

Lactancia materna prolongada: ¿tiene inconvenientes?

Dra. Isolina Riaño Galán.

Los patrones de duración de la lactancia materna han sido marcados por factores históricos, culturales, científicos, médicos y personales [1]. Las civilizaciones occidental y oriental tuvieron lactancia materna prolongada. Dos médicos romanos, Sorano y Galeno, establecieron los patrones de alimentación de lactantes hasta el siglo XVIII. El primero recomendaba que los lactantes deberían amamantarse hasta que hubiera brotado su dentición completa, mientras que Galeno señalaba los tres años de edad. Las civilizaciones antiguas valoraron altamente la lactancia materna, como queda demostrado en la representación artística [1]. Diversos factores posteriores condujeron al destete precoz. En la actualidad, muchos consideran que seis meses constituyen una lactancia "prolongada" y algunos cuestionan los motivos de las mujeres que amamantan a sus hijos más de un año. La OMS y UNICEF recomiendan dos años de lactancia materna, mientras que la AAP señala a menos un año [2].

El tiempo óptimo de duración de la lactancia materna exclusiva es un punto importante de salud pública. La OMS [3] apoyándose en la evidencia científica actual recomienda la lactancia materna exclusiva por 6 meses, seguida por la introducción de alimentos complementarios y la continuación de la lactancia materna. Esta recomendación es aplicable a todas las poblaciones, no sólo en los países pobres. Sin embargo, no existe consenso acerca del momento del destete, ni evidencias científicas que muestren que a partir de cierto momento existen inconvenientes debidos a la lactancia prolongada.

No hay duda de que la lactancia materna exclusiva constituye la alimentación ideal, suficiente para mantener un crecimiento y un desarrollo óptimos durante los 6 primeros meses de vida, aproximadamente. Sólo en algunos casos especiales puede ser necesario aportar vitamina D y hierro antes de los 6 meses de edad, aunque no de forma sistemática [3]. La introducción gradual de alimentos sólidos enriquecidos con hierro debe complementar la alimentación al pecho durante el segundo semestre de vida. Aun cuando el niño ya es capaz de recibir otro tipo de alimentos, la leche materna seguirá siendo su fuente primordial de nutrición durante los primeros 12 meses. Se convierte en complemento de los alimentos al segundo año de vida,

Las razones más comunes para indicar el destete son la aparición de los dientes, el nacimiento de un hermano, la reincorporación de la madre a la actividad laboral, la adquisición del lenguaje, el comienzo de la motilidad independiente del niño o el inicio de la escolaridad.

Uno de los principales problemas a la hora de conocer los efectos de la lactancia materna prolongada, es la variedad de definiciones sobre lactancia materna. Además, es difícil invocar un efecto puro de la lactancia materna prolongada pues varía la cantidad de leche materna que reciben y existen otras muchas variables de confusión, principalmente el entorno y las características de las madres que amamantan un mayor periodo. Por otro lado, aunque las tasas de lactancia materna han aumentado ligeramente en la última década, especialmente en el inicio de la misma, aún la prevalencia de lactancia materna exclusiva está lejos de las recomendaciones (menor del 20% los 6 meses) incluso en grupos de intervención donde se realiza una política activa de promoción y apoyo de la lactancia [4, 5]. Estudios realizados en nuestro medio ponen de manifiesto que estamos aún muy lejos de lo deseable [6, 7] de ahí nuestra responsabilidad teniendo en consideración la evidencia de la efectividad de las prácticas de promoción y apoyo de la lactancia, para aumentar la intensidad y duración de la misma [8,9].

