

Los riesgos de no amamantar para madres y bebés

Traducción libre al Español

Por Alison Stuebe, MD, Msc

Publicado en University of North Carolina

En los países desarrollados, los resultados sanitarios difieren sustancialmente entre las madres y los lactantes alimentados con leche artificial y los alimentados con leche materna. En el caso de los lactantes, no ser amamantados se asocia a una mayor incidencia de morbilidad infecciosa, así como a mayores riesgos de obesidad infantil, diabetes tipo 1 y tipo 2, leucemia y síndrome de muerte súbita del lactante. En el caso de las madres, no amamantar se asocia a una mayor incidencia de cáncer de mama premenopáusico, cáncer de ovario, retención de peso gestacional, diabetes tipo 2, infarto de miocardio y síndrome metabólico. Los obstetras están en una posición única para asesorar a las madres sobre el impacto de la lactancia materna en la salud y para garantizar que las madres y los bebés reciban una atención adecuada, basada en la evidencia, desde el nacimiento. [Rev Obstet Gynecol. 2009;2(4):222-23

Los resultados sanitarios difieren sustancialmente entre las madres y los lactantes que se alimentan con leche artificial y los que lo hacen con leche materna, incluso en países desarrollados como Estados Unidos. Un reciente metaanálisis de la Agency for Healthcare Research and Quality revisó en detalle estas pruebas¹ : - En el caso de los lactantes, no ser amamantados se asocia a una mayor incidencia de morbilidad infecciosa, como otitis media, gastroenteritis y neumonía, así como a un mayor riesgo de obesidad infantil, diabetes tipo 1 y tipo 2, leucemia y síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). - Entre los bebés prematuros, no recibir leche materna se asocia a un mayor riesgo de enterocolitis necrotizante (ECN). - En el caso de las madres, no amamantar se asocia a una mayor incidencia de cáncer de mama premenopáusico, cáncer de ovario, retención de peso gestacional, diabetes tipo 2 y síndrome metabólico.

Estos resultados sugieren que la alimentación del lactante es un importante factor de riesgo modificable de enfermedad tanto para las madres como para los lactantes. Por ello, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda 6 meses de lactancia materna exclusiva para todos los lactantes.² La Academia Americana de Pediatría (AAP)³ y la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP)⁴ también recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, continuando al menos hasta el primer cumpleaños del lactante y posteriormente tanto tiempo como se desee. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda al menos 2 años de lactancia materna para todos los lactantes. En Estados Unidos, la duración de la lactancia materna está muy por debajo de estas directrices.⁵ En 2005, el 74,2% de los lactantes estadounidenses fueron amamantados al menos una vez después del parto, pero sólo el 31,5% fueron amamantados de forma exclusiva a los 3 meses, y sólo el 11,9% fueron amamantados de forma exclusiva a los 6 meses. Estas tasas muestran una considerable

variación regional, con las tasas más altas en el noroeste del Pacífico y las más bajas en el sureste. Aunque algunas de estas variaciones reflejan diferencias culturales, datos recientes sugieren que las variaciones en las prácticas hospitalarias explican una proporción considerable de las disparidades en la duración de la lactancia materna.⁶ Esto sugiere que las mejoras en la calidad del apoyo prenatal y perinatal a la lactancia materna podrían tener un impacto sustancial en la salud de las madres y los bebés. Este artículo revisa los riesgos para la salud de no amamantar, tanto para los bebés como para las madres, así como el papel del obstetra a la hora de aconsejar a las mujeres sobre la alimentación infantil y asegurar un inicio óptimo de la lactancia al nacer.

