



**IBFAN**

## ***Lecturas Lactancia***

Junio 2001 / No. 31/32

### **La Duración óptima de la lactancia materna exclusiva**

Desde 1979, la OMS<sup>1</sup> recomendó la lactancia materna exclusiva de 4 a 6 meses de vida. En 1994 y 1996, la AMS<sup>2</sup> y UNICEF recomendaron la introducción de alimentos complementarios a la edad aproximada de 6 meses, reconociendo que la lactancia exclusiva debería durar los primeros 6 meses de vida. Pero la OMS no actualizó sus recomendaciones anteriores aduciendo la necesidad de mayores evidencias, a pesar de que los/as expertos/as habían dado suficientes pruebas que apoyaban la lactancia exclusiva hasta los 6 meses. IBFAN advirtió que esto traería grandes ganancias para la industria de alimentos infantiles pues venderían alimentos complementarios durante dos meses adicionales.

Durante la AMS 53, en el año 2000, la Delegación Brasileña propuso una resolución a favor de la lactancia materna exclusiva durante seis meses. El borrador no fue aprobado y el Secretariado de la OMS trató de posponer la resolución sobre alimentación infantil para el año 2002. Pero el comité ejecutivo de la OMS, en enero 2001, claramente definió la necesidad de aprobar esta resolución. Así, decidieron mantener la recomendación de la duración exclusiva de la lactancia materna de “4 a 6 meses” vs. “aproximadamente 6 meses”, hasta que los Comités Expertos decidieran sobre el tema y aprobaran la resolución que se discutiría en la AMS 54, en mayo 2001. En marzo, fue aprobado por el Secretariado, el reporte del Comité Ejecutivo, poniendo fin a un largo debate sobre la duración de la lactancia materna exclusiva. A pesar de la presión que realizó la industria de alimentos infantiles y de alguna incertidumbre de último momento, la resolución AMS 54.2 fue aprobada el 18 de mayo del 2001.

Esta resolución hace un llamado a los Estados Miembros para que apoyen la lactancia materna exclusiva durante seis meses. Esta es una recomendación general de salud pública tomando en cuenta los hallazgos del Comité Técnico de Expertos consultados por la OMS sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva, y proveer alimentos complementarios seguros y apropiados, continuando con la lactancia materna hasta los dos años de edad y más. . . El Comité Experto identificó, revisó y evaluó más de 3.000 referencias. Los estudios compararon la lactancia materna exclusiva o predominante por

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud

<sup>2</sup> Asamblea Mundial de la Salud

aproximadamente 4 meses con el mismo patrón de alimentación durante 6 meses y no encontraron ninguna evidencia de efectos adversos sobre el crecimiento o mayor morbilidad si se daba la lactancia exclusiva por 6 meses.

Sí existe un patrón aumentado de crecimiento más lento en infantes que son exclusivamente amamantados durante 6 meses, particularmente en poblaciones con severa malnutrición materna y con prevalencia mayor de retardo en el crecimiento intrauterino. También es probable que el nivel de hierro no sea óptimo en infantes exclusivamente amamantados durante 6 meses en poblaciones donde el status materno de hierro y el almacenamiento de hierro en infantes es menor.

Sin embargo, la revisión confirmó que la lactancia materna exclusiva durante 6 meses protege contra infecciones gastro-intestinales, aún frente a la utilización de alimentos complementarios preparados higiénicamente, y definió que ofrece una mayor ventaja ya que prolonga la duración de la amenorrea lactacional en madres que amamantan frecuentemente (10 a 14 veces por día). La recomendación de amamantar exclusivamente durante 6 meses se aplica a las todas las poblaciones. Sin embargo, algunas madres no podrán hacerlo o decidirán no hacerlo, y deben ser apoyadas para que brinden una óptima nutrición a sus infantes. Merece atención particular el status nutricional de las madres embarazadas y lactantes, y el nivel de micro-nutrientes en bebés que viven en áreas con deficiencias altas en la prevalencia de hierro, zinc y vitamina A. También son importantes las rutinas de cuidado individual y el chequeo sobre el crecimiento y signos clínicos de deficiencia de micro-nutrientes.

Dewey KG. Nutrition, growth, and complementary feeding of the breastfed infant. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:87-104

La anterior conclusión sobre alimentación infantil se apoya en la evidencia disponible a la fecha. La lactancia materna por sí misma, puede llenar las necesidades de nutrición durante los primeros 6 meses, con la posible excepción de la vitamina D para ciertas poblaciones y de hierro en bebés de bajo peso al nacer. Los alimentos complementarios antes de los 6 meses de edad desplazan la leche materna y no ofrecen ninguna ventaja de crecimiento sobre la lactancia materna exclusiva. La leche materna sigue siendo la mejor proveedora de las cantidades sustanciales de los nutrientes claves más allá del primer año de vida, especialmente en proteína, grasa y muchas vitaminas. Los/as infantes alimentados/as con leche materna tienden a ganar menos peso que aquellos/as que utilizan fórmula en la segunda mitad de la infancia. Esta diferencia no parece tener ningún resultado de deficiencia nutricional, sino que más bien se refiere a una autorregulación del consumo energético. Nuevos modelos de crecimiento basadas en infantes amamantados/as durante el primer año de vida ya están siendo desarrolladas por la OMS. Los nutrientes

que se ven limitados en las dietas con leche materna son minerales como el hierro, zinc y calcio. Utilizando la siguiente guía se puede asegurar que se llenen las necesidades nutricionales después de los 6 meses de vida:

- continuar la lactancia materna a demanda
- ofrecer diariamente una variedad de alimentos complementarios como frutas, vegetales y productos animales (carne, pescado, pollo, huevos)
- ofrecer cereales fortificados con hierro y carnes
- el calcio puede obtenerse a través del queso, yogurt y otros productos lácteos (aunque la leche de vaca fresca no se recomienda antes de los 12 meses de edad)
- evitar ofrecer mucho jugo
- estar alerta sobre los signos de apetito, crecimiento y desarrollo infantil
- cuando existen dudas, se aconseja suministrar un suplemento balanceado de vitaminas y minerales
- hacer los tiempos de comida agradables.

## LACTANCIA MATERNA ¿POR QUÉ ...?

Hop LT, Gross R, Giay T, Sastroamidjojo S, Schultink W, Lang NT. Premature complementary feeding is associated with poorer growth of Vietnamese children. *J Nutr* 2000;130:2683-90

4 grupos de recién nacidos/as, de 90 bebés nacidos en 1981; 90 en 1982; 60 en 1983 y 60 en 1984, fueron investigados para analizar la asociación entre la iniciación prematura de alimentos complementarios y el crecimiento físico. El peso y la estatura fueron medidos mes a mes durante un año y luego durante cada tres meses por el año 2° y 3° y una vez cada 6 meses durante el 4° año. La información sobre las prácticas de alimentación y enfermedades se obtuvo a través de entrevistas a las madres visitadas en el hogar. Todos/as (98,6%) fueron amamantados/as, a excepción de 3 niños/as. A pesar de que el 87% de las madres amamantaron a sus bebés por lo menos durante 1 año, solo 3,3% lo hicieron de forma exclusiva durante 4 meses. Los/as niños/as amamantados/as parcialmente y recibiendo alimentos complementarios ganaron peso más lentamente que aquellos/as exclusiva o predominantemente amamantados/as. De 1 a 3 meses, los/as bebés alimentados/as exclusivamente aumentaron más rápidamente, tanto en peso como en estatura, seguido por infantes predominantemente amamantados/as. De 3 a 6 meses, los/as infantes exclusivamente amamantados/as ganaron más peso comparados/as con los otros grupos. En un período de edad más tardío (6 a 12 meses) los/as bebés exclusiva o predominantemente amamantados/as, crecieron mucho más rápidamente que aquellos parcialmente amamantados y que recibieron alimentación complementaria. No hubo diferencia en el aumento de peso entre los grupos.

