



Lactancia Materna



Boletín de la Asociación Catalana pro Lactancia Materna – Enero 2006

Sumario

- Noticias de ACPAM
- Los niños que no engordan
- II Curso de formación para Asesoras de Lactancia
- Noticias FEDALMA
- Simposium Madre Canguro
- Bacterias en la leche en polvo
- Semana Mundial de la Lactancia Materna 2005
- 2006: El Códigos de la OMS cumple 25 años
- Ciencia

Editorial

El método canguro es mayor de edad. Hace 25 años que Rey y Martínez iniciaron en Colombia el método de la madre canguro, y hace 20 años que Whitelaw lo dio a conocer con un artículo en Lancet.

Miles de prematuros (y de sus madres y padres) disfrutaron ya de ese estrecho contacto en hospitales de Europa y Estados Unidos. En España, más de una docena de hospitales practican el método canguro; algunos ocasional y tímidamente, otros de forma intensiva desde hace años. En Cataluña cuesta encontrar un hospital donde nunca lo hayan usado.

Esperemos que el reciente simposio organizado por la Liga de la Leche en Bilbao constituya, por la calidad de sus ponentes y por el entusiasmo del numeroso público,

el definitivo espaldarazo al método canguro en nuestro país. Muy pronto, el contacto piel con piel y la lactancia materna serán tratamiento habitual para los prematuros, y la incubadora una excepción.

Noticias de ACPAM

Nos vamos a internet. El coste de la impresión y del correo, y la creciente difusión de internet, nos obligan a ponernos al día.

A partir de ahora, el boletín de ACPAM se publicará en internet, donde ya puedes ver los boletines antiguos, desde el comienzo de los tiempos, en la sección de **Descargas** de la Web:

www.grupslactancia.org

Si quieres que te enviemos un aviso cuando aparezca cada nuevo boletín, envíanos un mensaje a la dirección acpam@menta.net. En el título del mensaje escribe «suscribe boletín».

Para no sobrecargar tu cuenta de correo, no te enviaremos el boletín, sino sólo un aviso para que lo puedas mirar en internet cuando te sea más cómodo.

Si por cualquier motivo deseas seguir recibiendo el boletín en papel, dínoslo. A partir de ahora, sólo enviaremos el boletín en papel a quien nos lo haya pedido específicamente. Envía tu nombre y

dirección, MUY CLAROS Y LEGIBLES, a:

ACPAM
Apdo. 22.216
08080 Barcelona

o a nuestro correo electrónico.

¡Nos vemos en internet!

Los niños que no engordan

Hace unos años, muy pocas madres españolas conseguían dar el pecho más de dos meses. Entre otras cosas, porque tan pronto como el niño engordaba menos de un kilo al mes, o de 200 g por semana, se les recomendaba el biberón.

Nos preocupa ver que, en algunos casos, está ocurriendo todo lo contrario: ante auténticos problemas, ante pérdidas de peso excesivas o ante aumentos claramente insuficientes, nadie hace nada. Ni siquiera dar un biberón.

Algunos ejemplos típicos:

- Un niño de cuatro días ha perdido un 8% de peso. «Póntelo al pecho más a menudo». A los seis días ha perdido un 10%; «póntelo al pecho más a menudo y vuelve en dos días». A los ocho días ha perdido un 12%, «bueno, es un poco justo, pero vamos a ver si en un par de días más se recupera y nos evitamos darle una ayudita». ¡Esperar sin hacer nada es esperar un milagro!

- Un niño sólo engorda 200 g en el primer mes, otros 250 en el segundo mes. Le dan suplementos de leche artificial, y en el tercer mes engorda 900. Le quitan los suplementos, y en el cuarto mes vuelve a engordar 150... Si creemos que un suplemento ya no es necesario, o que nunca lo ha sido, hay que retirarlo con precaución y comprobando que el niño engorda correctamente.

