

## Sumario

- La Guía de la A.E.P.
- Manual Práctico de Lactancia Materna
- Talleres dirigidos a Asesoras de Lactancia
- Noticias FEDALMA
- V Congreso Internacional de Método Madre Canguro
- Lactancia y el Método Madre Canguro
- Lactancia y poesía
- Celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2004
- Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño.
- Ciencia

## Editorial

### De libros y otros eventos

Después de años de ausencia este es el segundo Boletín que ve la luz en el 2004, y además con 8 páginas. Es evidente que tenemos las energías renovadas; y es que, además, la ocasión se lo merece.

Ha sido el 2004 un año de hitos importantes repleto de actuaciones a favor de la lactancia materna.

En este número destacamos la aparición de nuevos libros, la realización de Congresos (como el de Santander, donde muchos nos encontraremos), Cursos y Talleres

y, para redondearlo, prestamos especial atención a un tema importante y cada vez de mayor actualidad, puesto que el número de casos crece día a día: La lactancia de bebés prematuros y los beneficiosos efectos del Método Madre Canguro. También le dedicaremos un espacio a la temática de la Semana Mundial de la Lactancia Materna de este año y como no, a la ciencia. Que lo disfrutéis.

### La Guía de la A. E. P.

Recientemente ha salido a la luz el excelente libro **“Lactancia Materna, guía para profesionales”**, escrito por el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Más de 400 páginas de información. Se repartirá gratuitamente a todos los pediatras de España.

### Manual Práctico de Lactancia Materna

En 1994 ACPAM publicó la traducción al español del manual de lactancia materna del Royal College of Midwives, la asociación británica de comadronas. Alcanzó dos ediciones con un total de 10.000 ejemplares., y pensamos que tuvo un papel determinante en el aumento de la lactancia materna en España durante la última década.

Por desgracia, cuando en 2001 se agotaron los últimos ejemplares, no conseguimos llegar a un acuerdo con la editorial inglesa para

hacer una nueva edición. Decidimos en aquel momento redactar nuestro propio manual, que sin perder la claridad y sencillez se adaptara mejor a las necesidades de nuestros profesionales.

El nuevo libro está por fin terminado y su título es **“Manual práctico de lactancia materna”**. En sus 150 páginas repasamos los múltiples aspectos de la lactancia materna, incluyendo muchos que no aparecían en el manual de las comadronas inglesas, porque no suelen caer dentro del campo de acción de la comadrona: la ictericia, la valoración del peso del lactante, la alimentación complementaria, los fármacos, el destete...

La redacción ha estado a cargo del Dr. Carlos González, con los inestimables comentarios de un puñado de expertos, miembros o amigos de ACPAM. El Dr. Adolfo Gómez Papí ha prologado la obra. Cualquier beneficio obtenido de su venta, incluyendo los derechos de autor, se dedicará al sostenimiento de ACPAM y a sus actividades en pro de la lactancia.

La aparición de internet ha cambiado la función de los libros técnicos; por ello hemos dado prioridad a las referencias bibliográficas accesibles en la red a texto completo de forma gratuita (y en español, cuando ha sido posible).

Esperamos que este libro disfrute de vuestra amable acogida, y que os ayude en vuestro cotidiano esfuerzo por ayudar a las madres.

## Talleres dirigidos a Asesoras de Lactancia

La Federación Catalana de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna que, en colaboración con ACPAM, realizó con notable éxito un Curso de Formación para Asesoras de Lactancia a principios del 2004, ha decidido complementar estos cursos (que en principio está previsto que tengan una periodicidad bianual) con talleres específicos que permitan profundizar en distintos temas relacionados con la lactancia materna.

Los talleres serán de un día de duración, se realizarán en sábado e incluirán sesiones de mañana y tarde con comida y pausas de café. Los talleres previstos hasta el momento son:

### Febrero 2005: Lactancia con prematuros y Método Madre Canguro.

Se realizará en Tarragona y la asociación organizadora será DO DE PIT – Asociación de Apoyo a la Lactancia Materna de Tarragona.