Los riesgos de la alimentación con leche artificial frente a los beneficios de la lactancia materna

Las campañas de salud pública y la literatura médica han descrito tradicionalmente los "beneficios de la lactancia materna", comparando los resultados de salud entre los lactantes alimentados con leche materna frente a un grupo de referencia de lactantes alimentados con leche artificial. Aunque matemáticamente es sinónimo de informar sobre el "riesgo de no amamantar", este enfoque define implícitamente la alimentación con leche artificial como la norma. Como han señalado varios autores,⁷⁻⁹ esta sutil distinción influye en la percepción pública de la alimentación infantil. Si "el pecho es lo mejor", entonces la leche artificial es implícitamente "buena" o "normal". Esta distinción fue subrayada por los datos de una encuesta nacional que mostraban que, en 2003, mientras que el 74,3% de los residentes en EE.UU. estaban en desacuerdo con la afirmación "Los preparados para lactantes son tan buenos como la leche materna", sólo el 24,4% estaba de acuerdo con la afirmación: "Estas diferencias parecen influir en las decisiones de alimentación de los padres. En 2002, el Ad Council llevó a cabo grupos de discusión para desarrollar la Campaña Nacional de Concienciación sobre la Lactancia Materna, dirigida a mujeres en edad reproductiva que normalmente no amamantarían.

Descubrieron que las mujeres a las que se aconsejaba sobre los "beneficios de la lactancia materna" veían la lactancia como un "extra", como un multivitamínico, que era útil pero no esencial para la salud del lactante. Las mujeres respondieron de forma diferente cuando los mismos datos se presentaron como el "riesgo de no amamantar", y era mucho más probable que dijeran que amamantarían a sus hijos. Teniendo en cuenta estos hallazgos, esta revisión presentará las diferencias en los resultados de salud como riesgos de la alimentación con leche artificial, utilizando las díadas madre-lactante como grupo de referencia.

Alimentación del lactante y resultados de salud infantil

Morbilidad infecciosa En comparación con los lactantes amamantados, los alimentados con leche artificial se enfrentan a mayores riesgos de morbilidad infecciosa durante el primer año de vida. Estas diferencias en los resultados de salud pueden explicarse, en parte, por los factores inmunitarios específicos e innatos presentes en la leche humana.¹¹ Las células plasmáticas del árbol bronquial y el intestino de la madre migran al epitelio mamario y producen anticuerpos IgA específicos contra antígenos del entorno inmediato de la díada madre-hijo, lo que proporciona una protección específica contra los patógenos del entorno de la madre.¹² Además, los factores inmunitarios innatos de la leche proporcionan protección contra las infecciones. Los oligosacáridos evitan la adhesión de patógenos respiratorios comunes, como

Haemophilus influenzae y Streptococcus pneumoniae, al epitelio respiratorio, y las glicoproteínas evitan la adhesión de patógenos intestinales como Vibrio cholerae, Escherichia coli y rotavirus.¹³

Los glucosaminoglicanos de la leche impiden la unión de la gp120 del VIH al receptor CD4, lo que reduce el riesgo de transmisión, y los lípidos de la leche humana contribuyen a la inmunidad innata, con actividad contra Giardia lamblia, H influenzae, estreptococos del grupo B, S epidermidis, virus respiratorio sincitial (VRS) y virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1)¹⁴.

Otitis media

Aproximadamente el 44% de los lactantes tendrá al menos un episodio de otitis media durante el primer año de vida, y el riesgo entre los lactantes alimentados con leche artificial se duplica (intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,4-2,8) en comparación con los lactantes alimentados exclusivamente con leche materna durante más de 3 meses.¹ Se cree que los oligosacáridos de la leche humana y los anticuerpos frente a patógenos respiratorios comunes en el entorno del lactante proporcionan protección frente a la infección.

Infección del tracto respiratorio inferior

En un metaanálisis de 7 estudios de cohortes de lactantes sanos a término en regiones prósperas, Bachrach y colaboradores¹⁵ descubrieron que los lactantes no alimentados con leche materna presentaban un riesgo 3,6 veces mayor (IC del 95%: 1,9-7,1) de hospitalización por infección de las vías respiratorias inferiores en el primer año de vida, en comparación con los lactantes alimentados exclusivamente con leche materna durante más de 4 meses. Estos estudios incluyeron ajustes por tabaquismo y nivel socioeconómico de los padres. La mayoría de las hospitalizaciones por infecciones respiratorias en lactantes se deben a la infección por el VRS. Los lípidos de la leche humana parecen tener actividad antivírica contra el VRS.

