva se agarró a mi pecho a los pocos minutos de nacer, las dos estábamos muy alertas, fue un parto natural sin drogas y enseguida nos entendimos.

La política del hospital donde nació en Australia es no separar a la madre y su criatura, ni siquiera para lavar al bebé, cosa que puedes hacer tú cuando lo creas conveniente. Así que Selva, desde su primer minuto de vida hasta ahora,

no ha conocido otra cosa para chupar que los pechos de su madre. También he tenido la suerte de no tener que trabajar para vivir. En resumen, he dispuesto de tiempo y de una lactancia perfecta para disfrutar ancho y largo desde el principio; y sin embargo, me ha costado mucho tiempo, mucha reflexión, tirar muchos muros y romper muchos moldes para poder llegar a decir que «disfruto de una lactancia feliz».

Seamos honestos, ¿se puede disfrutar de una lactancia plena escuchando los comentarios de otras personas: «tan mayor y mamando, ¡qué cochinal!»; «niña, eso es caca, toma un caramelo»; «hija, esta niña te está dejando seca»? Se pueden hacer oídos sordos, claro; pero ¿acaso no está una más relajada dando de mamar en casa, donde te protegen unos muros? Conozco a madres que decidieron hace tiempo no dar de mamar en público; a los niños se les escapa alguna vez un ¡mamá, teta! y los silencian automáticamente.

¿Se puede disfrutar de una plena unión con tu criatura teniendo que «atender» a tu pareja lo antes posible y como si no existiera criatura? No dudo de que hay padres más sensibles que otros; pero ¿cuántas madres reconocen que el placer de compartir cama sólo con tu bebé, atender sus demandas, observar sus movimientos, pensar y sentir sólo con él, es, los primeros meses de la maternidad, más enriquecedor que el coito? y al decir primeros meses pueden ser 2, 3, 6 ó 12. ¿Se puede disfrutar de una lactancia plena pensando ansiosa con quién dejar al niño para quedar con esas amigas que vean lo poco que se te nota que eres madre y lo ansiosa y desenfadada que te separas de tu hijo? Y es que ahí reside el éxito social, conseguir que «no

se note» que eres madre. Si te unes a tu bebé, no es que le des tu calor, tu aliento, tus pechos, tu amor; es que estás obsesionada, te has «abandonado», «dejado» o «te has convertido en su chupete». ¡Imagínense! ¡Su chupete! ahora resulta que el chupete es el auténtico y la madre el sucedáneo.

Felicito a todas las madres que disfrutaban amamantando a sus hijos; pero les aseguro que su disfrute es sólo la punta del iceberg.

*Teresa Prieto Villazán
Santander*

Una madre indignada

Quisiera dar a conocer la indignación que sentí en un restaurante cercano a la Fageda d'en Jordà, en Olot.

Fuimos a comer con un grupo de amigos bastante numeroso. A la hora del café, mi hijo de dos meses y medio pidió el pecho y se lo di. Los camareros, todo hay que decirlo, fueron muy atentos y comprensivos; pero cuál no sería nuestra sorpresa cuando, al salir, el jefe del local nos estaba esperando, y no precisamente para despedirse, sino para llamarnos la atención con estas palabras:

–El comedor no es sitio para dar el pecho, para eso está el lavabo o el coche.

Mi esposo y yo, sorprendidos, sólo le dijimos que sentíamos mucho que pensase así.

Yo sentí un vacío en el estómago, y una vergüenza tan inmensa que no podía creer lo que pasaba.

¿Cómo es posible que haya gente así en un país que creo bastante desarrollado?

Espero con este escrito denunciar este hecho ante la sociedad y

ayudar a crear una mayor conciencia social hacia algo tan natural como dar el pecho, para que ninguna madre vuelva a encontrarse en una situación similar.

*Isabel Garrido
Blanes*

Libros

Nuestros hijos y nosotros

Meredith F. Small

Ed. Javier Vergara, 1999

Small es una antropóloga que ofrece una visión profunda y detallada, pero al mismo tiempo asequible para el público general, de una moderna disciplina académica: la etnopediatría.

El libro analiza los condicionantes que a lo largo de la evolución han llevado a los niños (y a sus padres) a ser como ahora son, y la forma en que crían a sus hijos distintas culturas de los cinco continentes. Muy interesantes el capítulo sobre el sueño, que explica cómo ha llegado en años recientes

Evolución	Sólo posición	Mupirocina tópica	Ac. fusídico tópico	Antibiótico oral
	n=23	n=25	n=17	n=19
Mejor	9%	16%	36%	79%
Igual	56%	56%	43%	16%
Peor	35%	28%	21%	5%
- mastitis	30%	12%	21%	5%

a extenderse la moda de que el niño duerma separado de sus padres, y el capítulo sobre el llanto de los niños. Un libro sin desperdicio.

Por desgracia, la traducción española ha olvidado incluir la lista

de más de 350 citas bibliográficas del original; si alguien quiere profundizar científicamente sobre estos temas tendrá que hacerse con la edición en inglés.

Mastitis Causes and management

OMS, Ginebra, 2000.

Documento
WHO/FCH/CAH/00.13

Un completo análisis de las causas, síntomas y tratamiento de la mastitis, con 185 citas bibliográficas.