- Una niña engorda normalmente durante cuatro meses, pero entre los cuatro y los seis no engorda nada de nada. Todo lo que la madre oye es o «dale un biberón» (sin primero averiguar por qué se ha producido este cambio) o «no te preocupes, el peso no importa» (pues no, no es normal no engordar nada entre los 4 y los 6, aunque sí que podría ser normal no engordar nada entre los 10 y los 12). Finalmente la niña pierde peso e ingresa en el hospital, se descubre una fibrosis quística.

Es necesario controlar repetidamente el peso del bebé hasta que recupera la pérdida inicial y algo más. Hay que estar especialmente atentos cuando el recién nacido duerme demasiado, orina poco (pero en los primeros dos o tres días es normal que orine poco) o hace deposiciones escasas o muy líquidas. Una madre inexperta puede fácilmente confundir a un bebé que no llora por la debilidad y la pérdida de peso con un bebé «satisfecho» que duerme bien; si queremos pillar a tiempo los problemas graves es imprescindible que un profesional vea al recién nacido antes de 72 horas del alta hospitalaria, con controles posteriores según la evolución. Dar de alta a los recién nacidos con 48 horas, cuando están perdiendo peso, y esperar 15 días o más para el

primer control pediátrico es como jugar a la ruleta rusa; los problemas graves (pérdida de peso excesiva, deshidratación...) se producen mucho antes de 15 días.

Si se detectan problemas hay que intervenir, y hacerlo antes de que la pérdida de peso sea grave. Repasar la postura, insistir en la lactancia a demanda ante signos precoces de hambre, evitar chupetes o biberones de agua.

Si el niño no mama con fuerza, puede ser útil la compresión del pecho durante la toma. Si todo esto falla, la extracción de leche a mano o con sacaleches, debe practicarse varias veces al día con buena técnica. Si el niño se toma la leche extraída y engorda, problema resuelto. Si el niño se niega a tomar la leche extraída pero el peso sigue siendo insuficiente, es probable que esté enfermo (el que la madre tenga que tirar leche materna porque su hijo no se la toma es la prueba definitiva de que no hay hipogalactia y no se necesitan suplementos de leche artificial). Si la madre no consigue sacarse apenas leche tras intentarlo un par de días, y el niño sigue sin engordar, es probable (sólo «probable», porque algunas madres no consiguen extraerse apenas leche, aunque sus pechos funcionen perfectamente) que haya un verdadero problema de hipogalactia (descartar hipotiroidismo). Mientras tanto, según la magnitud y la duración de la pérdida de peso, el niño puede necesitar suplementos de leche artificial (hidrolizada, para evitar una sensibilización alérgica). Llegados a este punto, hay que ser generosos: toda la leche que haga falta para que recupere rápidamente el peso y salga de la zona de peligro, más tarde veremos cómo suprimir los suplementos (si es posible).

Normalmente, una vez la lactancia está «encauzada», el aumento de peso es mantenido y la conducta del niño nos alerta de cualquier problema: si deja de engordar porque está enfermo, tendrá mal estado general y probablemente otros síntomas; por el contrario, un bebé sano y con buen peso que se quedase con hambre lloraría con desespero. Un aumento de peso sospechosamente bajo se debe valorar cuidadosamente, comparando con buenas tablas y gráficas, teniendo en cuenta la edad del bebé, su evolución previa, sus síntomas... De nuevo, la extracción de leche nos ayudará a ver si el problema es de la madre o del niño.

Dr. Carlos González

II Curso de formación para Asesoras de Lactancia

La Federación Catalana de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna, en colaboración con ACPAM, realizará a lo largo de febrero y marzo del 2006 el II Curso de Formación para Asesoras de Lactancia. Estos cursos incluyen 26 horas de formación y tienen periodicidad bianual. Los contenidos del Curso abarcan los aspectos más importantes de la lactancia materna y el apoyo a las mujeres que amamantan. También incluyen recursos de gestión para grupos de apoyo.

