

La lactancia materna y su influencia en el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas

The breastfeeding and its influence on the behavior of acute respiratory infections

Tatiana de la Vega Pažitková^I; Víctor T. Pérez Martínez^{II}; Lenia Bezos Martínez^{III}

^IEspecialista de I Grado en Medicina General Integral. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". Policlínico Docente "Ana Betancourt", municipio Playa, La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Medicina General Integral y Psiquiatría. Investigador y Profesor Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". Policlínico Docente "Ana Betancourt", municipio Playa, La Habana, Cuba.

^{III}Especialista I Grado en Pediatría. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón". Policlínico Docente "Ana Betancourt", municipio Playa, La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la lactancia materna es reconocida como el mejor inductor de la maduración inmunológica de la etapa posnatal. La leche materna provee una nutrición completa para cualquier bebé desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida.

MÉTODOS: se estudiaron 80 transicionales, pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo No. 2 del Policlínico "Ana Betancourt", con el objetivo de identificar la frecuencia y variedad de las infecciones respiratorias agudas en relación con el tipo de lactancia recibida. Para la recolección de los datos se consideró la información reflejada en las consultas de puericultura realizadas, durante el primer año de vida, contempladas en las historias clínicas pediátricas (revisión documental).

RESULTADOS: predominaron los niños lactados (83 %), aunque de estos, solo el 25 % se alimentó de forma exclusiva. La lactancia mixta, aunque mayoritaria (58 %), predomina por debajo del cuarto mes de vida y el 17 % de los casos fue lactado de manera artificial. Las infecciones respiratorias agudas fueron más frecuentes en niños que recibieron poco tiempo de lactancia mixta (19 %), así como en los que se alimentaron de modo artificial (14 %), con predominio en ellos de la mayor parte de las otitis medias y la totalidad de las neumonías. Solo en 3 de

estos pacientes fue necesaria la hospitalización, y la evolución en todos los casos fue satisfactoria.

CONCLUSIONES: predominó la variedad mixta de lactancia materna. Se comprobó una alta morbilidad por infecciones respiratorias agudas en los transicionales estudiados. Mientras más breve es el período de lactancia materna, mayor es el riesgo de infección y la severidad de estas. Las dos terceras partes de la otitis media y la totalidad de las neumonías ocurren en casos con lactancia materna mixta breve o artificial.

Palabras clave: Lactancia mixta, artificial, infecciones respiratorias.

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN: breastfeeding is recognized as the better inductor of the immunologic maturation of postnatal stage. Mother milk provides a complete nutrition for any baby from the birth to 6 months of life.

METHODS: eighty transitional cases were studied from the No. 2 Basic Work Group of the "Ana Betancourt" Polyclinic to identify the frequency and variety of acute respiratory infections related to the type of breastfeeding received. To data collection authors considered the information achieved in the puericulture consultations during the first year of life, completed in the pediatric medical records (documentary review).

RESULTS: there was predominance of breast-fed children (83 %) although from these, only the 25 % was feed in an exclusive way. Mixed lactation even so majority (58 %) predominates under the fourth month of life and the 17 % of cases was lactated in an artificial way. The acute respiratory infections were the most frequent in children with a short period of mixed lactation (19 %), as well as in those lactated in an artificial way (14 %) with predominance in them most of the otitis media and the total of pneumonia. Only in three of these patients it was necessary hospitalization and the course in all the cases was satisfactory.

CONCLUSIONES: there was predominance of mixed breastfeeding. It was proved a high morbidity due to acute respiratory infections in study transitional cases. The more is brief the period of breastfeeding, greater is the infection risk and severity of these infections. The two third of otitis media and the total of pneumonias occur en cases with brief mixed breastfeeding or artificial.