Infecciones gastrointestinales

Múltiples estudios sugieren que los lactantes alimentados con leche artificial se enfrentan a un mayor riesgo de gastroenteritis y diarrea. En un metaanálisis de 14 estudios de cohortes, Chien y Howie¹⁶ descubrieron que los lactantes alimentados con leche artificial o con una mezcla de leche artificial y leche materna tenían 2,8 veces (IC del 95%: 2,4-3,1) más probabilidades de desarrollar una infección gastrointestinal (GI) que los alimentados exclusivamente con leche materna. Los datos del Ensayo de Intervención para la Promoción de la Lactancia Materna (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial, PROBIT) revelaron que los lactantes del grupo de control tenían 1,7 veces (IC del 95%: 1,1-2,5) más probabilidades de desarrollar enfermedades gastrointestinales que los del grupo de intervención. En este estudio, Kramer y sus colegas¹⁷ asignaron

aleatoriamente 31 maternidades a la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), un conjunto de prácticas basadas en la evidencia que favorecen la lactancia materna, frente a la atención habitual. Los 17.046 lactantes del estudio PROBIT fueron amamantados, pero a los 3 meses, sólo el 6,4% de los lactantes de control recibieron lactancia materna exclusiva, frente al 43,3% de los lactantes de intervención.

Enterocolitis necrotizante

Entre los recién nacidos prematuros, la no lactancia materna se asocia a un riesgo 2,4 veces mayor (IC del 95%: 1,04-5,6) de ECN, con una diferencia de riesgo absoluto del 5%.¹ Dado que la tasa de letalidad de la ECN es del 15%,¹⁸ esta diferencia de riesgo absoluto es clínicamente significativa.

Obesidad y enfermedades metabólicas

Los estudios epidemiológicos sugieren que los niños alimentados con leche artificial en la infancia tienen más probabilidades de ser obesos o de desarrollar diabetes de tipo 2.^{1,19,}

En los metaanálisis, los niños alimentados con leche artificial durante la lactancia tenían entre 1,1 (IC del 95%: 1,0-1,1)²¹ y 1,3 (IC del 95%: 1,2-1,5)²² veces más probabilidades de padecer obesidad que los niños que habían sido amamantados alguna vez. La alimentación con leche artificial durante la infancia también se asocia a un riesgo 1,6 veces mayor (IC del 95%: 1,2- 2,3) de diabetes tipo 2, en comparación con la lactancia materna.^{1,19,23} Algunos estudios también han sugerido un aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, incluida una mayor presión arterial^{19,24,25} y perfiles lipídicos menos favorables,²⁶ pero la bibliografía es contradictoria. Los investigadores han propuesto varios mecanismos para explicar estas asociaciones, como las diferencias en la composición de la leche materna frente a la de fórmula, las prácticas alimentarias, los factores asociados al estilo de vida y la autorregulación de la ingesta por parte del lactante.²⁷ Además, la leche materna contiene adipoquinas, que pueden desempeñar un papel en la regulación de la ingesta energética y el riesgo de obesidad a largo plazo.²⁸ Varios autores han postulado que los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga de la leche materna pueden afectar a la presión arterial y a la resistencia a la insulina en etapas posteriores de la vida.¹⁹ No obstante, los datos observacionales deben interpretarse con cautela debido a la posible confusión por otros comportamientos de estilo de vida en familias con lactancia materna de larga duración frente a la alimentación con leche artificial.