Puedes pedirlo a la OMS:

fax: +41-22 791 2632

correo electrónico:
chd@who.int

Ciencia

Mantener la temperatura del recién nacido sano. Medios artificiales frente a calor materno

Hellín Martínez MJ, López Terol E, Pérez López M, Vidagany Escrig I. Rev ROL Enf 2000;23:63-5

Veinticuatro recién nacidos sanos, con parto eutócico, fueron divididos al azar en dos grupos. En el grupo control (13), fueron secados, pesados, identificados, se les puso el pañal, se les envolvió (cabeza y todo) con una toalla precalentada y se les colocó sobre una mesa caliente (32 °C). En el grupo control (11), tras ponerles el pañal los colocaron en contacto piel con piel con su madre, cubriendo a ambos con la toalla caliente. Se midió la temperatura axilar a los 5, 30 y 90 minutos del par-

to. La temperatura media del partorio era de 24,1°C.

Las temperatura media era exactamente la misma a los 5 minutos. A los 30 y 60 minutos, los niños en contacto con la madre tenían un par de décimas más, pero la diferencia no era estadísticamente significativa (lógico, con tan pocos sujetos). ¡Al menos, se ve que no «se enfrían»!

Estudio comparativo aleatorio del tratamiento de las grietas en los pezones infectadas por *Staphylococcus aureus*

Livingstone V, Stringer LG. The treatment of Staphylococcus aureus infected sore nipples: a randomized comparative study. J Hum Lact 1999;15:241-6

Según un estudio previo de las autoras, el 54% de las madres que durante el primer mes sufren dolor de mediana o gran intensidad con grietas, fisuras, úlceras o exudados en el pezón tienen un cultivo positivo a *S. aureus*, y otro 10% a otros gérmenes.

En el estudio actual, practican cultivos a todas las madres que acuden a un consultorio de lactancia en el Canadá por dolor en los pezones con pérdida de integridad de la piel (grietas, fisuras o úlceras). El cultivo se realizó con escobillón, antes de la toma, sin lavar el pezón. Los estafilococos coagulasa negativos (*albicans*), difteroides, estreptococos alfa y estreptococos no beta-hemolíticos se consideraron como flora cutánea normal. Todos los demás organismos fueron aislados e identificados. No se hicieron cultivos para hongos.

El estudio se realizó sólo con las 84 que tuvieron un cultivo positivo a *S. aureus*. Por desgracia, las autoras no dicen cuántos cultivos negativos hubo. También se excluyó a las madres con infección disemi-

nada, como celulitis, infección ascendente de los conductos galactóforos o mastitis. El 74% tenían niños de menos de un mes. El 7% tenían dolor leve, el 63% moderado y el 30% intenso. El 86% de los estafilococos eran resistentes a la penicilina.

Todas las madres recibieron ayuda para colocar al bebé en buena posición al pecho. Se asignaron al azar a cuatro grupos de tratamiento: 1) sólo posición correcta, 2) pomada de mupirocina al 2% después de cada toma, 3) pomada de ácido fusídico después de cada toma, 4) cloxacilina o eritromicina por vía oral, 500 mg cada 6 horas durante 10 días.

A los 5-7 días, el 31% del total de madres se habían curado; el 43% estaban igual y el 26% mostraban signos de extensión de la infección (celulitis, mastitis o fiebre). En 46 de las 84 madres (55%) se añadieron antibióticos orales ante la falta de mejoría.

El resultado a los 5-7 días de los distintos tratamientos fue el siguiente:

En conclusión, las grietas sobreinfectadas por estafilococo requieren un tratamiento con antibióticos orales, además de corregir la posición.

El impétigo del pezón sí que requiere lavado con agua y jabón.

Patrones de crecimiento de los niños amamantados en siete países

WHO Working Group on the Growth Reference Protocol, SHO Task Force on Methods for the natural Regulation of Fertility. Growth patterns of breastfed infants in seven countries. Acta Paediatr 2000;89:215-22

Un grupo de trabajo de la OMS está preparando las nuevas gráficas de peso y talla, que se realizarán

exclusivamente con niños amamantados de varios países y continentes. Ello presupone que una misma gráfica será aplicable a todos los niños del mundo. Algunos estudios, en efecto, indican que el crecimiento de todos los niños es similar durante los primeros cinco años, cualquiera que sea su origen étnico, con tal de que no sufran limitaciones nutricionales o socioeconómicas. Aunque generalmente aceptada, esta hipótesis no estaba suficientemente demostrada, por lo que decidieron analizar, como trabajo preparatorio, los datos de peso y talla recogidos en el curso del estudio de la OMS sobre el efecto anticonceptivo de la lactancia, realizado en Australia, Chile, China, Guatemala, la India, Nigeria y Suecia. Se estudian 120 niños amamantados de cada uno de estos países. Todas las madres tenían estudios, y el nivel medio estaba por encima del de las respectivas naciones; pero el estudio no se limitó a la clase alta. La educación de la madre sólo se asoció con el peso del niño en la India. Las curvas de crecimiento fueron muy similares en todos los países; pero a los 12 meses los niños chinos medían un 3% menos que los australianos; y los indios pesaban un 15% menos. El grupo de trabajo se propone estudiar con detalle poblaciones del sur y del este de Asia para determinar si estas diferencias se deben sólo a diferencias socioeconómicas o si existen otros factores que las expliquen.

