

Lecturas

Lactancia



Diciembre 2003 No. 37

Conflicto de Intereses

La Resolución 49.15 del 25 de mayo, 1996, de la Asamblea Mundial de la Salud, hace un llamado a los Estados Miembros para que aseguren que el apoyo financiero que reciben los/as profesionales que trabajan por la salud infantil no cree ningún conflicto de intereses. ¿Qué quiere decir esto? Algunas definiciones se refieren a: "una serie de condiciones que hacen que un interés secundario influya el juicio profesional de un interés primario"¹. No hay duda de que el interés primario de todo/a profesional de salud es actuar para lograr el máximo beneficio y menor daño posible a las personas individuales y comunidades que sirven. Entonces, ¿qué es un interés secundario y de dónde sale?

Los/as profesionales de salud pueden tener conflictos de intereses políticos, académicos, religiosos o personales pero muchas veces la naturaleza del interés secundario es financiero. Se han encontrado hasta 16 formas de lazos financieros entre profesionales e industrias: aceptación directa o indirecta de regalos, asistencia a eventos recreativos y sociales de o auspiciados por, ganancias por conducir investigaciones patrocinadas, financiación de asociaciones profesionales para consultorías o elaboración fantasma de artículos "científicos"...² El conflicto de interés puede ser individual o colectivo. Por ejemplo, el/la profesional puede no tener un lazo directo con la industria pero sí asistir a eventos o pertenecer a una asociación que sí los tengan.

Los conflictos colectivos pueden involucrar grandes cantidades de dinero. Un ejemplo, de la Academia Americana de Pediatría, AAP, fue la venta a Abbott Ross en el 2001-2003, de 600 mil copias del libro La Nueva Guía de la Madre para Amamantar por una enorme cantidad de dinero. Esta industria distribuyó el libro a las madres con su logo y nombre, utilizando médicos/as y enfermeros/as para ello. Recientemente, Nestlé pagó para que cada miembro/a de esta Asociación –más de 60 mil- recibiera una copia del libro Guía de Nutrición Pediátrica. Esta es una estrategia para realzar la imagen de la industria con el respecto de un cuerpo profesional. Estos lazos son comunes y crecen en magnitud cuando se involucran las compañías farmacéuticas. Un análisis de 37 investigaciones biomédicas de reconocidas publicaciones encontró que un tercio presentaba conflicto financiero de intereses: patentes, compartir ganancias, remuneración por ser parte del cuerpo asesor³. Las industrias de alimentos infantiles y farmacéutica gasta un 10-15 % de su presupuesto en mercadeo y gran parte se destina a los/as profesionales de la salud.

Se dice que el conflicto de interés es una "condición" y no un "comportamiento" y se sugiere transparencia como solución. Pero esto pocas veces ocurre. Casi nunca se declara que existe un conflicto de interés. Se parte de que no existe. Es cierto que la mayoría de profesionales son honestos/as pero pueden ser influenciados/as inconscientemente por los/as patrocinadores. Esto ocurre en la ciencia social y la médica. Cuando se comparan estudios financiados por la industria con otros estudios independientes, se encuentra que son 4 veces más favorables a la industria⁴. En estos casos, a pesar de que se trata de ser objetivo, los juicios se convierten en subjetivos⁵. Poner límites a los montos que ofrece la industria (como lo hizo la AAP) no resuelve el problema: un pequeño regalo puede ejercer gran influencia. Recomendar que no se reciba ningún pago de ninguna clase de la industria es poco aceptado: la mayoría de congresos médicos se cancelarían!

No existen soluciones simples. Lo primero es reconocer que el problema existe, es enorme y complejo. Luego, todo/a profesional de salud debería hacerse la pregunta: ¿qué pensarían nuestros/as pacientes, la gente a quienes servimos, si supieran que recibimos ingresos de las industrias que hacen los productos que prescribimos y que esto está añadido al costo de esos productos? ¿Qué pensarían si supieran que nuestro juicio está influenciado y no es independiente? Esta situación mina la confianza en la profesión médica.