Key words: Mixed breastfeeding, artificial, respiratory infections.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad nuestro conocimiento sobre la lactancia materna se ha enriquecido, y se valora mucho más su papel en la supervivencia, el crecimiento y desarrollo infantil.¹

La estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño, establece que las prácticas de alimentación adecuadas basadas en la evidencia, resultan esenciales para lograr y mantener la nutrición y una salud adecuada.²

La elección de los alimentos es uno de los momentos más fuertemente influidos por factores sociales, económicos y culturales que rodean al individuo y su familia; sin embargo, la leche humana satisface todas las necesidades básicas de los niños, lo cual la hace superior a las otras leches animales, tanto por las propiedades nutricionales como inmunológicas.^{3,4}

La leche materna es un producto biológico natural y esencial que contiene numerosos componentes inmunológicos, tanto humorales como celulares, que conforman su función protectora y preservan al lactante de las infecciones. Incluye factores que proveen la inmunidad específica, como anticuerpos y linfocitos, así como también factores que brindan una inmunidad no específica, como la lactoferrina (que tiene efecto bacteriostático contra estafilococos, *Candida albicans* y *Escherichia coli*, mediante privación del hierro que requiere para su crecimiento), lisozima, oligosacáridos y lípidos. También contiene componentes que favorecen la maduración del sistema inmune del lactante, pues permite amplificar las respuestas humoral y cerebral después de la vacunación, y estimular, en forma más temprana, la producción de anticuerpos de tipo IgA en mucosas, cuya función consiste en proporcionar protección local intestinal contra polivirus, *Escherichia coli* y *Vibrión cholerae*.^{1,4}

La lactancia materna influye en el desarrollo de la microbiota intestinal, y este, a su vez, es un fuerte mecanismo inductor de maduración y defensa de la mucosa intestinal, y por tanto, del sistema inmunitario como un todo. Múltiples investigaciones concuerdan en el potente valor inmunomodulador de la leche humana, que provee al lactante de nutrientes, precursores, probióticos, factores antimicrobianos y agentes antiinflamatorios, necesarios para la maduración inmunitaria.^{1,3}

El papel de la lactancia materna en la función tímica demuestra que los lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva presentan un tamaño de timo mayor que los alimentados con fórmulas artificiales, lo cual influye en el repertorio celular y la función inmunitaria posterior del órgano.⁴

Muchos de los efectos de la leche materna son debido a la presencia de citocina, quimiocinas y factores estimulantes de colonia. Diversos estudios han demostrado que la alimentación al seno materno disminuye el riesgo de infecciones, particularmente de las vías respiratorias y del tracto gastrointestinal.²⁻⁴

En los lactantes, un régimen combinado de alimentación al seno materno y evitar alérgenos de la dieta, o en su defecto, leche altamente hidrolizada adicionada con lactobacilos durante el primer año de vida, resulta en una reducción significativa de riesgo de enfermar hasta aproximadamente los 2 años de edad.³

En nuestro país, el tema de la lactancia materna cobra gran importancia, en particular, en el nivel primario de atención, que tiene entre sus principales herramientas a la promoción de salud y la prevención de enfermedades, motivo por el cual nos motivamos a estudiar el comportamiento, en la población de transicionales, de estas 2 recurrentes y vinculadas temáticas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, con el propósito de identificar la frecuencia y variedad de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en relación con

el tipo de lactancia recibida por los niños nacidos en el período comprendido desde febrero de 2007 a febrero de 2008, pertenecientes al GBT No. 2 del Policlínico "Ana Betancourt" del municipio Playa. El universo de estudio coincide con la muestra, cuya cifra asciende a un total de 81 transicionales.

Para la recolección de los datos se consideró la información reflejada en las consultas de puericulturas realizadas durante el primer año de vida, contempladas en las historias clínicas pediátricas (revisión documental), buscando asociar, la alimentación recibida por el lactante y la aparición de alguna infección respiratoria en esta etapa. También se analizó, minuciosamente, la evolución del episodio infeccioso.

Los datos obtenidos fueron procesados de forma manual. Se analizaron los resultados y se compararon con los de otros autores. Como medida de resumen se utilizó porcentaje, y se arribó a conclusiones.

RESULTADOS

En la investigación los niños que recibieron lactancia materna fueron 66 (83 %), de ellos 20 de forma exclusiva (25 %) y los restantes 46 niños la recibieron de forma mixta, los cuales representaron el mayor por ciento (58 %). Los niños que no fueron amamantados fueron 14 en total, para un 17 %. Como puede constatar, predominan los niños lactados en forma mixta, y se mantuvo la misma hasta el cuarto mes de vida en 30 niños para un 38 %, mientras que solo 8 arribaron al sexto mes con esta forma de alimentación, y los restantes 4 sobrepasan este tiempo con la referida variedad.

Las IRA resultaron más frecuentes en los niños alimentados de forma mixta, que representaron el 33 % de los pacientes que se afectaron por algunas enfermedades respiratorias agudas. En los niños amamantados de forma exclusiva, dichas infecciones predominan en los que lactaron menos de 3 meses, y de 5 enfermos, 3 solo lactaron 1 mes.