¿Es efectivo el control rutinario del crecimiento? Revisión sistemática

Garner P, Panpanich R, Logan S. Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials. Arch Dis Child 2000;82:197-201

El control del crecimiento consiste en pesar y medir regularmente a los niños y comparar los resultados con una tabla o gráfica de peso, con el objetivo de detectar crecimientos anormales. Ello permite, en teoría, mejorar la nutrición de los niños, educar a las familias, o diagnosticar precozmente algunas enfermedades. El control del crecimiento es uno de los pilares de la atención pediátrica; pero existen pocas pruebas de su eficacia.

Los autores revisaron exhaustivamente varias bases de datos electrónicas desde 1966; y contactaron con investigadores que trabajan en el tema, en busca de datos no publicados o de artículos que se les hubieran pasado por alto. Sólo se encontraron dos estudios de intervención, controlados y aleatorios.

En el primer estudio, realizado en la India, se practicó control del crecimiento en seis aldeas (pesar a los niños cada mes y seguir un protocolo de actuación si el peso era inadecuado), mientras otras seis sirvieron de control (no se pesaba a los niños). Tras 30 meses de intervención, no se encontraron diferencias en el peso y la talla medios de los niños en los dos grupos.

En el segundo estudio, en Lesotho, 1.220 niños fueron asignados a tres grupos: dos en que se controlaba el peso con dos distintos tipos de gráfica, y un tercero en que no se controlaba el peso. Cada mes, se enseñaba a las madres en los dos primeros grupos a interpretar la gráfica. En el cuarto mes, las madres pasaban un «examen», y las de los dos primeros grupos tenían mejores conocimientos sobre la interpretación de gráficas de peso.

No se encontró ningún estudio que midiera el efecto del control del crecimiento sobre la morbilidad y mortalidad materna, o sobre su satisfacción o ansiedad, ni sobre el número de derivaciones para estudio de posibles problemas. Tampoco se encontró ningún estudio en países desarrollados, ni sobre posibles efectos secundarios (como la ansiedad de los padres, el destete innecesario, o el rechazo de las madres a volver a una consulta en la que se han sentido culpabilizadas, perdiendo así los niños la oportunidad de otras intervenciones que sí serían útiles).

«Parece improbable que los profesionales sanitarios vayan a dejar de pesar a los niños en los países desarrollados. Si queremos evitar el riesgo de causar más daño que beneficio, deben definirse claramente el propósito de tales pesos, los criterios de actuación y el curso de acción apropiado.»

Tras el artículo se ha incluido un interesante comentario por Davies, que insiste en la frecuencia con que ve en su hospital niños absolutamente sanos con padres muy preocupados, remitidos porque se ha observado alguna «alteración» en su curva de peso, talla o perímetro craneal, y se pregunta si, en vez de medir el peso de forma rutinaria, no deberíamos hacerlo sólo cuando sospechamos una patología concreta (lo mismo que no hacemos análisis de sangre rutinarios).

Edad de introducción de la alimentación complementaria y crecimiento de los recién nacidos a término de bajo peso amamantados. Estudio aleatorio de intervención en Honduras

Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Landa Rivera L. Age of introduction of

complementary foods and growth of term, low-birth-weight, breast-fed infants: a randomized intervention study in Honduras. Am J Clin Nutr 1999;69:679-86

Los autores demostraron hace tiempo (Lancet 1994;344:288-93) que la introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses es innecesaria en recién nacidos a término sanos. Ahora repiten el estudio con niños especialmente vulnerables por su bajo peso para la edad gestacional (1500 a 2500 g).

Tras 4 meses de lactancia materna exclusiva, los niños son asignados al azar a iniciar alimentos complementarios (60 niños) o a seguir con lactancia exclusiva hasta los 6 meses (59 niños). En el segundo grupo, continúan tomando el pecho con la frecuencia habitual, pero se les dan además, dos veces al día, cereales, pollo, fruta y verduras.

A los 4 meses, con lactancia exclusiva la ingesta media de leche materna era similar en ambos grupos (683 g los que van a tomar papillas; 729 g los otros). A los 6 meses, la ingesta de leche materna había aumentado (28 g) en los que tomaban sólo pecho, mientras que había disminuido (39 g) en los que tomaban papillas. Aunque sí aumentó más la ingesta calórica total en el grupo con papillas, no hubo diferencias en el aumento de peso y talla (1004 g y 4,3 cm con papillas; 1017 g y 4,5 cm sólo con pecho), ni siquiera en el subgrupo de niños cuyas madres tenían un bajo índice de masa corporal (es decir, estaban peor nutridas).

Por tanto, tampoco en niños con bajo peso al nacer mejora la nutrición al iniciar la alimentación complementaria antes de los 6 meses.

Parece que los niños que toman alimentos complementarios necesitan más calorías para engordar lo mismo que los que toman el pecho.