La transparencia sobre el financiamiento es un primer paso, como lo señala el profesor de derecho Mark A. Rodwin, pero necesita acompañarse de una política que defina estándares altos de conducta, ponga claros límites entre lo permitido y lo inaceptable, desarrolle instituciones que vigilen e impongan sanciones significativas⁵. Como apuntan Dana y Lowenstein, la influencia del interés monetario puede ser inconsciente y no intencional y por ello difícil de controlar. Por ello se deben prohibir los regalos de la industria⁶.

¹ Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. N Engl J Med 1993;329:573-6

² Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. BMJ 2003;326:1189-96

³ Hussain A, Smith R. Declaring financial competing interests: survey of five general medical journals. BMJ 2001;323:263-4

⁴ Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research. A systematic review. JAMA 2003;289:454-

⁵ Dana J, Lowenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. JAMA 2003;290:252-5

⁶ Dana J, Lowenstein G. op. cit.

Lactancia Materna, por qué...

Hospitalización por enfermedad respiratoria

Galton Bachrach VR, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:237-43

El riesgo de hospitalización por enfermedad del tracto respiratorio es menor en infantes de término amamantados/as, saludables, con acceso a modernos cuidados de salud, es menor aún en países de altos ingresos económicos. En 33 estudios analizados, infantes no amantados/as tenían 3 veces mayor riesgo de hospitalización por enfermedad severa respiratoria en comparación con quienes recibieron lactancia materna exclusiva para 4 meses. El efecto se mantuvo estable y significativo estadísticamente después de ajustar variables como los efectos del fumado y estatus socio-económico.

Asma y alergia

Kull I, Wickman M, Lilja G, Nordvall SL, Pershagen G. Breast feeding and allergic diseases in infants-a prospective birth cohort study. *Arch Dis Child* 2002;87:478-81

Las alergias se han relacionado consistentemente con la alimentación infantil artificial. Para investigar los efectos de la lactancia sobre enfermedades alérgicas hasta los 2 años, se siguió un cohorte de 4089 infantes en Estocolmo. Quienes fueron amantados/as exclusivamente 4 meses o más, tuvieron 30% menos asma, 20% menos dermatitis atópica, 30% menos rinitis alérgica a los 2 años. También hubo una significativa reducción de asma si la lactancia parcial se había mantenido por 6 meses o más.

Da Costa Lima RC, Victora CG, Menezes AMB, Barros FC. Do risk factors for childhood infections and malnutrition protect against asthma? A study of Brazilian male adolescents. *Am J Public Health* 2003;93:1858-64

Este artículo contradice el anterior pero fue desarrollado en otro ambiente, con métodos diferentes y otro grupo de edad. 18% de un cohorte de 2250 machos reportaron asma a los 18 años. Se asociaron diversos factores durante la infancia que aumentaban el riesgo de asma: tener mayor estatus socio-económico, vivir en ambiente poco hacinado y haber sido amamantados/as 9 meses o más. Estos resultados son consistentes con la "hipótesis higiene" y que la temprana exposición a las infecciones ofrece protección contra el asma. Si se confirmara como factor de riesgo para el asma el amamantamiento por más de 9 meses, la implicación no sería clara dado el efecto protector que tiene contra otras serias enfermedades infantiles.

Desarrollo cerebral

Wang B, McVeagh P, Petocz P, Brand-Miller J. Brain ganglioside and glycoprotein sialic acid in breastfed compared with formula-fed infants. *Am J Clin Nutr* 2003;78:1024-9

La concentración de ácido siálico en el cerebro se ha ligado a la capacidad de aprendizaje en animales. La leche humana es una rica fuente de este ácido. En este estudio, su concentración se comparó en infantes amamantados/as y alimentados/as con fórmula con 25 muestras de corteza frontal de infantes que tuvieron muerte súbita. La mayor concentración de ácido siálico en los/as amamantados/as se relacionó con un mayor potencial de desarrollo cerebral.

