



## Nuevos estándares de crecimiento de la OMS<sup>1</sup>

Para principios de la década de los 90, ya resultaba claro que las tablas de crecimiento recomendadas entonces por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y adoptadas en diversos países eran inadecuadas. Estas tablas habían sido desarrolladas por el National Centre for Health Statistics (NCHS) (o Centro Nacional de Estadísticas en Salud) de los Estados Unidos de Norteamérica, con base en una combinación de diferentes muestras de niños(as) norteamericanos(as). Existía la inquietud debido a que las mediciones se habían tomado a intervalos muy amplios de edad y porque las técnicas empleadas para la determinación de las curvas estaban obsoletas<sup>2 3</sup>. No obstante, la razón más importante para fijar una nueva curva de crecimiento fue la observación de que la mayoría de los(as) lactantes incluidos(as) en las referencias del NCHS habían sido alimentados(as) artificialmente desde su nacimiento. Durante sus primeros años de vida, el crecimiento de estos(as) bebés se desviaba sustancialmente de aquellos(as) lactantes sanos(as) que fueron amamantados(as). En particular, el aumento de peso en lactantes alimentados(as) artificialmente, que comienza a partir de los 3-4 meses, es mucho más rápido que en aquellos(as) alimentados(as) con leche materna. Al evaluar a los(las) lactantes amamantados(as) usando las tablas del NCHS, a veces pareciera que se estancan de allí en adelante. Esto supone un problema, ya que la interpretación estricta de las tablas por parte de los padres y trabajadores(as) de la salud con frecuencia culmina en una decisión de introducir suplementos a la leche materna con el fin de lograr un aumento de peso más acelerado. Las consecuencias de introducir alimentación artificial son bien conocidas: se reduce la lactancia materna y a menudo se suspende completamente, privando así a los lactantes y a las madres de disfrutar de sus múltiples beneficios. En países con ingresos bajos y medios, esta decisión puede marcar la diferencia entre muerte y supervivencia<sup>4</sup>. Resultaba evidente, por tanto, que estábamos aplicando una curva de crecimiento potencialmente peligrosa.

Me uní a un grupo de expertos convocados por la OMS para abordar este tema y optamos por un enfoque radicalmente distinto. Las curvas existentes se basaban en un enfoque descriptivo, es decir, se obtenía una muestra representativa de niños(as), se describía su crecimiento y luego se evaluaba a otros(as) niños(as) contra esta referencia. Optamos en cambio por un enfoque prescriptivo que describiera "cómo deben crecer los(as) niños(as)". Nos propusimos en primera instancia definir cuáles serían las características fundamentales para que un(a) niño(a) alcance su pleno potencial biológico de crecimiento, para poder construir una curva con base en los(las) niños(as) que cumplieran con estos criterios. Dichas características contemplaban que: el(la) niño(a) debía ser amamantado(a) de conformidad con las recomendaciones internacionales; el entorno del hogar no debía presentar restricciones sociales ni ambientales para su crecimiento; el(la) niño(a) debía ser el producto único de un embarazo nacido a término; la madre no debía ser fumadora; y debía protegerse al (la) niño(a) contra enfermedades importantes y sus consecuencias. A diferencia de la referencia del NCHS, con base en un solo país, queríamos que la muestra contara con diversidad étnica. La suposición subyacente era de que en países con condiciones socioeconómicas favorables, con una nutrición óptima y carente de enfermedades importantes y de madres fumadoras, el crecimiento infantil es muy similar, independientemente del origen étnico o localización geográfica. Por esta razón, el Estudio Multicéntrico de Referencia del Crecimiento de la OMS (MGRS, por sus siglas en inglés) incluyó a niños(as) procedentes de seis países: Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y los Estados Unidos de Norteamérica. El estudio se realizó entre 1997 y el 2003, inscribiendo a unos 8.500 niños(as). Se utilizó procedimientos rigurosos con el fin de garantizar la uniformidad en la selección de las muestras, recolección de datos y antropometría en los seis sitios. El diseño del MGRS combinó un estudio longitudinal desde el nacimiento hasta los 24 meses con un estudio de corte

<sup>1</sup> Guest editor: Dr. Cesar G. Victora, Universidade Federal de Pelotas, Brazil.

<sup>2</sup> WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 854. Geneva: [World Health Organization](#), 1995.

<sup>3</sup> WHO Working Group on Infant Growth. An evaluation of infant growth. Geneva: [World Health Organization](#), 1994.

<sup>4</sup> WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. [Lancet](#) 2000;355:451-5.

transversal en niños(as) con edades entre 18–71 meses. En el estudio longitudinal, se examinaba e inscribía a las madres y recién nacidos(as) al momento de nacer, a los que se visitaba en el hogar en 21 ocasiones en las semanas 1, 2, 4, y 6, mensualmente desde los 2 a los 12 meses, y bimensualmente durante su segundo año. También se evaluó los hitos psicomotores. Una descripción detallada de estos métodos se encuentra disponible en publicaciones<sup>5</sup> y en el sitio web del estudio, en donde se encuentran disponibles en forma gratuita todas las publicaciones relacionadas con el estudio, así como el software antropométrico ([www.who.int/childgrowth](http://www.who.int/childgrowth)).

El primer conjunto de Estándares de Crecimiento Infantil de la OMS estuvo disponible a inicios del 2006. Ya ha sido adoptado por varios países, entre ellos Brasil y la India. Los hitos del desarrollo psicomotor también se encuentran disponibles. Comparado con el NCHS, los nuevos estándares muestran un rápido incremento del peso durante los primeros 3-4 meses de vida, aunque aumentos más lentos de ahí en adelante. Es de esperar que no se vuelva a dar la alimentación suplementaria temprana ni la ablactación prematura debido a una percepción de estancamiento del crecimiento en bebés normales amamantados. Los nuevos estándares incluyen, además del peso por edad y talla/estatura por edad, dos conjuntos de curvas para el peso con relación a talla/estatura. El primero es el argumento tradicional en el que se compara el peso del(la) niño(a) con su talla/estatura. El segundo es la tabla innovadora del índice de masa corporal (IMC) por edad. Hasta ahora, el IMC había sido utilizado en adolescentes y adultos, pero no en niños(as). Al compararlos con las referencias existentes, los nuevos estándares darán como resultado diagnósticos más frecuentes de sobrepeso u obesidad. Esto se debe a que los(las) lactantes alimentados(as) con leche materna son más livianos(as) y más homogéneos(as), y por ende los cortes por exceso de peso serán menores. En términos de crecimiento lineal, la talla/estatura media en niños(as) con los nuevos estándares son muy similares a las del NCHS, pero como los estándares son más homogéneos y sus desviaciones estándar más estrechas, más niños(as) serán clasificados(as) con enanismo.

Todo estudio tiene sus limitaciones. El principal defecto de nuestro estudio es que las curvas llegan hasta los cinco años. En la OMS se realizan esfuerzos para desarrollar curvas para niños(as) mayores y adolescentes. Los próximos pasos comprenden la difusión de los estándares para los tríceps y pliegues cutáneos subescapulares, circunferencia cefálica y de brazos e IMC. Estos serán útiles en el monitoreo del creciente predominio de la obesidad infantil que se presenta en casi todo el mundo. También se encuentran en proceso de preparación los estándares de velocidad del crecimiento, que permitirán la detección temprana del estancamiento en el crecimiento y del incremento de peso excesivo.

Los nuevos estándares tienen serias implicaciones para la comunidad de lactancia materna. Dada su naturaleza prescriptiva, la lactancia materna es reconocida como la norma del crecimiento en lactantes y niños(as). Los patrones de crecimiento de niños(as) amamantados(as), que también cumplieron con los criterios de ingreso al estudio, fueron sorprendentemente similares en los seis sitios del estudio<sup>6</sup>. Es decir, que niños(as) de la India y Noruega, o de Brasil y Omán, aumentaron de peso y estatura en índices virtualmente iguales. Pareciera ser que, al definir los criterios prescriptivos del crecimiento infantil, logramos delinear el patrón óptimo de crecimiento de la especie humana. Aún cuando un(a) niño(a) no fuera amamantado(a), su crecimiento será comparado con el de niños(as) amamantados(as).

Esto podría tener importantes repercusiones en la salud y supervivencia infantil de corto plazo, ya que podría evitarse la ablactación prematura. Existe evidencia cada vez mayor de que la lactancia materna puede contribuir a la prevención de varias dolencias crónicas en adultos, incluyendo posiblemente sobrepeso/obesidad, diabetes, hipertensión y niveles elevados de lípidos en sangre<sup>7</sup>. Al promover la lactancia materna y el crecimiento saludable en la infancia y la niñez, los nuevos estándares de la OMS pueden contribuir también a la salud de las personas adultas en el largo plazo.

---

<sup>5</sup> De Onis M, Garza C, Victora CG, Bhan MK, Norum K. The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): rationale, planning, and implementation. *Food Nutr Bull* 2004;25(Suppl):1-89.

<sup>6</sup> WHO Multicentre Growth Reference Study Group, de Onis M. Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr* 2006;95(suppl. 450):56-65.

<sup>7</sup> Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: *World Health Organization*, 2007.