La morbilidad por diarrea y por infecciones respiratorias agudas fue significativamente menor para el grupo de exclusivamente amamantados/as durante 3 meses y más. Los resultados muestran el deterioro a largo plazo del crecimiento físico en infantes que recibieron alimentos complementarios prematuramente y confirma la importancia de la lactancia materna exclusiva por lo menos durante tres meses.

Coutsoudis A, Pillay K, Kuhn L, Spooner E, Tsai WY, Coovadia HM; South African Vitamin A Study Group. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 2001;15:379-87

Este documento representa el seguimiento realizado durante 15 meses de un estudio publicado por los mismos autores en 1999 (*Lancet* 1999;354:471-6), donde varios infantes fueron observados hasta la edad de 3 meses. Un total de 551 madres embarazadas, infectadas con VIH, se escogieron al azar para una prueba de vitamina A. Las madres se auto-seleccionaron para amamantar o para dar fórmula después de haber recibido consejería. Las que amamantaron fueron animadas a practicar la lactancia materna exclusiva de 3 a 6 meses. Se comparó la probabilidad de HIV en los tres grupos: 157 alimentados con fórmula (nunca amamantados); 118 exclusivamente amamantados durante 3 meses o más; 276 alimentados con lactancia y fórmula. Los tres grupos no diferían en los factores de riesgo de transmisión y la probabilidad de detección del VIH durante el nacimiento fue similar. Las probabilidades de VIH y de su detección fueron similares a quienes nunca recibieron leche materna y quienes fueron exclusivamente amamantados hasta los 6 meses (19,4%), en comparación con una probabilidad aumentada entre los alimentados con alimentación mixta, fórmula y lactancia, que sobrepasó los dos grupos anteriores, alcanzando el 26,1%. A los 15 meses, la probabilidad acumulativa de la infección de VIH se mantuvo menor entre aquellos exclusivamente amamantados por tres meses o más, sobre aquellos que recibieron otros patrones de alimentación (24,7% contra 35,9%). Los autores concluyeron que los infantes exclusivamente amamantados durante tres meses o más no tienen mayor riesgo de infección VIH durante seis meses, que aquellos nunca amamantados. Estos resultados, si se confirman en otras partes, pueden influenciar las políticas de salud pública sobre las formas de alimentación disponibles para que las madres infectadas con VIH en los países en desarrollo.

**Williams C, Birch EE, Emmett PM, Northstone K. Stereoacuity at age 3.5 y in children born full-term is associated with prenatal and postnatal dietary factors: a report from a population-based cohort study. Am J Clin Nutr 2001;73:316-22**

Estudios de observación sugieren que los beneficios de la lactancia materna en el desarrollo visual de infantes de pretérmino se atribuyen a la presencia de ácido docosahexaenoico (DHA) en la leche materna. Se hicieron estudios que mostraron que bebés de pretérmino requieren de un suplemento dietético de DHA durante los primeros meses de vida para que desarrollen una visión óptima, pero no está claro si los bebés de término experimentan similares beneficios de la leche materna con los suplementos de DHA. El objetivo de este estudio era comparar la capacidad visual a la edad de 3.5 años en niños sanos, de término, que fueron amamantados, y en niños similares que no fueron amamantados, después de haber ajustado el status socio-económico y la dieta materna. Los resultados mostraron que los niños que fueron amamantados durante cuatro meses tenían 2.77 veces más posibilidades de obtener alto grado de visión estereoscópica que aquellos niños que no habían sido amamantados. Los niños cuyas madres habían consumido aceite de pescado durante el embarazo tuvieron 1.57 veces más probabilidades de alcanzar la visión estereoscópica de alto grado en comparación con aquellos niños cuyas madres no habían ingerido estos alimentos. Los autores sugieren que para los infantes de término, la lactancia materna está asociada con mejor visión a la edad de 3.5 años así como con una dieta anti-natal rica en DHA, independientemente de la forma de alimentación infantil posterior.

**Horwood LJ, Darlow BA, Mogridge N. Breast milk feeding and cognitive ability at 7-8 years. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2001;84:F23-7**

280 sobrevivientes de una muestra nacional de 413 bebés, nacidos en 1986, en Nueva Zelanda, con muy bajo peso al nacer, fueron examinados a los 7-8 años para analizar sus habilidades de coeficiente intelectual (IQ) y su desarrollo verbal. Al mismo tiempo, las madres fueron interrogadas sobre si habían elegido ofrecer lactancia materna desde el nacimiento y sobre el total de la duración del

amamantamiento. 73% de las madres ofrecieron lactancia materna inmediata y 37% amamantaron durante cuatro meses o más. El aumento en la duración del amamantamiento fue asociado con el aumento, tanto en el desarrollo verbal como en el IQ. Los niños amamantados por 8 meses o más tenían niveles de IQ y verbales más allá de 10,2 puntos y niveles de IQ de 6.2 puntos mayores que aquellos niños que no fueron amamantados. Estas diferencias se redujeron sustancialmente después del control de factores selectivos asociados con la recepción de leche materna. Aun, después del control de estos factores, hubo una significativa asociación entre la duración de la lactancia y el desarrollo verbal. Estos resultados sumados al cuerpo creciente de evidencia, sugieren que la leche materna tiene beneficios a largo plazo sobre el desarrollo cognoscitivo infantil.

**Wright AL, Holberg CJ, Taussig LM, Martinez FD. Factors influencing the relation of infant feeding to asthma and recurrent wheeze in childhood. Thorax 2001;56:192-7**

La relación entre la lactancia materna y el asma infantil ¿se altera por la presencia de asma materna? Se estudiaron recién nacidos sanos (n=1246) para investigar esta hipótesis. El asma se definió como un diagnóstico físico con síntomas de asma reportados por lo menos en 2 cuestionarios, a los 6, 9, 11 y 13 años. Estornudos recurrentes (4 o más episodios en el último año) fueron reportados en los cuestionarios a 7 edades en los primeros 13 años de vida. La duración de la lactancia materna exclusiva se basó en los reportes físicos y cuestionarios completados a los 18 meses. La atopia (una manifestación de alergia en la piel) se consideró parte del síndrome de asma; se revisó por exámenes de la piel a la edad de 6 años. La relación entre lactancia materna, asma, y estornudos fue diferente con relación a la presencia o ausencia de asma materna y atopia en los infantes. Los niños con madres asmáticas tuvieron nueve veces más propensión a tener asma si habían sido exclusivamente amamantados. Esta relación solo fue evidente para niños atópicos. En contraste, la relación entre estornudos recurrentes y la lactancia materna fue edad dependiente. En los primeros dos años de vida, la lactancia materna exclusiva se asoció con un 50% menos de recurrencia

de estornudos. Esto a pesar de la presencia o ausencia de asma bronquial o de atopia en los niños.

**Romieu I, Werneck G, Ruiz Velasco S, White M, Hernandez M. Breastfeeding and asthma among Brazilian children. J Asthma 2000;37:575-83**

Los autores examinaron la asociación de la leche materna y la presencia de síntomas respiratorios crónicos en 5.182 niños de escuelas brasileñas, entre 7 y 14 años de edad. La prevalencia del asma diagnosticada médicamente y de estornudos recurrentes fue respectivamente 4.6% y 11.9%. 90% de las madres habían amamantado a sus hijos. A diferencia de estudios previos (Write et al.) no se reportó lactancia materna exclusiva. Los niños que no habían sido amamantados tenían más propensión a tener un diagnóstico médico de asma, estornudos recurrentes, estornudos después del ejercicio, en comparación con aquellos niños que habían sido amamantados durante más de seis meses. El efecto solo se presentó entre niños sin historia de asma familiar. La prevalencia baja de asma y de estornudos se observó en esta población y se relacionó con el alto nivel de lactancia materna.

