



**IBEFAN**

## ***Lecturas Lactancia***

Diciembre 2000.

No. 30

### **Enfrentando el miedo de contaminación química de la lactancia materna**

En años recientes ha habido un número creciente de reportes en la prensa sobre los problemas causados por las dioxinas en el ambiente. Estos artículos citan generalmente información sobre dioxinas y otros contaminantes hallados en la leche humana.

Las dioxinas se producen durante varios procesos industriales, particularmente durante la quema e incineración. Son contaminantes encontrados en el ambiente. Las dioxinas se almacenan en la grasa del cuerpo y son muy persistentes. 90 a 95% de la carga humana corporal de dioxina es absorbida a través de los alimentos que comemos. 5 a 10% es absorbida a través del aire que respiramos. La vida intra-uterina también está expuesta al ambiente.

La leche materna muchas veces es citada como indicador de la exposición humana a la contaminación ambiental. La razón es que los contaminantes en la grasa soluble son relativamente fáciles de medir en la leche materna, no es porque la leche materna sea más contaminada que otras partes del cuerpo.

Una revisión reciente señala que los estudios han mostrado que los efectos de la exposición a la dioxina se asocian con aspectos trans-placentarios más que con la exposición de la leche materna. La investigación concluye que la lactancia debe ser continuamente promovida y apoyada.

Como resultado de ésta y de otras investigaciones, un gran número de países han luchado porque la lactancia continúe a ser “fomentada y promovida sobre la base de evidencia convincente sobre los beneficios para la salud en general y para el desarrollo infantil”.

La Red Internacional de Grupos Pro Alimentación Infantil, IBFAN, está de acuerdo con esta recomendación y con otras que parten del debate sobre la contaminación con dioxinas y otros medios de polución que no deben influenciar la decisión de las mujeres a amamantar. La leche materna ofrece la más óptima, única y perfectamente balanceada nutrición para los y las bebés.

La leche materna ofrece ventajas irremplazables para la salud materno-infantil.

La leche materna ofrece factores inmunológicos que pueden reducir el riesgo de daño causado por toxinas.

Las madres que amamantan y las mujeres embarazadas deben estar informadas sobre los problemas que causan los contaminantes químicos.

Toda la ciudadanía debe luchar por aumentar la conciencia sobre los peligros de la contaminación ambiental y luchar por una fuerte política de protección y regulación.

IBFAN hace un llamado a las autoridades gubernamentales e industriales a adoptar políticas de protección ambiental durante la producción y desecho para promover la conciencia sobre los daños ecológicos y crear un marco legal apropiado que prevenga los daños de la contaminación de nuestro ambiente y proteja la salud de la niñez, tanto la actual como la de futuras generaciones.<sup>1</sup>

## Lactancia Materna, por qué...

Onyango AW, Esrey SA, Kramer MS. Continued breastfeeding and child growth in the second year of life: a prospective cohort study in western Kenya The Lancet, 354: 2014-2045, 1999.

La OMS y UNICEF recomiendan que la lactancia materna se continúe hasta los 2 años de vida y más. En Kenia se estudió hasta dónde esta recomendación afecta el crecimiento infantil. En el Oeste de Kenia, se analizó durante 6 meses, la estatura y peso de 264 niños/as, a partir de sus 9.8 meses de vida. Se dividieron en 3 categorías: de duración corta, mediana y larga. Solo 5.3% de los/as niños/as no estaba siendo amamantado/a al comenzar

el estudio. Al final, 65.5% continuaba siendo amamantado/a. Los resultados mostraron que durante el seguimiento, la ganancia de estatura y peso desajustada era significativamente mayor en los/as de larga duración en comparación con los/as de corta duración. Los/as de larga duración ganaron 3.4 cm y 370 g más que los/as de corta duración. Los/as investigadores concluyeron que su estudio apoyaba la recomendación de OMS/UNICEF de amamantar hasta los 2 años y más allá.

---

<sup>1</sup> Van Leeuwen FXR, Younes MM. Assessment of the health risk of dioxins: re-evaluation of the tolerable daily intake (TDI), Food Additives and Contaminants 17(4), 2000. Ministry of Agriculture, Food and Fisheries, United Kingdom (1996), Dioxins in human milk, Food Surveillance Information Sheet.