Desde noviembre 2005 se puede acceder a más información sobre el Curso (fechas, sede, precio y programa) desde la Web de la Federación:

www.grupslactancia.org



Federació Catalana
Grups de Suport a la Lactància Materna

Noticias FEDALMA

Los pasados 16 y 17 de junio tuvo lugar en Lleida, actuando ALLETA como asociación anfitriona, el **II Congreso FEDALMA de Asociaciones y Grupos Pro Lactancia Materna**. Es de destacar la gran participación, alrededor de 150 asistentes, que ha supuesto un paso adelante en todos los sentidos, así como la calidad y cantidad de comunicaciones libres y pósters presentados.

Estos Congresos ofrecen a los Grupos un punto de encuentro anual donde potenciar actividades, poner experiencias en común, iniciar proyectos conjuntos y ampliar conocimientos.

En el I Congreso (Valencia, junio de 2004) se abordó la lactancia materna desde un enfoque social, centrándonos especialmente en difundir el trabajo de los grupos, incidir en su función mediadora y de acompañamiento de procesos de cambio (con la sociedad en general, con los sanitarios, con la familia, etc.), también se abordaron iniciativas internacionales de apoyo a la lactancia materna, así como situaciones cotidianas de corte social, como el papel del padre y la fertilidad y sexualidad durante la lactancia, la influencia del parto, etc.

En esta segunda edición, siguiendo con la pauta de trabajar desde distintos enfoques, se optó por abordar la relación y coordinación entre la sociedad civil, representada por asociaciones y grupos pro lactancia, y los profesionales sanitarios. También la promoción, protección y apoyo a la lactancia

materna desde el ámbito sanitario, definiendo el papel de los grupos de apoyo en este espacio.

Ha sido un tema «duro» para la propia realidad de los grupos de apoyo y su dinámica cotidiana, pero nos ha servido nuevamente para ampliar conocimientos y definir espacios y modos de colaboración que en definitiva era uno de los objetivos principales de este punto de encuentro.

La tercera edición ya tiene grupo y ciudad anfitriona. La Asociación encargada de organizar el III Congreso FEDALMA 2006 será MAMOA, Asociación Galega pro Lactación Materna, y la ciudad, Santiago de Compostela. Bajo el lema «Lactancia Materna, Patrimonio de la Humanidad» se abordará la relación entre cultura y lactancia, con especial énfasis en la interculturalidad y la comunicación.



Muchas asociaciones y grupos se han ofrecido para ser Grupo Anfitrión de las próximas ediciones del Congreso, y es para mí un placer poder confirmar, que tenemos sede hasta el año 2010.

Por último quiero agradecer a todos y cada uno de los ponentes su participación e implicación, al personal sanitario del Hospital Universitario Arnau de Vilanova que también participó en distintas ponencias, y en especial, la presencia del Dr. Adriano Cattaneo, Dra. Sofia Quintero, Dr. Luís Ruiz y el Dr. Carlos González. Muchas gracias a todos.

Un abrazo cordial.
Carmen Martín Sapena

Presidenta FEDALMA

Simposium Madre Canguro

La Liga de la Leche organizó en Bilbao, los pasados 17 y 18 de noviembre, un simposium internacional sobre el Método Madre Canguro (contacto piel con piel y lactancia materna para el bebé prematuro).

Nathalie Charpak (Colombia), nos habló del programa canguro ambulatorio para prematuros de muy bajo peso. Adriano Cattaneo (Italia), esbozó la historia del método y de la Red Internacional de Cuidados Madre Canguro:

<http://kangaroo.javeriana.edu.co>

Nils Bergman (Sudáfrica), explicó los efectos fisiológicos del contacto y de la separación sobre el prematuro, y nos demostró las ventajas para los prematuros de muy bajo peso de iniciar el contacto piel con piel en el mismo minuto del parto.

www.kangaroomothercare.com

Kerstin Hedberg Nyqvist (Suecia), despertó nuestra envidia al mostrarnos imágenes del Hospital de Uppsala, que promueve desde hace un año el contacto piel con piel 24 horas al día desde el nacimiento. La UCI neonatal dispone de habitaciones familiares, donde ambos padres pueden compartir con su prematuro una cama de matrimonio.

www.sam.kau.se/sociologi/pers/starrin/rene.pdf

Otros conferenciantes, médicos y enfermeras, nos mostraron la experiencia de varios hospitales españoles con el método canguro: Joan XXIII (Tarragona), Valme (Sevilla) y 12 de Octubre (Madrid).