**Bener A, Denic S, Galadari S. Longer breastfeeding and protection against childhood leukaemia and lymphomas. Eur J Cancer 2001;37:234-8**

Los autores investigaron el rol de la lactancia materna en la protección contra la leucemia aguda y los linfomas. Un estudio de casos de control comprendió 117 pacientes, entre 12 y 14 años, con leucemia linfocítica aguda, linfoma Hodgkin y no Hodgkin, así como 117 controles, ligados por edad, sexo y grupo étnico. La duración media de la lactancia materna entre los pacientes fue significativamente menor entre los grupos de control: 7 (rango 0-23) y 10 (rango 0-20) meses respectivamente. La duración de la lactancia de 0 a 6 meses se comparó con la alimentación más allá de los seis meses y se asoció con un riesgo aumentado de leucemia aguda y linfoma Hodgkin y no Hodgkin (2.47, 3.75, y 4.06 veces respectivamente). En el análisis de las variables múltiples, la duración del amamantamiento continuó siendo un elemento de predicción independiente de la malignidad del linfoma. En consecuencia, la duración de la lactancia materna más allá de

los seis meses, puede proteger contra la leucemia y los linfomas infantiles.

**Jones G, Riley M, Dwyer T. Breastfeeding in early life and bone mass in prepubertal children: a longitudinal study. Osteoporos Int 2000;11:146-52**

El objetivo de este estudio fue determinar si la lactancia materna durante los primeros meses de vida se asociaba con la masa ósea, con 330 niños y niñas, de 8 años de edad, del sur de Tasmania, representando 47% de quienes originalmente formaron parte de un grupo de control de un estudio de riesgos de síndrome de muerte súbita (Lancet 1991;337:1244-7; N Engl J Med 1993;329:377-82; JAMA 1995;273:783-9). La intención y el hábito de amamantar fueron medidos tanto en 1988 y 1996. La densidad mineral ósea se midió con densitometría de rayos X. Los bebés amamantados tuvieron más densidad mineral ósea en el fémur, espina lumbar y en todo el cuerpo comparados con aquellos alimentados con biberón. La asociación con la leche materna se presentó en niños nacidos a término, pero no en aquellos de pre-término y continúa siendo significativa después del ajuste de los factores de tamaño, estilos de vida y socio-económicos. Amamantar por menos de 3 meses no se asoció con un aumento de la masa ósea en ningún momento. En conclusión, este estudio demostró la asociación beneficiosa entre la leche materna a edad temprana y la masa ósea en niños de ocho años que nacieron a término, particularmente en aquellos amamantados durante 3 meses o más. Si esta asociación se confirma en otras poblaciones y persiste, entonces las implicaciones sobre los programas de prevención de osteoporosis necesitan comenzarse muy tempranamente en la vida.

**Leeson CP, Kattenhorn M, Deanfield JE, Lucas A. Duration of breast feeding and arterial distensibility in early adult life: population based study. BMJ 2001;322:643-7**

Este estudio examinó la hipótesis de que la duración de la lactancia materna se relaciona con los cambios en la función vascular y es relevante al desarrollo de las enfermedades cardio-vasculares. Participaron 331 adultos (171 mujeres y 160 hombres) con edades entre 20 y 28 años, nacidos en el Hospital de Maternidad de Cambridge, Reino Unido. La distensibilidad de la arteria braquial se midió con relación a la alimentación infantil, su tipo

y duración y se determinó por un cuestionario retrospectivo. Los resultados mostraron que entre más tiempo se amamante hay menos distensibilidad de las paredes de la arteria en la vida adulta temprana. Los cambios vasculares observados no se explicaron con alteraciones en el plasma por concentración de colesterol en la vida adulta. Los participantes, sin embargo, auto-seleccionados, podrían tener otros factores asociados a la alimentación que no se detectaron en los cuestionarios. Además, no existe evidencia de la asociación entre distensibilidad de la arteria braquial y un desarrollo subsecuente de enfermedad cardiovascular. Como conclusión, la posible causa de relación entre lactancia materna en la infancia y riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular no se demostró y estos datos no deben alterar las recomendaciones a favor de la lactancia materna.

**Singhal A, ColeTJ, Lucas A. Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomised trials. Lancet 2001;357:413-9**

El grupo de investigación que publicó los artículos anteriores reportó sobre el seguimiento, a los 13 y 16 años, de un grupo de 926 niños, que nacieron prematuramente y que fueron parte desde el nacimiento de dos pruebas paralelas al azar, en cinco unidades neonatales del Reino Unido. Los mismos niños se estudiaron antes por otras razones (Arch Dis Child 1984;59:722-30; BMJ 1990; 300:837-40; Lancet 1992;339:261-4; BMJ 1998;317:1481-7). La presión arterial a los 13-16 años fue menor en 66 niños asignados a los bancos de leche (alimentados solo con esta leche o en adición a la leche materna), en comparación con los 68 asignados a la fórmula de pre-término (81.9 vs 86.1 mm Hg). No se encontró diferencia en el grupo que recibió fórmula de término (N = 44) frente al grupo fórmula de pre-término (N = 42). Los niños fueron seguidos hasta la edad de 13-16 años y tuvieron hallazgos similares a quienes no se siguieron en términos de clase social y antropometría al nacer. El consumo de leche materna se asoció con una presión sanguínea menor, un factor de protección de enfermedades cardiovasculares. Los datos existentes muestran evidencia experimental de factores de riesgos cardiovasculares debidos a las dietas tempranas y muestran apoyo a los beneficios de largo plazo de la lactancia materna.

**Zheng T, Duan L, Liu Y, Zhang B, Wang Y, Chen Y, Zhang Y, Owens PH. Lactation reduces breast cancer risk in Shandong Province, China. Am J Epidemiol 2000;152:1129-35**

Los autores condujeron un estudio de casos en un hospital en la provincia de Shandong, China, en 1997-1999. Se incluyeron un total de 404 casos y un igual número de controles. Se obtuvo información detallada sobre la lactación, menstruación, y reproducción, recogida entre personas entrevistadas. Los autores encontraron una significativa relación entre la duración de la lactación y el riesgo de cáncer de mama. Para las mujeres que amamantaron por más de 24 meses, los riesgos fueron 50% menores en comparación con aquellas que amamantaron de 1 a 6 meses/por bebé. Una significativa reducción de riesgo de cáncer de mama también se encontró entre aquellas cuya duración de la lactancia total fue de 73 a 108 meses y para aquellas que amamantaron por 109 o más meses. La misma conclusión se obtuvo a través del estudio de la estratificación del estatus de la menopausia. Estos datos sugieren que la lactancia prolongada reduce el riesgo de cáncer de mama.

**Chang-Claude J, Eby N, Kiechle M, Bastert G, Becher H. Breastfeeding and breast cancer risk by age 50 among women in Germany. Cancer Causes Control 2000;11:687-95**

Los autores reportaron los resultados de un estudio de caso familiar sobre cáncer de pecho entre mujeres diagnosticadas a la edad de 50 años, conducido en 2 áreas geográficas de Alemania, para evaluar los efectos de la leche materna sobre el riesgo de cáncer de mama. Entre los grupos de mujeres (153 casos, 1.094 controles de la misma edad) que nunca habían amamantado, por lo menos un mes, la lactancia no ofreció protección. Sin embargo, el riesgo de cáncer de mama fue significativamente menor entre más duración tuvo la lactancia materna; el riesgo fue 40% menor entre quienes amamantaron 13 a 24 meses, y 50% menor entre aquellas que amamantaron 25 meses o más, acumulativamente. Los resultados apoyan la idea de que la lactancia materna prolongada protege contra el desarrollo de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas.

## LACTANCIA MATERNA ¿Cómo ...?

**Deshpande AD, Gazmararian JA. Breastfeeding education and support: association with the decision to breastfeed. Eff Clin Pract 2000;3:116-22**

Para identificar los factores asociados con la iniciación y duración de la lactancia materna en un grupo que tuvo un parto vaginal normal, se realizó una entrevista telefónica de 5.213 madres (de 4 a 6 meses de post parto) conducido con una respuesta de 72%. 75% de las entrevistadas reportaron que habían amamantado y de estas mujeres 75% reportó que lo hizo por más de 6 semanas.