### Abril 2005: Técnicas de escucha, consejería y asertividad.

Se realizará en Barcelona e irá a cargo de Rosa Jové, psicóloga, psicopediatra y asesora de Lactancia de ALLETA – Asociación de Apoyo a la Lactancia de Lérida.

A partir de noviembre 2004 se podrá acceder a más información sobre cursos y talleres (fechas, sedes, precio y programa) en la web de la Federación:

[www.grupslactancia.org](http://www.grupslactancia.org)



Federació Catalana  
Grups de Suport a la Lactància Materna

## Noticias FEDALMA

Los pasados 25 y 26 de junio tuvo lugar en Valencia, actuando SINA como asociación anfitriona, el **I Congreso FEDALMA de Asociaciones y Grupos Pro Lactancia Materna**.

El evento reunió a 27 expertos a nivel nacional procedentes del ámbito sanitario (pediatras, matronas, neonatólogos, ginecólogos, obstetras, psicólogos), social (22 asociaciones y grupos de apoyo, agentes sociales, mediadores familiares y juveniles, sindicalistas) y familiar (padres, madres e hijos). En su transcurso se llevaron a cabo talleres, conferencias y mesas redondas.

También se realizó, fuera de programa, una conferencia a cargo del Dr. Isidro Vitoria sobre "Recursos artísticos para la promoción de la LM", que sirvió de complemento a una exposición sobre la Iconografía de la Virgen de la Leche, cedida por la asociación ALBA - LACTANCIA MATERNA.

El tema central del Congreso versó sobre la función social de los Grupos de Apoyo y la labor que realizan como espacios desde los cuales promover y acompañar procesos de cambio en las personas y en la sociedad.

Terminado el evento la organización anunció para el 2005 la celebración del **II CONGRESO FEDALMA** que tendrá lugar en Lérida, siendo la asociación anfitriona ALLETA – Asociación de Apoyo a la Lactancia de Lérida. Oportunamente se comunicará información sobre fechas, sedes y programa.



## V Congreso Internacional de Método Madre Canguro

Tendrá lugar en Río de Janeiro, del 8 al 10 de noviembre de este año. Participarán, como siempre, los mayores expertos de todo el mundo. Aunque ya terminó el plazo para presentar comunicaciones, aún estás a tiempo de inscribirte.

Más información en:

[www.metodomaecanguru.org.br](http://www.metodomaecanguru.org.br)

## Lactancia y el Método Madre Canguro

Cuando una pareja decide tener un hijo se imagina que será un bebé a término, sano, activo que inmediatamente se incorporará a la familia. Estas expectativas se truncan bruscamente si el bebé nace antes de tiempo. El prematuro será separado inmediatamente de sus padres y se le colocará en una incubadora. Cuanto más inmaduro sea, más cables y tubos llevará y su aspecto será más llamativo. Ante esta situación, es muy probable que los padres experimenten sentimientos de "duelo", culpa, rechazo y/o preocupación.

Los avances en neonatología han conseguido reducir la mortalidad neonatal de forma significativa en todos los países desarrollados. La incubadora mantiene la temperatura corporal del prematuro y, al mismo tiempo, le aísla del entorno para hacer más difíciles las infecciones. Los respiradores artificiales lograron sacar adelante a los prematuros con el síndrome del "distress" respiratorio idiopático, enfermedad que ahora, gracias a los subfactantes exógenos, tiene una muy baja morbi-mortalidad. Las nutriciones parenterales nos permitieron alimentarlos sin el riesgo

de las enterocolitis necrosante que se presentaba en los prematuros patológicos alimentados con leches artificiales. Ahora, los prematuros salen muy pronto del estado crítico y permanecen mucho tiempo en buenas condiciones en las incubadoras.

Hasta hace poco, estos recién nacidos de piel transparente y roja, extremadamente pequeños, permanecían encerrados en la incubadora y no debían tocarse, no fuera que se infectaran. En estas condiciones, era difícil establecer vínculos afectivos entre los niños prematuros y sus padres. Por otra parte, estos bebés tan inmaduros a menudo recibían estímulos táctiles agresivos (solo se les tocaba para pincharlos o explorarlos), oían el ruido continuo del motor de la incubadora y estaban sometidos a la luz durante las 24 horas del día.