En el presente estudio, de los 31 niños que se enfermaron, solo 3 fueron hospitalizados, pero con evolución favorable en su totalidad. Su patrón de lactancia fue mixto, en 2 de ellos solo 1 mes (ingresados por otitis media), y 3 meses en 1 solo caso (ingresado por neumonía con atelectasia).

En el caso de la lactancia materna exclusiva, los niños que la recibieron solo 1 mes, padecen de otitis media, que es corroborado por la literatura mundial.⁵⁻⁷ Así también ocurre con la totalidad de los casos que padecen neumonías en nuestro estudio, que suelen observarse a medida que el período de lactancia materna es más breve o nulo.

DISCUSIÓN

Las IRA constituyen una de las enfermedades más frecuentes en la infancia, fundamentalmente en el primer año de vida, y son las responsables del 50 % de las consultas pediátricas.^{1,5,6}

Las tasas de infecciones de vías respiratorias, así como las defunciones causadas por estas, son menores en los lactantes amamantados de forma exclusiva, que entre los que se amamantan de forma parcial.⁶⁻⁹ Se ha comprobado protección frente a gérmenes como *Sincitial respiratorio*, *Rinovirus*, *Haemophilus influenzae* y *Neumococo*, con una duración de hasta 2 años después de suspendida la lactancia materna exclusiva, lo que es particularmente importante en la otitis media y neumonías.^{4,10-12} Estudios realizados en Suecia, por ejemplo, aportan entre 5 y 10 años de protección inmunológica en el caso de *Haemophilus influenzae*.^{6,13}

Otras investigaciones realizadas en los Estados Unidos y Canadá aseguran que los niños amamantados de forma exclusiva, en los primeros 6 meses de vida, no solo reducen el riesgo de infecciones, sino que también dicho proceso exhibe un menor tiempo de evolución y menor gravedad.¹²

Estudios realizados en Brasil¹⁴ expresan que los niños y niñas no amamantados fueron más susceptibles a padecer neumonía. Otros, en Estados Unidos, Canadá,¹² Sri Lanka¹⁰ y Suecia,¹³ reflejan que los lactantes amamantados en forma exclusiva 4 meses o más, sufrieron significativamente menos IR que los amamantados exclusivos por menos de 3 meses, y los que nunca fueron lactados, tuvieron mayor riesgo de ser ingresados por IRA.

Nuestros resultados coinciden con otros estudios reportados en la literatura mundial, como se expresa en el informe de las Naciones Unidas en su *Balance sobre el estado mundial de la infancia*, el que plantea que la lactancia materna exclusiva aumentó 20 % durante el decenio, pero solo la mitad de los lactantes se alimentan exclusivamente con pecho los 4 primeros meses.²

La leche materna, por su naturaleza dinámica, se ajusta a las necesidades del niño en crecimiento, constituye la transición ideal para la adaptación del lactante a la vida extrauterina. Los niños alimentados con lactancia materna de forma exclusiva enferman 2 y media veces menos que los alimentados con fórmulas.^{15,16}

Otros reportes anuncian a nivel mundial que cada 10 niños que nacen, solo 4 o menos reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y que si se lograra garantizar la lactancia materna exclusiva a los neonatos se prevendrían 1 301 000 fallecimientos, así como una disminución en un 13 % de los fallecimientos actuales en menores de 5 años.^{16,17}

El nuevo patrón de crecimiento establecido por la OMS y difundido en abril de 2006, establece la lactancia materna como la forma biológica, y al lactante alimentado a pecho como patrón de referencia para determinar el crecimiento saludable.¹⁷

La bibliografía consultada enfatiza en la importancia de la lactancia materna en la alimentación y en la salud de los niños, hasta el sexto mes de vida, como alimento exclusivo. Se coincide con *Díaz y Soler* que es todavía bajo el porcentaje de niños que mantienen su lactancia materna exclusiva el tiempo establecido.¹⁸