De un análisis de multi-variables, la lactancia materna fue afectada por la educación, empleo y estado civil. Las mujeres que estaban más propensas a amamantar habían sido quienes habían participado en clases prenatales, aquellas que recibieron consejería sobre lactancia y apoyo post partum. La lactancia por más de seis semanas después del parto se asoció con el estatus de salud y de empleo y con una adecuada información post partum. Estos resultados sugieren que los planes de salud y empleo en Estados Unidos deben promover la lactancia materna, educación y apoyo.

**Abada TS, Trovato F, Lalu N. Determinants of breastfeeding in the Philippines: a survival analysis. Soc Sci Med 2001;52:71-81**

Este estudio examina los factores modernos y tradicionales que pueden alargar o acortar la duración de la lactancia materna. Específicamente, se analizaron factores de salud, socio-económicos, demográficos y de suplementos alimentarios, en un amplio grupo representativo de mujeres de Filipinas. Los resultados muestran que los factores tradicionales se asocian a la lactancia materna (el uso de alimentos sólidos, tales como avena, puré de manzana y apoyo de parteras y nodrizas) no juegan un rol significativo en la decisión de la madre de continuar amamantando. Los factores asociados con la modernidad son significativos para explicar la terminación temprana de la lactancia (la educación, cuidado prenatal de médicos, partos hospitalarios y uso de fórmulas infantiles). Los resultados de este estudio sugieren que las instituciones de salud y profesionales juegan un rol significativo en promover la lactancia

materna en Filipinas y que las campañas educativas que estimulan los beneficios de la lactancia son estrategias importantes para apoyar a las madres a amamantar durante más tiempo.

**Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. Pediatrics 2000;106:E67**

Para determinar los factores que influyen sobre las decisiones de alimentación infantil, las tasas de iniciación de la lactancia o de alimentación con biberón, así como en la duración de la lactancia, se realizó una encuesta por correo entre 245 madres que recibían beneficios sociales para sus hijos desde el nacimiento hasta el año de edad, en 530 comunidades de base, en el noroeste de Pennsylvania. La iniciación de la lactancia materna fue 43.3%. Cuando los infantes tenían 6 meses de edad, solo 13% de ellos todavía eran amamantados. La decisión de amamantar o de ofrecer biberón, se realizó la mayoría de las veces antes del embarazo o durante el primer trimestre de éste.

Las razones más comunes que dieron las madres para escoger la lactancia incluyeron:

1. beneficios sobre la salud infantil.
2. naturalidad y lazos emocionales

con el infante.

Las razones más comunes para utilizar el biberón incluyeron:

1. la percepción de la madre sobre las actitudes del padre
2. incertidumbre sobre la calidad de la leche materna
3. regreso al empleo.

Los factores que más estimularon el amamantar entre las madres que utilizaban biberón:

1. más información en las clases prenatales,
2. más información en televisión, revistas y libros
3. apoyo familiar.

Para superar los obstáculos, las barreras, tales como la actitud del padre, calidad de la leche y problemas de tiempo, necesitan discutirse con cada familia.

**Hannon PR, Willis SK, Bishop-Townsend V, Martinez IM, Scrimshaw SC. African-American and Latina adolescent mothers' infant feeding decisions and**

**breastfeeding practices: a qualitative study. J Adolesc Health 2000;26:399-407**

Para explorar las percepciones de las madres adolescentes sobre la lactancia materna y la influencia sobre la escogencia de alimentación infantil, se realizó un estudio cualitativo que utilizaba entrevistas semi-estructuradas y etnográficas. Se condujeron grupos focales con 35 adolescentes latinas y afro-americanas de Chicago, en edades entre 12-19 años, primíparas y embarazadas o que habían dado a luz en los últimos tres meses. Las adolescentes identificaron las principales influencias en su decisión sobre la práctica de alimentación infantil:

1. percepción de los beneficios de la leche materna
2. percepción de los problemas con el amamantamiento
3. el grupo de influencia.

En este estudio, las adolescentes reportaron una influencia diferida. La decisión a amamantar fue un dinámico proceso. Las adolescentes reconocieron que la lactancia materna ofrecía muchos beneficios incluyendo crear lazos materno-infantiles y promover la salud infantil, pero mostraron preocupación con relación a un apego excesivo entre la madre y su bebé. El temor al dolor, a sentir vergüenza a exponerse en público y lo incómodo del acto de amamantar fueron barreras que las madres señalaron. Las madres adolescentes recibieron mucha influencia por parte de sus madres. Estos datos en el lenguaje explicado e ilustrado por las mismas palabras de las adolescentes, son muy útiles para el sector salud para que aprendan a aconsejar a las madres adolescentes sobre las opciones de alimentación infantil.

**Donath SM, Amir LH. Does maternal obesity adversely affect breastfeeding initiation and duration? J Paediatr Child Health 2000;36:482-6**

Para examinar la relación entre la obesidad materna y la iniciación y duración de la lactancia materna, se condujo un análisis en la encuesta nacional de salud de 1995, con personas entrevistadas de residencias privadas y no privadas en todos los Estados y territorios de Australia.

Madres entre 17 y 50 años (N = 1991) con niños menores de 4 años en 195 participaron en el estudio. Del grupo de madres con un índice de masa corporal (BMI) de 20 a 25, 89,2% iniciaron la lactancia comparadas

con 82,3% de madres con una BMI de 30 o más. También hubo una diferencia significativa entre la media de duración de la lactancia materna de las madres obesas y no obesas. Estas diferencias siguen siendo significativas cuando la madre fuma, de acuerdo a su edad y otros factores socio-demográficos que deben ser tomados en consideración. Los profesionales de la salud deben observar que las mujeres obesas pueden tener un riesgo mayor de no amamantar o de terminar la lactancia prematuramente.

**Volpe EM, Bear M. Enhancing breastfeeding initiation in adolescent mothers through the Breastfeeding Educated and Supported Teen (BEST) Club. J Hum Lact 2000;16:196-200**

El propósito de este estudio fue determinar si la educación específica sobre lactancia materna, ofrecida por consultores en lactación, a grupos de madres adolescentes embarazadas, aumentaría la iniciación de lactancia materna entre estudiantes de secundaria, en programas de adolescentes embarazadas. Participaron 91 adolescentes embarazadas en el estudio y se dividieron en dos grupos. Uno, no recibió educación específica sobre lactancia y otro que sí la recibió. No hubo diferencias significativas en la iniciación de la lactancia con relación a la edad o grupo étnico. De las 48 adolescentes que no recibieron educación específica, 7 (14.6%) inició la lactancia. De las 43 adolescentes en el grupo que recibió educación, 28 (65,1%) iniciaron la lactancia, lo que indica una diferencia significativa entre los grupos con relación a la escogencia sobre alimentación infantil. Los resultados del estudio indican que los programas específicos diseñados para adolescentes pueden ser muy exitosos en la iniciación de la lactancia para esta población.

**Lu MC, Lange L, Slusser W, Hamilton J, Halfon N. Provider encouragement of breastfeeding: evidence from a national survey. Obstet Gynecol 2001;97:290-5**

Para examinar la influencia que ofrece el estimular la lactancia entre mujeres de diferentes sectores sociales y étnicos en los Estados Unidos, se escogió una muestra representativa de 2.017 familias, con niños pequeños menores de 3 años, que fueron entrevistados telefónicamente. La respuesta de 1.229 mujeres se incluyó en este análisis. Se preguntó sobre si recordaban si los



médicos y enfermeras habían estimulado o no su decisión de amamantar. 34,4% dijo no haber iniciado la lactancia. 73,2% de las mujeres reportaron haber recibido estímulo, 74,6% de las mujeres recibieron estímulo comparadas con solamente el 43,2% que no tuvo ninguno. Las mujeres estimuladas tuvieron 4 veces más propensión a iniciar la lactancia que aquellas que no recibieron ningún apoyo. La influencia del estímulo fue significativamente mayor en todos los estratos de la muestra. En las poblaciones tradicionalmente menos propensas a amamantar, la iniciación a la lactancia fue significativamente mayor, más de 3 veces entre las de bajos ingresos, jóvenes y menos educadas; 5 veces más entre las mujeres negras y 11% mayor entre las mujeres solteras.