### **Método de la Madre Canguro**

En 1979, los doctores Rey y Martínez del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá iniciaron un programa de cuidados del prematuro que consistía en colocarlo en contacto piel con piel entre los pechos de su madre. Se han descrito numerosas ventajas del MMC sobre el método tradicional (incubadora): mejor termorregulación, aceleración de la adaptación metabólica de los prematuros, mayor supervivencia en países en vías de desarrollo, menor número de infecciones (incluidas las nosocomiales), facilitación de la lactancia materna, reducción de la estancia hospitalaria, reducción de los episodios de apnea y aumento de la confianza de las madres en el cuidado de sus hijos.

Cuando se coloca al bebé prematuro desnudo sobre el tórax de su madre, se estimula en el recién nacido el recuerdo de experiencias

intrauterinas (el sonido del corazón materno, el movimiento continuo del tórax, las características de la voz materna, ...), que lo tranquilizan. La madre se siente motivada a acariciarlo y así comienza la estimulación somatosensorial. El contacto es íntimo y muy emotivo y favorece los lazos afectivos y la interacción madre/hijo. Durante el MMC, las variables fisiológicas del prematuro permanecen normales, la temperatura es estable, la respiración se hace regular y profunda y la frecuencia cardíaca se estabiliza o aumenta ligeramente. El niño prolonga sus periodos de reposo (alerta reposada, sueño profundo, menos actividad muscular, llora menos), y de este modo se favorece la maduración y la ganancia de peso y disminuye el número de días de ingreso. Las madres se mantienen más participes en el cuidado de su hijo prematuro, le estimulan y le dan su leche.

El MMC facilita y prolonga la lactancia materna. Cuando se inicia de forma precoz, en la sala de partos, el bebé repta hasta el pecho de su madre y, espontánea y correctamente, hace la primera toma, que resulta muy gratificante para su madre y fundamental para el mantenimiento y duración de la lactancia materna.

En Trieste (Italia), en octubre de 1996, tuvo lugar el primer Congreso sobre el MMC en el que, entre otros asuntos, se trató del MMC en hospitales de tercer nivel de países desarrollados. Allí se definió el MMC como el contacto piel con piel entre madre y recién nacido prematuro lo más precoz, continuo y prolongado posible con lactancia materna, para que madre

y recién nacido se beneficien de sus ventajas. Se acordó que era tributario del MMC el prematuro de cualquier edad gestacional, de cualquier peso y con cualquier tipo de enfermedad, mientras sea tolerado por el binomio madre-hijo y por la Unidad Neonatal. Se debe ofrecer a todas las madres y es particularmente beneficioso para las madres adolescentes y para aquellas con problemas sociales.

La madre puede ser substituida por cualquier otro familiar que ella indique, si la Unidad Neonatal lo considera razonable. La Unidad Neonatal debe adoptar una política de puertas abiertas, debe proveer a la madre una silla cómoda y la información adecuada sobre el MMC, debe incorporar un protocolo de lactancia materna y de MMC en prematuros y su plantilla debe estar adiestrada en la práctica de ambos protocolos.

### **Alimentación del prematuro con leche materna**

La leche de la propia madre es la alimentación preferida para el prematuro por su composición única, la mayor biodisponibilidad de sus componentes, sus propiedades inmunológicas y la presencia de enzimas, hormonas y factores de crecimiento. Además le protege frente a las enterocolitis necrosantes, lo que permite una estimulación con alimentación enteral precoz.

También parece demostrado que los prematuros alimentados con leche materna que están sometidos al MMC sufren menos infecciones nosocomiales. La hipótesis que lo explicaría es la siguiente: La madre segrega IgA específicas frente a los gérmenes de su piel y frente a los gérmenes del área neonatal que ella ha ido incorporando y que son los responsables de

las infecciones nosocomiales. Así amamantando a su hijo, le nutre y protege.

Dr. Adolfo Gómez Papí

Neonatólogo.