## Desafíos en la implementación de los nuevos estándares de crecimiento de la OMS<sup>8</sup>

Los nuevos estándares de crecimiento de la OMS representan un avance importante respecto de las viejas referencias del NCHS, según lo explica anteriormente con claridad Cesar Victora. No obstante, su adopción e introducción en los países pueden suponer diversos desafíos:

- Toda innovación provoca resistencia: sumada a la probable respuesta negativa por parte de los(las) trabajadores(as) de la salud de primera línea, los nuevos estándares de crecimiento de la OMS podrían enfrentar la negativa por parte de las autoridades nacionales de la salud y asociaciones profesionales, particularmente aquellas que han desarrollado y adoptado sus propias referencias con base en estudios locales.
- Toda innovación conlleva un costo: ¿quién pagará por la impresión y distribución de las nuevas tablas y materiales conexos para reemplazar las anteriores que fueron de uso generalizado? Tal inversión, incluyendo el costo de una capacitación de calidad, ¿será considerada una prioridad en países que cuentan con limitados presupuestos y recursos en salud? Los beneficios esperados, ¿justificarán el costo?
- El cambio de los estándares de crecimiento demanda capacitación: aunque ya se encuentra disponible un manual de la OMS (ver el sitio web [www.who.int/childgrowth](http://www.who.int/childgrowth)), la capacitación es mucho más que un manual en términos de planificación, administración, sitios, materiales, capacitación de capacitadores, garantía de calidad, práctica clínica, supervisión, monitoreo, evaluación, cursos de refrescamiento y actualización, y el costo.
- El cambio de un tipo de tablas a las otras puede causar confusión: los(las) trabajadores(as) de la salud, lo mismo que los padres, pueden confundirse durante la transición a los nuevos estándares de crecimiento de la OMS, debido también a su complejidad. Para muchos(as) trabajadores(as) de la salud de primera línea, la interpretación del crecimiento, y más aún la velocidad del crecimiento, ya resulta un difícil ejercicio usando las referencias del NCHS o las referencias nacionales. El tener más curvas, y en especial medidas nuevas y nunca antes usadas como el IMC, podría convertir el monitoreo del crecimiento en una tarea inmanejable para muchos(as) trabajadores(as) de la salud.
- Riesgo de usar demasiados suplementos a la fórmula infantil: aún en manos de profesionales competentes y de padres informados, los nuevos estándares de crecimiento pueden atraer mucha atención. Los(las) trabajadores(as) de la salud y los padres pueden basar sus decisiones sobre alimentación en el peso y talla/estatura actuales en lugar de otras variables; y como los(las) lactantes amantados(as) en forma exclusiva muestran un aumento más rápido hasta los seis meses, comparado con las poblaciones de referencia, los(las) trabajadores(as) de la salud y los padres a cargo de niños(as) de este grupo etario que crecen menos de lo esperado (p. ej., como los(las) lactantes de referencia en lugar de la norma), pueden sentirse tentados a recetar o usar mayores cantidades de suplementos a la fórmula infantil. Esto suele suceder especialmente cuando el crecimiento se convierte en el único enfoque de la atención por parte de profesionales y padres, en vez de la salud, nutrición y, en este grupo de edad, asesoría sobre el adecuado manejo de la lactancia y la lactancia materna. Huelga decir que los fabricantes y distribuidores de sucedáneos de leche materna probablemente sacarían provecho de esta situación para convertir esta oportunidad en ganancia. Como personas preocupadas por la protección de la lactancia materna, deberíamos de mantenernos vigilantes y tomar la acción que se requiera.

Es, por tanto, en extremo apremiante que un país que esté considerando poner en práctica el uso de los nuevos Estándares de la OMS desarrolle una estrategia de implementación integral, que incluya un presupuesto, que se incorpore al MCH nacional o a cualquier otra estrategia, política o plan relevante.

---

<sup>8</sup> Comments by *Breastfeeding Briefs* editors, Dr. Adriano Cattaneo and Dr. Marina Rea.

## Crecimiento y monitoreo del crecimiento

WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Breastfeeding in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr* 2006;95(Suppl 450):16-26

WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Complementary feeding in the WHO Multicentre Growth Ref. Study. *Acta Paediatr* 2006;95(Suppl 450):27-37

De los(las) 1.743 recién nacidos(as) inscritos(as), 903 (52%) completaron el seguimiento. Tres cuartas partes (75%) de los(las) lactantes fueron amamantados(as) en forma exclusiva/predominante (AE/AP) durante al menos 4 meses, a casi el 100% se les inició con alimentos complementarios (AC) al cumplir los 6 meses, y al 68% se les amamantó en forma parcial hasta cumplir al menos los 12 meses de edad. El cumplimiento con el seguimiento sufrió variaciones de acuerdo con los sitios (el más bajo en Brasil, el más alto en Ghana) de acuerdo con los niveles iniciales de LM de línea de base y las características socioculturales. La frecuencia media de LM entre los(las) entre los(las) lactantes que cumplieron fue de 10, 9, 7 y 5 tomas por día a los 3, 6, 9 y 12 meses, respectivamente. Las madres que cumplieron era menos probable que estuvieran empleadas, más probable que hubieran tenido un parto vaginal, y una menor cantidad de ellas era primípara. La AC se inició a una edad media de 5.4 meses (rango: 4.8 en Omán - 5.8 en Ghana). La ingesta de AC se intensificó de 2 comidas diarias a los 6 meses a 4-5 comidas en el segundo año, en una tendencia inversa a la frecuencia de LM. La ingesta total de las dos fuentes fue de 11 comidas/día de los 6-12 meses, reduciéndose a 7 comidas/día a los 24 meses. Las diferencias entre los sitios en la frecuencia total de las comidas se debieron principalmente a las variaciones en la frecuencia de la LM. Los granos se constituyeron en el grupo de alimentos más comúnmente seleccionados, comparado con otros grupos de alimentos que variaron más por sitio debido a factores culturales, por ejemplo, el consumo poco frecuente de alimentos cárnicos en la India. El uso de alimentos fortificados y suplementos nutritivos también se vio influenciado por las prácticas propias de los diferentes sitios. La diversidad en la dieta sufrió una variación mínima entre los grupos que cumplieron y los sitios.

Onayade AA, Abiona TC, Abayomi IO, Makanjuola RO. The first six months growth and illness of exclusively and non-exclusively breastfed infants in Nigeria. *East Afr Med J* 2004;81:146-53

Con el fin de comparar el patrón de crecimiento y enfermedades de lactantes que recibieron LME por

6 meses con el de aquellos(as) lactantes que se iniciaron con la AC antes de los 6 meses, y de determinar las razones de la introducción temprana de la AC, se estudió a 352 madres y a sus bebés con peso normal al nacer, pesándolos cada mes y registrando sus enfermedades. A los 6 meses, 264 (77%) recibieron LME, a 45 (13%) se les inició con AC entre los 4 y 6 meses, mientras que 36 (10%) iniciaron la AC antes de los 4 meses. Los(las) lactantes que recibieron LME por 6 meses tenían un peso promedio por encima del percentil 50 de las referencias de la OMS y NCHS. El peso promedio de estos(as) bebés a los 6 meses era superior al de los(las) que iniciaron la AC antes de los 6 meses. También reportaron menos síntomas y sufrieron menos enfermedades. Se concluyó que la LME respaldó el crecimiento adecuado durante los primeros 6 meses de vida en la mayoría de los(las) lactantes estudiados(as). La introducción temprana de la AC no proporcionó ninguna ventaja en términos de aumento de peso, y más bien se asoció con frecuencia con episodios de enfermedades y estancamiento en el crecimiento. Muchas madres, sin embargo, necesitan del apoyo, estímulo y acceso a los proveedores de atención en salud en LME durante los primeros 6 meses de vida.

Kalanda BF, Verhoeff FH, Brabin BJ. Breast and complementary feeding practices in relation to morbidity and growth in Malawian infants. *Eur J Clin Nutr* 2006;60:401-7

Este estudio comparó los factores de crecimiento, morbilidad y riesgo de la subalimentación de una comunidad rural pobre entre lactantes que recibieron AC temprana, antes de los 3 meses de edad, con aquellos(as) que recibieron AC después de los 3 meses. Se inscribió al nacer un cohorte de bebés para su seguimiento hasta cumplir los 12 meses. Se registró su peso, estatura, morbilidad y prácticas de alimentación en intervalos de 4 semanas desde su nacimiento hasta las 52 semanas. La edad promedio de la incorporación del agua fue de 2.5 meses (rango, 0-11.8), de la AC fue de 3.4 meses (rango, 1.0-10.7) y de sólidos fue de 4.5 meses (rango, 1.2-13.8). Más del 40% de los(las) lactantes había recibido AC a los 2 meses y el 65% a los 3 meses. La proporción de lactantes con LME, que incluyó aquellos(as) que recibieron agua suplementaria, fue del 13% a los 4 meses, 6% a los 5 meses y 2% a los 6 meses. Los(las) lactantes con AC temprana registraron un menor peso por edad a los 3, 6 y 9 meses. La AC temprana se asoció de manera importante con un incremento del riesgo de infecciones respiratorias y un incremento del riesgo marginal de infecciones oculares y episodios de malaria. Se asoció el analfabetismo materno con la AC temprana, mientras que la AC más tardía se asoció con una

morbilidad infantil reducida y un mayor crecimiento.

Wells JC, Hallal PC, Wright A, Singhal A, Victora CG. Fetal, infant and childhood growth: relationship with body composition in Brazilian boys aged 9 years. Int J Obes 2005;29:1192-8

Este estudio comprobó la hipótesis de que el peso al nacer y el aumento de peso durante la infancia o la niñez estaban asociados con su composición corporal más adelante, en 172 niños brasileños a quienes se les dio un seguimiento longitudinal desde su nacimiento. Se evaluó su crecimiento usando mediciones de peso y estatura al nacer, a los 6 meses, a 1 año y a los 4 años. Las mediciones a los 9 años comprendieron peso, estatura y composición corporal. Los resultados mostraron que el rápido aumento de peso temprano incrementó el riesgo de obesidad más tarde, pero no mediante un efecto directo sobre la gordura. El aumento de peso durante la infancia siguió siendo el factor de riesgo dominante para la obesidad más adelante. La conexión reportada entre el crecimiento temprano y la obesidad futura puede deberse en parte a la programación hormonal y en parte al aporte de masa magra a los índices de obesidad basados en peso y estatura.

