

¿Los niños amamantados de forma exclusiva durante 6 meses pesan menos que los de la población de referencia aragonesa? Estudio de antropometría comparada a los 6 meses de vida

J. Galbe Sánchez-Ventura^a, C. Fernández Espuelas^b,
M. Dieste Marcial^b, C. Bernal Alonso^c, MA. Checa Diez^d

^aPediatra.

^bMIR Pediatría.

^cEnfermera Pediatría.

^dMatrona de Atención Primaria.

CS Actur Norte, Zaragoza.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:33-39

José Galbe Sánchez-Ventura, josegalbe@able.es

Resumen

El objetivo principal de este estudio es comparar el desarrollo ponderoestatural de niños amamantados de forma exclusiva durante seis meses de una cohorte de niños que son atendidos en un Centro de Salud con los de la población aragonesa de referencia cuyos datos se obtuvieron del estudio longitudinal del crecimiento de la Fundación Andreas Prader.

Se estima que la tasa de lactancia materna de esta población de referencia a partir de los 3 meses de vida es menor de un 30%. Se pretende con esta comparación saber si el desarrollo de los niños amamantados es peor y si por lo tanto existe fundamento para introducir la alimentación no materna entre los 4 y los 6 meses, o si por el contrario es correcto recomendar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida.

Palabras clave: Lactancia materna, Alimentación complementaria, Crecimiento, Desarrollo, Tablas de crecimiento.

Abstract

The main goal of this study is to compare the growth and physical development of exclusive breastfed infants during 6 months of a cohort of infants of a health centre with the reference population of Aragon obtained of Longitudinal Study of Growth and development of Andreas Prader Foundation.

The prevalence of breastfeeding in this population is less than 30%. The authors want to know if the growth and development of exclusive breastfeeding during 6 months is worse than the reference population. So that it may be necessary to introduce non maternal food before 6 months.

Key words: Breastfeeding, Complementary nutrition, Growth, Development, Growth charts.

Introducción

La duración óptima de la lactancia materna exclusiva (LME) así como la edad recomendada para introducir alimentación complementaria son cuestiones sujetas a controversia y sin una respuesta definitiva¹. Los diferentes organismos que trabajan en nutrición infantil han recomendado la LME durante los primeros seis meses de vida y acompañada de otros alimentos al menos hasta los doce meses²⁻⁷. Sin embargo, cuando se habla de alimentación complementaria se recomienda su introducción entre los 4 y los 6 meses²⁻⁷. En muchas ocasiones esto ha dado lugar a una introducción precoz de la alimentación complementaria a costa de la LME y en muchos casos en contra de las preferencias de las propias madres.

Algunos estudios han informado de un menor desarrollo ponderoestatural en niños amamantados de forma exclusiva a partir de los 3 meses⁸. Sin embargo, dichos estudios adolecen de una metodología rigurosa y no están carentes de sesgos, lo que hace que deban interpretarse con cautela. Por el contrario, existen estudios de seguimiento de cohortes de niños amamantados de forma exclusiva en los que el crecimiento no difiere de forma significativa de otros niños no amamantados⁹. Existen, por otra parte, otros estudios que informan de la importancia de

la lactancia materna (LM) en el desarrollo neuropsicológico¹⁰⁻¹² de los niños, lo que hace que sea importante resolver este dilema. Queremos también subrayar la dificultad para conseguir en nuestro medio una cohorte relativamente numerosa de niños amamantados de forma exclusiva durante seis meses.

El aumento de la prevalencia de la LM no se producirá de no adoptarse estrategias de promoción de la misma como son las prácticas hospitalarias según la metodología de la iniciativa de hospitales amigos de los niños, la presencia de expertos en lactancia en Atención Primaria y la creación de grupos de apoyo a la LM¹³⁻¹⁴.

Objetivos

Comparar el peso de los niños que recibieron LME los primeros 6 meses de vida con los de la población aragonesa de referencia del Estudio del Crecimiento y Desarrollo Andreas Prader de la ciudad de Zaragoza¹⁵.