Tendencias mundiales de los niveles de DDT en la leche materna

Smith D. Worldwide trends in DDT levels in human breast milk. Int J Epidemiol 1999;28:179-88

Recogen los datos de más de 130 publicaciones sobre niveles de DDT en la leche materna desde 1951.

En todos los continentes se ha producido una importante tendencia a la baja, especialmente en Norteamérica y en Europa occidental, los primeros en prohibir el uso del DDT (En España se prohibió su uso en 1977). La concentración media de DDT en la leche de las madres de un país disminuye a la mitad unos 5 años después de su prohibición.

Esto muestra que incluso contaminantes biológicamente «indestructibles» pueden ser eliminados lentamente de la cadena alimentaria cuando cesa la contaminación, y que la prohibición de otros contaminantes actualmente en uso, como los PCBs, dioxinas y pesticidas, tendría efectos beneficiosos.

Asociación entre la lactancia materna y el asma en niños de 6 años: hallazgos de un estudio prospectivo en una cohorte de nacimiento

Oddy WH, Holt PG, Sly PD, Read AW, Landau LI, Stanley FJ, Kendall GE, Burton PR. Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. Br Med J 1999;319:815-9

Este estudio australiano comenzó en la semana 18 de gestación en 2.979 embarazos, de los que nacieron 2.860 niños. El 91% (2.602) todavía eran seguidos a los 6 años. Se dispone de datos sobre lactancia de 2.411 niños; de datos sobre síntomas respiratorios a los 6 años de 2.187, y de pruebas cutáneas de 1.598.

Tras ajustar por sexo, edad gestacional, fumadores en la familia y asistencia precoz a la guardería, los niños que habían recibido algún tipo de leche distinta de la leche materna antes de los 6 meses tenían un riesgo significativamente mayor de asma a los 6 años, riesgo consistente con cualquiera de las definiciones operativas de asma utilizadas: un médico diagnosticó asma (*odds ratio* 1,25); tres o más ataques de sibilancias desde el año de edad (1,41); sibilancias durante el último año (1,31); dificultad para dormir debida a sibilancias durante el año pasado (1,42); edad en que médico diagnóstico el asma (1,22); edad en el primer episodio de sibilancias (1,36) y prueba cutánea positiva (1,30).

Los autores concluyen que las intervenciones de salud públicas dirigidas a promocionar la lactancia materna exclusiva podrían disminuir significativamente la prevalencia de asma infantil en la comunidad.

A destacar que, de la cohorte total, el 47 % tomaron el pecho más de 6 meses (un 40 % lactancia exclusiva).

Lactancia materna: conocimientos, actitudes y ambigüedad sociocultural

Paricio Talayero JM, Santos Serrano L, Fernández Feijoo A, Martí Barranco E, Bernal Ferrer A, Ferriol Camacho M, Sánchez Palomares M, Lucas

Abad ML. Aten Primaria 1999;24:337-43

Pasaron un cuestionario a 442 trabajadores (excluyendo a los pediatras) de 4 centros de salud y 3 hospitales valencianos. El 67% eran sanitarios, y el 33% no (administrativos, celadores, limpieza).

El 87,5% de los sanitarios y el 75,9% de los no sanitarios creían que la lactancia materna tiene muchas ventajas en países desarrollados. Las ventajas más frecuentemente citadas en ambos grupos fueron inmunitarias (sanitarios 72%, no sanitarios 50%); relación madre-hijo (46 y 26%); comodidad (40 y 34%) y economía (27 y 26%). Los inconvenientes más citados fueron la dependencia horaria (32 y 19%), el trabajo (24 y 28%) y la incomodidad (11 y 10%); el 24 y 28% no veían ningún inconveniente.

Por sexos, las mujeres mencionaban más la relación afectiva (46% de las mujeres y 26% de los varones), la comodidad (43 y 27%) y la higiene (20 y 7%); pero menos la composición (14 y 25%) y la mejor nutrición (11 y 24%). Entre los inconvenientes, las mujeres mencionaban más la dependencia horaria (32 y 16%, pero menos las grietas y mastitis (9 y 19%) y el efecto antiestético para el pecho (9 y 19%).

El 49% consideraban correcto dar el pecho en público, sin diferencias por profesión pero sí por sexo: el 44% de las mujeres y el 62% de los varones.

Sorprendentemente, el 56% de los sanitarios y el 44% de los no sanitarios creían que, si el niño llora mucho, hay que analizar la leche para ver si es buena. Puesto que la leche en la práctica no se analiza nunca, ¿cómo puede mantenerse semejante mito entre trabajadores de la sanidad?

Lactancia materna y obesidad: estudio transversal

von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, von Voss H. *Breastfeeding and obesity: cross sectional study. Br Med J* 1999; 319:147-50

Aprovechando la revisión médica que se realiza al entrar en la escuela, enviaron un cuestionario a los padres de 13.345 niños alemanes de 5 y 6 años, obteniendo 9.357 respuestas. Definieron sobrepeso como un índice de masa corporal por encima del percentil 90, y obesidad por encima del percentil 97.

El 4,5% de los niños que nunca habían tomado el pecho presentaba obesidad, frente al 2,8% de los que lo habían tomado. Además, existía una clara relación dosis-respuesta con la duración de la lactancia materna: 3,8% de obesidad con dos meses de lactancia, 2,3% con 3-5 meses, 1,7% con 6-12 meses, y 0,8% con más de 12 meses. El sobrepeso mostraba una relación similar.