Sachs M, Dykes F, Carter B. Feeding by numbers: an ethnographic study of how breastfeeding women understand their babies' weight charts. Int Breastfeed J 2006;1:29

Pesar a los(las) lactantes amamantados se ha convertido en un tema de alguna controversia, ya que la tabla de crecimiento internacional usada anteriormente estaba basada principalmente en datos de lactantes alimentados con fórmula (AF). La preocupación de que los profesionales malinterpretaran las tablas y sugirieran a las madres que dieran alimentación suplementaria innecesariamente, se convirtió en el principal impulso para que la OMS invirtiera en una nueva tabla de crecimiento. La evidencia de la interpretación en la práctica ha sido escasa. Este estudio etnográfico se realizó en el noroeste de Inglaterra con el propósito de investigar sobre este tema. Durante la primera etapa, se observó a las mujeres y a los visitantes de la salud en la clínica del niño sano durante las sesiones clínicas y reuniones de grupos de LM. En la segunda etapa, se realizó entrevistas longitudinales con 14 mujeres. Se entrevistó a cada mujer hasta tres veces durante los primeros 6 meses posteriores a su alumbramiento, para un total de 35 entrevistas. Las mujeres y los visitantes de la salud se enfocaron en el aumento de peso, siendo evidente los frecuentes pesajes y la atención a la menor

fluctuación de la línea trazada. Las mujeres sintieron que era importante asegurarse de que el peso de su bebé siguiera un centil y prefirieron que este fuera el percentil 50. Las intervenciones incluían dar fórmula y sólidos, así como cambiar lo que la madre comía y bebía. Las mujeres también describieron cómo se preocupaban por el peso de sus bebés. Se observó poco apoyo efectivo de los profesionales de la salud en cuanto a las técnicas de LM. Se pesaba a los(las) bebés con mayor frecuencia de la recomendada, siendo el peso y la planificación el centro de cada visita clínica. La tabla de peso planificada ejerció una gran influencia sobre la comprensión de las mujeres y visitantes(as) de la salud sobre la conveniencia de la LM. Parecían dar mayor importancia al avance normal de los aumentos de peso de acuerdo a los centiles de la tabla que a la LM continua o LME. Por ende, el pesarlos(las) y la planificación visual del peso se convirtió en una forma de vigilancia, bajo la supervisión médica, con la participación activa de las madres en el auto-monitoreo de sus bebés. Las intervenciones por parte de madres y visitantes(as) de la salud apuntaban más bien hacia el incremento en el aumento de peso, en lugar de mejorar la efectividad de la LM. Es necesario mejorar la capacitación de los(las) visitantes(as) de la salud en cuanto a las técnicas de pesaje, evaluación de los patrones de crecimiento —especialmente los de bebés con LM— y en brindar información a las mujeres, si es que se quiere que la práctica de rutina de monitoreo del peso se use para apoyar y no para minar la LM.

Weaver LT. Rapid growth in infancy: balancing the interests of the child. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006;43:428-32

El bajo peso al nacer está asociado con varias consecuencias adversas inmediatas, y se ha asumido que el crecimiento "de recuperación" es "algo bueno" porque un "mejor" estado nutricional se asocia con una mejor salud y supervivencia infantil. El mismo concepto se aplica a lactantes que sufren de desnutrición y estancamiento en el crecimiento durante la lactación. Estudios recientes sugieren que el rápido crecimiento postnatal de los(las) bebés está asociado con un incremento del riesgo de obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular y osteopenia más adelante. De ser esto cierto, tiene implicaciones en nuestras recomendaciones respecto de la alimentación infantil. Nuevas percepciones de la biología de la evolución, la teoría del ciclo de vida, cría de animales, epidemiología y zoología comparativa sugieren que la alimentación basada en la energía de los lactantes con bajo peso debería considerarse en el

contexto de todo su ciclo de vida, haciendo un balance de los intereses del(la) niño(a) con sus potenciales riesgos en la edad adulta. Antes de repasar nuestras recomendaciones actuales, debemos considerar el significado del crecimiento de recuperación, lo que significa en términos de ganancia tisular (grasa, músculo y hueso) y hasta qué punto la asociación representa la causalidad. Mientras tanto, sería prudente establecer un equilibrio entre los intereses del(la) niño(a) a corto y largo plazo procurando: 1) optimizar la nutrición y salud materna para evitar el bajo peso al nacer; 2) amamantar según lo recomienda la OMS; 3) tomar en cuenta el peso al nacer, gestación y futuro "entorno nutricional" al tomar decisiones sobre alimentación infantil; 4) usar tablas de crecimiento adecuadas; 5) evitar el aumento excesivo de peso postnatal; 6) considerar la duración total de la vida; y 7) ser cauteloso(a) al extrapolar datos de estudios animales.

---

## **Por qué Lactancia Materna**

### **Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)**

Coovadia HM, Rollins NC, Bland RM *et al.* Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study. Lancet 2007;369:1107-16

Este estudio evaluó el riesgo y la supervivencia de la transmisión del VIH asociado a la LME y otros tipos de alimentación infantil en 2.722 mujeres embarazadas no infectadas e infectadas con el VIH que recibían atención en clínicas prenatales en KwaZulu Natal, Sudáfrica, inscritas en un estudio controlado no aleatorio. Los datos de la alimentación infantil se obtenían cada semana de las madres y una vez al mes se tomaba muestras de sangre de los(las) bebés en las clínicas para determinar la presencia o no de infección por VIH. Se estimó el riesgo de transmisión a las 6 y 22 semanas, así como la asociación con madres y lactantes. 1.132 de los 1.372 (83%) lactantes nacidos(as) de madres infectadas con VIH iniciaron la LME desde su nacimiento. De los(las) 1.276 lactantes con datos completos de alimentación, la duración promedio de la LME fue de 159 días; el 14% de los(las) lactantes se infectaron con el VIH a las 6 semanas y el 20% a los 6 meses. Se asoció el riesgo de manera importante con el recuento materno de células en cúmulos CD4 por debajo de 200 células por  $\mu$ L y un peso al nacer inferior a los 2.500 g. El riesgo estimado de infección a los 6 meses fue del 4%. Los(las) lactantes que fueron amamantados(as) y que además recibieron sólidos eran 10 veces (1.5 – 78) más propensos a contraer la infección que

los(las) que recibieron LME; aquellos(as) que a las 12 semanas recibieron tanto leche materna (LM) como fórmula infantil (FI) casi duplicaban las posibilidades de contraer la infección. La mortalidad cumulativa de 3 meses en lactantes con LME fue del 6% versus el 15% en lactantes que recibieron FI. La asociación que se establece entre la LM mixta y el aumento del riesgo de transmisión del VIH, sumado a la evidencia de que la LME puede ser respaldada con éxito en mujeres infectadas con el VIH, justifican una revisión de las actuales directrices sobre alimentación infantil de UNICEF, OMS, y ONUSIDA (ver página web [http://www.who.int/childadolescent-health/publications/NUTRITION/consensus\\_statement.htm](http://www.who.int/childadolescent-health/publications/NUTRITION/consensus_statement.htm)).

Thior I, Lockman S, Smeaton LM *et al*/for the Mashi Study Team. Breastfeeding plus infant zidovudine prophylaxis for 6 months vs. formula feeding plus infant zidovudine for 1 month to reduce mother-to-child HIV transmission in Botswana: a randomized trial: the Mashi Study. JAMA 2006;296:794-805

Con el fin de comparar la eficacia y seguridad de dos estrategias de alimentación infantil para la prevención de la transmisión postnatal del VIH de madre-hijo(a) (MAH), se realizó intervenciones aleatorias en 1.200 mujeres embarazadas VIH+ a alimentación infantil en el periparto (dosis única de nevirapine vs. placebo) y en el posparto (AF vs. 6 meses de LM, con un mes de profilaxis con zidovudine). Se evaluó a los(las) lactantes al nacer, mensualmente hasta los 7 meses, luego a los 9 meses y posteriormente cada tercer mes hasta los 18 meses. Todas las madres recibieron zidovudine 300 mg por vía oral dos veces al día desde las 34 semanas de gestación y durante la labor de parto. Los índices de infección por VIH a los 7 meses fueron del 5.6% (32 lactantes) en el grupo de AF vs. el 9.0% (51 lactantes) en el grupo de LM más zidovudine. Los índices cumulativos de infección por VIH a los 18 meses fueron del 13.9% (80 lactantes) en AF vs. el 15.1% (86 lactantes) en lactantes con LM más zidovudine. La mortalidad infantil cumulativa a los 7 meses fue mucho mayor en el grupo de AF que en el de LM más zidovudine (9.3% vs. 4.9%), pero esta diferencia disminuyó después del mes 7 y no marcó diferencias importantes a los 18 meses. La profilaxis de LM con zidovudine no fue tan efectiva como la AF en la prevención de la transmisión del VIH postnatal, pero se asoció con un menor índice de mortalidad a los 7 meses. Ambas estrategias tuvieron una supervivencia similar libre de VIH a los 18 meses. Estos resultados demuestran el riesgo que existe para lactantes AF en África Sub-Sahariana y de la necesidad de realizar estudios sobre estrategias alternativas.

Bequet R, Bequet L, Ekouevi DK *et al*/for the ANRS 1201/1202 Ditrane Plus Study Group. Two-year morbidity–mortality and alternatives to prolonged breastfeeding among children born to HIV-infected mothers in Côte d'Ivoire. PLoS Med 2007;4:e17

Durante el período 2001–2005 en Abidjan, a mujeres embarazadas infectadas con el VIH y que recibieron profilaxis antirretroviral en el periparto, se les ofreció en el período prenatal elegir entre las siguientes prácticas de alimentación infantil: ya sea AF, o LME, con suspensión temprana a los 4 meses de edad. Se les proporcionó asesoría nutricional y manejo clínico por un período de 2 años. Se les dio la FI sin costo alguno. El principal resultado fue que tuvo consecuencias adversas a la salud, definidas como legítimos episodios de enfermedad (diarrea, infecciones respiratorias agudas, desnutrición) o casos graves (hospitalización o muerte). Los índices de mortalidad a los 18 meses también se compararon con los observados en una prueba anterior realizada en los mismos sitios entre 1995–1998 y en los que se practicó la LME ante la falta de alguna intervención específica sobre alimentación infantil. De los 557 niños(as) nacidos(as) vivos(as), a 262 (47%) se les dio LM durante un promedio de 4 meses, mientras que 295 recibieron AF. Durante el período de seguimiento de 2 años, un 37% de los(las) niños(as) que recibieron AF y un 34% de los(las) que recibieron LM a corto plazo, permanecieron libres de cualquier resultado adverso a su salud. La probabilidad a lo largo de los 2 años de ocurrir en un evento grave fue igual entre los(las) niños(as) con AF (14%) y los(las) de LM a corto plazo (15%). Se observó una probabilidad general de supervivencia del 96% en 18 meses entre niños(as) no infectados(as) con VIH, tanto con LM como AF a corto plazo, que fue similar al 95% de probabilidad observado a largo plazo en bebés con LM en la prueba anterior. Si se proporciona adecuada atención y asesoría nutricional, acceso al agua limpia y una reserva de FI, estas alternativas a la LM prolongada pueden convertirse en intervenciones seguras para prevenir el contagio MAH del VIH en zonas urbanas de África.