Vestergaard M, Obel C, Henriksen TB, Sorensen HT, Skajaa E, Ostergaard J. Duration of breastfeeding and developmental milestones during the latter half of infancy. *Acta Paediatrica* 88: 1327-1332, 1999.

**Los estudios sugieren que la lactancia materna tiene un efecto positivo, de largo plazo, sobre el desarrollo del cerebro. Investigaciones en Dinamarca estudiaron 1.656 infantes a la edad de 8 meses para determinar si el efecto de la lactancia sobre el desarrollo mental se daba antes del año de edad. Se midieron 3 áreas del desarrollo: el gateo, el agarre y el balbuceo polisilábico. La duración de la lactancia fue clasificada de acuerdo al número de meses de lactancia materna exclusiva. Los resultados mostraron que 38.8% de infantes de siete meses podían balbucear polisílabos. 93.7% de las madres habían amamantado exclusivamente por lo menos durante 1 mes, con un 65.7% continuando hasta los 4 meses. La proporción de niños/as con buenos índices con respecto a las 3 variables incrementó considerablemente con la duración de la lactancia materna exclusiva. Por ejemplo, 73.4% de bebés exclusivamente amamantados/as por 7 meses o más podían hacer balbuceos polisilábicos, contra 48.5% de bebés que habían sido exclusivamente amamantados solamente por un mes. Había muy pocos o casi ningún factor que llevaran a confusión como la familia, estrato social, educación de la madre, edad de gestación o empleo materno.**

Los/as autores/as concluyeron que la relación casual entre lactancia

**materna y desarrollo cerebral tenía implicaciones importantes para la salud pública y que se debería explorarse más a fondo.**

Smulevich VB, Solionova LG, Belyakova SV. Parental occupation and other factors and cancer risk in children: I. Study methodology and non-occupational factors, *International Journal of Cancer* 83: 712-717. 1999.

**Cada vez más, la investigación se está concentrando en los efectos de largo plazo de las prácticas de alimentación infantil. Un estudio llevado a cabo en Moscú se diseñó para determinar si los factores de ocupación o de desocupación se podían asociar con el cáncer infantil. En la primera parte del estudio, factores diferentes a la ocupación se analizaron con relación a la incidencia de la enfermedad. Los factores que no mostraban ninguna asociación incluían hábitos de fumado de los padres y madres, consumo de alcohol durante la época prenatal y el estatus del padre y la madre, educativo, social y económico. Los factores que encontraron alguna asociación con el cáncer incluyeron patologías durante el embarazo, cáncer en los padres y madres, abuelos y abuelas, y duración de la lactancia materna. Cuando la duración no era mayor de 1 mes, el riesgo de todos los cánceres, leucemias y linfomas se incrementaba. Existían 7 veces más posibilidades en todos los cánceres cuando los/as niños/as habían sido amamantados menos de 1 mes en comparación con quienes habían sido amamantados/as por 12 meses o más.**

Chen CH, Wang TM, Chang HM, Chi CS. The effect of breast-and bottle-feeding on oxygen saturation and body temperature in preterm infants, Journal of Human Lactation 16(1):21-27, 2000.

**Autores/as de un estudio llevado a cabo en Taiwán, explicaron que trabajadores de la salud del Este chino creían que los/as infantes de pre-término necesitaban utilizar el biberón porque eran muy frágiles para poder amamantar. Para enfrentar este mito, los/as investigadores compararon la saturación de oxígeno y el pulso cardíaco y respiratorio y la temperatura del cuerpo de 25 infantes de pre-término durante el amamantamiento y la ingesta en biberón. Se realizó una comparación de la alimentación al pecho y por biberón de los mismos infantes cuando cada bebé podía alimentarse efectivamente. Los resultados mostraron que la saturación de oxígeno y la temperatura corporal eran significativamente mayores durante la lactancia que durante la utilización del biberón. Los ritmos cardíacos y respiratorios también eran más altos durante la lactancia. Hubo doce episodios de apnea (pausas respiratorias más largas de 20 segundos) y 20 episodios de desaturación de oxígeno durante la alimentación con biberón que no se presentaron durante el amamantamiento.**

**Los/as autores concluyeron que “para infantes de pre-término del Este, la lactancia materna es un beneficio fisiológico y que la cultura, la raza y el**

**parto de pre-término no deberían ser una excusa para relegar la lactancia materna”.**

Fomon SJ, Ekstrand J. Fluoride intake by infants, Journal of Public Health Dentistry 59: 229-234, 1999.