Bouwstra H, Boersma ER, Boehm G, Dijk-Brouwer DA, Muskiet FA, Hadders-Algra M. Exclusive breastfeeding of healthy term infants for at least 6 weeks improves neurological condition. *J Nutr* 2003;133:4243-5

¿Existirá una duración mínima de lactancia materna exclusiva necesaria para un desarrollo neurológico óptimo? La calidad de los movimientos generales GM, un marcador sensitivo de condición neurológica se evaluó a los 3 meses en 147 bebés amamantados/as, saludables, de término y seguidos desde el nacimiento. GM se definió como normal-óptima, normal-subóptima, medianamente anormal y definitivamente anormal. Se recolectó retrospectivamente la información sobre las condiciones sociales pre y perinatales y duración de la lactancia. Después de ajustar estos factores, hubo una asociación positiva entre la duración de la lactancia y la calidad GM hasta aproximadamente las 6 semanas de edad. En infantes amamantados/as por 6 semanas o menos (n=55), 18% se definieron normal-óptima, 47% normal-subóptima y 47% medianamente anormal. En contraste, los/as infantes amamantados/as exclusivamente por 6 semanas o más (n=92), 43% exhibieron normal-óptima, 45% normal-subóptima y 12% medianamente anormal.

¡Buenas noches!

Horne RS, Parslow PM, Ferens D, Watts AM, Adamson TM. Comparison of evoked arousability in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child* 2004;89:22-5

Despertarse de un sueño es considerado un importante mecanismo de defensa no encontrado en infantes víctimas de muerte súbita (SIDS). Se estudiaron 43 infantes de término, saludables y se midieron sus despertares a 2-4 semanas, 2-3 meses y 5-6 meses. No hubo diferencias entre amamantados/as o no en sueño quieto. En sueño activo, los/as amamantados/as se despertaron más fácilmente que los/as alimentados/as con fórmula a los 2-3 meses, la edad con mayor incidencia de SIDS. No hubo diferencias cuando se comparó la duración del sueño.

Lactancia Materna, cómo...

Infantes de pre-término

Espy KA, Senn TE. Incidence and correlates of breast milk feeding in hospitalized preterm infants. Soc Sci Med 2003;57:1421-8

En este estudio, se revisaron las historias clínicas de 151 infantes de pre-término (34 semanas o menos de edad gestacional) de una unidad neonatal de cuidado intensivo en un hospital regional de USA. 51% eran alimentados/as con fórmula. A los/as demás, se les dio por lo menos 1 vez por día leche materna, por un 44% de su estadía hospitalaria. Mayor edad de la madre y puntuación Apgar mayor a 6 a los 5 minutos fueron 2 factores que se asociaron con mayor probabilidad de lactancia materna.

Promoción comunitaria

Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK; Infant Feeding Study Group. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial. Lancet 2003;361:1418-23

El estudio revisó la viabilidad, efectividad y seguridad de una intervención educativa para promover la lactancia materna exclusiva por 6 meses, en India. Se hizo una muestra de 8 pares de comunidades escogidas al azar; una de cada par recibió la intervención y la otra no. En las de intervención se capacitó a los/as trabajadores/as de salud y nutrición sobre lactancia exclusiva en múltiples oportunidades. Después, se reclutaron 1115 infantes, 552 en el grupo de intervención y 473 en el de control. A los 3 meses, la lactancia exclusiva alcanzó el 79% en el grupo de intervención y 48% en el de control. La prevalencia de 7 días diarrea fue menor en el grupo de intervención a los 3 meses (aproximadamente 30% menos) y a los 6 meses (15% menos). El peso, tamaño y proporción de malnutrición no fue diferente entre los grupos. La promoción de la lactancia exclusiva durante 6 meses de vida es posible a través de los servicios de salud, reduce el riesgo de diarrea y no conduce a problemas de crecimiento.