Bland RM, Rollins NC, Coovadia HM, Coutsooudis A, Newell ML. Infant feeding counselling for HIV-infected and uninfected women: appropriateness of choice and practice. Bull World Health Org 2007;85:289-96

Con el objetivo de estudiar las intenciones de alimentación infantil de mujeres infectadas y no infectadas con el VIH y de la conveniencia de su elección conforme a los recursos en sus hogares, además de determinar el apego a sus propias intenciones durante la primera semana postnatal, se comparó a 1.253 mujeres embarazadas

infectadas con el VIH, con cuatro recursos que facilitan la alimentación de reemplazo: agua limpia, combustible adecuado, acceso a un refrigerador y un ingreso fijo de la madre. Durante la primera semana se documentó las prácticas alimentarias. Las intenciones de alimentación prenatal eran: LME 73%; AF 9%; indecisas 18%. Tres por ciento de las cuales el 23% eligió AF, tuvo acceso a todos los cuatro recursos. De aquellas que eligieron AF, un 8% tuvo acceso a los cuatro recursos. Una reserva de agua limpia y un ingreso fijo de la madre se asoció independientemente con la intención de AF. Un número mucho mayor de mujeres infectadas con el VIH cuyas intenciones eran la LME en lugar de AF, se apegó a sus intenciones durante la primera semana (LME 78%; AF 42%). De las 1.238 mujeres no infectadas con el VIH, un 82% tuvo la intención de practicar la LME; un 2% la AF; y un 16% estuvo indeciso. El 75% que tuvo la intención de dar LME se apegó a estas intenciones en la etapa postnatal, y únicamente 11 lactantes (< 1%) no recibió LM. El número de visitas prenatales al hogar tuvo un importante efecto en el apego a las intenciones alimentarias. Estos resultados muestran que la mayoría de las mujeres infectadas con el VIH no contaban con los recursos para dar AF en forma segura, eligiendo atinadamente la LM. El apego a las intenciones alimentarias de mujeres infectadas con el VIH fue mayor entre quienes optaron por la LME que quienes se decidieron por la AF. Con asesoría y apoyo adecuados, el excedente de prácticas de alimentación subóptimas en mujeres VIH negativas resulta mínimo.

Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Greiner T. Effect of the HIV epidemic on infant feeding in South Africa: "When they see me coming with the tins they laugh at me". Bull World Health Org 2006;84:90-6

Con el fin de explorar cómo la epidemia del VIH ha afectado la experiencia de madres VIH+ en Sudáfrica, este estudio cualitativo seleccionó una submuestra de 40 mujeres de un cohorte mayor de 650 madres VIH+ para realizar con ellas entrevistas exhaustivas. La epidemia del VIH ha cambiado el contexto en el cual se toman y se ponen en práctica las decisiones sobre alimentación infantil. Las madres VIH+ incluidas en este estudio, en su gran mayoría jóvenes, solteras y desempleadas, luchaban por proteger su decisión. La incertidumbre sobre la seguridad de la LM ha ampliado el poder y la influencia de los(las) trabajadores(as) de la salud, quienes ahora actúan como porteros(as), no solo ante este nuevo conocimiento, sino también a los recursos esenciales como FI. El temor de revelar el estatus y estigma del VIH también ha debilitado la capacidad de las madres para oponer resistencia a

las normas familiares y comunitarias que fomentan la incorporación temprana de líquidos y alimentos y que cuestionan la LM. Las mujeres que eligieron la AF exclusivamente tuvieron dificultades para tener acceso a la FI debido a políticas inflexibles y a la falta de una reserva adecuada en las clínicas. El apoyo limitado en el postparto condujo al aislamiento social y a que las madres dudaran de su capacidad de cuidar a sus hijos(as). Las experiencias de las madres VIH+ con la alimentación infantil tienen implicaciones serias en la efectividad de programas dirigidos a prevenir la transmisión MAH del VIH. Una mejor comprensión de cómo el VIH está cambiando las prácticas de alimentación infantil puede ayudar al desarrollo de intervenciones para mejorar el apoyo en la asesoría y en el postparto.

Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Persson LA. A longitudinal qualitative study of infant-feeding decision making and practices among HIV-positive women in South Africa. *J Nutr* 2006;136:2421-6

Este estudio examinó los desafíos que enfrentan las mujeres VIH+ en las distintas etapas de la alimentación infantil temprana. Exploró los factores que afectan la toma de decisiones en cuanto a la alimentación infantil, lo mismo que la conducta y las características identificadas de las mujeres y sus entornos que contribuyeron con éxito a mantener la exclusividad (LME o AF exclusiva) de sus prácticas de alimentación infantil. El estudio se realizó en tres diferentes localidades de Sudáfrica. Las participantes consistieron en una muestra conveniente de 27 mujeres que dieron VIH+ durante su atención prenatal y que debían elegir entre LME y AF exclusiva para sus lactantes. Se entrevistó a las mujeres una vez en el período prenatal, así como a las semanas 1, 4, 6, y 12 del postparto. Apenas un poco menos de la mitad de aquellas que iniciaron la LM se mantuvieron con LME, mientras que más de dos tercios de aquellas que iniciaron AF se mantuvieron con la AF exclusiva. Entre las características clave de las mujeres que mantuvieron la exclusividad se encuentran la capacidad de soportar la presión de la familia para que introdujeran otros líquidos y para recordar mensajes clave sobre los riesgos de transmisión MAH y alimentación mixta. Entre las mujeres que mantuvieron la LME, fue importante la fuerte convicción sobre los beneficios de la LM y el apoyo del entorno hogareño. Para las mujeres que usaron la FI, contar con recursos como la electricidad, una caldera y un termo, hicieron más fácil la alimentación por las noches. El apoyo a la alimentación infantil que se extiende más allá del período prenatal resulta importante para permitir que las madres puedan enfrentar los nuevos desafíos y presiones en momentos críticos durante el período temprano del postparto.

Rea MF, dos Santos RG, Sanchez-Moreno CC. Quality of infant feeding counselling for HIV+ mothers in Brazil: challenges and achievements. *Acta Paediatr* 2007;96:94-9

Este proyecto se propuso evaluar la información y asesoría sobre alimentación infantil para madres VIH+ mediante un estudio de corte transversal, con base en 118 observaciones estructuradas de consultas de madres con profesionales de la salud en 15 unidades de atención en salud para pacientes con VIH/SIDA en Sao Paulo. La calidad general de las habilidades de comunicación y asesoría era buena: por ejemplo, los(las) profesionales respondieron a todas las preguntas formuladas por las madres (98%); mantuvieron el contacto visual (82%); animaron a las madres a hablar (77%). Sin embargo, la información provista a las madres cuyo propósito era el de ayudarles a elegir el modo de alimentación infantil, era de muy mala calidad. A ninguna madre, por ejemplo, se le informó sobre las alternativas de la AF ni sobre el peligro de la alimentación mixta. A ninguna se le ofreció la opción de usar leche materna del banco de leche. Sólo al 20% de las madres se les instruyó sobre cómo preparar de forma segura la FI (al recibir asesoría por parte de un(a) nutricionista, más que con el(la) pediatra, a una mayor cantidad de madres se les instruyó sobre la manera correcta de preparar las tomas en biberón). No se hizo mención alguna a la alimentación en jarra. Aunque los(las) trabajadores(as) de la salud cuentan con buenas habilidades de comunicación, la información que se le brindó a las madres VIH+ fue insuficiente. Hacer recomendaciones en contra de la práctica de la LM y obsequiar la FI no constituyen argumentos suficientes para realizar prácticas más seguras de alimentación infantil.

### **Enterobacter sakazakii**

Drudy D, Mullane NR, Quinn T, Wall PG, Fanning S. Enterobacter sakazakii: an emerging pathogen in powdered infant formula. *Clin Infect Dis* 2006;42:996-1002

El Enterobacter sakazakii (Es) es un patógeno oportunista emergente asociado con casos de meningitis poco comunes pero con peligro de muerte, enterocolitis necrotizante y sepsis en lactantes prematuros(as) y de término completo. Se considera con más alto riesgo a lactantes <28 días. La alimentación con fórmula infantil en polvo (FIP) ha estado implicada en varios casos clínicos. Los(las) lactantes deberían ser exclusivamente amamantados(as) durante sus primeros 6 meses de vida, pero de no ser así, se les debería proveer con un sustituto adecuado de la leche materna. La

FIP no es un producto estéril; para reducir el riesgo de infección, la reconstitución de la FIP debería estar a cargo del personal de cuidado utilizando buenas medidas higiénicas y conforme a las últimas directrices de la OMS (ver [www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/](http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/)).

Bowen AB, Braden CR. Invasive Enterobacter sakazakii disease in infants. *Emerg Infect Dis* 2006;12;1185-9

El Es mata a un 40%-80% de los(las) lactantes infectados(as) y se le ha asociado con la FIP. Este estudio analizó 46 casos de infecciones invasivas por Es en lactantes para determinar los factores de riesgo y orientar sobre su prevención y tratamiento. Doce lactantes sufrieron bacteremia, 33 tuvieron meningitis y 1 tuvo una infección de vías urinarias. Los(las) lactantes con meningitis tuvieron un mayor peso al nacer (2,454 g vs. 850 g) y una mayor edad de gestación (37 semanas vs. 27.8 semanas), que los(las) lactantes con bacteremia aislada, y la infección se desarrolló más temprano (6 días vs. 35 días). Entre los(las) pacientes con meningitis, 11 (33%) sufrieron convulsiones, 7 (21%) presentaron abscesos cerebrales y 14 (42%) fallecieron. A veinticuatro (92%) de los(las) 26 lactantes cuyos patrones alimentarios se especificaron, se les dio FIP. Se asoció a las muestras de FIP con 15 (68%) de los 22 casos que presentaron Es; en 13 casos, no se pudo distinguir las cepas clínicas y de la FIP.