Hay evidencia científica de disminución de la incidencia y gravedad de gran número de

enfermedades agudas y crónicas de los niños amamantados, pero la mayoría de los estudios epidemiológicos que demuestran las ventajas de la lactancia materna tanto para los lactantes, las madres, las familias y la sociedad en general, se basan en comparaciones entre lactancia materna exclusiva por 4 ó 6 meses o incluso menor duración y la artificial. Dichas ventajas hacen referencia al estado de salud, crecimiento y desarrollo nutricional, inmunológico, psicológico, social, económico y ambiental. La composición de la leche materna cambia de acuerdo con las necesidades del niño conforme éste madura. Además, teniendo en cuenta que el sistema inmunológico tarda entre dos y seis años en madurar, la leche materna continúa complementando y ayudando al sistema inmune mientras el niño la siga tomando [10]. Por ello, es posible que el hecho de destete precoz, especialmente en los países occidentales, esté privando a los lactantes del efecto protector que supondría una lactancia materna prolongada.

A continuación analizaremos algunos de los datos disponibles tanto en relación con la salud infantil como de sus madres.

Efectos físicos en los bebés

En países en desarrollo, la ventaja potencial más importante de la lactancia materna prolongada está relacionada con la morbilidad y mortalidad de enfermedades infecciosas, especialmente las gastrointestinales. Estudios en Kenia muestran que la lactancia materna prolongada resulta positiva para el crecimiento lineal, especialmente en lugares con mal medio sanitario e inadecuado suministro de agua. Un análisis multivariante, en un periodo de seguimiento de 6 meses de 264 niños, muestra que a mayor duración de la lactancia, mayor ganancia en longitud y en peso [11].

Estudios de seguimiento a largo plazo muestran que la lactancia materna prolongada podría contribuir a reducir la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta y otras relacionadas con la obesidad, un grave problema de salud especialmente en el mundo occidental. Así, Wiison y cois [12] encuentran que la introducción temprana de alimentos sólidos (antes de las 15 semanas) se asocia con incremento de la grasa corporal y del peso en la infancia. Además, la alimentación con fórmula se asocia con incremento de la tensión arterial sistólica en la infancia (94,2 vs 90,7 mm Hg en los alimentados al pecho en exclusiva).

La lactancia materna prolongada puede disminuir la prevalencia de obesidad en la infancia [13,14]. El riesgo de obesidad en niños de 5 y 6 años de edad se reduce en un 35% si recibieron pecho de 3 a 5 meses. La lactancia materna es un factor protector frente a la obesidad (OR 0,75, CI 95% 0,57-0,98) y el sobrepeso (OR 0,79; CI 95% 0,68-0,93), una vez eliminados otros factores de confusión.

Asimismo se ha visto que la ingesta de leche de mujer en niños prematuros se asocia de forma significativa a menor concentración de leptina en relación con la masa grasa en adolescentes de 13 a 16 años, independiente de otros factores de confusión [15],

Esto sugiere que las concentraciones de leptina podrían ser programadas por la dieta en edades tempranas de la vida y relacionaría la dieta de la infancia con el riesgo de obesidad en el adulto.

Se ha puesto en relación la caries con la lactancia materna prolongada [16, 17]. Sin embargo, no hay evidencia científica que relacione la lactancia materna y la caries dental, aunque sí se han descritos casos de niños amamantados, especialmente durante más de dos años y con tomas nocturnas frecuentes, seguramente por otros factores asociados [18]. En cambio, si está clara la relación entre la ingesta de biberones azucarados, chupetes con miel o azúcar y caries galopante. Un estudio realizado en niños suecos indica que algunos con lactancia prolongada asocian otros hábitos

dietéticos incorrectos [19] pero la leche humana no es cariogénica [20]. La caries dental se debe a muchos factores: genéticos, microorganismos (formadores de ácidos), los sustratos para dichos microorganismos (en especial las azúcares procedentes de la alimentación) y las tomas muy frecuentes entre otros. Por ello, especialmente, si existe una historia familiar de caries importante, es necesario extremar otros cuidados como la higiene (cepillado adecuado), fluoración y hábitos dietéticos adecuados.