Bacterias en la leche en polvo

Muchos hemos defendido que, para preparar un biberón, no es necesario hervir el agua del grifo de las ciudades y poblaciones grandes, pues está suficientemente clorada y controlada.

Pero no contábamos con la leche. Contrariamente a lo que muchos pensábamos, la leche en polvo para bebés no es un producto estéril, y contiene con cierta frecuencia bacterias como *Enterobacter sakazakii* y *Salmonella*, que han causado enfermedades graves, y a veces mortales.

Tras las recomendaciones de expertos de la OMS y la FAO:

www.who.int/foodsafety/micro/meetings/feb2004/en/

y de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria:

www.efsa.eu.int/science/biohaz/biohaz_opinions/691_en.html

las autoridades británicas han decidido modificar sus recomendaciones para la preparación de biberones:

www.food.gov.uk/news/newsarchive/2005/nov/infantformulastatementnov05

El agua se ha de llevar al punto de ebullición y luego dejarse enfriar durante menos de media hora, para que esté a más de 70°C al entrar en contacto con el polvo, lo que destruye las bacterias presentes. La leche se ha de preparar inmediatamente antes de su uso. La leche adaptada líquida, lista pa-

ra su uso, sí que es un producto estéril.

Semana Mundial de la Lactancia Materna 2005

«Lactancia materna y alimentación complementaria»

Objetivos:

- Difundir la importancia dar el pecho dos años o más, con alimentos complementarios a partir de los seis meses (como recomiendan la OMS, el UNICEF y la Asociación Española de Pediatría).
- Concienciar sobre los riesgos y costos de la introducción precoz de alimentos.
- Proporcionar información para que la introducción de la alimentación complementaria se ajuste a las necesidades nutricionales del niño.
- Que el descubrimiento de nuevos alimentos sea un tiempo de aprendizaje y placer.

Seguir dando el pecho

La leche materna sigue siendo una importante fuente de nutrientes después de los 6 meses. La leche materna proporciona una gran parte de las calorías, la mayor parte de las proteínas, vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales. La leche materna es más densa en calorías y nutrientes que muchos otros alimentos. Los nuevos alimentos no deben desplazar la leche materna.

Alimentación complementaria

Después de los 6 meses, conviene ofrecer otros alimentos además de la leche materna, lo que

se denomina «alimentación complementaria».

Una alimentación complementaria óptima debe ser:

Oportuna: Que comience en el momento justo, para no interferir con la lactancia.

Adecuada: Que aporte energía y nutrientes adecuados para lactantes de más de 6 meses.

Inocua: No alergénica y preparada higiénicamente.

Respetuosa con las señales de apetito y saciedad del niño y adecuada a su edad.

Comer en familia

Entre los 6 y los 24 meses, los niños crecen rápidamente, pero sus estómagos son relativamente pequeños. En este periodo necesitan alimentos altamente nutritivos en pequeñas cantidades. Los niños deben tomar los mismos alimentos que el resto de la familia; una dieta variada, rica en nutrientes y conforme a los valores culturales de cada familia.

Al principio se ofrecerán aplastados, cortados o triturados, pero alrededor de los 12 meses, casi todos los niños son capaces de comer por sí mismos, junto con el resto de la familia. Los alimentos infantiles preparados comercialmente son generalmente caros y suelen contener aditivos y conservantes.

Una transición cuidadosa

La incorporación de alimentos complementarios marca una nueva fase en el desarrollo social, emocional y de la conducta, y también en las relaciones entre los hijos y los padres. El respeto hacia el niño hará que comer se transforme en una actividad placentera.

**2006:
El Código de la OMS
cumple 25 años**

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1981.

El Código Internacional fue único en su campo, adoptado internacionalmente y aprobado como un requisito mínimo para proteger la salud en la alimentación infantil. A pesar de no ser obligatorio como un Tratado o una Convención, el Código Internacional tiene peso moral y político.