### **Diarrea e infección respiratoria aguda**

Quigley MA, Cumberland P, Cowden JM, Rodrigues LC. How protective is breast feeding against diarrhoeal disease in infants in 1990s England? A case-control study. *Arch Dis Child* 2006;91;245-50

Para evaluar el efecto de varias medidas de alimentación infantil en enfermedad diarreica (ED) y si dichos efectos variaron de acuerdo con los marcadores de marginación social, a 167 lactantes con ED que visitaron 34 consultorios de medicina general en Inglaterra se les clasificó por grupo de edad, índice de área marginal y si la visita se realizó o no en Londres; luego fueron comparados con 137 lactantes de control. Después de ajustar los elementos de confusión, se asoció a la LM con un grado mucho menor de ED. Las asociaciones fueron sorprendentes aún en lactantes > 6 months. Las variaciones no estaban relacionadas con la clase social, pero aumentaron en lactantes que habitaban en viviendas arrendadas de protección oficial y en hogares donde había más hacinamiento. Los efectos negativos de no recibir LM y de no ser amamantados en forma exclusiva, fueron más fuertes en áreas marginadas que en

las menos marginadas. En lactantes AF, hubo una presencia mucho más pronunciada de ED para aquellos(as) cuyos biberones/ tetinas no habían sido esterilizados. El efecto protector de la LM persistió solo durante dos meses después de la interrupción de la LM.

Chantry CJ, Howard CR, Auinger P. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics* 2006;117;425-32

El objetivo de este estudio era el de determinar si la LM plena (exclusiva + predominante) por 6 meses, comparada con 4 a 6 meses, ofreció una mayor protección contra las infecciones de vías respiratorias (IVR). Se analizó los datos provenientes del III Estudio Nacional de Investigación sobre Salud y Nutrición, un estudio transversal nacional representativo de hogares realizado durante el período de 1988 a 1994. Se comparó los datos de 2.277 niños(as) con edades entre los 6 y 24 meses, a quienes se les dividió en cinco grupos de acuerdo con su estatus de LM. En análisis sin ajustar, los(las) lactantes que recibieron LM plena durante 4 a 6 meses (n=223) tuvieron un mayor riesgo de presentar neumonía que aquellos(as) que fueron amamantados(as) enteramente durante 6 meses (n=136) (6.5% vs. 1.6%). No hubo diferencias estadísticas importantes en cuanto a episodios de gripe/influenza (45% vs. 41%), sibilancias (23% vs. 24%), episodios de otitis media (27% vs. 20%), o primera otitis media a los 12 meses de edad (49% vs. 47%). Los ajustes de las variables demográficas, atención infantil y exposición al humo, revelaron un aumento del riesgo estadísticamente importante tanto de neumonía como de tres o más episodios de otitis media en aquellos(as) que fueron enteramente amamantados(as) por 4 a 6 meses, comparado con los(las) de 6 meses. Estos hallazgos respaldan las recomendaciones actuales de que los(las) lactantes deben recibir únicamente LM durante sus primeros 6 meses de vida.

Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics* 2007;119;e837-e842

Este estudio tenía por objetivo medir el efecto de la LM en la hospitalización por ED e infecciones de vías respiratorias bajas en los primeros 8 meses de vida. Había datos disponibles sobre alimentación infantil, salud infantil y una variedad de factores de confusión de 15.890 lactantes sanos nacidos a término y de producto únicos nacidos entre 2000–2002. Las principales medidas resultantes fueron el reporte de los padres sobre la hospitalización por ED y un menor índice de IVR bajas. El 70% de

los(las) lactantes nunca recibió LM, el 34% recibió LM por al menos 4 meses y el 1.2% recibió LME durante al menos 6 meses. A los 8 meses de edad, un 12% de los(las) lactantes habían sido hospitalizados (el 1.1% por ED y el 3.2% por IVR bajas). Los datos analizados por mes de edad, con ajustes por factores de confusión, demostraron que la LME, comparados con los(las) que no recibieron LM, protegieron contra los internamientos por ED y IVR bajas. El efecto de la LM parcial fue más débil. Un estimado del 53% de hospitalizaciones por ED pudo haberse evitado cada mes con la LME, en tanto que un 31% con LM parcial. De igual manera, pudo haberse evitado cada mes un 27% de internamientos por IVR bajas con LME y un 25% con LM parcial. El efecto protector de la LM en estos resultados desapareció poco después de la interrupción de la LM. Un aumento en la LME a nivel de la población sería de un enorme beneficio potencial para la salud pública.

---

## Desarrollo infantil

Gibson-Davis CM, Brooks-Gunn J. Breastfeeding and verbal ability of 3-year-olds in a multicity sample. *Pediatrics* 2006;118:1444-51

Este estudio analizó el efecto de la aptitud verbal y educación de la madre en la asociación entre la LM y el funcionamiento cognoscitivo del(la) niño(a) usando datos de 1.645 madres nacidas en los Estados Unidos de Norteamérica y que participaron en un estudio cohorte longitudinal de nacimientos. Se categorizó a las madres en tres grupos según su grado de escolaridad: sin bachillerato de secundaria, con bachillerato de secundaria y con alguna educación post-secundaria. En comparaciones sin ajustar, los(las) niños(as) que recibieron LM obtuvieron calificaciones en su aptitud verbal 6.6 puntos más altos que los(las) que no lo hicieron. Después de ajustar las características demográficas y la aptitud verbal de la madre, el coeficiente se redujo a 1.72. Entre aquellas madres con estudios posteriores a la escuela secundaria, las calificaciones de aptitud verbal de los(las) niños(as) en modelos ajustados fueron 2.2 puntos más altas para niños(as) con LM. Entre madres con educación secundaria o menor, no hubo diferencias importantes en las calificaciones de aptitud verbal de los(las) niños(as) en cuanto a su estatus de LM. Estos resultados se mantuvieron constantes en niños(as) blancos(as), negros(as) e hispanos(as). Los efectos beneficiosos de la cognición infantil se presenta solo cuando se toma la LM conjuntamente con otras conductas positivas de los padres. Los efectos ventajosos de la LM no

parecieran deberse únicamente al gran contenido de nutrientes de la LM.

Sacker A, Quigley MA, Kelly YJ. Breastfeeding and developmental delay: findings from the Millennium Cohort Study. *Pediatrics* 2006;118:682-9

Este estudio investigó si la duración y exclusividad de la LM afectaba la probabilidad del retardo de la habilidad motora gruesa y fina en lactantes y examinó el efecto de los factores que pudieran explicar cualquier diferencia observada. La muestra del estudio incluyó a todos(as) los(las) lactantes productos únicos de cualquier término que pesaron más de 2.500 g al nacer y que no hubieran permanecido en unidades especiales de cuidados intensivos. Los datos incompletos redujeron la muestra a 14.660 (94%). Casi la mitad (47%) de los(las) lactantes recibieron inicialmente LME, pero solo el 3.5% de ellos(as) permanecieron con LME después de los 4 meses; el 34% de los(las) lactantes no fueron amamantados(as) del todo. A los 9 meses, se identificó que un 9% sufrían de un retardo en la coordinación motora gruesa y un 6% de un retardo en la coordinación motora fina. La proporción de lactantes que dominaron los hitos del desarrollo aumentó de acuerdo con la duración y exclusividad de la LM. Los(las) lactantes que nunca habían recibido LM tenían una probabilidad 50% mayor de presentar retardo en la habilidad motora gruesa que aquellos(as) que habían recibido LME durante al menos 4 meses (10.7% vs. 7.3%). El haber recibido cualquier cantidad de LM se asoció positivamente con el desarrollo: lactantes que nunca fueron amamantados(as) tenían una probabilidad 30% mayor de presentar retardo en la habilidad motora gruesa que aquellos(as) a los(las) que se les dio alguna LM durante al menos 2 meses (10.7% vs. 8.4%). Estas diferencias no disminuyeron luego de ajustar los factores biológico, socioeconómico y psicosocial. Los(las) lactantes que nunca fueron amamantados(as) tuvieron al menos un 40% más de probabilidades de presentar retardo en la habilidad motora fina que aquellos(as) que recibieron LM durante un período prolongado. Estos resultados sugieren que el efecto protector de la LM para alcanzar los hitos de la habilidad motora gruesa se atribuyen a algun(os) componente(s) de la leche materna o a algunas características de la lactancia materna: no es producto sencillamente de una mejor posición social, educación o el estilo de crianza, porque el control de estos factores no aclaró ninguna de las asociaciones observadas. Por otra parte, los factores biológico, socioeconómico y psicosocial sí dieron cuenta de la asociación entre la LM y el retardo en la aptitud motora fina.

Der G, David Batty G, Deary IJ. Effect of breastfeeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *BMJ* 2006;333:945-50

Para evaluar la importancia de la inteligencia materna y el efecto de controlarla y de controlar otros factores de confusión importantes en el vínculo entre la LM y la inteligencia infantil, se analizó los datos de 5.475 niños(as), hijos(as) de 3.161 madres del estudio nacional longitudinal de jóvenes de los Estados Unidos de Norteamérica de 1979. Se realizó análisis adicionales para comparar parejas de hermanos que recibieron o no LM. El cociente de inteligencia de la madre (CI) fue un factor de pronóstico más determinante de la LM que su raza, educación, edad, condición de pobreza, condición de tabaquismo, entorno familiar y peso del(la) niño(a) al nacer o su orden de nacimiento. La ventaja de una desviación estándar del CI materno supera en más del doble las posibilidades de LM. Previo al ajuste, se asoció a la LM con un aumento de unos cuatro puntos en la capacidad mental. Este efecto se debió en gran parte al ajuste de la inteligencia materna. Al realizar el ajuste total de una variedad de factores de confusión relevantes, el efecto fue leve e insignificante. Los resultados de las comparaciones entre hermanos y los meta-análisis corroboraron estos hallazgos. Aunque la LM tiene muchas ventajas para el(la) niño(a) y su madre, es poco probable que el aumento de la inteligencia infantil sea una de ellas.