Hospital Juan XXIII. Tarragona

## Lactancia y poesía

**A**caba de ser publicado en Catalunya un libro de poemas **“Delits d’Infant”**, que podríamos traducir por “Deleites infantiles”, donde la belleza y la ternura cobran forma de palabra gracias a la poesía de Maria Angels Claramunt (madre, poeta y asesora de lactancia de ALLETA – Grupo de Apoyo a la Lactancia de Lérida) y a las formas y los colores del dibujante Ermenegol. Este libro, que ha sido prologado por el Dr. Carlos González, es una forma de dar voz a las madres, a los padres y a sus hijos.

Ha sido editado por *Pagès editors*. Para más información: ([ed.pages.editors@cambrescat.es](mailto:ed.pages.editors@cambrescat.es)).

Y ya que en este Boletín destacamos la lactancia con prematuros y el Método Madre Canguro, aquí tenéis uno de los poemas del libro:

### ABANS D’HORA

“He nascut abans d’hora;  
la mare riu i plora,  
el pare plora i riu.  
M’han hagut de posar al niu.

Dins d’una vitrina tancada  
de cables i fils envoltada,  
sola i espantada,  
vaig fent la viu viu.

Si aquest murs pogués passar  
i als vostres braços, covar,  
milloraria més de pressa;

digueu-ho a la metgessa!

Mare, on t’has ficat?

Et vull al costat.

Sort en tinc de l’estona,

molt bona, quan véns.

I dels calostres que em portes,  
per postres.

Pare, on ets?

Vull ser on tu ets.

Sort en tinc dels moments

quan vens, i m’acarones  
amb tendresa les galtones.

He de ser valenta, m’he d’espavilar  
Vull que estiguem junts, demà.”

Para los que no entiendan el catalán, aquí va una traducción al castellano que, ciertamente, no le hace justicia al poema:

### ANTES DE HORA

He nacido antes de hora / la madre ríe y llora / el padre llora y ríe / me han tenido que poner en el nido.

Dentro de una vitrina cerrada / de cables e hilos rodeada / sola y asustada / voy sobreviviendo.

Si estos muros pudiera traspasar / y en vuestros brazos anidar / mejoraría más deprisa / ¡decídselo a la doctora!

Mamá, ¿dónde te has metido?/te quiero a mi lado / Suerte tengo del momento / maravilloso, cuando vienes / Y del calostro que me traes / como postre.

Papá, ¿dónde estas? / quiero estar contigo / suerte tengo de los momentos / cuando vienes, y me acaricias / con ternura las mejillas.

He de ser valiente, me he de des-pabilar / quiero que estemos juntos, mañana.

## Celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2004

Como ya avanzamos en el anterior Boletín, la celebración de la SMLM 2004 esta destinada a difundir la importancia de la Lactancia Materna Exclusiva durante los 6 primeros meses de vida de los bebés y también reflexionar sobre los recursos de que disponen las madres para conseguirlo. Todo ello en el marco de la nueva Estrategia Global para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño (OMS 2002).

Lactancia Materna Exclusiva significa que, durante los seis primeros meses, el recién nacido recibe sólo leche de pecho, sea de su madre o de una nodriza, o leche extraída del pecho y ninguna otra comida o bebida salvo gotas de vitaminas, suplementos minerales o medicinas durante este tiempo.

Tras los seis primeros meses es recomendable que el niño continúe recibiendo lactancia materna hasta los dos años o más, conjuntamente con otros alimentos complementarios.

La Lactancia Materna Exclusiva es:

**Segura** porque, a diferencia de cualquier otro alimento, la leche materna tiene todos los nutrientes necesarios, en la cantidad adecuada y de una calidad especial.

**Saludable** porque contiene factores de protección que contribuyen a prevenir infecciones y reducen el riesgo de condiciones alérgicas, particularmente del asma.

**Sostenible** porque contribuye a mantener una fuente segura de comida. La leche de pecho se puede obtener siempre que la madre o la nodriza estén presentes. Una mujer puede fabricar siempre leche de una calidad insuperable con solo alimentarse de cualquier mezcla de comidas: tan simple como eso.

Actualmente la mayoría de los niños no tienen una lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida y solo un 39% de los niños tendrán a lo sumo lactancia exclusiva en los 4 primeros meses.