Desarrollo neurológico

Múltiples autores han examinado las asociaciones entre la alimentación del lactante y el desarrollo cognitivo, con resultados dispares.²⁹⁻³¹ Varios estudios informaron de puntuaciones de CI ligeramente inferiores en niños alimentados con fórmula en comparación con niños amamantados, mientras que otros no informaron de ninguna asociación entre la alimentación

del lactante y la inteligencia. Los datos observacionales deben interpretarse con cautela debido a la confusión por el estatus socioeconómico y la inteligencia materna. No obstante, los datos de 2 ensayos controlados aleatorizados proporcionan pruebas de diferencias en el desarrollo con duraciones más cortas de la lactancia materna. Dewey y colaboradores³² asignaron aleatoriamente a madres de Honduras la introducción de alimentos complementarios a los 4 meses frente a la lactancia materna exclusiva continuada hasta los 6 meses posparto. Los lactantes del grupo de alimentos complementarios gatearon más tarde que los que recibieron lactancia materna exclusiva de los 4 a los 6 meses (P .007). Entre los lactantes con peso normal al nacer, los que fueron asignados aleatoriamente a alimentos complementarios antes de los 6 meses tenían menos probabilidades de caminar a los 12 meses (39 frente a 60%; p 0,02). Kramer y sus colegas³³ también hallaron diferencias en el neurodesarrollo con una lactancia materna más corta en el estudio PROBIT. A la edad de 6,5 años, las puntuaciones del CI verbal eran 7,5 puntos más bajas (IC del 95%: 0,8 a 14,3) entre los niños del grupo de atención habitual que entre los niños del grupo de apoyo a la lactancia materna. Los resultados de Kramer sugieren que las políticas hospitalarias de apoyo a la lactancia materna pueden influir en el desarrollo neurológico en la edad escolar. Estos estudios se llevaron a cabo antes del uso de preparados complementados con ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (AGPICL), que se habían añadido a los preparados para lactantes con el objetivo de mejorar los resultados neurocognitivos. Sin embargo, un metaanálisis Cochrane reciente llegó a la conclusión de que la mayoría de los ensayos aleatorizados bien realizados no mostraban ningún beneficio de los AGPICL frente a la leche de fórmula de control sobre la agudeza visual o el neurodesarrollo entre los lactantes a término.³⁴ Estos resultados hacen poco probable que la leche de fórmula suplementada con AGPICL reduzca las diferencias en los resultados entre los niños de los grupos de intervención y de control en estos estudios.

SMSL (SIDS)

Los estudios de casos y controles sugieren que la alimentación con leche artificial se asocia con un aumento de 1,6 (IC 95%, 1,2-2,3)¹ a 2,1 veces (IC 95%, 1,7-2,7)³⁵ de las probabilidades de SMSL en comparación con la lactancia materna. Estas asociaciones persistieron tras el ajuste por posición para dormir, tabaquismo materno y estatus socioeconómico. Al revisar las pruebas, el Grupo de Trabajo sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante de la Academia Americana de Pediatría llegó a la conclusión de que los factores asociados con la lactancia materna, pero no la lactancia materna per se, se asociaban con una menor incidencia del SMSL.³⁶

Mortalidad infantil

Tras ajustar por edad materna, educación, hábito tabáquico, raza del bebé, sexo, peso al nacer, malformación congénita, orden de nacimiento, pluralidad y estatus en el Programa de Nutrición

para Mujeres, Bebés y Niños, la alimentación con leche artificial se asocia con un riesgo 1,3 veces (IC del 95%, 1,1-1,5) mayor de mortalidad infantil en Estados Unidos en comparación con la lactancia materna.³⁷ En un análisis de subgrupos, la asociación se limitó al SMSL y a la muerte relacionada con lesiones.

Papel de la lactancia materna exclusiva en los resultados de salud infantil

La alimentación temprana desempeña un papel fundamental en el desarrollo y la maduración del sistema inmunitario del lactante. En comparación con los lactantes alimentados con leche materna, los alimentados con fórmula tienen heces con un pH más alto y una mayor colonización de bacterias patógenas, como E. coli, Clostridium difficile y Bacteroides fragilis. ³⁸ Los factores bioactivos de la leche humana parecen facilitar la colonización intestinal más favorable en los lactantes alimentados con leche materna. Estos oligosacáridos, citocinas e inmunoglobulinas regulan la colonización intestinal y el desarrollo del tejido linfoide asociado al intestino y rigen la diferenciación de las células T que desempeñan un papel en la defensa y la tolerancia del huésped.³⁹ Los lactantes alimentados con leche artificial también tienen un timo más pequeño que los lactantes alimentados con leche materna.⁴⁰ Estas diferencias en la diferenciación del sistema inmunitario pueden explicar la mayor incidencia de enfermedades alérgicas observada en los niños alimentados con leche artificial. No amamantar también puede afectar al riesgo de enfermedad por la exposición a antígenos extraños en la leche de fórmula.