**Sheehan A. A comparison of two methods of antenatal breastfeeding education. Midwifery 1999;15:274-82**

El objetivo de este estudio fue comparar un programa de lactancia materna ante-natal basado en los conceptos de apoyo familiar, con un grupo de control que recibió educación sobre lactancia materna ante-natal dirigida por una educadora partera.

En un hospital privado, grande, en Sydney, Australia, 154 mujeres primíparas, altamente educadas que recibieron clases antes del parto fueron asignadas como un grupo de control (N=86), o a un grupo experimental (N=68), en donde representantes de la Asociación de Madres Parteras de Australia, sus compañeros y otras madres que querían demostrar la lactancia materna. No se encontraron diferencias entre los grupos con relación a las percepciones maternas sobre el éxito o duración de la lactancia materna que fue mucho más grande en comparación con las tasas de duración reportadas anteriormente en Australia. Esto demostró que un modelo de educación sobre amamantamiento fue muy efectivo a través de los grupos conducidos por las parteras para fomentar la iniciación de la lactancia y aumentar las tasas de duración, más que muchos otros cursos reportados previamente y que tenían gran potencial para crear redes de apoyo social.

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

Muchas mujeres que reciben terapia con methadone y que están embarazadas, desean amamantar pero son desestimuladas a hacerlo ya que existe preocupación sobre la transmisión de esta sustancia a la leche materna. Este estudio analiza los niveles de methadone en la leche de las madres comparada con los niveles de otros reportes publicados. Se recogieron muestras de 14 leches maternas obtenidas de 8 mujeres que utilizaban dosis de methadone de 25 a 180 mg. por día. Los niveles de methadone en la leche fueron entre 27 a 260 mg/ml, como media para el grupo de 95 mg/ml. La ingestión dañina diaria de methadone, basada en el consumo diario de 475 ml/día de leche materna, fue 0,05 mg/día. Este nivel es muy pequeño y consistente con aquellos otros reportes publicados. La duración de la lactancia materna fue de 2.521 meses. No se encontraron efectos adversos asociados con la lactancia o destete. Este estudio apoya la compatibilidad de la lactancia materna y de la terapia de mantenimiento con metadona.

**Riordan J, Gross A, Angeron J, Krumwiede B, Melin J. The effect of labor pain relief medication on neonatal suckling and breastfeeding duration. J Hum Lact 2000;16:7-12**

La relación entre medicamentos que alivian el dolor con la succión neonatal y la duración de la lactancia fue examinada en 129 madres que tuvieron partos vaginales. Los niveles de succión para el grupo que recibió intravenosa y epidural fue similar, mientras que fue menor en aquellos que recibieron una combinación de ambos medicamentos. La duración de la lactancia materna no fue diferente entre los grupos; sin embargo, el destete temprano fue mayor entre los grupos de menos succión que entre aquellos con tasas medianas o altas. Los medicamentos que alivian el dolor durante el parto se asocian a una menor succión, pero no a una duración menor de la lactancia materna después de 6 semanas post partum.

**Hoseth E, Joergensen A, Ebbesen F, Moeller M. Blood glucose levels in a population of healthy, breast fed, term infants of appropriate size for gestational age. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2000;83:F117-9**

La concentración de glucosa en la sangre de infantes saludables amamantados y de

término, de edad gestacional similar fue determinada en diferentes momentos (entre 1 y 96 horas) después del parto. Una muestra de glucosa en la sangre se tomó para cada infante, independientemente del tiempo de alimentación. Los infantes que se sospechaba sufrían de hypoxia in partum, fueron excluidos. La concentración de glucosa en la sangre, una hora después del parto, no fue significativamente menor que ningún otro tiempo. Solo 2 infantes tenían una concentración baja 1 hora después del parto (1.4 y 1.9 gnmol/l). No había diferencias significativas en la concentración de glucosa en la sangre entre los sexos, formas de parto, nacimientos con o sin analgesia, y bebés nacidos de fumadoras o no fumadoras, ni hubo correlación posterior entre la concentración de glucosa en la sangre y la edad gestacional, cordón umbilical. Los autores concluyeron que muy pocos infantes saludables, amamantados y de término, de tamaño apropiado para la edad gestacional tienen niveles de glucosa bajos en la sangre y que no hay indicación para monitorear la glucosa en la sangre de estos infantes.

**Meier PP, Brown LP, Hurst NM, Spatz DL, Engstrom JL, Borucki LC, Krouse AM. Nipple shields for preterm infants: effect on milk transfer and duration of breastfeeding. J Hum Lact 2000;16:106-14**

Los estudios reportan sobre los resultados de un grupo de infantes de pretérmino de 34 madres que utilizaron maderas ultrafinas de silicón para aumentar la transferencia de leche materna. La transferencia disminuida de leche se comparó con dos amamantamientos consecutivos, con y sin la ayuda de estas mamaderas. La duración total de la lactancia se calculó durante un máximo de 365 días. La transferencia de leche fue significativamente mayor con la utilización de la mamadera (18,4 ml contra 3.9 ml.) en todos los 34 infantes que consumieron más leche cuando tenían la mamadera. La poca duración de uso de la mamadera fue de 32.5 días y la poca duración de la lactancia fue de 169.4 días; no se notó asociación entre ambas variables. La mamadera fue utilizada por el 24.3% del total de la experiencia de lactancia, sin asociación significativa entre el porcentaje de tiempo que se utilizó la mamadera y la duración de la lactancia. Estos resultados muestran que el uso de mamaderas aumenta la ingesta de

leche sin decrecer la duración total de la lactancia en bebés de pre-término.

**Killersreiter B, Grimmer I, Buhner C, Dudenhausen JW, Obladen M. Early cessation of breastmilk feeding in very low birthweight infants. Early Hum Dev 2001;60:193-205**

Esta investigación se llevó a cabo para medir la duración de la lactancia materna y analizar los factores de riesgo para un cese temprano del amamantamiento en bebés de término y pre-término. El estudio se llevó a cabo con 89 bebés de muy bajo peso al nacer (menos de 1.500 gr.) que sobrevivieron por lo menos 1 semana y con 177 infantes de término con peso al nacer mayor de 2.500 gramos, nacidos en el mismo hospital; apareados por sexo y multiplicidad. La duración media de la alimentación con leche materna se determinó a través de gráficos y cuestionarios que se enviaron a la madre a los 6 y 12 meses. Fue de 36 días en los infantes de bajo peso al nacer comparados a 112 días en los bebés de control. En ambos grupos, el fumado durante el embarazo, el bajo nivel de educación materno y paterno, fueron asociados significativamente con la duración de la lactancia materna. En los bebés de bajo peso al nacer, los embarazos múltiples y la edad de gestación menor de 29 semanas, se asoció con una prolongada alimentación con lactancia materna, así como con una mayor edad materna -mayor de 35 años y con un embarazo espontáneo (opuesto a un embarazo seguido de un tratamiento de infertilidad), en todos los bebés de término. El análisis de las multi-variables reveló que los bebés de bajo peso al nacer, de familias con bajo nivel de educación, que fuman, fue un predictor negativo independiente del amamantamiento. Mientras estos resultados enfatizan la necesidad de un especial apoyo para las madres de bebés de bajo peso al nacer, la relación entre fumado, educación y alimentación al pecho, mostró que los efectos del aumento en el amamantamiento requieren del apoyo de los servicios públicos en salud.

**Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL, Dewey KG. Exclusively breastfed, low birthweight term infants do not need supplemental water. Acta Paediatr 2000;89:550-2**

El consumo de leche materna, volumen urinario y gravedad urinaria específica (USG) de infantes exclusivamente amamantados,

masculinos, de bajo peso al nacer (LVW) en Honduras, fueron medidos durante períodos de 8 horas a 2 (N=59) y 8 (N=68) semanas de edad. La temperatura ambiente entre 22 y 36 grados y la humedad relativa fue de 37-86%. La máxima USG estuvo entre 1.001 y 1.012, todo dentro de los límites normales. Se concluyó que el agua complementaria no se requiere para los amamantados exclusivamente y bebés de bajo peso al nacer, aún en condiciones muy cálidas.

**Almroth S, Mohale M, Latham MC. Unnecessary water supplementation for babies: grandmothers blame clinics. Acta Paediatr 2000;89:1408-13**

Este estudio se diseñó para obtener información relevante y para definir políticas y programas sobre alimentación exclusiva al pecho, en Lesoto. Se obtuvo información cualitativa entre grupos focales y entrevistas individuales con madres, abuelas y enfermeras. Esto se complementó con una recolección de datos cuantitativos a través del estudio de encuestas clínicas. La calidad y la cantidad de los hallazgos ilustra que la cultura de alimentación infantil que centra la lactancia materna es clave, pero que el concepto de lactancia materna exclusiva es desconocido y no es practicado. Las abuelas parecen estar más de acuerdo con el ideal de lactancia materna exclusiva, porque ellas mismas la practicaron. Las madres contemporáneas, en contraste, muchas veces dan a sus bebés agua. Madres y abuelas frecuentemente citaron a las enfermeras que les aconsejaron el ofrecer agua. Las abuelas fueron claves en apuntar que ellas jamás hubieran dado agua a sus propios hijos y que están de acuerdo en no ofrecerla a sus nietos, ya que lo consideran innecesario y dañino. De acuerdo a las madres, los suplementos de agua, son una nueva práctica que se ha introducido a través de la clínica. Los esfuerzos para no estimular el suministro de agua y estimular, por el contrario, la lactancia materna exclusiva necesitan estar dirigidos tanto a las madres como al personal de salud.

**Margolis LH, Schwartz JB. The relationship between the timing of maternal postpartum hospital discharge and breastfeeding. J Hum Lact 2000;16:121-8**

Este estudio examina la asociación entre el tiempo en que se deja el hospital o clínica y la lactancia materna, controlado por factores

demográficos, económicos y de salud que influyen a ambos. Los resultados muestran que las mujeres que duermen una noche en el hospital tenían dos veces más propensión a amamantar que aquellas que estuvieron dos o tres noches en el hospital. Independientemente de los criterios financieros, deben establecerse reglas predeterminadas y prestar atención especial al proceso de toma de decisiones como parte de las políticas a seguir para recién nacidos.

**Hall RT, Simon S, Smith MT. Readmission of breastfed infants in the first 2 weeks of life. J Perinatol 2000;20:432-7**

El propósito de este estudio fue mirar los actores asociados con la re-admisión de infantes amamantados, por ictericia y/o deshidratación. Se revisaron los récords de 125 infantes amamantados, admitidos al hospital entre 1995 a 1997, durante los dos primeros meses de vida, con diagnóstico de ictericia, deshidratación o problemas de alimentación. Infantes con enfermedades hemolíticas, infecciones u otras causas, fueron excluidos. El estudio confirma que la estadía corta y retiro prematuro del hospital, de menos de 3 días, son factores de riesgo para la readmisión de infantes amamantados con ictericia, y/o deshidratación.

**Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuk D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinikova L, Helsing E, for the PROBIT Study Group. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA 2001;285:413-20.**

El objetivo de este estudio fue medir los efectos de la promoción de la lactancia sobre su duración y exclusividad; sobre las infecciones respiratorias y gastrointestinales y excemas atópicas. 31 hospitales de maternidad y poli-clínicas de la República de Belarus recibieron una intervención experimental (n=16) basadas en el modelo de la Iniciativa Hospitales Amigables de la Niñez de OMS y UNICEF, que enfatizaron la asistencia del personal de salud con la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna y con el apoyo post-natal a la lactancia y una intervención de control (n=15) con la habitual y usual práctica de alimentación infantil. Un total de 17.046 pares de madres/infantes, de término,

ganando por lo menos 2.500 gramos y de madres saludables que tenían la intención de amamantar, fue seguido durante 12 meses. 16.491 (96,7%) completó el seguimiento enteramente. Los infantes del grupo de intervención fueron significativamente más propensos, que los bebés de control, a ser amamantados hasta los 12 meses (19.7% contra 11.4%); fueron más propensos a ser exclusivamente amamantados a los 3 meses (43,3% versus 6.4%) y a los 6 meses (7.9% versus 0.6%), y tuvieron una reducción significativa en el riesgo de 1 ó más infecciones gastrointestinales (2.1% contra 13.2%) y de eccema atópico (3.3% versus 6.3%), pero no una significativa reducción en las infecciones del tracto respiratorio. La implementación de la Iniciativa Hospitales Amigables de la Niñez aumenta la duración y el grado de exclusividad de la lactancia materna y decrece el riesgo de infecciones gastrointestinales y de eccemas atópicos en el primer año de vida. Estos resultados ofrecen una sólida base científica para futuras intervenciones de promoción de la lactancia materna.

**Shariff F, Levitt C, Kaczorowski J, Wakefield J, Dawson H, Sheehan D, Sellors J. Workshop to implement the baby-friendly office initiative. Effect on community physicians' offices. Can Fam Physician 2000;46:1090-7**

Para medir el efecto de un cuestionario y de un taller ofrecido por personal oficial para promover los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa, en Canadá, un grupo de intervención de pediatras de atención primaria, recibió un taller en octubre de 1997 (n=23) y un grupo de control tardío de intervención en abril de 1998 (n=23). Se compararon las autoapreciaciones de todos los participantes de los talleres en octubre de 1997, de 37 oficinas en abril en 1998, y de 34 en octubre de 1998. De las 34 oficinas que completaron todas sus tareas, ninguna siguió todos los 10 Pasos. El puntaje inicial fue de 4.4 pasos. El taller de intervención mejoró la puntuación de 4.3 a 5.6. La herramienta de auto-apreciación no tuvo efectos sobre la puntuación. Las áreas de mejoría se notaron al proveer información a las familias y al poner afiches para promover la lactancia materna. Los pasos claves, como la no promoción de sustitutos de leche materna y la no distribución de suministros gratuitos, no cambiaron. Los talleres afectaron modestamente, pero

positivamente, la promoción de la lactancia materna. Este cambio se mantuvo a 6 a 12 meses después de la intervención.

**Porteous R, Kaufman K, Rush J. The effect of individualized professional support on duration of breastfeeding: a randomized controlled trial. J Hum Lact 2000;16:303-8**

Un estudio se llevó a cabo con 51 mujeres que se asignaron, a un grupo de cuidado con enfermeras y a un grupo de apoyo profesional individual, con el objeto de examinar los efectos del apoyo profesional sobre el status de lactancia materna, a las 4 semanas post partum. Todas las participantes se identificaron con no haber recibido apoyo anteriormente. A las 4 semanas de post partum, 17 de 25 (68%) y 26 de 26 (100%) de las mujeres en el grupo de control y de intervención, respectivamente, continuaban amamantando. Los resultados indican que el cuidado post partum, aumentado por el cuidado profesional individual, apoya a las madres en el hospital y en la comunidad posteriormente y aumenta significativamente la duración de la lactancia materna entre las madres que habían recibido apoyo durante el primer mes post partum.