Esto es debido a que habitualmente se les suele dar:

**Otros alimentos** como leche de fórmula, suero glucosado o similares incluso antes de que la lactancia comience.

**Substitutos de la leche materna** en el transcurso de las primeras semanas de lactancia tales como leche de fórmula, leche de animales y cereales diluidos, infusiones o zumos.

**Comidas complementarias tempranas**, es decir, alimentos líquidos, sólidos o semisólidos a partir de los 2, 3 o 4 meses de edad.

Sin embargo, la leche materna proporciona todos los nutrientes que los bebés necesitan normalmente para los primeros seis meses de vida, incluyendo toda el agua, incluso en climas muy cálidos.

Un bebé que además de leche materna recibe otro tipo de alimentos tiene menos hambre y mama menos. A consecuencia de ello, los pechos producen menos leche. Las alimentaciones alternativas reemplazan la lactancia en lugar de complementarla. El bebé

puede no crecer de forma adecuada y aumenta el riesgo de contraer diversas enfermedades.

Puede ser que las madres, durante los seis primeros meses, no amamanten de forma exclusiva por diferentes razones:

1. No saben lo importante que es, o cómo hacerlo.

2. Tienen poca confianza y no tienen a quien acudir cuando están en dificultades.

3. Su entorno social y sanitario no las apoya o bien tienen que ponerse a trabajar muy pronto después del parto.

## LOS GRUPOS DE APOYO Y LA SMLM 2004

Como cada año, los Grupos de Apoyo de toda España celebraran la Semana Mundial de la Lactancia Materna. Desde hace 2 años, la mayoría de ellos, coordinados por FEDALMA – Federación Española de Asociaciones pro Lactancia Materna, realizan celebraciones conjuntas mediante distintos actos y actividades.

Este año, los Grupos quieren destacar tres aspectos fundamentales:

1. Informar sobre la importancia de la LME durante los primeros 6 meses.

2. Conseguir que las recomendaciones que propone la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño se implementen en las políticas de salud de todas las autonomías.

3. Sensibilizar sobre la necesidad de permisos de maternidad más prolongados y respetuosos con las necesidades de las familias.

Para ello, además de otras actuaciones, se va a elaborar un folle-

to informativo conjunto bajo el lema:

**“6 MESES DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, 6 MESES DE PERMISO POR MATERNIDAD”.**

### Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño

Esta Estrategia fue aprobada en la Resolución WHA55.25 de la Organización Mundial de la Salud en mayo de 2002 con el propósito de mejorar, a través de una alimentación óptima, el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud y, de este modo, la supervivencia de los lactantes y niños pequeños.

La Estrategia pretende ser un guía para la adopción de medidas; se basa en las pruebas científicas acumuladas sobre la importancia que los primeros meses y años de vida tienen para el crecimiento y el desarrollo de los niños, e identifica intervenciones cuyas consecuencias positivas durante este periodo están probadas.

Para su implementación es importante sensibilizar acerca de los principales problemas que afectan a la alimentación del lactante y del niño pequeño, identificar enfoques para su solución y propiciar un marco de intervenciones esenciales.

También es importante la implicación y colaboración de los gobiernos, las organizaciones profesionales y las asociaciones de ciudadanos, tales como los grupos de apoyo a la lactancia materna.

Finalmente es importante crear un entorno propicio para las madres y las familias, tanto a nivel social como laboral.

La Estrategia también estipula los requisitos que deben cumplir los alimentos complementarios, a saber, han de ser **oportunos** (darse cuando el bebe este preparado para ello), **adecuados** (que proporcionen energía, proteínas y micronutrientes equilibrados), **inocuos** (evitar alimentos potencialmente dañinos y prepararlos de forma higiénica) y han de darse **de forma adecuada** (despacio, espaciadamente y respetando las señales de hambre y saciedad del bebé).

Podéis consultar el texto completo de la Estrategia en:

[http://www.unicef.org/spanish/media/media\\_20045.html](http://www.unicef.org/spanish/media/media_20045.html)

O bien solicitar una versión impresa en castellano.