**El alto consumo de fluoruro durante la infancia se asocia con fluorosis de dentición secundaria. Este problema puede aumentar en las comunidades con bajas tasas de amamantamiento y donde existe suministro de agua con fluoruro. Investigaciones en Estados Unidos analizaron el consumo de fluoruro en diversos/as infantes con distintos regímenes alimentarios. El contenido de fluoruro en la leche humana es de 5 a 10 = B5g/1. Bebés alimentados/as con leches artificiales lo consumían de varias maneras, en líquidos listos para el consumo, concentrados y en polvo. El contenido en éstas fórmulas es grande, dependiendo del contenido de fluoruro en el agua utilizada para diluir las fórmulas. Hasta 1978, la industria producía fórmulas con grandes cantidades de fluoruro porque utilizaban suministros locales de agua. Luego, la industria ha removido la mayor parte del fluoruro de los suministros de agua local en sus productos. Sin embargo, las fórmulas en polvo no pueden modificar el suministro de agua local durante la preparación y el contenido puede llegar a ser hasta de 980 = B5g/1. Para reducir el riesgo de fluorudosis, los/as autores recomiendan que las fórmulas infantiles no se preparen con agua que contenga fluoruro ni que se den suministros que contengan fluoruro.**

McVea KLSP, Turner PD, Pepler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome, Journal of Human Lactation 16(1): 13-20, 2000.

**Un análisis meta de 23 estudios que el criterio de inclusión, mostró que la lactancia materna en promedio reducía el riesgo de muerte súbita infantil a la mitad. A pesar de que los estudios trataron de reducir factores de confusión, el riesgo reducido de muerte súbita infantil en infantes amamantados/as podría ser afectado por otros factores familiares y ambientales así como por la lactancia materna.**

## **LACTANCIA MATERNA**

### **¿CÓMO?...**

Henderson L, Kitzinger J, Green J. Representing infant feeding: content analysis of British media portrayal of bottle feeding and breast feeding. British Medical Journal 321: 1196-1198, 2000.

**La decisión de amamantar es muchas veces mayormente influenciada por factores socioculturales que por consideraciones de salud. Para investigar cuáles podrían ser estos factores culturales, investigadores en Gran Bretaña analizaron durante un mes, el contenido de 235 referencias de televisión y de 38 de prensa escrita con relación a la alimentación infantil. Durante marzo de 1999, la prensa nacional mostró una amplia cobertura política y fue analizada. Al mismo tiempo, se analizaron programas de televisión que mostraban**

**patrones familiares de salud infantil y aquellos programas que reflejaban una variedad de temas: nuevos boletines, óperas, dramas de salud y series. El resultado mostró que la lactancia en televisión era muy raramente mostrada: solo hubo una escena de un bebé puesto al pecho. Sin embargo, hubo 171 escenas de preparación de biberones. La lactancia era apenas un tema social mostrado entre líneas, muchas veces con humor. En contraste, la alimentación con biberón aparecía en todo tipo de programas, muchas veces mostrando la participación masculina en forma positiva. Referencias a la lactancia materna mostraban problemas potenciales, pero rara vez se mencionaron problemas relacionados con el biberón. No se hizo ninguna referencia a los beneficios de la lactancia materna para la salud. Patrones similares se encontraron en la prensa donde los problemas potenciales relacionados con la lactancia materna fueron subrayados, pero no se mencionaron con relación a la utilización de biberón. La lactancia materna se asociaba con familias de clase media o con mujeres solteras, mientras que la utilización de biberón se asociaba con familias comunes. Los autores concluyeron que la prensa británica no promovía una imagen positiva de la lactancia materna, mientras que sí lo hacía del biberón, queriendo mostrar que tenía más beneficios para la salud. En las intervenciones o campañas diseñadas de lactancia materna existe la necesidad de estudiar la respuesta de las mujeres a la**

**presentación de alimentación infantil promovida por los medios de comunicación.**

Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttley SRA. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomized controlled trial, *The Lancet* 356:1643-1647, 2000.