Algunos estudios han alertado acerca de la contaminación química de sustancias nocivas tales como dioxinas y otras en la leche materna, procedentes de la contaminación del medio ambiente [21]. Sin embargo, la leche materna sigue siendo la mejor opción para alimentar a los bebés, y las ventajas de la lactancia sobrepasan los posibles riesgos de la ingestión de contaminantes y posiblemente contrarreste los efectos tóxicos. El esfuerzo debería dirigirse a tratar de eliminar dichos productos químicos contaminantes de nuestro medio ambiente. Por otro lado, también las fórmulas artificiales podrían estar contaminadas tanto por el mismo medio ambiente como por los procesos industriales de producción.

La protección frente a la diabetes tipo 1 es otra razón importante para apoyar la lactancia materna prolongada. Diversos estudios sugieren la relación entre Diabetes tipo 1 y la introducción antes del primer año de vida de productos que contienen proteínas de leche de vaca intactas [22] sin embargo varios estudios a largo plazo nos aportarán un mejor conocimiento al respecto.

Incluso en los casos de madres con HIV en los países pobres, recientes estudios demuestran que no hay diferencias en la mortalidad entre aquellos lactantes alimentados al pecho (con el consiguiente riesgo de contraer el HIV a través de la leche materna) y los alimentados con fórmula [23], si bien sigue sin haber acuerdo acerca de la recomendación de un destete precoz.

Efectos psicológicos

Diversos estudios describen los beneficios psicológicos de la lactancia materna prolongada, si bien sin duda el entorno y las características de las madres que amamantan contribuyen a ello. Parece indudable que la lactancia prolongada proporciona no sólo alimento sino consuelo, ternura, comunicación entre madre e hijo. A pesar de muchos prejuicios populares en relación con la lactancia prolongada, no existe evidencia para sostener que la lactancia materna prolongada se asocie con problemas de desajuste social sino más bien al contrario. Existe relación entre la duración de la lactancia materna y el desarrollo cognitivo evaluado con la escala de Bayley al año y dos años de edad [24]. Las habilidades motoras y el desarrollo temprano del lenguaje mejoran con el amamantamiento, correlacionándose con la duración de la lactancia [25]. Un reciente metaanálisis, revisa numerosos estudios que concluyen en una mejora del desarrollo cognitivo y del ajuste social [26].

Efectos en las madres

En relación con la salud de las madres, se ha demostrado que la lactancia prolongada asociada incluso a restricción de la dieta en los casos de atopia no afecta a la mineralización ósea [27]. Asimismo, se ha demostrado protección frente al cáncer de mama (OR 0,67; CI 95% 0,52-0,85) en mujeres que amamantaron 25 meses o más [28]. Posiblemente, el mayor inconveniente de la lactancia prolongada en estos momentos se relacione con la pérdida de la cultura del amamantamiento, que puede afectar a la autoestima de aquellas madres que siguen amamantando a sus hijos.

En resumen, se sabe el momento adecuado en que es necesario asociar otros alimentos a la leche materna, pero no parece existir ninguna razón médica para recomendar el destete en un determinado momento. Sin duda, los profesionales relacionados con este tema tenemos un papel

esencia! para lograr un cambio cultural que normalice que las lactancias se prolonguen hasta que madre e hijo mutuamente lo decidan.