---

## Diabetes

Owen CG, Martin RM, Whincup CH, Smith GD, Cook DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr* 2006;84:1043-44

El objetivo de esta evaluación sistemática fue el de revisar la influencia de la LM inicial en la diabetes tipo 2 y en las concentraciones en sangre de glucosa e insulina. De los 1.010 reportes publicados, 23 de ellos examinó la relación entre la alimentación infantil y la diabetes tipo 2 más adelante o los factores de riesgo de sufrir de diabetes. Se estudió por separado los factores de riesgo de los(las) lactantes y los de los niños(as) y adultos. Quienes recibieron LM tuvieron un 39% menos riesgo de padecer diabetes tipo 2 más adelante que quienes fueron AF (7 estudios; 76.744 personas). Niños(as) y adultos no diabéticos que recibieron LM tenían concentraciones ligeramente más bajas de insulina en ayunas que los(las) que fueron AF (6 estudios;

4.800 personas). No se observó ninguna diferencia importante en las concentraciones de glucosa en ayunas. Lactantes con LM presentaron un promedio más bajo de glucosa preprandial en sangre (12 estudios; 560 personas) y de concentraciones de insulina (7 estudios; 291 personas) que los(las) que fueron AF.

---

## El costo de no amamantar

Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso M, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. *Acta Paediatr* 2006;95:540-6

Para comparar el uso y costo de la atención en salud en lactantes con diferentes patrones de alimentación, se dio seguimiento a un cohorte de 842 lactantes nacidos(as) en diez hospitales del norte de Italia hasta la edad de 12 meses. Se recopiló los datos que recordaban las madres de la alimentación en 24 horas, mediante entrevistas telefónicas. Las madres reportaron los datos sobre el uso de los servicios de salud, los cuales fueron comparados con los registros. Los datos sobre costos hospitalarios se obtuvieron de los códigos de Grupos de Enfermedades Conexas. Los datos sobre el costo de otros servicios se obtuvieron de los reportes de las madres y de las listas de precios disponibles. A los 3 meses, el 56% de los(las) lactantes recibían LM plena, el 17% AC y el 27% no recibió LM. Los(las) lactantes con LM plena sufrieron menos episodios de enfermedades que ameritaran atención ambulatoria, menos internamientos hospitalarios y menor costo de atención en salud que aquellos(as) que no recibieron LM o LM plena. Se pudo haber ahorrado 710 visitas ambulatorias (€ 85.215), y 50 internamientos (€ 29.955) por cada 1.000 lactantes/año si todos(as) los(las) lactantes hubieran recibido LM plena hasta cumplir los 3 meses. El mayor costo de atención en salud se asoció de manera importante con los internamientos y con partos gemelares. Más aún, el costo de la atención en salud se redujo con cada gramo adicional al nacer, con cada mes adicional de permiso laboral después del tercer mes y con cada mes adicional de dar LM.

---

## Depresión materna

Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr* 2007;96:590-4

Para analizar la relación entre los diversos resultados de la alimentación infantil (p. ej., modo

de alimentación infantil, grado de satisfacción materna, planes para la alimentación infantil, avances en la LM y autoeficacia de la LM) y los síntomas de depresión postparto, 594 madres dieron respuesta a cuestionarios en las semanas 1, 4 y 8 del postparto. No se encontró relación alguna entre los diversos resultados de la alimentación infantil a la semana 1 del postparto ni en el desarrollo de sintomatología depresiva en las semanas 4 y 8. Por el contrario, madres que obtuvieron una Calificación Edinburg de Depresión Postnatal >12 a la semana 1 del postparto tenían una probabilidad mucho mayor de discontinuar la LM en las semanas 4 y/u 8, de estar insatisfechas con su modo de alimentación infantil, de experimentar problemas importantes con la LM y de reportar niveles más bajos de autoeficacia de la LM. Estos hallazgos sugieren que es necesario identificar en forma temprana los síntomas depresivos entre madres con LM, no solo para reducir la morbilidad asociada con la depresión postparto, sino también con el afán de promover el aumento en la duración de la LM.

---

## **Lactancia materna, cómo**

### **Preparación prenatal**

Mattar CN, Chong YS, Chan YS *et al.* Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;109:73-80

En un centro de referencia terciaria de Singapur se realizó una prueba aleatoria controlada en una muestra de pacientes prenatales de bajo riesgo. El Grupo A recibió material educativo sobre LM y preparación individual por parte de un(a) consejero(a) en lactancia. El Grupo B A recibió material educativo sobre LM pero sin ninguna consejería. El Grupo C solo recibió atención prenatal de rutina. Se reclutó a un total de 401 mujeres. Las madres que recibieron preparación individual y material educativo practicaron la LME y LM predominante 2.6 veces más a los 3 meses del postparto y 2.4 veces más a los 6 meses del postparto que aquellas que recibieron únicamente atención de rutina. Entre las mujeres que recibieron preparación individual, practicaron la LME y la LM predominante 2.5 veces más a los 6 meses que las que estuvieron expuestas únicamente al material educativo. Cuando las prácticas de LM son subóptimas, un simple encuentro sobre educación y consejería prenatal mejoran significativamente la práctica de la LM hasta por 3 meses después del parto. No es

suficiente entregar material educativo impreso o audiovisual.

---

## **Iniciativa de Hospitales Amigos de los(las) Niños(as) (IHAN)**

Bartington S, Griffiths LJ, Tate AR, Dezateux C and the Millennium Cohort Study Child Health Group. Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK? *Int J Epidemiol* 2006;35:1178-86

Este estudio investigó si las madres de un cohorte con una alta representación de grupos marginados y de bajo nivel socioeconómico con bajos índices tradicionales de LM, eran más propensas a iniciar y continuar con la LM si daban a luz en hospitales Amigos de los(las) Niños(as). Se analizó los reportes de las madres sobre el inicio y predominio de cualquier frecuencia de LM a 1 mes en 17.359 lactantes de producto único de acuerdo con el estatus de IHAN (acreditado, certificado, o ninguna de estas distinciones) de la unidad de maternidad en el parto. Las madres que dieron a luz en unidades acreditadas eran más propensas a iniciar la LM que aquellas que dieron a luz en unidades que no contaban con ninguna distinción, pero después de realizar los ajustes de los factores social, demográfico y obstétrico, no era más probable que iniciaran la LM al 1er mes. También se asoció por separado la iniciación de la LM con factores como la asistencia a clases prenatales, el parto vaginal, estar acompañada durante el parto y un internamiento postparto por más de 24 horas. Es probable que las políticas dirigidas a incrementar la proporción de unidades de maternidad que participan en la IHAN aumenten el inicio de la LM pero no así su duración. Es necesario idear otras estrategias para apoyar a las madres del Reino Unido a practicar la LM por el período recomendado.

---

## **Alivio del dolor durante la labor de parto y el parto**

Torvaldsen S, Roberts CL, Simpson JM, Thompson JF, Ellwood DA. Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study. *Int Breastfeed J* 2006;1:24

En 1997 en Australia se realizó un estudio cohorte prospectivo de 1.280 mujeres con edades  $\geq$  16 años que dieron a luz a un lactante único vivo, con el fin de establecer la relación entre la analgesia epidural y: 1) LM durante la primera semana del postparto y 2) la suspensión de la LM durante las primeras 24 semanas del postparto. Las mujeres rellenaron cuestionarios a las semanas 1, 8, 16 y

24 del postparto. Se recopiló información sobre LM en cada uno de los cuatro estudios, agrupando a las mujeres en categorías de LM plena, parcial o del todo sin LM. A las mujeres que habían interrumpido la LM desde el estudio anterior se les preguntó que desde cuándo la habían suspendido. En la primera semana del postparto, el 93% de las mujeres mantuvieron la LM plena o parcial, mientras que el 60% continuaron con la LM hasta las 24 semanas. La analgesia intraparto y el tipo de parto se asociaron con la LM parcial y con dificultades para practicar la LM durante la primera semana. La analgesia, una mayor edad de la madre y una escolaridad más baja (?) de la madre se asociaron con la suspensión de la LM en las primeras 24 semanas, siendo que aquellas que recibieron la epidural eran dos veces más propensas de suspender la LM que las que usaron métodos no farmacológicos para el alivio del dolor. Aunque esta relación puede no ser causal, es importante que las mujeres con mayor riesgo de suspender la LM reciban asistencia y apoyo adecuados sobre LM.

---

### Contacto piel-con-piel

Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. [J Midwifery Women's Health](#) 2007;52:116-25

Se les asignó en forma aleatoria a díadas madre-hijo(a) sanos y primíparos al contacto piel-con-piel durante las primeras 2 horas después del parto (n = 10) o a la atención estándar (sosteniendo al(la) lactante en brazos envuelto en cobijas; n = 10). Se usó el Instrumento de Evaluación Infantil sobre LM para medir el éxito de la primera LM y el momento para dar LM en forma efectiva. Las díadas de la intervención experimentaron un promedio de 1.66 horas de contacto piel-con-piel. Estos(as) lactantes, comparados(as) con los(las) lactantes envueltos(as), mostraron un promedio más alto en su capacidad para succionar durante la primera toma de LM y lograron una efectiva LM más pronto (935-721 minutos vs. 1737-1001 minutos). No se encontró diferencias importantes al cumplirse el mes.

---

### Lactantes con bajo peso al nacer

Raimbault C, Saliba E, Porter RH. The effect of the odour of mother's milk on breastfeeding behaviour of premature neonates. [Acta Paediatr](#) 2007;96:368-71

Para estudiar los efectos de la exposición al olor de la leche materna en la conducta de LM de

neonatos prematuros, se evaluó a trece lactantes nacidos(as) a las 30-33 semanas de gestación; a siete de ellos(as) se les asignó en forma aleatoria a la condición del olor a la leche y a seis de ellos(as) a la condición de control de agua. Durante la semana 35 de su edad postconceptual, cada bebé fue expuesto(a) al estímulo del olor adecuado por 120 segundos durante 5 días consecutivos inmediatamente antes de cada intento de amamantarlo(la). Se analizó la período de LM después de la sesión final de exposición al olor, y luego en una segunda sesión de LM poco antes de que el(la)bebé abandonara el hospital. Se pesó a los(las) bebés antes y después de cada sesión. Durante cada sesión, los(las) bebés precondicionados al olor a la leche presentaron períodos de succión más largos y mayores exabruptos compuestos por >7 movimientos de succión, consumiendo además más cantidad de leche que los(las) lactantes de control. La estadía en el hospital fue mucho más corta para los(las) precondicionados(as) al olor de la leche (promedio = 43 días vs. 55.5 días para los controles). Una breve exposición al olor de la leche materna previo a las pruebas tempranas de LM tuvieron un efecto positivo en la conducta de succión e ingesta de leche en bebés de pre-término, lo que ocasionó una estadía más corta en el hospital.