A destacar que un 9,2 % de la muestra total había tomado lactancia materna exclusiva, «sin ningún otro alimento», entre 6 y 12 meses; y otro 1,3% durante más de 12 meses.

Niveles de metadona en la leche materna

McCarthy JJ, Posey BL. *Methadone levels in human milk. J Hum Lact* 2000; 16:115-20

La Academia Americana de Pediatría considera que el tratamiento con metadona es compatible con la lactancia si la dosis es inferior a 20 mg/día. Este es un límite arbitrario y muy conservador, pues los estudios publicados no encontraban ningún problema con dosis de hasta 80 mg/día.

El presente estudio intenta aclarar si las dosis más altas actualmente usadas son compatibles con la lactancia. Analizan 14 muestras de leche de 8 mujeres que toman dosis de entre 25 y 180 mg/día, media 102; 13 de las muestras corresponden a dosis de 80 o más mg/día, y 6 a más de 100 mg/día. Los niños tenían entre 3 días y 6 meses en el momento del análisis. Los niveles de metadona en la leche estuvieron entre 19 y 260 ng/ml, media 95. No hay mucha correlación entre la dosis de la madre y el nivel en la leche; la madre que tomaba 180 mg/día sólo tenía 32 ng/ml en la leche, mientras que el nivel de 260 ng/ml correspondía a una madre que toma-

Velloncito de mi carne,
que en mi entraña yo tejí,
velloncito friolento,
¡duérmete apegado a mí!
Hierbecita temblorosa,
asombrada de vivir,
no te sueltes de mi pecho
¡duérmete apegado a mí!

Gabriela Mistral

ba 110 mg, y la madre con una dosis más baja, 25 mg, tenía 102 ng/ml en la leche. Todos los niños mamaron sin problemas ni síntomas entre 2,5 y 21 meses (esta última era la madre que tomaba 180 mg).

Para evitar sobredosis, a las madres que necesitaban más de 100 mg de metadona les medían los niveles en sangre (niveles terapéuticos 150 a 600 ng/ml).

Los autores también revisan otros seis estudios sobre el tema publicados desde 1974, en total son 81 muestras de 37 madres. El nivel en leche más alto jamás publicado es de 570 ng/ml, correspondiente a una madre cuyo nivel

en sangre era 1.660 ng/ml, lo que indica que tomaba una dosis excesiva y que podía haberse reducido. Incluso en ese caso, un recién nacido de 3 kg que consumiera 475 ml de leche materna hubiera tomado sólo 0,27 mg/día de metadona, lo que apenas llega a la dosis mínima necesaria para tratar el síndrome de abstinencia en un recién nacido (0,1 a 0,5 mg/kg/día). De hecho, en uno de los estudios publicados, la mitad de los niños necesitaron tratamiento con metadona para aliviar el síndrome de retirada, a pesar de que estaban tomando metadona con la leche materna.

La relación leche/plasma suele ser inferior a 1; pero se han encontrado tasas superiores (es decir, concentración en la leche). En un escenario teórico del peor caso posible, si al nivel materno más alto (1.660 ng/ml) le hubiera correspondido la relación leche/plasma más alta jamás publicada, un recién nacido que tomase 475 ml de leche hubiera recibido 1,5 mg/día de metadona, lo que corresponde al nivel más alto usado para tratar el síndrome de retirada, y no hubiera resultado tóxico por la tolerancia establecida in útero.

En 1977 se publicaron cuatro casos de niños muertos por intoxicación por metadona. Uno de ellos tomaba el pecho, y se atribuyó a la lactancia la intoxicación. Sin embargo, los niveles séricos de aquel niño (400 ng/ml) son incompatibles con los datos científicos conocidos (en un estudio sólo 1 de 7 niños amamantados tenía niveles séricos mensurables, y sólo de 6,5 ng/ml), por lo que los autores del presente estudio consideran que aquel niño, como los otros 3, debió intoxicarse ingiriendo una dosis de adulto de metadona.

Los autores concluyen que la lactancia materna es segura con cualquier dosis de metadona que ingiera la madre (aunque con dosis altas sería prudente medir los niveles sanguíneos en la madre), y que la lactancia en estos casos es muy beneficiosa, al facilitar el vínculo afectivo y reducir la necesidad de tratamiento con metadona en el recién nacido.

El papel de la lactancia materna en el síndrome de la muerte súbita del lactante

McVea KLSP, Turner PD, Peppler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. J Hum Lact 2000;16: 13-20

Metaanálisis de 23 estudios publicados sobre la relación entre el tipo de lactancia y la muerte súbita. En 19 de ellos la lactancia materna parecía tener un papel protector. El análisis combinado da una *odds ratio* de 2,11, con intervalo de confianza 1,66-2,68; es decir, los niños que no toman el pecho tienen un riesgo doble de morir por muerte súbita. Limitando el análisis a los estudios de mejor calidad, la OR era de 2,24; y excluyendo los estudios anteriores a 1988, la OR era de 2,32. Sin embargo, estos riesgos son crudos (no ajustados por posibles factores de confusión); los datos no permitían calcular la *odds ratio* global ajustada. De los 6 estudios que daban datos ajustados, sólo en dos mostraba la lactancia un efecto protector. Los autores consideran que los resultados no son concluyentes.