## Ciencia

### Lactancia materna y riesgo de muerte postneonatal en los Estados Unidos

Chen A, Rogan WJ. *Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. Pediatrics* 2004;113:e435-9  
[www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/5/e435](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/5/e435)

Desde hace décadas, ningún estudio en países industrializados encontraba una diferencia en la mortalidad infantil según el tipo de lactancia. ¿Es que tal diferencia no existe, o tal vez los estudios eran demasiado pequeños para encontrarla?

Este estudio compara 1.204 lactantes muertos en USA en 1988

entre un mes y un año de edad, por cualquier causa excepto malformaciones congénitas y cáncer, con 7.740 controles aún vivos al año. Los fallecidos antes de un mes o por malformaciones o cáncer se excluyeron para evitar la causalidad inversa (es decir, el bebé no pudo tomar el pecho porque estaba enfermo). Tras ajustar por numerosos factores (raza, sexo, peso al nacer, edad y estudios de la madre, tabaquismo, malformaciones, paridad, parto múltiple), se observó que el riesgo de muerte era menor entre los que habían tomado el pecho alguna vez (OR 0,79). La protección aumentaba con la duración de la lactancia (OR 0,62 con 3 meses de lactancia o más). Los autores concluyen que, si la relación encontrada es causal, la promoción de la lactancia permitiría evitar o retrasar unas 720 muertes postneonatales cada año en los Estados Unidos.

### ¿Son perjudiciales la dieta de eliminación y la lactancia prolongada de un lactante atópico para la salud ósea de la madre?

Holmberg-Marttila D, Sievänen H, Sarkkinen E, Erkkila A, Salminen S, Isolauri E. *Do combined elimination diet and prolonged breastfeeding of an atopic infant jeopardise maternal bone health? Clin Experimental Allergy* 2001;31:88-94

Se suele recomendar a las madres de niños atópicos que den el pecho mucho tiempo y eliminen ciertos alimentos alergénicos de su dieta. Este estudio finlandés intenta aclarar si estas recomendaciones pueden producir descalcificación en los huesos de la madre.

Se compararon 25 madres de niños sanos con 24 madres de niños atópicos (dermatitis atópica o alergia a alimentos). Diecinueve de estas últimas excluyeron algún alimento de sus dietas: 6 suprimieron el pescado, los huevos y los cacahuetes; 6 suprimieron la leche de vaca además de los anteriores, y 7 suprimieron la leche de vaca y el trigo. Sólo 9 madres tomaron suplementos de calcio. La supresión de alimentos se realizó en las condiciones habituales en la práctica, es decir, las madres no recibieron consejo especializado sobre su dieta. La ingesta media de calcio era de 1.220 mg al día en el grupo control, y de 880 mg en las madre de niños atópicos (la ingesta recomendada es de 1.000 mg). Las madres de niños atópicos dieron lactancia materna exclusiva durante una media de 4,1 meses, frente a 2,8 meses en el grupo control. La amenorrea postparto duró respectivamente 7,5 y 6 meses.

Poco después de la primera menstruación, se midió la densidad mineral ósea en columna lumbar, cuello femoral y radio, mediante absorciometría dual de rayos X.

La densidad era un 4 a 6% más alta en el grupo control, lo que se atribuye a una diferencia inicial en el peso corporal entre los dos grupos (no se practicaron mediciones basales, por lo que no pueden saber si la masa ósea bajó o ya era baja de entrada, aunque suponen esto último). Los autores concluyen que una dieta de eliminación a corto plazo no parece afectar a la densidad mineral ósea de la madre, pero que podría ser recomendable ofrecer consejo dietético, especialmente a las madres de bajo peso corporal, para asegurar una ingesta adecuada de nutrientes y disminuir el riesgo potencial de pérdida ósea.

**Comentario:** Llama la atención que esta conclusión de los autores no esté basada en los resultados de su estudio, puesto que ni han demostrado ese riesgo de pérdida ósea, ni han comprobado la utilidad del consejo dietético (¿qué consejo?) para prevenirlo. Sin embargo, los autores advierten que no existe ningún estudio previo sobre el tema.