Material y métodos

Población: lactantes sanos que acuden a las visitas del niño sano del Centro de Salud Actur Norte (Zaragoza).

Diseño: estudio comparativo y retrospectivo de una cohorte de niños sanos (32 niños y 33 niñas) seguidos en el

Centro de Salud (CS) durante al menos seis meses y que hubieran recibido LME durante este tiempo. Se comparó con la población aragonesa de referencia perteneciente al Estudio Longitudinal de Crecimiento y Desarrollo del Centro Andreas Prader y cuyos datos antropométricos han sido publicados¹.

Se obtuvieron los siguientes datos de cada paciente: identificación por número de historia, sexo, edad gestacional y peso, talla y perímetro craneal (PC) tanto al nacer como a los 6 meses.

Métodos estadísticos: se calculó la potencia del estudio para una muestra disponible de 33 niñas y 32 niños de acuerdo con la fórmula $[e^2 = k^2 \cdot e^2 / n]$, calculando una precisión de: en los niños, para el peso 250 g, para la talla 0,76 cm, para el perímetro craneal 0,39 cm; y en las niñas, para el peso 211 g,

para la talla 0,65 cm, para el perímetro craneal 0,34 cm.

Se estableció como hipótesis nula (H0) que no existían diferencias significativas de peso, talla y PC a los 6 meses de vida entre los niños de la población Actur (Ac) y los de la población de referencia (Pr). Se procedió posteriormente a contrastar hipótesis comparando las medias de peso, talla y PC de la población Ac y Pr obteniendo las medias, DE, IC 95% así como el IC 95% para las diferencias de las medias.

Resultados

La edad gestacional media de la población Actur fue de 39,07 semanas con una DE 1,14.

En las Tablas I a IV se aprecian los datos referentes a las niñas y niños de la población Ac y Pr.

Tabla I. Población Actur, niñas, amamantadas (N= 34)

Estadístico	Peso 0 m	Talla 0 m	PC 0 m	Peso 6 m	Talla 6 m	PC 6 m
Media	3,293	49,94	34,5	7,463	66,11	42,75
DE +/-	0,44	1,59	1,54	1,01	1,66	1,71
IC 95% +/-	0,149	0,52	0,52	0,341	0,54	0,54

Tabla II. Población Prader, niñas, población de referencia (N= 161)

Estadístico	Peso 0 m	Talla 0 m	PC 0m	Peso 6 m	Talla 6 m	PC 6 m
Media	3,11	49,86	33,94	7,39	65,79	42,71
DE +/-	0,32	1,49	1,04	0,66	2,05	1,07
IC 95% +/-	0,049	0,23	0,16	0,10	0,33	0,16

Tabla III. Población Actur, niños, amamantados (N= 33)

Estadístico	Peso 0 m	Talla 0 m	PC 0 m	Peso 6 m	Talla 6 m	PC 6 m
Media	3,40	50,51	35	7,926	67,83	44,05
DE	0,45	1,99	1,58	1,03	2,47	1,58
IC 95%	2,15	0,52	0,38	0,26	0,81	0,42

Tabla IV. Población Prader, Niños, Población de referencia (N= 161)

Estadístico	Peso 0 m	Talla 0 m	PC 0 m	Peso 6 m	Talla 6 m	PC 6 m
Media	3,25	50,51	34,68	8,14	67,82	43,98
DE	0,37	1,53	1,12	0,79	2,39	1,23
IC 95%	0,057	0,23	0,18	0,12	0,36	0,19

En las Tablas V y VI se representan los IC 95% para las diferencias de las medias para niños y niñas respectivamente a los seis meses de vida. Los IC 95% pueden tomar el valor 0 en todos los casos, por lo que no serán estadísticamente significativos.

