

Viernes 12 de noviembre de 2004

Seminario:

**“Lactancia materna;
¿cómo reforzar la promoción
de la lactancia materna?
(Grupo de Lactancia Materna
de la AEP)”**

Moderador:

Juan José Lasarte Velillas
Pediatra, CS Zuera, Zaragoza

■ **Patrón de crecimiento de lactantes amamantados**

Leonardo Landa Rivera
Pediatra, CS Pedreguer, Alicante.

■ **La incorporación de la mujer al trabajo; extracción y conservación de la leche**

María Teresa Hernández Aguilar
Pediatra, CS Fuente de San Luis, Valencia.

■ **Medicamentos, enfermedades y lactancia, una ayuda en español en Internet: www.e-lactancia.org**

José María Paricio Talayero
Jefe de Servicio de Pediatría, Hospital Marina Alta, Denia, Alicante

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Landa Rivera L. Patrón de crecimiento de lactantes amamantados. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004; p. 219-223.

Patrón de crecimiento de lactantes amamantados

Leonardo Landa Rivera
Pediatra, CS Pedreguer, Alicante.
JLLANDAR@telefonica.net

RESUMEN

Por muchos años ha sido habitual en la práctica pediátrica el uso de curvas de referencia para valorar el crecimiento infantil. Los facultativos han venido observando un crecimiento más lento de los niños amamantados que el mostrado por esas curvas; tal diferencia con frecuencia era interpretada como una deficiencia debida a nutrición inadecuada. Esta observación ha llevado casi de forma rutinaria a adición de suplementos lácteos o cereales. La mayoría de los expertos hoy en día coinciden en aceptar que tales curvas no son aplicables a niños amamantados porque los estudios han demostrado que éstos son parte de una población diferente con características de crecimiento propias. Por otro lado, las curvas en uso presentan problemas metodológicos que obligan a su revisión. La OMS tiene planeado la presentación de nuevas curvas de referencia internacionales, basadas en estudios de población multi-racial y con seguimiento de sus últimas recomendaciones sobre nutrición infantil.

DISCREPANCIAS ENTRE EL CRECIMIENTO DE NIÑOS AMAMANTADOS Y LAS CURVAS COMÚNMENTE EN USO

En general, los niños amamantados son más gorditos en los primeros dos a tres meses y más delgados en los meses posteriores. En 1993 un Comité de Expertos de la OMS¹ llamó la atención sobre los innumerables problemas técnicos y biológicos con relación a las curvas de crecimiento recomendadas como referencia para uso internacional². Expresó su preocupación por tratarse de referencias fundamentadas en el seguimiento de niños alimentados artificialmente e inapropiadas para la evaluación de niños amamantados.

Tales diferencias, en detrimento del grupo amamantado, son de una magnitud suficiente como para inducir al personal sanitario a tomar decisiones equivocadas con relación al crecimiento de estos niños como puede ser la decisión de iniciar suplementos innecesarios, e incluso la suspensión de la lactancia materna. Establecida la ventaja de ésta última, una mala interpretación puede tener en determinadas situaciones efectos devastadores para la salud del lactante, con enormes implicaciones en el área de salud pública.

Existen 3 estudios controlados y fiables, provenientes de países desarrollados:

I. Estudio Darling de Davis California³

Comparó dos grupos de niños: uno que fue amamantado (LM) hasta el primer año de vida con otro que no recibió pecho materno (LA). El grupo LM inició alimentación suplementaria entre los 4 y 6 meses. Su peso al nacer fue superior a 2500 g. Pertenecían a clase media alta de California (Davis). Tamaño de la muestra: 40 a 50 niños por grupo.

Resultados: hubo un crecimiento similar durante los primeros 3 meses. El aumento de peso fue menor en el grupo LM después entre 6-12 meses. Al año de vida el grupo LM estaba más delgado. Talla y perímetro craneal fueron similares.