Merewood A, Chamberlain LB, Cook JT, Philipp BL, Malone K, Bauchner H. The effect of peer counselors on breastfeeding rates in the neonatal intensive care unit: results of a randomized controlled trial. [Arch Pediatr Adolesc Med](#) 2006;160:681-5

Para poder determinar si los(las) compañeros(as) consejeros(as) tuvieron un impacto en la duración de la LM entre lactantes prematuros(as), 108 madres de lactantes con 26 a 37 semanas de gestación y con buena salud fueron inscritas entre el 2001 y el 2004 en la UNCI del Boston Medical Centre, un hospital clínico de las zonas céntricas pobres que atiende unos 2.000 partos por año. Se aleatorizó a los sujetos ya sea a un(a) compañero(a) consejero(a) que vio a la madre una vez por semana durante 6 semanas, o a la atención estándar. Los grupos de intervención y de control fueron similares en todos los factores socio-demográficos que se midieron. La edad promedio de gestación de los(las) lactantes fue de 32 semanas (rango, 26.3-37 semanas) con un peso promedio al nacer de 1.875 g (rango, 682-3,005 g). A las 12 semanas del postparto, las mujeres con un(a) compañero(a) consejero(a) tuvieron una oportunidad 81% mayor de proporcionar cualquier cantidad de leche materna que aquellas que no tenían consejero(a).

---

## Cuidados de la mama y el pezón

Kvist LJ, Hall-Lord ML, Larsson BW. A descriptive study of Swedish women with symptoms of breast inflammation during lactation and their perceptions of the quality of care given at a breastfeeding clinic. Int Breastfeed J 2007;2:2

Este estudio descriptivo, realizado en una clínica de lactancia materna operada por parteras, tomó en cuenta un cohorte de mujeres reclutadas entre el 2002 y el 2004, que sufrieron 210 episodios de inflamación mamaria. Del cohorte total, 176 (84%) respondió a un cuestionario enviado por correo 6 semanas después de su recuperación. Se reportó fiebre durante la primera visita en 154 mujeres; esta varió desde 38.1°C hasta 40.7°C en 80 (52%) de los casos. El 36% de las mujeres presentaban lesiones en sus pezones. La mayoría de las mujeres se recuperó bien del episodio de inflamación mamaria y un 96% consideró que su salud física – y un 97% que su bienestar psicológico – era bueno 6 semanas después del episodio. Aquellas cuya enfermedad había durado 6 días o más mostraron menos confianza en las parteras y en la atención que se les brindó. Veintiún mujeres (12%) buscaron servicios de atención en salud debido a síntomas recurrentes y a 8 de las 176 (4.5%) se les prescribió antibióticos debido a estos síntomas recurrentes. Otras 46 mujeres (26% de las que respondió al cuestionario) reportó síntomas recurrentes que lograron controlar sin tener que acudir a los servicios de salud. La fiebre inicial no necesariamente es indicio de los resultados en mujeres con síntomas de inflamación mamaria, y el tratamiento con terapia antibiótica podría requerirse con menor frecuencia de lo que se supone. Las mujeres que sufren de lesiones en los pezones pueden requerir atención especial. Aquellas con síntomas muy prolongados mostraron menor satisfacción con la atención y menos confianza en quienes brindaron la atención en salud.

---

## Leche materna extraída

Win NN, Binns CW, Zhao Y, Scott JA, Oddy WH. Breastfeeding duration in mothers who express breast milk: a cohort study. Int Breastfeed J 2006;1:28

La extracción de la leche materna le permite a la madre ausentarse de su bebé de manera intermitente mientras continúa alimentándolo(la) con leche materna. El objetivo de este estudio era investigar la relación entre la extracción de la leche materna y la duración de la LM. Se reclutó un total de 587 madres procedentes de dos

hospitales públicos de maternidad en Australia para un estudio cohorte por un periodo de 12 meses. Durante su estadía en el hospital, las madres rellenaron un cuestionario que incluía preguntas sobre cómo alimentaban a sus recién nacidos(as). Las entrevistas telefónicas que se realizaron periódicamente monitoreaban los cambios en las prácticas de alimentación infantil, incluyendo la extracción de la leche materna. Casi el 94% de estas madres estaban dando LM al ser dadas de alta del hospital. Las madres que se extrajeron la leche materna (en una o más ocasiones) eran 30% menos propensas a descontinuar del todo la LM antes de los 6 meses que aquellas que nunca se extrajeron la leche. La incorporación de la extracción de la leche materna en la vida cotidiana de la madre puede ser un medio para que ella logre proporcionarle a su bebé 6 meses de LM plena, en tanto que al mismo tiempo abre más opciones en su estilo de vida.

---

## Apoyo a la lactancia materna exclusiva

Chandrashekar TS, Joshi HS, Binu V *et al.* Breastfeeding initiation and determinants of exclusive breastfeeding: a questionnaire survey in an urban population of western Nepal. Public Health Nutr 2007;10:192-7

Para evaluar los índices de iniciación de la LM y de la LME 2 meses después del parto y determinar los factores que afectan la LME, se realizó un estudio mediante un cuestionario distribuido por trabajadores(as) de la salud a 385 madres que habían dado a luz en los dos meses previos. Los índices de iniciación de una hora y 24 horas después del parto, respectivamente, fueron de 73% y 84%. Dos meses después del parto, el 82% de las madres practicó la LME. Se dio leche materna/calostro como la primera toma a 332 (86%) bebés y de éstos, al 17% se les dio leche materna extraída o se les colocó al pecho de otra madre lactante. Un 14% de los(las) bebés) recibieron tomas prelácteas – FI (6%), agua de azúcar (6%) y leche de vaca (3%). El 13% de las madres introdujo la AC. Los factores que influenciaron la LME incluyeron las prácticas de alimentación de las amigas, el tipo de parto y la primera toma del(la) bebé. A pesar de que se observó mayores índices de iniciación y de LME, prácticas como las tomas prelácteas y la introducción prematura de tomas complementarias continúan siendo motivo de gran preocupación en esta población.

Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. Pediatrics 2006;117:646-55

Este estudio analiza la duración de la LM entre una población de mujeres australianas e identifica los factores asociados con la duración de la LM plena a 6 meses y cualquier cantidad de LM hasta los 12 meses. Incluyó a 587 mujeres reclutadas de dos hospitales de maternidad de Perth que rellenaron un cuestionario de línea de base al momento de ser dadas de alta del hospital o inmediatamente después. Posteriormente se les dio seguimiento a estas mujeres mediante entrevistas telefónicas en las semanas 4, 10, 16, 22, 32, 40, y 52 del postparto. Los datos recopilados incluyeron factores socio-demográficos, biomédicos, nosocomiales y psicosociales, asociados con la iniciación y duración de la LM. A los 6 meses de edad, menos de la mitad de los(las) lactantes no recibían leche materna (46%) y solo el 12% recibían LM plena. A los 12 meses, solo el 19% de los(las) lactantes aún recibían un poco de leche materna. La duración de la LM estaba asociada positivamente con la disposición materna de alimentación infantil y negativamente con dificultades para practicar la LM durante las primeras 4 semanas, tabaquismo de la madre, introducción del chupete y su regreso anticipado al trabajo. Las mujeres deberían recibir orientación previa mientras permanezcan en el hospital sobre cómo prevenir y manejar las dificultades más comunes de la LM y se les debería recomendar no introducir el chupete antes de las 10 semanas, pero mejor si no se usa del todo. Mejorar las provisiones de la licencia por maternidad y contar con condiciones laborales más flexibles pueden ser de gran ayuda para las mujeres con el fin de que puedan permanecer más tiempo en el hogar con sus bebés y/o combinar una exitosa LM con el empleo fuera del hogar.

---

## Alimentación complementaria

Dratva J, Merten S, Ackermann-Liebrich U. The timing of complementary feeding of infants in Switzerland: compliance with the Swiss and the WHO guidelines. Acta Paediatr 2006;95:818-25

Se examinó una muestra de madres elegidas en forma aleatoria por los servicios de salud comunitarios locales para la atención materno-infantil en Suiza con el fin de: 1) reportar la incidencia del control de los tiempos adecuados para la AC, comparado con el cumplimiento de las directrices suizas y de la OMS, y 2) investigar los factores que afectan la AC. Las madres rellenaron un cuestionario de lo que recordaban sobre la alimentación en 24 horas, reportando la edad del(la) lactante en que se le dio por primera vez varios alimentos. La introducción de sólidos se

realizó por lo general entre el 5to y 6to mes. Un 5% de las madres introdujo la AC antes de los 4 meses de edad. Los principales factores de influencia sobre la alimentación infantil fueron la edad de la madre, regiones con diferentes idiomas, IMC y tabaquismo de la madre, presencia de hermanos(as) y una predisposición alérgica del(la) lactante. El control de los tiempos en la introducción de la AC cumplió con las directrices suizas (4 a 6 meses), pero no así con las recomendaciones de la OMS de 6 meses de LME.