Discusión

Es una vieja polémica cuál debe ser la duración óptima de la lactancia materna exclusiva y si los niños amamantados con LME difieren en su desarrollo físico y psicomotor respecto a los no amamantados con LME. A ello contribuyen, sin duda, las recomendaciones a menudo confusas, cuando no contradictorias, de algunos organismos dedicados a la nutrición infantil. Así la AAP recomienda en unos textos una duración de 6 meses para la LME y en otros entre 4 y 6 meses⁶⁻⁷. En

nuestro ámbito, y si tomamos como referencia las recomendaciones del grupo PrevInfad¹²⁻⁵, se puede apreciar cómo en el texto dedicado a LM se recomienda que la duración óptima de la lactancia materna exclusiva sea de 6 meses. El dilema de la edad óptima para la alimentación complementaria viene avalado por argumentos como los señalados a conti-

Tabla V. Intervalo de confianza IC 95% para la diferencia de medias en niñas a los seis meses

Peso	- 0,23	+ 0,62
Talla	- 0,46	+ 1,01
PC	- 0,28	+ 0,30

Tabla VI. Intervalo de confianza IC 95% para la diferencia de medias en niños a los seis meses

Peso	- 0,12	+ 0,55
Talla	- 0,70	+ 0,72
PC	- 0,32	+ 0,46

nuación, si bien no existen una sólida base ni pruebas para fundamentarlos de forma definitiva. En cualquier caso, entre estos argumentos estaría el menor desarrollo físico de los niños amamantados entre los 3 y los 6 meses, un sueño de peor calidad y un mayor riesgo de ferropenia o de anemia en algunos casos. En el estudio randomizado realizado por Kramer en Bielorrusia⁹ se informa de que los niños amamantados de forma exclusiva durante 6 meses no tienen un peor desarrollo físico que sus coetáneos lactados de forma artificial. Por el contrario, el mismo trabajo informa de un número menor de episodios de infecciones gastrointestinales, menor número de hospitalizaciones por infección respiratoria y menor prevalencia de dermatitis atópica. Otros estudios informan de mejores resultados cognitivos cuando los niños reciben lactancia materna¹⁰⁻¹² y este efecto es, además, directamente proporcional a su duración. Otras ventajas adicionales confirmadas en esta revisión fueron la recuperación más rápida del peso previo al embarazo entre las madres que amamantaron de forma exclusiva 6 meses y la mayor duración del período de amenorrea lactacional.

Si nos centramos en el crecimiento y desarrollo somáticos, disponemos como referencia comparativa para la pobla-

ción aragonesa de las tablas de crecimiento y desarrollo (longitudinales) del estudio de la Fundación Andreas Prader de la ciudad de Zaragoza¹⁵.

De las comparaciones realizadas no podemos afirmar que las poblaciones de niños amamantados de forma exclusiva durante 6 meses en el CS Actur Norte difieran en su desarrollo físico de los niños de la población de referencia de las tablas de la Fundación Andreas Prader, población ésta en la que la prevalencia de la LME más allá de los tres meses es realmente baja (menor de un 30%).

La cuestión radica, por tanto, en saber si se puede recomendar con seguridad una LME de 6 meses y si los niños con este régimen de alimentación difieren en sus medidas antropométricas de los de sus poblaciones de referencia. Los datos de este estudio apuntan la posibilidad de que no se debe desaconsejar la LME entre los 4-6 meses argumentando una peor ganancia de peso en aquellas madres motivadas y basándose en pruebas, cuando menos, poco sólidas¹.

Tenemos que reconocer, asimismo, las limitaciones del estudio en cuanto al tamaño de la muestra y la precisión de las medidas, que también han sido calculados y comentados anteriormente.