**Hoddinott P, Pill R, Hood K. Identifying which women will stop breastfeeding before three months in primary care: a pragmatic study. Br J Gen Pract 2000;50:888-91**

En Gran Bretaña, solo el 42% de las mujeres que inician la lactancia, todavía continúan amamantando después de los 4 meses, a pesar de los beneficios bien documentados sobre la salud. Se realizó una encuesta de 279 nacimientos consecutivos en Londres para explorar si la recolección de información socio-demográfica y social, que rutinariamente recolectan los visitadores de salud, puede predecir si las mujeres van a dejar de amamantar antes de los 3 meses de vida. Se recogió información socio-demográfica, sobre alimentación infantil y apoyo social de recién nacidos de 10 a 14 días después del parto y en una visita de inmunización a los 3 y 4 meses después del parto. Las variables encontradas se asociaron significativamente con la lactancia materna a los 3 meses. Las madres jóvenes y con apoyo emocional moderado y pobre, habían sido señaladas por los visitadores médicos como las menos propensas a continuar amamantando después de los 3 meses. Madres blancas, con

educación completa a los 16 años o menos, eran menos propensas a amamantar a los 3 meses, pero los niveles de educación no fueron un elemento de predicción significativa para las mujeres de otros grupos étnicos. Este estudio pragmático ilustra cómo la información recogida durante una rutina clínica de los visitadores de salud puede ayudar a predecir si una mujer va a dejar de amamantar antes de los 3 meses. Esto puede ser un medio de identificación del apoyo social que se necesita y que puede beneficiar las intervenciones locales.

**McInnes RJ, Love JG, Stone DH. Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence. J Public Health Med 2000;22:138-45**

El objetivo de este estudio fue determinar si la consejería ante y post natal aumenta la prevalencia y duración de la lactancia materna entre las mujeres de bajos ingresos en Glasgow. La intervención comprendió grupos de mujeres embarazadas, apoyo a las madres lactantes y aumento de la conciencia local. Los estudios tuvieron como sujeto a todas las mujeres que recibieron atención ante natal en la clínica y que residían en el área de intervención del área de control. De las 995 mujeres parte del estudio, se recogieron datos disponibles para el análisis de 919 (92%), a las seis semanas de post natal. 18% del grupo de intervención y un 100% del grupo de control, manifestaron su intención de amamantar. A la hora del parto, las proporciones de inicio de la lactancia fueron 23% entre el grupo de intervención y 20% en el de control; a las 6 semanas después, la proporción que no dio ninguna leche materna, declinó al 10% del grupo de intervención y al 8% del grupo de control. A la prevalencia de la leche materna fue 2 veces mayor en el grupo de intervención con relación al grupo de control, a la hora del parto; a las 6 semanas después del parto, la diferencia entre los 2 grupos no fue estadísticamente significativa. Como el impacto de la intervención no se obtuvo de forma sostenida debido a la modesta duración a las 6 semanas post partum, sería prematuro justificar el uso de programas de apoyo para aumentar la prevalencia de lactancia en las comunidades con desventajas sociales.

**Ladzani R, Steyn NP, Nel JH. An evaluation of the effectiveness of nutrition advisers in three rural areas of northern province. S Afr Med J 2000;90:811-6**

Para evaluar la eficiencia de la educación nutricional de los programas de intervención, desarrollada para entrenar mujeres como consejeras en nutrición, se llevó a cabo una encuesta cruzada, en los pueblos rurales de Sudáfrica, en 1989 y en 1992. 6 consejeros entrenados en nutrición, ofrecieron educación a mujeres que cuidaban a los infantes en 3 pueblos del estudio pero no en los 3 pueblos de los grupos de control. Las amas de casa se seleccionaron al azar. La tasa de respuesta de las amas de casa fue 70% (n=1040) en el momento de partida y 84% (n=1263) después de la intervención. El porcentaje de mujeres que iniciaron la lactancia el día del nacimiento mejoró significativamente en el área de estudio, del 60% al 90%. La frecuencia de la alimentación a los 6 meses, también mejoró. La introducción de alimentos sólidos durante el primer día de vida, disminuyó de 26.5% a 6.3%, en el área de estudio. Los programas educativos de nutrición desarrollados por las mujeres capacitadas localmente pueden significativamente mejorar la lactancia materna y las prácticas de alimentación infantil en las áreas rurales.

**Valdes V, Pugin E, Schooley J, Catalan S, Aravena R. Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women. J Trop Pediatr 2000;46:149-54**

La lactancia materna exclusiva fue generalmente considerada incompatible con el trabajo lejos de los infantes. Esta idea, investigada en una intervención de control en Chile, muestra que los grupos de apoyo a la lactancia, incluyendo consejería anticipada y seguimiento mensual clínico de la madre y los infantes, pueden aumentar significativamente el porcentaje de bebés amamantados exclusivamente con leche materna hasta el final de los seis meses de edad. Cerca del 80% de las mujeres de los grupos de control y de intervención, expresaron el deseo de amamantar por más de 6 meses, y más de la mitad, pensaron que era mejor que los infantes fueran amamantados exclusivamente durante 6 meses. Solo 6% de las mujeres en el grupo de control pudo completar los 6 meses de lactancia materna exclusiva, comparado con el 53% de aquellos en el grupo de intervención. La más importante diferencia entre las estrategias

utilizadas por ambos grupos de madres, fue el mantener la lactancia materna exclusiva después de haber vuelto al trabajo, y consistió, en que solo el 23% de las mujeres del grupo de control practicaron la extracción de la leche, comparado al 63% en el grupo de intervención. Todas las madres del grupo apoyado manifestaron que una amistad les aconsejó combinar la lactancia materna exclusiva con el trabajo y que volverían a hacer lo mismo con sus próximos hijos.

**Hamprecht K, Maschmann J, Vochem M, Dietz K, Speer CP, Jahn G. Epidemiology of transmission of cytomegalovirus from mother to preterm infant by breastfeeding. Lancet 2001;357:513-8**

151 madres y sus 176 infantes de pre-término (edad gestacional de nacimiento menor de 32 semanas o bajo peso al nacer menor de 1.500 gramos) fueron estudiados sobre infección de citomegalovirus, por serología, cultivo viral y PCR. De los 69 seronegativos del grupo de control de madres que amamantaban, ninguno fue detectado con citomegalovirus DNA en la leche materna y ninguna de sus 80 infantes tenía el virus en la orina. La proporción de reactivación del citomegalovirus en madres seropositivas y amamantando fue del 96% (73 de 76). La tasa acumulativa de transmisión fue 37% (27 de 73 madres; 33 infantes). La infección de los neonatales tuvo una incubación de 42 días. Cerca del 50% de los infantes infectados no tenía síntomas, pero 4 tenían síntomas de sepsis. Esto sí demuestra que la lactancia materna es un recurso de infección por citomegalovirus post natal en infantes de pre-término que ha sido subestimada y que debe ser asociada a la infección sintomática. Medidas como la pasteurización de la leche deben tomarse para inactivar el virus en la leche materna de las madres seropositivas que alimentan a los infantes de pre-término.

**Jeffery BS, Mercer KG. Pretoria pasteurisation: a potential method for the reduction of postnatal mother to child transmission of the human immunodeficiency virus. J Trop Pediatr 2000;46:219-23**

VIH puede ser transmitido a través de la leche materna pero este virus se inactiva con el calentamiento. Un método simple puede recomendarse para aplicarse a la leche materna exprimida que puede pasteurizarse en los hogares y a niveles domésticos. El método utiliza el principio de calentamiento

llevando 450 ml. de agua a hervir en una olla de aluminio y a un volumen pequeño de leche en un vaso de vidrio puesto en esa agua. El método fue examinado utilizando diferentes volúmenes de leche (entre 50 y 150 ml.); temperatura inicial de la leche (entre 37°C y temperatura ambiente); y temperatura ambiental. Cada uno de los parámetros varió de acuerdo al rango indicado mientras que otras condiciones se mantuvieron constantes. La temperatura de la leche se mantuvo entre 56 y 62.5°C, el rango ideal, por un período de 10 a 15 minutos dependiendo de la combinación de las variables. La temperatura pico y duración del tiempo en el rango de temperatura ideal se minimizó sensiblemente al volumen de leche, comenzando por la temperatura de la leche y la temperatura ambiente. Este método de pasteurización es posible y confiable bajo las condiciones descritas, pero requiere mayor refinamiento y mayor investigación sobre condiciones diferentes.