El Código Internacional fue preparado por la OMS y el UNICEF, después de un proceso de amplia consulta con gobiernos, industria, asociaciones profesionales y ONG.

La Asamblea Mundial de la Salud está compuesta por los Ministros de Salud de los gobiernos de todo el mundo y por sus asesores, expertos en el campo de la salud pública y otros temas específicos sobre salud. A pesar de que los Estados Unidos votaron contra el Código Internacional en 1981, 13 años después la administración Clinton apoyó el Código en la Asamblea Mundial de la Salud de 1994, con lo que el Código Internacional tuvo el apoyo de todos los Estados miembros de la Asamblea Mundial de la Salud.

El Director General de la OMS es responsable de elaborar bi-anualmente un informe sobre el estado de la aplicación del Código.

En base a estos informes, se han adoptado posteriormente nuevas resoluciones que clarifican y amplían el Código Internacional. Estas resoluciones posteriores tienen el mismo estatus que el Código en sí.

Los Estados miembros de la Asamblea Mundial de la Salud deben implementar el Código Internacional tomando medidas nacionales y utilizando el Código como un requerimiento mínimo en toda su integridad. También deben implementar las posteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.

La industria de la alimentación infantil debe cumplir el Código Internacional, total e independientemente de cualquier otra medida.

Las organizaciones no gubernamentales, entidades civiles, grupos profesionales, instituciones e individuos deben reportar las violaciones al Código Internacional.

Otros organismos internacionales como la FAO, la OMS y la Comisión del Codex Alimentarius, están llamados a apoyar y promover la implementación del Código Internacional.

Tanto el Código Internacional como las resoluciones posteriores han sido incorporadas en Acuerdos Internacionales, en la Declaración de Innocenti y, parcialmente, en muchas directrices de la Unión Europea.

El texto completo del Código y posteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud pueden consultarse en:

<http://www.ibfan.org/spanish/resource/who/fullcode-es.html>

El Código está parcialmente recogido dentro de la legislación española. Para más información consultar:

http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd72-1998.html

Estos son algunos artículos, por desgracia frecuentemente ignorados, de la legislación vigente en España, Real Decreto 72/1998, de 23 de enero, y modificaciones posteriores:

Artículo 6. Etiquetado.

6.2.4 El etiquetado de los preparados para lactantes y los preparados de continuación deberá estar diseñado de forma que proporcione la información necesaria sobre el uso adecuado de los productos y no desfavorezca el recurso a la lactancia materna. Se prohíbe la utilización de los términos «humanizado», «maternizado», u otros similares. El término «adaptado» se podrá utilizar sólo de acuerdo con lo indicado en el párrafo 6.2.6 y el párrafo 1 del anexo IV.

No se incluirán en el etiquetado de los preparados para lactantes imágenes de niños ni otras ilustraciones o textos que puedan idealizar el uso del producto. Sin embargo, podrán llevar representaciones gráficas que permitan una fácil identificación del producto e ilustren el método de preparación.

Artículo 7. Publicidad.

7.1 La publicidad de los preparados para lactantes se limitará a las publicaciones especializadas en la asistencia infantil y a las publicaciones científicas.

7.2 Los anuncios de los preparados para lactantes cumplirán las

condiciones establecidas en los párrafos 6.2.4, 6.2.5, 6.2.6 y 6.2.7.2 del artículo 6 y contendrán únicamente información objetiva de carácter científico. Tal información no deberá insinuar ni hacer creer que la alimentación con biberón es equivalente o superior a la lactancia materna.

7.3 Se prohíbe la publicidad en los lugares de venta, la distribución de muestras o el recurso a cualquier otro medio de propaganda dirigido fomentar las ventas de preparados para lactantes directamente al consumidor en los establecimientos minoristas, como exhibiciones especiales, cupones de descuento, primas, ventas especiales, ventas de promoción y ventas acopladas.