2. Estudio Probit de Bielorrusia⁴

Comparó el crecimiento de 1.271 niños amamantados exclusivamente en los primeros 3 meses que siguieron con LM hasta el primer año de edad, 251 niños amamantados exclusivamente hasta los 6 meses de edad que siguieron con LM hasta el primer año de edad con un grupo de 1.378 niños que fue destetado antes del mes de edad.

3. Estudio de la OMS⁵

Como parte de un estudio llevado a cabo por OMS entre 1992-1994 en 6 países industrializados: EE.UU., Dinamarca, Suecia, Finlandia, Reino Unido y Canadá, se determinó el patrón de crecimiento de niños alimentados según las recomendaciones de la OMS. Se elaboraron curvas de crecimiento a partir de 226 niños exclu-

Cuadro I. Resultados de peso para edad del estudio PROBIT (puntuaje – Z* para Peso/Edad)

	Al nacer	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses
Destete < 1m (n = 1378)	+ 0,4	+ 0,2	+ 0,6	+ 0,6	+ 0,7
LME >= 3m (n = 1271)	+ 0,45	+ 0,6	+ 0,55	+ 0,5	+ 0,5
LME >= 6m (n = 251)	+ 0,5	+ 0,7	+ 0,5	+ 0,45	+ 0,4

Cuadro II. Resultados de talla sobre edad del estudio PROBIT (puntuaje – Z* para Talla/Edad)

	Al nacer	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses
Destete < 1m (n = 1378)	+ 0,25	+ 0,25	+ 0,15	+ 0,2	+ 0,25
LME >= 3m (n = 1271)	+ 0,3	+ 0,25	0,00	0,00	+ 0,05
LME >= 6m (n = 251)	+ 0,25	+ 0,15	- 0,15	- 0,1	0,00

sivamente amamantados al menos 4 meses que continuaron con lactancia materna y alimentos suplementarios hasta > 12 meses. Esas curvas fueron comparadas con las del NCHS previamente aceptadas por la OMS.

Resultados: Mayor aumento de peso y talla en los primeros 4 meses en los niños amamantados que entre los alimentados con biberón de las curvas de NCSH-OMS. Después se produce el efecto contrario. Se observó también mayor aumento en el crecimiento de la circunferencia craneal entre niños amamantados, que se mantuvo constante hasta después de los 12 meses.

CARACTERÍSTICAS DE CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS AMAMANTADOS

Después del periodo postnatal puede haber pérdidas de peso hasta de 7% cuya recuperación ocurre hacia la 2ª semana. Hasta la 6ª semana el aumento es al menos de 20 g diarios. A partir de allí, por los estudios de Dewey y Cohen⁶⁷ se sabe que el aumento de peso hasta los 4 meses es de 113-227 g, de 4 a 6 meses es de 85-142 gr. y de 6 a 12 meses es de 42-85 g/semana. La talla en los primeros 6 meses aumenta 2,5 cm/mes, el PC 1,25 cm/mes. De 6 a 12 meses el aumento es 1,27 cm/mes y 0,64 cm/mes respectivamente. Allí también fue evidente que el mecanismo regulador de la producción de leche por la madre son los llamados brotes de crecimiento que forman parte del comportamiento típico de los niños amamantados. Se establece así un mecanismo regulador muy estrecho entre la producción de leche y las necesidades del lactante. Para ello, en el momento que aumentan las necesidades se produce mayor frecuencia y duración de las tetadas hasta que aparece el efecto deseado. Esto es más notorio en los primeros 4 meses. A la inversa ocurre cuando las necesidades disminuyen.

CRECIMIENTO LENTO EN NIÑOS AMAMANTADOS

Al igual que los niños alimentados artificialmente, algunos niños amamantados pueden tener un crecimiento por debajo de su potencial real, lo cual es importante reconocer y tratar. Un crecimiento por

debajo de los límites ya citados puede obedecer con frecuencia a problemas de lactancia, sobre todo si se presenta al inicio, pero en ocasiones puede estar asociado a patología subyacente del niño o de la madre.