### **Estudio longitudinal sobre la relación a largo plazo entre la lactancia materna y la aparición de atopia y asma en niños y adultos jóvenes**

*Sears MR, Greene JM, Willan AR, Taylor DR, Flannery EM, Cowan JO, Herbison GP, Poulton R. Long-term relation between breastfeeding and development of atopy and asthma in children and young adults: a longitudinal study. Lancet 2002;360:901-7*

En este estudio se analizan los datos de una cohorte de nacimiento seguida desde 1972 en Nueva Zelanda. De 1661 niños nacidos en un hospital durante un año, 1139 seguían residiendo en la misma provincia a los 3 años, de los cuales 1037 participaron en el estudio.

Los datos sobre duración de la lactancia materna se recogieron mediante un cuestionario a los 3 años, y se comprobaron con los registros de las enfermeras que regularmente visitaban a los niños en su domicilio. El 45% nunca había tomado pecho; el 7% había mamado menos de cuatro semanas, y el 49% había mamado más de 4 semanas. Casi todos habían recibido algún biberón en el periodo neonatal.

Los niños fueron evaluados a los 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 21 y 26

años. A partir de los 7 años, se indagó cuidadosamente por los síntomas y diagnóstico de asma y alergias, y a partir de los 9 se practicaron espirometrías en cada visita. A los 13 y 21 años se practicaron pruebas cutáneas de alergia frente a varios antígenos no alimentarios.

Los niños amamantados sufrieron significativamente más (sí, más) asma entre los 9 y los 26 años, con odds ratios entre 1,50 y 2,93 según las edades; y también presentaron más pruebas cutáneas positivas a epitelio de gato, ácaros y polen de hierba a los 13 y 21 años. La prevalencia de asma era mayor independientemente de la duración de la lactancia, entre las 3 y las 26 o más semanas. La asociación persistía al ajustar por antecedentes familiares de alergia, y en un modelo multifactorial ajustado por nivel socioeconómico, orden de nacimiento, uso de piel de oveja en la infancia y tabaquismo materno (odds ratio 1,83 para el riesgo de asma entre los 9 y los 26 años).

**Comentario:** la relación entre la lactancia materna y asma es compleja y controvertida. Algunos estudios encuentran que la lactancia se asocia con un menor riesgo de asma; pero en otros, como en éste, el riesgo de asma aumenta.

Tal vez la llamada “teoría higiénica” del asma podría ayudar a comprender este hecho. Según esta teoría, el exceso de higiene en que se crían los niños occidentales modernos hace que el sistema inmunitario, al no poder enfrentarse a las bacterias para las que está preparado, se “vuelva loco” y produzca reacciones anómalas como la alergia. En algunos estudios, por ejemplo, la costumbre de lavarse las manos con más frecuencia se asocia a una mayor prevalencia de

asma. En este ambiente aséptico, la leche materna, al prevenir tantas infecciones, disminuye aún más la exposición del sistema inmunitario del niño a los gérmenes. La solución, por supuesto, no sería dar menos pecho, sino lavar menos

### **Sueño y despertares de las madres que duermen con sus hijos**

*Mosko S, Richard C, McKenna J. Maternal sleep and arousals during bed-sharing with infants. Sleep 1997; 20:142-50*

Se sabe que los adultos duermen mejor con su pareja que solos; pero no se había estudiado anteriormente si las madres duermen mejor con su hijo o sin él.

En este estudio participaron 20 madres californianas de origen latino que dormían habitualmente con su hijo desde el nacimiento (es decir, al menos cuatro horas por noche, cinco noches por semana), y otras 15 que dormían habitualmente separadas (es decir, no dormían con su hijo más de una noche por semana). Los niños tenían entre 11 y 15 semanas de edad, y todos tomaban lactancia materna exclusiva o predominante. Se excluyeron aquellas madres que habían decidido dormir con su hijo porque éste lloraba mucho.

Durante las dos semanas previas al estudio, las madres del primer grupo habían dormido una media de 13,7 noches con sus hijos, frente a 0,6 noches en el segundo grupo.

Madres e hijos durmieron tres noches en un laboratorio de sueño; la primera tal como hacían habitualmente, para acostumbrarse al lugar; y las otras dos, una juntos y otra separados, mientras se reali-

zaba un estudio polisomnográfico completo.