Asimismo, no podemos asegurar con el diseño de este estudio que no pueda haber sesgos derivados de la existencia de factores de confusión⁸ ligados al hecho de haber elegido la LME como forma de alimentación. Tampoco podemos afirmar con este estudio que no haya diferencias bioquímicas en el estado nutricional de ambos grupos de niños dado que no realizamos ninguna determinación bioquímica, pero no parece muy probable, y según las normas habituales de seguimiento tan sólo estaría indicado dar suplementos de Vitamina D₃ en niños con especial riesgo de carencia, como niños de piel oscura en zonas poco soleadas o que pasan poco tiempo al aire libre¹³, y Fe en grupos de riesgo de ferropenia o en el caso de LME y prolongada más allá del sexto mes por decisión materna.

Es importante resaltar la gran dificultad para poder conseguir una muestra de niños amamantados de forma exclusiva durante seis meses y ello ha sido posible gracias al funcionamiento en nuestro Centro de Salud de un programa de promoción de la LM que ha brindado excelentes resultados¹⁴. De la misma manera, la adopción de prácticas hospitalarias en la línea de la *Baby Friendly initiative*¹⁵ parece mejorar las tasas de inicio de lactancia materna.

Como conclusión se puede decir que la decisión de mantener la lactancia materna de forma exclusiva hasta el sexto mes es complicada, pero no debemos desalentar a las madres dispuestas a realizarla, en base al menos al desarrollo físico de los niños y mientras no existan pruebas más concluyentes.

Bibliografía

1. Lanigan JA, Bishop JA, Kimber AC, Morgan J. A systematic review concerning the age of introduction of complementary foods to healthy full term infant. DARE 20011177. Eur J Clin Nutr. 2001;55(5):309-320 [En línea][Fecha de consulta 2004 ago 16]. Disponible en <http://nhscrd.york.ac.uk/online/dare/20011177.htm>
2. Pallás CR. Recomendaciones Grupo Prevnifad. Promoción de la lactancia materna y supervisión de la alimentación durante el primer año de vida. AEPap [En línea][Fecha de consulta 2004 ago 16]. Disponible en http://www.aepap.org/prevnifad/Lactancia_rec.htm
3. Anónimo. Lactancia materna y alimentación en el primer año de vida. En: Prevnifad (AEPap)/PAPPS (SEMFyC). Recomendaciones PAPPS (Resumen); Programa de la infancia y adolescencia 2003. Barcelona: SEMFyC, 2003. p. 23-41.
4. Soriano Faura FJ, Bras i Marquillas J, Delgado Domínguez JJ, y cols. Prevención en la infan-

cia y adolescencia. *Aten Primaria*. 2003;32(supl 2):143-158.

5. Committee on Nutrition. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding. In: *Pediatric Nutrition Handbook*. 4th Ed. Elk Gove Village; 1998. p. 3.

6. Committee on Nutrition. American Academy of Pediatrics. Weaning. In: *Pediatric Nutrition Handbook*. 4th Ed. Elk Gove Village; 1998. p. 43.

7. Kramer MS, Guyo T, Platt RW, et al. Breastfeeding and infant growth: biology of bias? *Pediatrics*. 2002;110:343-347.

8. Kramer M, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT). *JAMA*. 2001;285:413-420.

9. Jain A, Concato J, Leventhal H. How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence? *Pediatrics*. 2002;109(6):1004-1013.

10. Anderson JW, Johnstone B, Remley T. Breastfeeding and cognitive development: A meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1999;70(4):525-535.

11. Reynolds A. Lactancia materna y desarrollo cerebral. *Pediatr Clin North Am* (ed. esp.). 2001;1:155-166.

12. Butte N, López Alarcón M, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months. Geneva: WHO. Department of Nutrition for Health and development of child and adolescent; 2002. p. 1-57.

13. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers. Cochrane review. In: Oxford: Update Software. The Cochrane library, issue 1, 2003.

14. Hernández Aguilar MT, Muñoz Guillén A, Lasarte Velillas JJ, y cols. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6.400 lactantes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2004;6(21):19-37.

15. Fernández Longás A. Estudio longitudinal del crecimiento y desarrollo. Zaragoza: Fundación Andreas Prader, editor; 2003.