7.4 Se prohíbe a los fabricantes o distribuidores de preparados para lactantes proporcionar al público en general, a las mujeres embarazadas, madres o miembros de sus familias, productos gratis o a bajo precio, muestras ni ningún otro obsequio de promoción, ya sea directa o indirectamente a través de los servicios sanitarios o del personal sanitario.

Artículo 9. Donaciones.

9.1 Las Administraciones Sanitarias velarán para que las donaciones de equipos o material informativo o educativo por parte de fabricantes o distribuidores sólo se efectúe a instancias y previa aprobación escrita de las citadas Administraciones. Tales equipos o materiales podrán llevar el nombre o el distintivo de la empresa donante, pero no deberán hacer referencia alguna a marca específica de preparado para lactantes y se distribuirán únicamente a través de los servicios sanitarios.

La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP

Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. *An Pediatr* 2005;63:340-56

<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13079817>

Un documento claro, informativo y muy completo, que desmonta muchos mitos y creencias erróneas. Respaldado con la autoridad moral de la Asociación Española de Pediatría, puede resultar muy útil para convencer a algunos escépticos.

Estudio controlado aleatorio sobre la sección del frenillo lingual corto en lactantes con problemas de alimentación.

Hogan M, Wescott C, Griffiths M. *Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. J Paediatr Child Health* 2005;41:246-250

Todos los recién nacidos en un periodo fueron sistemáticamente explorados, y se detectaron 201 casos de frenillo lingual corto (incidencia 10,7%, predominio de varones 1,6:1).

De ellos, 88 (44%) presentaron problemas con la alimentación; 13 con lactancia artificial desde el inicio y 75 con lactancia materna (11 destetaron antes de una semana). Aceptaron participar en el estudio 57 madres, 40 con lactancia materna y 17 artificial.

De los 40 niños que tenían problemas con el pecho, a 33 les costaba agarrarse, 21 mamaban continuamente (mamaban de forma ineficaz, se dormían de agota-

miento y volvían a pedir antes de una hora), y 14 recibían suplementos de leche artificial; 32 madres tenían grietas y 6 mastitis.

De los 17 con problemas para tomar el biberón, 13 lo tomaban con extraordinaria lentitud, a 12 les goteaba mucha leche, y 4 tenían muchos gases.

A 28 de los niños, elegidos al azar, se les seccionó el frenillo (con una media de 20 días de edad); 23 mejoraron inmediatamente y 4 más mejoraron antes de 48 horas.

A los 29 del grupo control se les ofreció ayuda intensiva de una consultora de lactancia para intentar mejorar la posición al pecho. Sólo uno mejoró; a las 48 horas, al no notar ninguna mejoría, las otras 28 madres pidieron la sección del frenillo, 27 de los niños mejoraron tras la sección.

No hubo ningún problema de infección o sangrado, y la mayoría de los niños sólo lloraron unos segundos. Las madres comentaron que era mucho menos traumático que una vacuna.

Los autores no consideran justificado cortar por rutina todos los frenillos, puesto que más de la mitad no dieron ningún problema. No era posible predecir, por el grado de acortamiento del frenillo, cuáles darían problemas y cuáles no.

Así describen los autores el procedimiento para cortar el frenillo:

«Se separa al bebé de sus padres y se le envuelve bien en una toalla. Un ayudante sostiene firmemente los hombros del bebé con las palmas de las manos, mientras con las muñecas le sujeta la cabeza. El frenillo se estira con el índice de la mano izquierda, mientras se aparta el labio inferior con el pulgar iz-

quierdo. Se secciona completamente el frenillo con unas tijeras estériles, afiladas, de punta roma, y se comprime el suelo de la boca con una gasa. Rápidamente se desenvuelve al niño, se le abraza y se le entrega a la madre para que le dé el pecho o el biberón. No se usa anestesia ni analgesia».

La lactancia materna protege contra la celiaquía

Ivarsson A, Hernell O, Stenlund H, Persson LA. Breast-feeding protects against celiac disease. Am J Clin Nutr 2002;75:914-21

www.ajcn.org/cgi/content/full/75/5/914

Comparan 627 niños con celiaquía con 1254 controles sanos.