**Aunque Bangladesh tiene una tasa de iniciación de la lactancia materna y de duración muy altas, la lactancia materna exclusiva no es común. El 95% de las mujeres dan a luz en sus casas y por lo tanto, las promociones de lactancia materna exclusiva que se realizan en los hospitales, tienen efectos muy limitados. Por esto, algunos/as investigadores diseñaron y probaron intervenciones caseras para mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva. Se capacitaron promotores durante 40 horas, sobre habilidades en el manejo de la lactancia materna y se les dio la responsabilidad de 12 a 25 madres a cambio de un honorario. Los/as consejeros/as visitaron a las madres 15 veces durante los últimos dos trimestres, 3 veces durante el post-partum temprano y cada 2 semanas hasta que el/la bebé tuviera 5 meses de vida. 363 mujeres estuvieron en cada uno de los grupos, el de control y el de intervención (el visitado). Todas las madres fueron entrevistadas sobre el estatus de lactancia materna después del parto y en intervalos mensuales durante 5 meses. Los resultados mostraron un beneficio fuerte como efecto de la consejería**

**recibida por las visitas. A los 5 meses, el 70% de los grupos que fueron visitados, todavía estaban amamantando exclusivamente, en comparación con solo el 6% en los grupos de control. Otros resultados mostraron que la lactancia materna fue iniciada más temprano en el grupo que fue visitado y que se utilizó muy poca alimentación prelacteal (31%) en comparación con el grupo de control (89%). 70% de los controles y 54% de los grupos visitados, comenzaron la alimentación complementaria durante los primeros 4 meses. Las madres en los grupos de control dijeron que ellas comenzaron con otros alimentos porque creían que no tenían suficiente leche materna, mientras que las madres de los grupos visitados comenzaron los alimentos complementarios cuando volvieron al trabajo asalariado.**

Cattaneo A, Davanzo R, Ronfani L. Are data on the prevalence and duration of breastfeeding reliable? The case of Italy, *Acta Paediatrica* 89: 88-93, 2000.

**Las actividades de promoción de la lactancia materna se llevan a cabo mundialmente para cumplir con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de Unicef de que los/as infantes deben ser exclusivamente amamantados/as por alrededor de 6 meses de vida y que se continúe la lactancia materna hasta los 2 años o más. Para diseñar las actividades de promoción y definir las metas, se tienen que tomar en cuenta las tasas de lactancia materna. Investigadores en Italia analizaron 16**

estudios nacionales para analizar su viabilidad. Encontraron que muchos análisis escogían una muestra no representativa, que solo 2 de los estudios utilizaron la definición estandarizada de la OMS sobre lactancia materna y que todos los demás estudios utilizaron diferentes duraciones al período recomendado.

Estos estudios concluyeron que los análisis no representaban la prevalencia y la duración de la lactancia materna y que “los Ministerios de Salud deberían decidir los objetivos y las metas de lactancia sobre estudios bien diseñados, utilizando las definiciones de la Organización Mundial de la Salud y los períodos recomendados por ésta, y que periódicamente deberían ser analizados grupos representativos de niños y niñas menores de 2 años de edad”.

Ojofeitimi EO, Esimal OA, Owolabi OO, Oluwabusi, Olaobaju OF, Olanuga TO. Breast feeding practices in urban and rural health centres: Impact of Baby Friendly Hospital Initiative in Ile-Ife, Nigeria, Nutrition and Health 14:119-125, 2000.