---

## Capacitación

Ekström A, Nissen E. A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. Pediatrics 2006;118;309-14

El estudio investigó si las madres suecas atendidas por parteras y enfermeras (que contaban con un programa de capacitación en consejería sobre LM orientado hacia un proceso), percibieron sentimientos maternos más fuertes por sus bebés que las que habían recibido sólo atención de rutina. Se distribuyó en forma aleatoria a diez municipalidades, clasificadas en pares por tamaños similares y duración de la LM, para un programa de capacitación orientado hacia un proceso o un grupo de control. Una muestra de 540 mujeres que recibían atención en una de las clínicas de intervención o control respondieron a los tres cuestionarios (a los 3 días, a los 3 meses y a los 9 meses del postparto). A los 3 días, las madres del grupo de intervención sintieron que la comprensión de sus bebés era mejor, percibieron con mayor fuerza a su bebé como suyo y disfrutaron más de la LM y de su descanso con el(la) bebé. A los 9 meses, las madres del grupo de intervención hablaron más con sus bebés, sintieron que sus bebés eran más lindos(as) que otros(as) y percibieron con mayor fuerza que sus bebés eran suyos, que las madres del grupo de control. Además, las madres del grupo de intervención se sintieron con un mayor confianza con sus bebés y sintieron un mayor acercamiento hacia ellos(as) que las madres del grupo de control. En conclusión, un programa de capacitación sobre LM orientado hacia el proceso para parteras prenatales y enfermeras postnatales, que incluía una intervención que garantizaba la continuidad de la atención, fortaleció la relación materna y sus sentimientos por el(la) bebé.

Shinwell ES, Churgin Y, Shlomo M, Shani M, Flidel-Rimon O. The effect of training nursery staff in breastfeeding guidance on the duration of breastfeeding in healthy term infants. Breastfeed Med 2006;1:247-52

Con el fin de estudiar el efecto de la capacitación en orientación en LM sobre la duración de la LM, se recopilaron datos antes y después de un curso intensivo que se ofreció a todas las enfermeras neonatales, parteras y personal médico de un Hospital General local en Israel. Los datos recopilados de dos cohortes de madres y lactantes (antes de 1999, n=471; después del 2003, n=364) analizaron la duración de la LM y los factores que influenciaron su discontinuación. A lo largo del período, el índice de iniciación de la LM subió del 84% al 93% y la duración media de la LM subió de 3.7±3.7 a 5.6±4.3 meses. El índice de la LM en la sala de partos de elevó de un 3% a un 37%. La satisfacción con la orientación sobre LM en el hospital aumentó del 43% al 79%. No obstante, no hubo ningún cambio en la proporción de madres que planeaban amamantar a sus hijos(as) (88% en ambos cohortes) y no se observó diferencias importantes en las razones ofrecidas por las madres para suspender la LM.

---

## Código Internacional

Foss KA, Southwell BG. Infant feeding and the media: the relationship between *Parents' Magazine* content and breastfeeding, 1972–2000. *Int Breastfeed J* 2006;1:10

El contenido de los medios de información probablemente ejerza influencia en la decisión de las mujeres de proporcionar LM a sus recién nacidos(as). Sin embargo, son relativamente pocos los estudios que, a la fecha, han evaluado en forma empírica tal hipótesis. La mayoría de los trabajos tendían a enfocarse ya sea en intervenciones específicas o en amplios comentarios generales sobre el papel de los medios. Este estudio revisó los anuncios sobre alimentación infantil de 87 ediciones de *Parents' Magazine* --una revista popular dirigida a los padres de familia – desde los años 1971 hasta 1999. Los resultados del análisis del contenido se usaron para pronosticar los cambios posteriores en los niveles de LM entre mujeres de los Estados Unidos de Norteamérica. Cuando aumentaba la frecuencia de anuncios sobre AF, el cambio porcentual en los índices de LM reportado al año siguiente generalmente tendía a disminuir. Estos resultados subrayan la necesidad de reconocer el potencial rol del contenido de los medios populares para poder entender los patrones de LM y las tendencias de la salud pública.

Mizuno K, Miura F, Itabashi K, Macnab I, Mizuno N. Differences in perception of the WHO International Code of Marketing of Breastmilk Substitute between pediatricians and obstetricians in Japan. *Int Breastfeed J* 2006;1:12

Japón adoptó el Código de la OMS en 1994, pero la mayoría de los hospitales en Japón continúan recibiendo obsequios de FI y distribuyendo paquetes de las compañías de FI al dar de alta a las nuevas madres. El propósito de este estudio era el de explorar el conocimiento y actitud de los pediatras y obstetras sobre el Código de la OMS. En el 2004 se envió un cuestionario a 132 pediatras de 131 UNCIs y a 96 jefes obstetras de hospitales generales. Se recibió respuestas del 68% de los pediatras y del 64% de los obstetras. El 66% de los pediatras estuvieron de acuerdo en que "la leche materna es lo mejor", comparado con sólo el 13% de los obstetras. Asimismo, los pediatras estaban más familiarizados con el Código de la OMS (51%) que los obstetras (18%). Para incrementar los índices de LM en Japón, tanto pediatras como obstetras necesitan tener un mejor conocimiento sobre las prácticas actuales de alimentación infantil, así como una mayor concientización sobre las políticas internacionales para fomentar LM.

---

## Análisis sistemáticos

Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization, 2007

Esta serie de análisis sistemáticos evaluó los efectos de la LM sobre diversas consecuencias a largo plazo. Se seleccionó estudios de observación y aleatorios, publicados en inglés, francés, portugués y español, y se extrajo datos después de una evaluación de la calidad. La evidencia disponible sugiere que la LM puede tener beneficios a largo plazo. Las personas que recibieron LM tuvieron en promedio presión sanguínea y colesterol total más bajos, así como un mejor desempeño en pruebas de inteligencia. Más aún, el predominio de sobrepeso/obesidad y diabetes tipo 2 fue menor en personas que recibieron LM. Todos los efectos fueron estadísticamente importantes, pero para algunos resultados su magnitud fue relativamente modesta. Debido a que casi todos los estudios incluidos en los análisis son de observación, no es posible descartar completamente la posibilidad de que estos resultados puedan deberse en parte a la auto-selección de madres con LM o por confusión residual. Se evaluó la predisposición de la publicación mediante el análisis del tamaño del estudio sobre las estimaciones, determinándose que era poco importante para la mayoría de los resultados. Existen muy pocos estudios disponibles de países con ingresos bajos/medios,

en donde el efecto de la LM puede verse modificado por las condiciones sociales y culturales.

Ip S, Chung M, Raman G *et al.* Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153. AHRO Publication No. 07-E007. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2007

Este análisis incluyó 43 estudios sobre resultados de salud infantil, 43 estudios sobre resultados de salud materna y 29 análisis sistemáticos o meta-análisis, cubriendo unos 400 estudios individuales sobre los efectos de la LM y sus resultados relevantes, realizados en países desarrollados y con un brazo comparativo de AF o las diferentes duraciones de la LM. Los resultados muestran que la LM está asociada con una reducción en el riesgo de otitis media aguda, ED no específica, EVR baja severa, dermatitis atópica, asma (en niños(as) pequeños(as)), obesidad, diabetes tipos 1 y 2, leucemia infantil, síndrome de muerte súbita infantil y enterocolitis necrotizante. Por otra parte, en lactantes de término, no existe relación alguna entre la LM y el desempeño cognoscitivo, y su relación con enfermedades cardiovasculares y mortalidad infantil son poco claras. En cuanto a los resultados maternos, se asoció la LM con un riesgo reducido de diabetes tipo 2, lo mismo que con cáncer de mama y ovárico. La suspensión temprana de la LM o el no haber dado LM se asoció con un mayor riesgo de depresión postparto en la madre. No existe relación alguna entre la LM y el riesgo de osteoporosis. El efecto sobre el regreso al peso de pre-embarazo es insignificante y el efecto de la pérdida de peso en el postparto no está claro. Debido a que casi todos los datos de este análisis fueron recopilados de

estudios de observación, no se debe inferir causalidad con base en estos hallazgos.

Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database Syst Rev 2007, Issue 1.

Este análisis incluyó 34 pruebas (29.385 pares de madre y lactante) de 14 países. Muestra que el apoyo profesional adicional resultó ser efectivo en la prolongación de cualquier cantidad de LM, pero que los efectos sobre la LME eran menos claros. Los cursos de capacitación de la OMS/UNICEF parecieron ser efectivos para la capacitación profesional. El apoyo adicional no profesional resultó ser efectivo en prolongar la LME, en tanto que sus efectos sobre la duración de cualquier LM eran inciertos. El apoyo efectivo conjunto ofrecido por profesionales y no profesionales fue específico para la LM y se ofreció a mujeres que habían decidido practicar la LM. Es necesario realizar pruebas adicionales para evaluar la efectividad (incluyendo costo-rendimiento) del apoyo tanto profesional como no profesional en los diferentes escenarios, en especial aquellos con bajos índices de iniciación de la LM y para mujeres que desean dar LM por períodos mayores a los 3 meses. Es necesario también investigar sobre la adecuada capacitación para las personas que brindan apoyo a las madres que dan LM (sean éstas profesionales o no profesionales).

---

*Preparado por la Geneva Infant Feeding Association (GIFA), miembro del International Baby Food Action Network (IBFAN). Editores: Adriano Cattaneo, Marina Ferreira Rea. Editor invitado: Cesar G. Victora. Especial agradecimiento a Lida Lhotska, quien participó en la redacción de los comentarios editoriales. Elaine Petitot-Côté revisó y editó el texto. Copias de anteriores números de Breastfeeding Briefs (Noticias en Breve sobre Lactancia Materna) serán remitidos, previa solicitud a GIFA, Box 157, 1211 Geneva 19, Switzerland, Fax: +41-22-798 44 43, e-mail [info@gifa.org](mailto:info@gifa.org). Disponibles también en francés, inglés, portugués y árabe. A PARTIR DEL 2008, BREASTFEEDING BRIEFS (NOTICIAS EN BREVE SOBRE LACTANCIA MATERNA) ESTARÁN DISPONIBLES EXCLUSIVAMENTE EN FORMATO ELECTRÓNICO EN [www.ibfan.org](http://www.ibfan.org)*

**TRADUCIDO Y ADAPTADO AL ESPAÑOL POR IBFAN LAC**

**Apdo. Postal 5355, San José 1000, Costa Rica,**

**tel-fax: 506 2224 3986**

**[cefemina@racsa.co.cr](mailto:cefemina@racsa.co.cr)**

**[www.ibfan-alc.org](http://www.ibfan-alc.org)**