Bibliografía

- 1.- Piovanetti Y. Breastfeeding beyond 12 months. An historical perspective. *Pediatr Clin North Am* 2001;48: 199-206.
- 2.- American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100: 1035-1039.
- 3.- World Health Organisation. Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding, March 2001; www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html.
- 4.- Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Devkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT). A randomized trial in the republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285: 413-420.
- 5.- Savage S, Reilly JJ, Edwards CA, Durnin JV, Weaning practice in the Glasgow longitudinal infant growth study. *Arch Dis Child* 1998; 79: 153-156.
- 6.- Barriuso LM, Sánchez-Valverde F, Romero C, Vitoria JC. Epidemiología de la lactancia materna en el Norte y Centro de España. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 237-243.
- 7.- Santos L, Paricio JM, Fernández A, Ferriol M, Grieco M, Beseler B. Responsabilidades médicas en relación con la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 1998; 48: 245-250.
- 8.- Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, issues 3, 2002. Oxford; Update Software.
- 9.- Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31: 12-32.
- 10.- Goldman, A. Immunologic components in human milk during the second year of lactation, *Acta Paediatr Scand* 1983;72:461-462
- 11.- Onyango AW, Esrey SA, Kramer MS. Continued breastfeeding and child growth in the second year of life: a prospective cohort study in western Kenya. *Lancet* 1999; 354: 2041-2045.
- 12.- Wiison AC, Forsyth JS, Greene SA, Irvine L, Hau C, Howie PW. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ* 1998;316:21-25.
- 13.- von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, von Voss H. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ* 1999; 319: 147-150.
- 14.- Koletzko B, von Kries R. Are there long term protective effects of breast feeding against later obesity? *Nutr Health* 2001;15(3-4):225-36 .
- 15.- Singhai A, Farooqi IS, O'Rahilly S, Colé TJ, Fewtrell M, Lucas A. Early nutrition and leptin concentrations in later life. *Am J Clin Nutr* 2002; 75: 993-999
- 16.- Leal-Dini E, Holt R, Bedi R. Caries and its association with infant feeding and oral

health-related behaviours in 3-4 year old Brazilian children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 241-247.

17.- Davies GN. Early childhood caries- a synopsis. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26 (suppl): 106-116.

18.- Vaiaitis R, Hesch R, Passarelli C, Sheehan D, Sinton J. A systematic review of the relationship between breastfeeding and early childhood caries. *Can J Public Health* 2000; 91: 411-417.

19.- Hallonsten AL, Wendt LK, Mojare I, Birked D, Hakansson C, Lindvall AM, Edwardsson S, Koch G. Dental caries and prolonged breast-feeding in 18-month-old Swedish children. *Int J Pediatr Dent* 1995; 5:149-155.

20.- Erickson PR, Mazhari E. Investigation of the role of human breast milk in caries development. *Pediatr Dent* 1999; 21: 86-90.

21.- Alaluusua S, Lukinmaa PL, Koskimies M, Pirinen S, Holtta P, Kallio M et al. Developmental dental defects associated with long breast feeding. *Eur J Oral Sci* 1996; 104: 493-497.

22.- Elliot RB, Harris DP, Hill JP, Bibby NJ, Wasmuth HE. Type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus and cow milk: casein variant consumption. *Diabetologia* 1999; 42: 292-296.

23.- Nduati R, John G, MborE-Ngacha D, Richardson B, Overbaugh J, Mwatha A et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: A randomized clinical trial. *J Am Med Assoc* 2000; 283: 1167-1174.

24.- Morrow-Tlucak M, Haude RH, Ernhart CB. Breastfeeding and cognitive development in the first 2 years of life. *Soc Sci Med* 1988; 26: 635-639.

25.- M, Obel C, Henriksen T, Sorensen H, Skajaa E, Ostergaard J. Duration of breastfeeding and development milestones during the latter half of infancy. *Acta Pediatr* 1999; 88: 1327-1332.

26.- Anderson J, Johnstone B, Remley D. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 525-535.

27.- Holmberg-Marttila D, Sievanen H, Sarkkinen E, Erkkia A, Salminen S, Isolauri E. Do combined elimination diet and prolonged breastfeeding of an atopic infant jeopardise maternal bone health?. *Clin Exp Allergy* 2001; 31:88-94.

28.- Layde PM, Webster LA, Baughman AL, Wingo PA, Rubin GL, Ory HW. The independent associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. Cancer and Steroid Hormone Study Group. *J Clin Epidemiol* 1989; 42:963-73.