**La Iniciativa Hospitales Amigables de la Niñez -IHAN- ha demostrado ser un método efectivo de mejoramiento de las prácticas de lactancia materna en todo el mundo. Investigaciones en Nigeria compararon las prácticas de lactancia en madres que dieron a luz en hospitales amigables de la niñez urbanos con madres que daban a luz en zona rural donde no habían centros de salud amigables. Las madres amamantando en ambos grupos estaban altamente comprometidas con la agricultura,**

**comercio y trabajo de oficina. Los resultados mostraron que 61% de las madres comenzaron la lactancia materna 30 minutos después del parto en las facilidades amigables de la infancia, mientras que solo el 39% comenzaron a los 30 minutos en los hospitales no amigables.**

**Con relación a la lactancia materna exclusiva, 3/4 de las madres en las facilidades amigables amamantaron exclusivamente en comparación con el 35% en las facilidades no amigables. Contrariamente, a otros estudios de países en desarrollo, los datos muestran que las madres más educadas fueron asociadas con tasas de lactancia materna exclusiva mayores. 81% de las madres en las facilidades amigables pusieron a sus bebés al pecho en posiciones adecuadas comparadas al 19% de las madres en las facilidades no amigables.**

**Los estudios concluyeron que existen necesidades de capacitación sobre la Iniciativa Hospitales Amigables de la Niñez-IHAN- para que se difunda en los centros urbanos y en las comunidades rurales y ofrecer así, el mejor comienzo en la vida a todos/as los/as bebés.**

Vogel A, Hutchison BL, Mitchell EA. Factors associated with the duration of breastfeeding, Acta Paediatrica 88: 1320-1326, 1999.

**En vista de los enormes beneficios que ofrece la lactancia materna para la salud materno infantil, los gobiernos han diseñado metas de prácticas y tasas de amamantamiento. Estas metas no se han**

**cumplido en Nueva Zelanda y por ello algunos investigadores diseñaron un estudio para conocer los factores que han jugado un rol determinante en la duración y patrones de amamantamiento. 350 pares de madres e infantes se reclutaron, 91% fueron seguidos hasta el primer año de vida. La lactancia materna empezó para el 97.4% de las madres con una duración media de 7.6 meses. 30% estaba todavía parcialmente amamantando al año. La razón más común para terminar el amamantamiento fue la percepción de que había insuficiente leche durante los primeros meses. La mayoría de las madres dejaron de amamantar en la segunda mitad del primer año porque a menudo creyeron que habían amamantado suficiente. Mientras más jóvenes las madres, y más regresaban al trabajo tiempo completo durante el primer año, más corta era la duración del amamantamiento. Las madres que dijeron que no tenían planes de cuánto tiempo debían amamantar, tenían menor duración, mientras que aquellas que planificaban hacerlo 6 meses o más, duraban períodos más largos. También el uso del biberón con fórmula, leche**

**materna o con jugo se asoció con el doble de riesgo cuando la duración fue menor. Habiendo tenido mastitis y compartiendo la habitación con la madre se asoció a una mayor duración de lactancia.**

Guise J-M, Freed G. Resident physicians' knowledge of breastfeeding and infant growth, Birth 27(1): 49-53, 2000.

**Está muy bien documentado que los/as bebés amamantados/as tienen un crecimiento diferente al de alimentados/as artificialmente y que muestran un peso menor alrededor de los 4 meses. Utilizar un patrón de crecimiento de niños/as alimentados/as con biberón para bebés amamantados puede llevar a la terminación de la lactancia o a la introducción prematura de alimentos complementarios. Investigaciones en Estados Unidos, estudiaron a 107 médicos/as residentes, sobre los patrones de crecimiento que utilizaban. Ninguno/a utilizó patrones especiales para bebés amamantados. Solo 5% sabía que los/as bebés amamantados/as crecían más lentamente que los artificialmente alimentados/as.**

*Documento preparado por GIFA, miembro de IBFAN. Editado por Nancy-Jo Peck y Tessa Martyn. Traducido al español por CEFEMINA, IBFAN Costa Rica.*

*Puede solicitar copias en diversos idiomas a [gifa@jprolink.ch](mailto:gifa@jprolink.ch) y en español a [cefemina@racsa.co.cr](mailto:cefemina@racsa.co.cr)*