**Aarts C, Kylberg E, Hornell A, Hofvander Y, Gebre-Medhin M, Greiner T. How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data. Int J Epidemiol 2000;29:1041-6**

No existen indicadores aceptados ampliamente sobre la "lactancia materna exclusiva desde el nacimiento". De hecho, la diferencia entre los datos sobre alimentación exclusiva o sobre alimentación exclusiva desde el nacimiento, son raramente reconocidos. Los autores de este documento utilizan datos obtenidos a través de un estudio longitudinal de 506 pares de madres e infantes de Suecia. Las madres llenaron un récord diario sobre la duración de la alimentación infantil durante 9 meses después del nacimiento. Una investigación consistente se llevó a cabo visitando a los hogares y realizando entrevistas estructuradas. Los resultados muestran una discrepancia amplia entre los datos obtenidos de ambas fuentes. La diferencia en las tasas de lactancia exclusiva fue de 92% versus 51% a los dos meses, 73% versus 30% a los cuatro meses y 11% versus 1.8% a los seis meses. Los indicadores sobre el estatus, basados en períodos de 24 horas, pueden ser inadecuados y pueden desviar los propósitos.

**Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD000043**

Se ha sugerido que el tiempo de la primera amamantada puede influenciar la duración de la lactancia materna y el apego emocional. El objetivo de esta revisión fue analizar los efectos a. de la lactancia materna inmediata, después del parto (los siguientes 30 minutos), comparado con b. la lactancia posterior (4 a 8 horas después del parto) sobre la duración de la lactancia materna y la relación madre-infante. Tres estudios de control, que involucraron 209 mujeres, ofrecieron información. Comparados con la relación tardía y la lactancia, el contacto temprano y el amamantamiento se asociaron con una mayor comunicación entre la madre y los infantes en los períodos de observación de dos minutos (ó 0.14, 95% CI 0.03 a 0.61). No se detectó diferencia entre las madres que amamantaron después del parto (o por 12 semanas después del parto 0.73, 95% CI 0.34 a 1.54). La revisión no encontró diferencias entre el contacto temprano o más retardado con relación a la duración de la lactancia. El contacto temprano se asoció con mayor comunicación entre madres e infantes.

**Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. Feeding schedules in hospitals for newborn infants. Cochrane.**

Los tiempos regulares de amamantamiento han mostrado que ayudan a establecer rutinas y a promover la digestión infantil, mientras que la lactancia frecuente se ha recomendado para aumentar el amamantamiento y el crecimiento infantil. El objetivo de esta revisión sistemática fue el examinar los efectos del amamantamiento frecuente en comparación con la lactancia materna menos frecuente, durante los primeros días después del parto. Se establecieron tres grupos de control que involucraron 400 mujeres. Hubo limitaciones metodológicas significativas en algunos de los estudios. En comparación con cada 2 horas, cada 3 horas o lactancia materna a demanda, el amamantamiento restringido (menos frecuente cada cuatro horas de amamantamiento) se asoció con una mayor discontinuación de la lactancia materna de 4 a 6 semanas post partum. (RR 1.53, 95% CI 1.08 a 2.15). El amamantamiento restringido se asoció con un mayor incremento de la incidencia de pezones agrietados (RR 2.12, 95% CI 1.22 a 3.68), y la necesidad de dar fórmula adicional (RR 3.14, 95% CI 1.24 a 8.00). Parece haber un

número significativo de desventajas que se derivan de restringir el amamantamiento a horarios de cada 4 horas durante los primeros días después del nacimiento. La lactancia materna más frecuente y a demanda se asocia con menores complicaciones y con una duración más larga de amamantamiento.

**Renfrew MJ, Lang S, Woolridge M. Oxytocin for promoting successful lactation. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD000156**

El riesgo de concentración de oxitosina causa contracción de las células alrededor del alveolo y de los conductos mamarios, durante la preparación para la succión. La dificultad para amamantar puede resultar de la deficiencia de oxitosina. El objetivo de esta revisión sistemática fue medir los efectos de la utilización de oxitosina oral o nasal durante la lactancia. Se escogieron cuatro grupos de madres, en total 639. La lactancia restringida a horarios pudo contribuir a una inadecuada producción de leche. Preparaciones de oxitosina bajo la lengua o bucales se asociaron con un aumento de la producción de leche. La oxitosina no pareció aumentar la incidencia de dolor de pecho y 100 IU de oxitosina parece haber sido más beneficiosos que 10 IU. La revisión concluyó que una apropiada dosis de oxitosina bajo la lengua o bucal puede ayudar a aumentar la lactancia, si fuese necesario. Sin embargo, si las mujeres son apoyadas para que amamenten sin restricciones, la necesidad de oxitosina probablemente disminuya.

**Sikorski J, Renfrew MJ. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD001141**

Las tasas de lactancia materna exclusiva a los tres y cuatro meses se mantienen bajas en la mayoría de los centros de atención de salud. En los países con ventajas económicas, las madres jóvenes, de los grupos de bajos ingresos, o de aquellos que no obtuvieron educación de tiempo completo a una edad temprana, tienden a amamantar menos. En los países más pobres, los grupos mayoritarios tienen menos apoyo para amamantar. El objetivo de esta revisión sistemática fue medir los efectos del apoyo a la lactancia materna. Se definieron 13 grupos de control. El riesgo relativo de acabar con la lactancia exclusiva durante los dos primeros meses fue de 0.83 (95% CI

0.72 a 0.96). El riesgo relativo de terminar la lactancia materna a los dos meses fue de 0.74 (95% CI 0.65 a 0.86). 1 entre 9 madres amamantará por dos meses si recibió el apoyo (95% CI 6 a 21). De manera similar, 1 entre 9 mujeres, amamantará exclusivamente si recibe apoyo (95% CI 6 a 40). Los autores concluyen que el ofrecer apoyo extra, por parte de profesionales capacitados, puede resultar en que las madres amamanten a sus bebés hasta los dos meses de edad y que más madres amamanten a sus bebés exclusivamente.

**Donnelly A, Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD002075**

La lactancia materna hasta aproximadamente los 6 meses, seguida de la introducción de alimentos sólidos con amamantamiento continuado, se considera el mejor comienzo nutricional para el recién nacido. Para determinar si la duración y exclusividad de la lactancia se afecta por la entrega de paquetes comerciales que contienen fórmulas artificiales o materiales de promoción de fórmulas, se estudiaron los efectos de estas prácticas comerciales. Se hicieron nueve grupos que involucraron a 3.730 mujeres. Los estudios solo incluyeron mujeres de Norteamérica. El análisis mostró que cuando estos paquetes comerciales se entregan en cualquiera de los grupos de control (no intervención, sin paquete comercial y combinación de ambos) la lactancia materna exclusiva se reduce, en todos los aspectos, por la distribución de

paquetes comerciales a nivel del hospital. No hubo evidencia que apoyara la conjetura de que la distribución de estos paquetes causara la terminación temprana de la lactancia materna no exclusiva. Donde la introducción de alimentos sólidos se midió, y se había recibido un paquete comercial (con o sin fórmula), se redujo el tiempo en que los alimentos sólidos fueran introducidos.

**Documento preparado por Geneva Infant Feeding Association (GIFA), miembro de IBFAN. Editores: Marina Ferreira Rea, Adriano Cattaneo. Diseño: Dorothee Haller. Traducido al español por CEFEMINA/Costa Rica (disponible también en inglés, francés, portugués y árabe).**

**Puede solicitar copias a CEFEMINA  
Apdo. Postal 5355- 1000  
San José, COSTA RICA  
tel/fax 506 224 39 86  
email: cefemina@racsa.co.cr**