El efecto de la analgesia obstétrica en la succión del neonato y en la duración de la lactancia

Riordan J, Gross A, Angeron J, Krumwiede B, Melin J. The effect of labor pain medication on neonatal suckling

and breastfeeding duration. J Hum Lact 2000;16:7-12

En el estudio participan 129 madres, de las que 37 no recibieron ningún analgésico durante el parto. Se administraron analgésicos endovenosos (butorfanol, meperidina o nalbufina) a 52 madres, y por vía epidural a 27 con una combinación de bupivacaína (raramente lidocaína o cloroprocaina) y fentanilo (raramente sufentanilo). Otras 13 madres recibieron al mismo tiempo analgesia epidural y endovenosa.

La succión, evaluada con el IBFAT (*Infant Breastfeeding Assessment Tool*, escala de evaluación de la lactancia) dio puntuaciones más bajas en los niños nacidos con epidural o medicación endovenosa que en los nacidos sin medicación, sin diferencias entre ambos tipos de analgesia. Los que habían recibido analgésicos por las dos vías presentaban una puntuación todavía peor.

No hubo diferencias significativas en la duración de la lactancia hasta las 6 semanas entre los grupos; aunque sí se observó una duración más corta en los niños con puntuación IBFAT más baja.

En conclusión, la analgesia obstétrica afecta a la capacidad de succión, pero no al éxito de la lactancia.

Comentario del revisor: en este estudio, todas las madres eran observadas por una enfermera con el título de consultora de lactancia y más de tres años de experiencia en asistencia a la lactancia. Eso podría explicar que las dificultades de succión no condujeran al destete precoz. No todas las madres cuentan con este tipo de ayuda para superar las dificultades debidas a una mala succión durante los primeros días.

Seis años de experiencia con la vitamina K profiláctica por vía oral

Wariyar U, Hilton S, Pagan J, Tin W, Hey E. Six years' experience of prophylactic oral vitamin K. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2000;82:F64-8

Desde 1993, todos los hospitales del norte de Inglaterra administran la vitamina K por vía oral a los recién nacidos. Todos los neonatos normales reciben 1 mg de fitomenadiona (K₁), Orakay®. Cuando la embarazada había tomado warfarina, rifampicina o antiepilépticos; o cuando el recién nacido no es capaz de tomar leche por boca en las primeras 12 horas, se administra vitamina K por vía intramuscular, 0,1 mg/kg de fitomenadiona (Konakion®). Independientemente del tratamiento inicial, se entregan a los padres de los niños amamantados tres cápsulas de Orakay® (1 mg), para que les den el contenido de una cada dos semanas. La leche del biberón ya está artificialmente enriquecida con vitamina K.

Uno de los 22 hospitales seguía una pauta algo diferente: 2 mg (dos gotas) de Konakion® oral al nacer y otras dos al alta para todos los niños. (El Konakion® está comercializado en España, pero no en Inglaterra). En este hospital hubo 21.679 nacimientos, y ninguno sufrió síntomas de déficit de vitamina K, estos datos no se incluyen en el resto del estudio.

Durante el periodo de estudio nacieron 193.472 niños, de los cuales alrededor del 6% recibieron la vitamina K intramuscular y un 0,1% de las madres rechazaron la vitamina K en cualquiera de sus formas. El 93% de los niños amamantados recibieron las 4 dosis, y el 98% al menos 3 dosis.

Ningún niño sufrió hemorragia por déficit de vitamina K en la

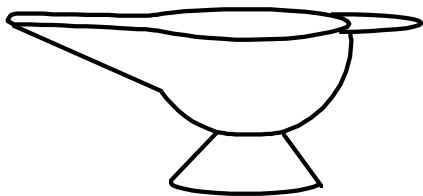
primera semana. Hubo cuatro casos de hemorragia tardía (25 a 46 días), todos ellos niños amamantados. Dos de ellos habían recibido todas las dosis de vitamina K; más tarde se les diagnosticó déficit de α 1-antitripsina; se recuperaron completamente. El tercero había recibido la vitamina K al nacer, pero olvidaron recomendar a los padres las tres dosis sucesivas; el cuarto no había recibido ninguna dosis. Uno se recuperó totalmente, y el otro mostraba una epilepsia residual.

La pauta oral es eficaz, y es posible confiar en los padres para que administren las dosis en casa (en los dos fallos detectados, fueron los profesionales, y no los padres, los que olvidaron seguir el protocolo).

Un estudio controlado de métodos alternativos de alimentación oral en neonatos.

Malhotra N, Vishwambaran L, Sundaram KR, Narayanan I. A controlled trial of alternative methods of oral feeding in neonates. Early Human Dev 1999;54: 29-38

Para evitar problemas de succión (confusión pezón-tetina), se recomienda no administrar biberones a los recién nacidos. Existen pocos datos, sin embargo, sobre las ventajas relativas de los distintos métodos.