Asma

Múltiples estudios han examinado la asociación entre la alimentación del lactante y el desarrollo de asma, con resultados dispares. En un metaanálisis, Ip y colaboradores¹ hallaron un riesgo 1,7 veces mayor (IC 95%, 1,2-2,3) de desarrollar asma entre los niños alimentados con leche artificial con antecedentes familiares positivos de asma o atopia y un riesgo 1,4 veces mayor (IC 95%, 1,1-1,7) entre los que no tenían antecedentes familiares, en comparación con los que fueron amamantados durante 3 meses o más. Gdalevich y asociados⁴¹ compararon menos de 3 meses de lactancia materna exclusiva con más de 3 meses de lactancia materna exclusiva y hallaron un riesgo 1,9 veces mayor (IC del 95%: 1,3-2,9) entre los que tenían antecedentes familiares de asma o atopia.

Dermatitis atópica

Los lactantes con antecedentes familiares de atopia alimentados exclusivamente con leche materna durante menos de 3 meses presentan un riesgo 1,7 veces mayor de dermatitis atópica (IC del 95%: 1,1- 2,4) que los lactantes alimentados exclusivamente con leche materna.⁴² Se obtuvieron resultados similares en el ensayo aleatorizado PROBIT de apoyo a la lactancia

materna,¹⁷ en el que los lactantes que dieron a luz en hospitales de control tenían una probabilidad 1,9 veces mayor (IC del 95%: 1,1-3,2) de desarrollar dermatitis atópica que los que dieron a luz en hospitales de intervención de apoyo a la lactancia materna.

Diabetes tipo 1

Los estudios epidemiológicos han informado de una asociación entre la exposición al antígeno de la leche de vaca y el desarrollo de diabetes tipo 1, aunque los resultados han sido contradictorios.⁴³ Menos de 3 meses de lactancia materna se han asociado con un riesgo de 1,2 veces (IC 95%, 1,1-1,4)⁴⁴ a 1,4 veces (IC 95%, 1,2-1,5)⁴⁵ de desarrollar diabetes tipo 1 en comparación con más de 3 meses de lactancia materna. Existen indicios de que el recuerdo diferencial entre casos y controles puede haber sesgado los resultados.⁴⁴ Actualmente se está llevando a cabo un ensayo aleatorizado y controlado para comprobar si la leche de fórmula de vaca aumenta el desarrollo de anticuerpos contra las células de los islotes. Los lactantes con alto riesgo de diabetes tipo 1 han sido aleatorizados a la suplementación con fórmula hidrolizada frente a la fórmula de leche de vaca. En un estudio piloto⁴⁶, la exposición a la leche de vaca se asoció con una mayor prevalencia de autoanticuerpos contra las células de los islotes, lo que proporciona pruebas provisionales de una asociación causal entre la exposición a la leche de vaca y la diabetes tipo 1.

[...]

* A continuación, encontrarán el enlace al artículo completo de publicación original en inglés.

NOTA: La traducción libre es una traducción que, respetando el sentido del texto, no sigue fielmente la forma de expresión de la obra original. Los datos y conocimientos del texto no se han alterado y siguen siendo fieles al original. Sin embargo, al no ser una traducción oficial del autor se recomienda leer la fuente original en su idioma original si es posible.

Enlace a la publicación Original:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2812877/pdf/RIOG002004_0222.pdf

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:

NO reclamamos ningún derecho intelectual sobre el contenido o la información presentada aquí. Todo el contenido/información presentado aquí es propiedad de sus autores originales y/o entidades editoras. Utilícese únicamente para fines educativos.