En niños menores de 2 años se identificaron tres factores protectores frente al riesgo de contraer la enfermedad celíaca: 1) estar tomando pecho en el momento en que se inicia el consumo de gluten, 2) seguir tomando el pecho durante al menos dos meses después de la introducción del gluten (el efecto protector entonces es mucho mayor) y 3) tomar las primeras semanas una cantidad pequeña o moderada de gluten (dos semanas después de introducir el gluten, el bebé sigue tomando menos de 16 g de harina al día).

Entre los 2 y los 15 años, las diferencias eran pequeñas y no significativas. Por lo tanto, seguir dando el pecho al menos dos meses después de introducir el gluten, y dar poca cantidad de gluten durante ese tiempo, son medidas que pueden disminuir la incidencia de celiaquía en la primera infancia, sin que eso provoque un aumento compensador en los años posteriores hasta la adolescencia. Falta saber si realmente se consigue evitar la celiaquía para siempre, o si la

enfermedad acabará apareciendo más adelante.

Los autores creen que la epidemia de celiaquía que sufrió Suecia entre 1985 y 1995 (cuando la incidencia de la enfermedad se triplicó) se debió a un aumento de la cantidad de gluten consumida y a su introducción más tardía (cuando la mayor parte de los niños ya estaban destetados), mientras que el fin de la epidemia se debió a la ingesta de menor cantidad de gluten y al aumento de la duración de la lactancia materna.

Cambios en los percentiles de crecimiento durante la primera infancia: análisis de datos longitudinales del Estudio Californiano de Salud y Desarrollo Infantil.

Mei Z, Grummer-Straw LM, Thompson D, Dietz WH. Shifts in percentiles of growth during early childhood: Analysis of longitudinal data from the California Child Health and Development Study. Pediatrics 2004;113:e617-27
www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/6/e617

Existen gráficas y tablas de velocidad de crecimiento, que indican hasta qué punto es normal un determinado aumento de peso o de talla en un cierto periodo, pero son poco usadas. En la práctica, muchas veces se intenta valorar el crecimiento longitudinal con gráficas de peso y talla actual, que en realidad sólo están diseñadas para valorar el tamaño en un momento dado, y no su variación a lo largo del tiempo. Los autores quieren averiguar hasta qué punto es habitual que un niño «cruce» una o dos líneas de percentil en la primera infancia.

Usan más de 22.000 pares de mediciones provenientes de casi

11.000 niños menores de 5 años. La mayor parte de los datos son de niños de menos de un año. En cada intervalo de 6 meses (0 a 6, 6 a 12,...) valoran el porcentaje de niños que cruzan, hacia arriba o hacia abajo, una o dos de las principales líneas de percentil (percentiles 5, 10, 25, 50, 75, 90 y 95).

El cruzar una o dos líneas en un periodo de 6 meses es muy frecuente, de hecho hasta los 2 o 3 años la mayoría de los niños cruzan alguna línea. Por ejemplo, entre 0 y 6 meses, aproximadamente un 6% de lactantes baja dos líneas de peso, el 13% baja una, el 23% no cruza el percentil, el 26% sube una línea y el 33% sube dos líneas. Cambios similares se observan en la talla, y también en la relación peso/talla (esto último indica que los cambios en peso y talla no son paralelos). Los niños mayores cruzan los percentiles con menos frecuencia; entre los 54 y los 60 meses un 72 % de niños no cruza ninguna línea. Obsérvese que los periodos son acumulativos; el bebé que en los primeros 6 meses ha cruzado una o dos líneas, entre los 6 y los 12 puede volver a cruzar una o dos líneas, en la misma dirección o en la contraria.

Dividiendo a los niños en tres grupos, según que su peso o su talla, al principio de cada periodo, esté por encima del percentil 75, entre el 25 y el 75 o por debajo del 25, se observa una cierta regresión hacia la media: los niños del cuartil más alto tienden a bajar, y los del cuartil más bajo tienden a subir. Pero todavía hay un 6% de niños entre 0 y 6 meses, y un 35% de niños entre 6 y 12 meses, que baja una o dos líneas de peso a pesar de estar ya por debajo del percentil 25; y también un 23% entre 0 y 6 meses y un 8% entre 6 y 12 meses que sube una o dos líneas a pesar

de estar ya por encima del percentil 75.