Las IRA y la nutrición tienen un doble vínculo, porque la desnutrición significa que un niño tiene más probabilidades de contraer IR. Si no se presta la adecuada atención a la alimentación de los niños enfermos, las IRA provocan déficit en el crecimiento y desarrollo del niño, pérdida de peso y desnutrición en un niño originalmente bien nutrido. *Mulholland* plantea que la mayor vulnerabilidad de los niños desnutridos a la neumonía se explica por varias razones: la desnutrición adelgaza la membrana de los pulmones, con lo que se puede facilitar la entrada de bacterias, además puede debilitar el sistema inmunitario del niño.¹⁹

La lactancia materna es un proceso único que proporciona la alimentación ideal a lactantes y contribuye a su crecimiento y desarrollo saludable, reduce la incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, y disminuye la morbimortalidad infantil. En esta investigación predominó la variedad mixta de lactancia materna. Se comprobó una alta morbilidad por IRA en los transicionales estudiados. Mientras más breve es el período de lactancia materna, mayor es el riesgo de infección y su severidad. Las dos terceras partes de las otitis medias y la totalidad de las neumonías ocurren en casos con lactancia materna mixta breve o artificial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. León-Cava N, Lutter Ch, Ross J, Martin L. Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. Washington, D.C: Linkages; 2008. Disponible en: <http://www.paho.org>. Consultado, 14 de enero 2008.
2. ONU. Boletín Balance Estado Mundial de la Infancia. 2002. Nosotros los niños, examen final de decenio de los resultados de la cumbre mundial a favor de la infancia. New York: ONU; 4 de mayo, 2001.
3. Gilbink GS. Prevenning Otitis Media. Arm Otol Rhinol Laringol Suppl. 2005;164:20-3.
4. Harabuchi Y. Human milk secretory IgA antibody effects against nasopharyngeal colonization. J Pediatric. 2004;124(2):193-8.
5. Cushing AH, Samet JM, Lambert WE, Skipper BJ, Hunt WC, Young SA, Mc Laren LC. Breastfeeding reduces the risk of respiratory illness in infants. An Epidemiology. 2007;147:863-70.
6. Silfverdal SA. Protective effect of breastfeeding on invasive *Haemophilus influenzae* infection: a case control study in Swedish preschool children. Int J Epidem. 2007;26:443-50.
7. Duncan B, Holberg CJ, Wright AL, Martínez FD, Taussing LM. Exclusive breastfeeding for at least 4 months protects against Otitis Media. Pediatrics. 2004;91:867-72.
8. Amador M, Silva LC, Uribuo G, Valdés F. Caracterización de la lactancia materna en Cuba. Food Nutre Bell. 1992;14:101.
9. López-Alarcón M, Villalpando S, Fajardo A. Breastfeeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. J Nutr. 2007;127:436-43.
10. Perera BJC. The impact of breastfeeding practices on respiratory and diarrhea disease in infancy: a study from Sri Lanka. J Trop Pediatric. 2007;45:115-8.
11. Zaman K. Acute respiratory infections in children: a community-based longitudinal study in rural Bangladesh. J Trop Pediatr. 2006;43:133-7.
12. Levine OS, Farley M, Harrison LH, Lefkowitz L, Mc Geer A, Schwartz B. Risk Factors for invasive pneumococcal disease in children: a population based case-control study in North America. Pediatrics. 2006;103(3):28.

13. Silfverdal SA. Protective effect of breastfeeding: an ecologic study of *Haemophilus influenzae* (HI), meningitis and breastfeeding in a Swedish population. *Int J Epidemiol*. 2006;28:156-6.
14. Cesar JA. Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during post neonatal period in Brazil: Nested case-control study. *Br Med J*. 2005;318:1316-20.
15. Nafstad P. Breastfeeding, maternal smoking and lower respiratory tract infections. *Eur Respir J*. 2006;9:2626-9.
16. Beasley A. Infant feeding, poverty and human development. *Int Breastfeed J*. 2007;2:14.
17. Torre Lozano M. Nuevo patrón de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud basado en lactantes amamantados. *An Pediatr (Bar)*. 2007;66(2):117-83.
18. Díaz O, Soler ML. Aspectos epidemiológicos relacionados con la lactancia materna durante el primer año de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2002;18(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es Consultado, 14 de enero 2008.
19. Mulholland K. La neumonía en los niños con desnutrición grave. *Noticias sobre IRA*. 1995;31(4):2-3.

Recibido: 2 de octubre de 2009.

Aprobado: 31 de octubre de 2009.

Tatiana de la Vega Pažitková. Calle 42 # 3 705 entre 37 y 39, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: tdelavega@infomed.sld.cu