Graffy J, Taylor J, Williams A, Eldridge S. Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breastfeeding. BMJ 2004; 328:26-31

Ofrecer apoyo a las madres, ¿es suficiente para que amamenten? Se realizaron estudios en 32 prácticas generales en Londres y Essex Sur para investigar si el apoyo voluntario de consejería lograba mayor número de mujeres lactantes. La intervención no logró aumento significativo de la prevalencia de lactancia a las 6 semanas: 65% (218/336) en el grupo de intervención y 63% (213/336) en el grupo de control. Ni la duración de lactancia ni el tiempo de introducción de fórmula diferió significativamente. Sin embargo, solo 20% de las mujeres en el grupo de intervención tuvo al menos 1 visita postnatal, 43% tuvo contacto telefónico postnatal y 38% no tuvo ningún contacto. De las contactadas (con visita o teléfono) el 73% aseguró que la consejería fue muy útil y la más importante fuente de consejo. El contacto persona-persona es la mejor manera de maximizar el apoyo a la lactancia materna.

Educación hospitalaria de madres

Labarere J, Bellin V, Fourny M, Gagnaire JC, Francois P, Pons JC. Assessment of a structured in-hospital educational intervention addressing breastfeeding: a prospective randomised open trial. BJOG 2003;110:847-52

¿Es suficiente una sesión educativa sobre lactancia?

Para determinar si una sesión puede incrementar la tasa de lactancia a las 17 semanas, se condujo un estudio en un hospital de maternidad de Francia. 106 pares de madres-infantes se asignaron al grupo de intervención (con sesión educativa, estructurada y uno a uno) y 104 al grupo de control (apoyo usual verbal). La tasa de lactancia (34.4% vs. 40.2% en el grupo de control) y de lactancia exclusiva (14.0% vs. 14.4%) a las 17 semanas no difirió significativamente. La guía ofrecida por el personal de las maternidades debe reforzarse a largo plazo, con programas de apoyo multifacéticos en países con tasa bajas a intermedias de lactancia materna.

Bancos de leche materna

Azema E, Callahan S. Breast milk donors in France: a portrait of the typical donor and the utility of human milk banking in the French breastfeeding context. J Hum Lact 2003;19:199-202

Una importante condicionante de los bancos de leche humana es la disponibilidad de donantes. Mientras se conocen bien las características de donares de sangre, se desconocen bastantes las de las madres donantes. Se contactaron 17 bancos de Francia y 8 aceptados para participar en el estudio examinando las características de las donantes. De 13 donantes, la mayoría tenía gran apoyo en su hogar, más de la mitad trabajaba fuera del hogar, particularmente en servicios de salud y sociales. Solo 11% reportó problemas prácticos para donar leche. La principal razón para donar su leche fue el altruismo y una actitud optimista; un 60% dijo tener "muchoa leche". Este estudio puede guiar futuro reclutamiento de donantes potenciales.

Madres trabajadoras

Galtry J. The impact on breastfeeding of labour market policy and practice in Ireland, Sweden, and the USA. Soc Sci Med 2003;57:167-77

La recomendación internacional es de 6 meses de lactancia materna exclusiva. Las políticas y prácticas laborales tienen una gran influencia para influenciar positivamente la lactancia materna, particularmente el permiso de trabajo por maternidad. Analizando estudios de caso en Irlanda, Suecia y USA, se concluye que el apoyo socio cultural y las

políticas de mercado/salud/ son importantes si se quieren lograr altas tasas de empleo y lactancia de las mujeres en países industrializados.

Menos dolor

Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:13

¿Es la lactancia efectiva contra el dolor durante la punción de venas en neonatos? Se levó a cabo un estudio para comparar el efecto de amamantar con glucosa oral y pacificador, en 180 recién nacidos/as de término, 45 en 2 grupos, uno de control. Durante la punción, los/as infantes fueron o no amamantados/as (grupo 1), en brazos de las madres sin amantar (grupo 2), con placebo (grupo 3) o con glucosa y pacificador (grupo 4). Se filmaron en video os procedimientos y estudiaron por 2 observadores que no conocían el propósito del estudio. Marcas de dolor medio para amamantados/as, en brazos de la madre, placebo y 30% glucosa más pacificador fueron 1, 10, 10 y 3 en escala de dolor y 4.5, 13, 12 y 4 con otra escala de dolor, con diferencia significativa entre los grupos. La lactancia reduce efectivamente la respuesta al dolor en procedimientos invasores menores en neonatos.