Se observaron diferencias modestas pero significativas en el patrón de sueño de las madres según durmieran solas o con sus hijos, independientemente de cuál fuera su costumbre anterior. Al dormir con el bebé, las madres tuvieron un 4% más de sueño superficial (fases 1 y 2) y un 4% menos de sueño profundo (fases 3 y 4), pero no hubo diferencias en la fase REM. También tuvieron más despertares, pero más breves, de forma que el tiempo total de sueño era similar.

La sensación subjetiva de la madre, en cambio, sí que dependía de cuál fuera su forma habitual de dormir. El 94% de las madres que dormían habitualmente con su hijo dijeron haber dormido "lo suficiente" la noche que durmieron con su hijo en el laboratorio; y la noche que durmieron solas el grado de satisfacción era similar. Entre las madres que solían dormir solas, el 80% durmieron lo suficiente la noche que estuvieron solas en el laboratorio, pero sólo el 33% durmieron satisfactoriamente con su hijo. Parece que dormir con el niño de forma ocasional resulta mucho más molesto para la madre que hacerlo a diario.

Los autores suponen que este cambio en el patrón de sueño (algo más ligero y con despertares parciales frecuentes) tiene un valor adaptativo, pues permite a la madre comprobar continuamente el bienestar de su hijo.

### **Fenómeno de Raynaud del pezón: una causa tratable de dolor en la lactancia.**

*Anderson JE, Held N, Wright K. Raynaud's phenomenon of the nipple: A*

*treatable cause of painful breastfeeding. Pediatrics 2004;113:e360-4*

*www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/4/e360*

El fenómeno de Raynaud es un vasoespasmio de las arteriolas que produce palidez y dolor en partes acras, seguido de vasodilatación refleja con eritema o cianosis. Conocido en los dedos desde hace más de un siglo, en los últimos años se ha identificado también en los pezones.

Describen 12 mujeres que presentaron dolor intenso y cambios de coloración típicos en el pezón (blanco seguido de azul, rojo o ambos). El dolor era muy intenso y en todos los casos se precipitaba con el frío. El dolor puede coincidir o no con las tomas, una de las madres lo sufría al abrir la puerta del frigorífico. Aunque tanto el tabaco como la mala posición del niño al mamar pueden contribuir en casos similares, ninguna de las madres era fumadora y todos los niños mamaban correctamente. Sólo una de las pacientes había presentado anteriormente vasoespasmio en otras localizaciones. En la mayor parte de los casos el intenso dolor había sido atribuido a candidiasis, pero el tratamiento antifúngico fue ineficaz.

El tratamiento consiste en evitar el tabaco, el café y el frío (llevar ropa de abrigo y dar el pecho en una estancia caldeada). Varias de las madres daban el pecho bajo las sábanas. La nifedipina suele ser efectiva, (5 mg. tres veces al día, o bien 30 mg. al día de liberación retardada, durante dos semanas), con frecuencia las recaídas obligan a repetir el tratamiento.

### **Tratamiento de la hiperbilirrubinemia en el recién nacido**

### **de 35 o más semanas de gestación.**

*American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Hyperbilirrubinemia. Management of hyperbilirrubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics 2004;114:297-316*

Este excelente protocolo, el primero basado en pruebas constituirá en los próximos años la base del tratamiento habitual de la ictericia del recién nacido. Es altamente recomendable fotocopiarlo en la biblioteca, o descargarlo (gratis) en internet ([www.aap.org](http://www.aap.org)).

Es imposible resumirlo en pocas líneas. Las primeras recomendaciones para prevenir la ictericia son: "recomendar a las madres dar el pecho al menos 8 a 12 veces al día durante los primeros días" y no administrar de forma rutinaria "agua o suero glucosado a los niños amamantados no deshidratados".

En niños sanos de 38 semanas o más de gestación y 96 horas de edad, no se recomienda fototerapia si la bilirrubina no alcanza un nivel de 21 mg/dl (el nivel es más bajo en otras circunstancias). No se debe recomendar la exposición de los niños a la luz solar. Durante la fototerapia, no es necesario administrar suplementos ni suero glucosado si no hay síntomas de deshidratación.

#### **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](mailto: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