Un paladai

Los autores, que previamente habían demostrado que la cucharilla resulta poco útil con menores de 6 meses, comparan ahora el bi-

berón, el vasito y un instrumento tradicional de la India, el *paladai*, de unos 30 ml de capacidad. Los sujetos son 100 niños en cuidados especiales, de los que 20 son a término de bajo peso y 14 prematuros. Cada niño es alimentado una vez con cada uno de los tres instrumentos por la misma enfermera. Miden el volumen de leche ingerida, la velocidad de la toma, el porcentaje de leche derramada (pesando los biberones mojados) y la saciedad del niño (expresada en horas que duerme después de la toma).

Con el vasito, los niños tomaron más leche (13,1 frente a 11,6 ml/kg) y más rápido (6,1 frente a 3,3 ml/min) que con el biberón, y durmieron más tiempo (2,4 frente a 2,2 horas); pero desperdiciaron mucha más leche (25,9 frente a 1,5%). El *paladai* resultó todavía más eficaz que el vasito: más ingesta (14 ml/kg), más rapidez (13 ml/min), menos desperdicio (6%) y más sueño (2,6 h). Todas las diferencias eran significativas, y se mantenían al analizar por separado los subgrupos de bajo peso y de prematuros.

Así pues, aunque se desperdicia algo de leche, el vasito y especialmente el *paladai* permiten dar a recién nacidos y prematuros más cantidad de leche y más rápido que el mismo biberón. Menos trabajo para enfermería.

¿Por qué entonces tanto temor en nuestro medio a usar el vaso? Tal vez las primeras veces se va más despacio; hay que practicar. Las enfermeras en el presente estudio estaban ya familiarizadas con los tres métodos.

Efecto de la alimentación al pecho o con biberón en la saturación de oxígeno y la temperatura corporal en prematuros

Chen CH, Wang TM, Chang HM, Chi CS. The effect of breast-and bottle-feeding on oxygen saturation and body temperature in preterm infants. J Hum Lact 2000;16:21-7

Veinticinco prematuros (peso medio al nacer 1.199 g) fueron observados y monitorizados mientras tomaban el pecho y mientras tomaban leche materna con un biberón. En total, 80 pares de observaciones. En 54 casos la observación del pecho y del biberón se hizo el mismo día, y en los restantes, con menos de tres días de diferencia. El peso medio en el momento de la observación era de 1.703 g (1.120 a 2.080). Las tomas de pecho solían durar más de 20 minutos; y las de biberón menos de 10.

La temperatura corporal se mantuvo más alta con el pecho durante toda la toma. La saturación de oxígeno disminuía con el biberón. Hubo dos episodios de apnea (más de 20 segundos) y 20 episodios de desaturación de oxígeno ($PaO_2 < 90\%$) con el biberón, pero ninguno con el pecho.

La lactancia materna es más fisiológica para el prematuro, y el biberón puede resultar más estresante.

Comentario del revisor: hay varios artículos similares en prematuros, pero ninguno en lactantes enfermos a término. ¿Toleran también mejor el pecho que el biberón los niños con cardiopatías o con otros problemas?

Efecto de la edad de introducción de la alimentación complementaria sobre el equilibrio férrico de los lactantes amamantados en Honduras

Dewey KG, Coben RJ, Landa Rivera L, Brown KH. Effects of age of introduction of complementary foods on iron

status of breast-fed infants in Honduras. Am J Clin Nutr 1998;67:878-84

Un grupo de recién nacidos sanos a término fueron asignados a recibir lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses (50) o a iniciar alimentos complementarios enriquecidos con hierro a los 4 meses (89).

A los 6 meses, los que recibían alimentos con hierro tenían una mayor ingesta de hierro (4 frente a 0,2 mg/día); y también niveles medios más altos de hemoglobina (10,9 frente a 10,4 g/dl), de hematocrito (34,7 frente a 33,5%) y de ferritina (67,3 frente a 48,4 µg/l). No hubo diferencias significativas en el porcentaje de lactantes con hemoglobina baja, inferior a 10,3 (24,7 frente a 32%); pero sí en el de lactantes con hematocrito inferior a 33 (21,4 frente a 32%).

Muchos niños con hemoglobina baja no tenían una ferritina baja, y la respuesta al tratarlos con hierro oral fue inferior a la esperada, lo que hace pensar que los niveles de corte están demasiado altos (a pesar de usar el de 10,3 en vez de 11). El mayor riesgo de anemia se daba entre los niños con peso al nacer inferior a 2.500 g; ningún niño con peso al nacer superior a 3.000 g tuvo una ferritina baja a los 6 meses.

En conclusión, el riesgo de déficit de hierro es bajo entre los que nacen con más de 3.000 g y toman lactancia exclusiva 6 meses. Se recomienda administrar hierro en gotas a los niños nacidos con menos de 2.500 g, pues los alimentos complementarios enriquecidos en hierro no bastaron para evitar muchos casos de anemia. Entre 2.500 y 3.000 g, los autores consideran que hacen falta más estudios para determinar si son más eficaces los alimentos complementarios o el hierro en gotas.

Asistencia a reuniones de apoyo a la lactancia: Relación con características demográficas y la duración de la lactancia en madres que trabajan.