Transmisión vertical de VIH

Jackson JB, Musoke P, Fleming T, Guay LA, Bagenda D, Allen M, Nakabiito C, Sherman J, Bakaki P, Owor M, Ducar C, Deseyve M, Mwatha A, Emel L, Duefield C, Mirochnick M, Fowler MG, Mofenson L, Miotti P, Gigliotti M, Bray D, Mmimo F. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 2003;362:859-68

De noviembre 1997 a Abril 1999, 313 VIH mujeres embarazadas infectadas se asignaron al azar a nevirapine (200 mg en labor de parto y 2mg / kg para los/as bebés a las 72 horas de nacidos/as) y las otras 313 mujeres embarazadas VIH con zidovudine (600 mg orales en labor de parto y 300 mg cada 3 horas hasta el parto y 4 mg / kg orales, dos veces al día, durante 7 días, para os/as bebes; 995 de los/as bebés fueron amamantados/as (duración media de 9 meses). El riesgo estimado de transmisión de VIH-1 en os grupos zidovudine y nevirapine fue 10.3% y 8.1% al nacer; 20.0% y 11.8% a las 6-8 semanas; 22.1% y 13.5% a los 14-16 semanas; y 25.8% y 15.7% a los 18 meses. Nevirapine se asoció a un 41% de reducción del riesgo relativo de transmisión hasta los 18 meses. El regimen de nevirapine es simple, no costoso, bien tolerado y tiene el potencial de reducir la transmisión perinatal de VIH-1 en países de menor desarrollo.

Leroy V, Karon JM, Alioum A, Ekpini ER, van de Perre P, Greenberg AE, Msellati P, Hudgens M, Dabis F, Wiktor SZ; West Africa PMTCT Study Group. Postnatal transmission of HIV-1 after a maternal short-course zidovudine peripartum regimen in West Africa. *AIDS* 2003;17:1493-501

Para medir el riesgo de transmisión postnatal de VIH 1 después de un corto régimen de zidovudine en una población amamantada, se extrajeron datos de 2 grupos en Costa de Marfil y Burkina Faso. Mujeres VIH-1 seropositivas a las 36-38 semanas, permitieron recibir zidovudine oral o un placebo. A los 24 meses, el riesgo de transmisión postnatal fue similar en el grupo zidovudine (9.8%, n=254) y el grupo placebo (9.1%, n=225). La transmisión postnatal fue similar y redujo la eficiencia de largo plazo del régimen zidovudine a los 24 meses.

Revisiones Cochrane

Contacto temprano piel con piel

Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD003519

Para medir los efectos de contacto temprano piel con piel sobre la lactancia materna, comportamiento, y fisiología en madres y recién nacidos/as se revisaron sistemáticamente 17 estudios, con 806 participantes. El contacto piel con piel tuvo efectos significativos positivos: más de la mitad de los/as infantes estaban siendo amamantados/as a 1-3 meses, la duración aumentó un promedio de 42 días, la temperatura y glucosa en sangre en los/as infantes es mantuvo mejor en los niveles normales, se redujeron enormemente los llantos y mejoró el comportamiento materno afectivo. No se notaron más beneficios estadísticamente significativos para otras variables clínicas: maduración de la leche materna, circunferencia del pecho materno y ritmo cardiaco infantil. El contacto temprano piel con piel parece tener beneficios clínicos en los resultados del amamantamiento y llanto infantil y no tiene aparentes efectos negativos de corto o largo plazo.

Preparado por Geneva Infant Feeding Association (GIFA), miembro de International Baby Food Action Network (IBFAN).
Edición: Marina Ferreira Rea, Adriano Cattaneo, Lida Lhotska, Bob Peck y Elaine Petitot-Côté.
Traducido y adaptado al español por CEFEMINA / Coordinación IBFAN América Latina y Caribe.

Puede solicitar copias impresas o electrónicas a CEFEMINA

Tel/fax: 506 224 3986 Apdo. Postal 5355, San José 1000, Costa Rica

cefemina@racsa.co.cr

ⁱ Dana J, Lowenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. *JAMA* 2003;290:252-5