Los autores concluyen que los pediatras deben ser consciente de que el subir o bajar de percentil son fenómenos normales que afectan a un gran número de niños, y que es prudente un periodo de «observar y esperar» antes de considerarlo un problema.

Estudio controlado del papel del padre en la promoción de la lactancia

*Pisacane A, Continisio GI, Aidinucci M, D'Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. Pediatrics 2005;116:e494-8
www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0479*

Participan en el estudio 280 recién nacidos sanos cuya madre tiene intención de dar el pecho. A los dos días del parto se ofreció información personalizada sobre la lactancia materna a todas las madres. Una comadrona informó a cada padre de forma individual durante 40 minutos. En el grupo experimental se les habló de lactancia materna y la prevención y tratamiento de las dificultades más frecuentes, como el miedo a tener poca leche, la vuelta al trabajo, la ingurgitación, las grietas, la mastitis, los pezones invertidos y el rechazo del pecho. Se prestó también atención a las preocupaciones que puede tener un padre respecto a la lactancia, y se les ayudó a reconocer y aceptar su papel fundamental para el éxito de la lactancia. En el grupo control, la sesión de 40 minutos se dedicó a prevención de accidentes y vacunas, y se habló de las ventajas de la lactancia para la salud pero no de su manejo práctico.

A los 6 meses, en el grupo experimental había un 58% de lactancia materna (25% completa, es decir, exclusiva o casi exclusiva), frente a un 49% (15% completa) en el grupo control. A los 12 meses, 19% frente a 11% de lactancia.

El porcentaje de madres que dijeron haber tenido algún problema con la lactancia fue similar en ambos grupos (69 y 64%); pero casi todas en el grupo experimental dijeron haber recibido ayuda de sus maridos para seguir con la lactancia, frente a sólo un tercio en el grupo control. De estas madres que tuvieron problemas, el 24% seguían con lactancia completa a los 6 meses en el grupo experimental, frente al 4,5% en el grupo control.

Los maridos del grupo experimental también tuvieron cierta tendencia (no significativa) a participar más en las tareas domésticas y en el cuidado del bebé.

Los autores sugieren que la educación sobre lactancia del padre debería añadirse como undécimo paso para los hospitales amigos de los niños.

Contenido en grasa y energía de la leche materna extraída durante la lactancia prolongada

*Mandel D, Lubetzky R, Dollberg S, Barak S, Mimouni FB. Fat and energy contents of expressed human breast milk in prolonged lactation. Pediatrics 2005;116:e432-5
www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0313*

Analizan la leche de 34 madres que están entre los 12 y los 39 meses de lactancia (media de 6 tomas al día), y la de 27 madres entre los 2 y 6 meses de lactancia (media de 7 tomas al día). La leche se extrajo en medio de una toma, y para cada madre se hizo la media de dos

muestras, una extraída entre las 6 y las 9, y otra entre las 21 y las 24 horas.

Después del año, el crematocrito (porcentaje de grasa tras centrifugación) era más alto, 10,65% frente a 7,36%; y también el contenido calórico, 88 frente a 74,2 kcal/dl. Existía una correlación entre duración de la lactancia y crematocrito.

A destacar la extraordinaria variabilidad de la leche materna: en el grupo de lactancia corta (menos de un año), el crematocrito variaba entre 2 y 12%; en la lactancia larga, entre 2 y 28%.

Comentario: ¡Y aún hay quienes creen que «después del año, tu leche es agua»! La leche de vaca entera comercial tiene unas 63 kcal/dl; las leches «de crecimiento» que algunos fabricantes anuncian con entusiasmo para niños mayores de un año, sólo tienen unas 67 kcal/dl.

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

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

También gracias a la colaboración de:

Amb la col·laboració de

 Generalitat de Catalunya
Institut Català de les Dones

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

Depósito Legal B-11.291-2000