Chezem J, Friesen C. Attendance at breast-feeding support meetings: Relationship to demographic characteristics and duration of lactation in women planning postpartum employment. J Am Diet Assoc 1999;99:83-5

Contactaron telefónicamente durante el tercer trimestre con 107 embarazadas que pensaban dar el pecho y trabajar, les preguntaron por sus planes al respecto y les recomendaron la asistencia a alguna reunión de la Liga de la Leche. Les enviaron por correo información sobre las reuniones y sobre el estudio, y volvieron a entrevistarlas por teléfono a las 2 y 6 semanas y a los 3 y 6 meses. Siete no dieron el pecho y 11 abandonaron el estudio; de las 89 restantes, 24 asistieron al menos a una reunión.

No había diferencias en edad, educación, ingreso salarial, momento previsto de reincorporación al trabajo ni jornada laboral entre las que asistieron a la reunión y las que no. Las que asistieron a las reuniones tenían previsto dar el pecho más tiempo.

El 81% de las que asistieron a las reuniones lograron dar el pecho el tiempo previsto o más, frente al 55% de las que no asistieron.

Parece que la asistencia a grupos de apoyo ayuda a las madres que trabajan a dar el pecho tanto tiempo como deseaban.

Por desgracia, el estudio no tiene un verdadero grupo control, y los resultados no son concluyentes. ¿Alguien se anima a repetirlo?

Dermatitis en cara y área del pañal

González Enseñat MA, Azuara Robles M, Arimany Manso J, Moreno Hernando J, Vicente Villa MA. An Esp Pediatr 2000;52:375-6

Una prematura de 740 g recibió alimentación parenteral durante 19 días, y luego lactancia materna exclusiva. A los 4 meses y 3 semanas, dos semanas después del alta, presentó lesiones cutáneas en cara, zona del pañal y dorso de las manos, que no mejoraron con nistatina y corticoides.

Se trataba de un déficit de zinc. Los niveles de zinc eran bajos en la sangre de la niña y en la leche de su madre; y ligeramente bajos también en la sangre de la madre. La niña mejoró espectacularmente con zinc oral.

Los niveles normales de zinc en la leche materna disminuyen paulatinamente a lo largo de la lactancia. Se han publicado varios casos de déficit de zinc en prematuros, e incluso alguno en niños a término, con lactancia materna exclusiva. Suele presentarse a los 3 o 4 meses, cuando el zinc en la leche disminuye.

No confundir con la acrodermatitis enteropática, una enfermedad genética que afecta a la absorción de zinc. En estos casos, la lactancia materna es protectora, porque contiene un transportador que facilita la absorción.

Lactancia a demanda en una maternidad

Illingworth RS, Stone DGH, Jovett GH, Scott JF. Self-demand feeding in a maternity unit. Lancet 1952;1:683-7

«Se ha sugerido que la mayor parte de las dificultades habituales en la alimentación infantil son causadas por el hambre (Illingworth 1949). Al considerar posibles causas de la mayor incidencia de lactancia exitosa en las comunidades

promitivas que en las más civilizadas, a uno de nosotros (R. S. I.) se le ocurrió que un factor que podría contribuir a esto podría ser un horario de alimentación elástico».

Con estas contundentes palabras introduce el eminente pediatra inglés Ronald Stanley Illingworth el artículo que daría lugar a una auténtica revolución en la lactancia.

Los recién nacidos estaban las 24 horas en la habitación de la madre, y tomaban el pecho por vez primera a las 6-12 horas del parto (se permitía mamar inmediatamente después del parto si la madre lo pedía), y luego cada 2 minutos cada 6 horas el primero día y 5 minutos cada 6 horas el segundo día.

«El motivo de este horario rígido para todos los niños en los dos primeros días era el temor de que las tomas más frecuentes causasen dolor de los pezones. Admitimos sin reparos, sin embargo, que no tenemos pruebas de que este temor esté justificado».

A partir del tercer día, los 106 niños de una planta seguían un horario rígido (6 tomas al día), y los 131 de la otra tomaban el pecho a demanda, aunque no se indicó responder a los signos precoces de hambre (media 6,4 tomas al día).

Los niños con lactancia a demanda ganaron más peso (al noveno día habían recuperado el peso del nacimiento el 49,1%, frente al 36,1% con horario); y sus madres tuvieron menos ingurgitación (16,9 frente a 24,9%) y menos grietas (12,9 frente a 27,4%). Al mes, seguían con lactancia materna exclusiva el 64,5% (horario) y el 80,3% (a demanda). Todas las diferencias significativas.

Se observó una correlación entre el número de tomas al día, la cantidad de leche producida y el aumento de peso.

Las enfermeras se negaron a volver a seguir un horario rígido, porque les daba más trabajo.

Edita

ACPAM

c/ Benet Mercadé 9, bajos

08012 Barcelona

tel. y fax 93-217 05 22

(martes y jueves de 10 a 14 horas)

Correo electrónico:

acpam@menta.net

Este boletín se edita y distribuye gracias a la generosa aportación de los socios y amigos de ACPAM y al trabajo de sus voluntarios.

¡Gracias a todos!

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

ISBN B-11.291-2000