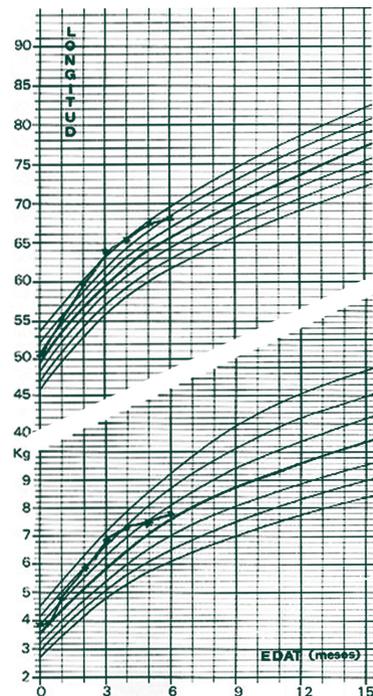
CASOS CLÍNICOS

I.º Caso (Patrón típico)

H. es un varón de 6 meses, amamantado de forma exclusiva, al nacimiento 3.880 gramos, al control del 6º mes se encuentra en el percentil 50, cuando al 4º mes se encontraba en el percentil 90. Nunca ha presentado problemas de salud, heces blandas amarillas una vez al día, su lactancia es satisfactoria. Su talla no muestra cambios. (Figura 1).

Solución: estamos ante un caso típico de crecimiento normal de un niño amamantado, sano, cuyo aumento de peso se ha hecho más lento a partir del 4º mes.

Figura 1.



2.º Caso (Crecimiento lento)

P. es un varón de 4 meses de edad, amamantado de forma exclusiva, en los últimos 2 meses la madre tiene sensación de menor producción láctea, lo cual mejora después al aumentar la frecuencia de succión y la prescripción de galactagogos. La curva de peso pasó del 75º al 45º percentil hasta al 6º mes, igual cambio en la curva de talla para edad, sin otra manifestación clínica exceptuando cierta palidez, menor grasa subcutánea y menor actividad. El cultivo de orina mostró crecimiento bacteriano 500.000 UFC/ml por *E. coli*. Después de administrado el tratamiento antibacteriano se observó un aumento en la curva de peso que le correspondía a un niño amamantado de su edad. (Figura 2)

Solución: en la presente situación vemos cómo una infección urinaria intercurrente cuya única manifestación clínica fue una afectación de la curva de peso con aparente hipogalactia se resolvió después de instaurado el tratamiento

oportuno. Diversos estudios han mostrado un efecto protector de la lactancia materna contra las infecciones incluidas las del tracto urinario. Además, es posible un efecto inmunomodulador como causa de una atenuación de las manifestaciones clínicas.

3.º Caso (Crecimiento lento)

I. es una niña de 35 días, peso actual 2.880 g, talla 50 cm, peso de nacimiento 2750 g y 48,5 cm de talla, ictericia desde el 3º día que aún mantiene (Bilirrubina pico 18 mg/dl, ahora 10 mg/dl) pérdida postnatal 7% de su peso que recuperó a los 18 días. A partir de entonces ha tenido un aumento de 125 gramos cada semana, 1,5 cm de talla mensual. Deposiciones líquidas, marrón oscuras, escasas cada 2 días. Muy activa, excelente tono muscular, piel turgente rosada y desarrollo psicomotor normal. Desde el inicio patrón de mamadas nutritivas cortas que son sustituidas por otras no nutritivas. (Figura 3).

Figura 2.

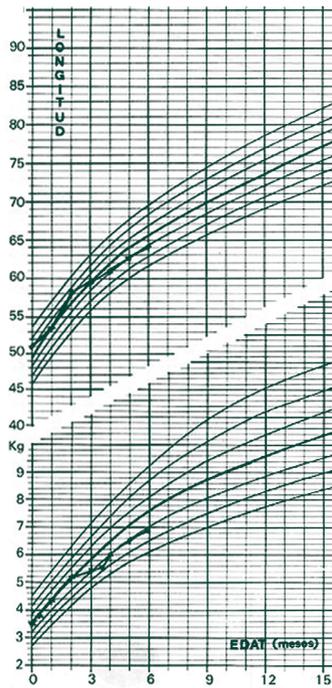
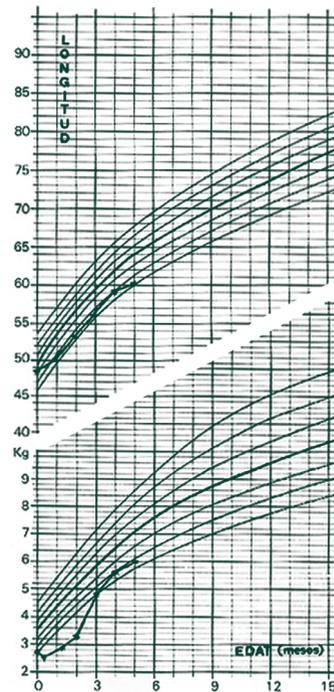


Figura 3.



Solución: está claro que esta niña ha tenido una ingesta insuficiente de leche, lenta recuperación del peso inferior a 20 gramos diarios y deposiciones típicas de hambre. Al observar la toma se detectó mala técnica de alimentación, nuca torcida y deficiente toma del pezón con la nariz lejos del pecho, que una vez corregida, la niña inició recuperación del peso y normalización de las deposiciones.

PAPEL DEL PEDIATRA

El pediatra juega un papel importante en dar un justo valor a la evaluación de las curvas de peso, teniendo en cuenta que éstas son meras referencias y en ningún caso una norma a seguir. Sin perder de vista que cada niño es un individuo con potencial y características propias de crecimiento. Por lo tanto, es importante centrar el interés en el individuo como un todo y no sólo en el seguimiento de la curva. Esto debe ser transmitido con claridad a los padres, por parte del sanitario encargado de la salud del niño.

Un nuevo horizonte de la Pediatría se vislumbra en el nuevo milenio. El gran reto para todos debe ser, según palabras del Dr. Plata Rueda (Prof. Universidad de Bogotá)⁸:

- Un pediatra más preventivo y menos curativo, que sepa escuchar y pueda orientar.
- Compromiso con aquellas acciones como la promoción y apoyo a la lactancia materna tienen probada eficacia en el mantenimiento de la salud en los niños.
- Interés efectivo en el conocimiento de aspectos prácticos sobre manejo clínico de lactancia materna.
- Aprovechamiento de la oportunidad que brinda el estado actual del conocimiento científico sobre lactancia y amamantamiento para hacer una medicina basada en la evidencia.

Bibliografía

1. WHO Working Group on Infant Growth, Nutrition Unit, World Health Organization. An evaluation of infant growth; 1994.
2. Hamill PVV, Drizd TA, Johnson CL, Reed RB, Roche AF, Moore WM. Physical growth: National Centre for Health Statistics percentiles. *Am J Clin Nutr* 1979; 32: 607-629.
3. Dewey KG, Heineg MJ, Nommsen LA, Peerson JM, Lonnerdal B. Growth of Breast-fed and formula fed infants from 0-18 months: the DARLING study. *Pediatrics*. 1992; 89(6): 1035.
4. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet J-P, Chalmers B, Hodnett E, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Vanilovich I and the PROBIT Study Group. Breastfeeding and infant growth: biology or bias? *Pediatrics*. 2002; 110(2): 343-347.
5. De Onis M, Habicht JP. Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee. *Am J Clin Nutr* 1996; 64: 650-658.
6. Dewey KG, Peerson JM, Brown KH, Krebs NF, Michaelsen KF, Persson LA, et al. Growth of breast-fed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. *Pediatrics* 1995; 96(3): 495-503.
7. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras. *Lancet* 1994; 344 (8918): 288-293.
8. Plata Rueda E. Hacia una medicina más humana. 1ª ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1998.