

COMENTARIO EDITORIAL

Lactancia materna e infecciones respiratorias

D.L. van Esso

Pediatra. Director EAP Serraparera. ABS Cerdanyola-1. Barcelona.

El esfuerzo investigador destinado a demostrar los efectos beneficiosos que la leche humana proporciona para su especie sigue siendo muy importante y continuamente se publican trabajos que hacen referencia a nuevos descubrimientos sobre los beneficios potenciales de la lactancia materna sobre la salud¹. Entre los profesionales que trabajan en este campo, existe un amplio consenso que la leche humana y la lactancia materna constituyen la mejor elección para el recién nacido en relación a su crecimiento y desarrollo, proporcionando asimismo una disminución significativa del riesgo de diversas enfermedades agudas y crónicas^{2,3}. Específicamente en el ámbito de las enfermedades infecciosas, el efecto beneficioso de la lactancia materna, ya sea disminuyendo la incidencia o severidad de los cuadros, se ha demostrado para gastroenteritis aguda, infección respiratoria, otitis media, bacteriemia, meningitis bacteriana, infección del tracto urinario y botulismo.

A pesar de las mejoras constantes que la industria alimentaria infantil ha incorporado en las fórmulas de lactancia artificial, estas últimas aún distan mucho de ser similares a la leche humana. Esto no significa, sin embargo, que estas diferencias sean fácilmente medibles y que puedan demostrarse divergencias significativas del efecto beneficioso de la lactancia materna sobre determinadas variables. Asimismo no resulta difícil comprender que las diferencias a favor de la lactancia materna pueden no ponerse de manifiesto en determinados ambientes (países desarrollados, si lo que se mide es disminución de la mortalidad) y sí en otros en los que debido a las deficientes condiciones sanitarias y ambientales ponen de manifiesto diferencias entre lactancia materna y artificial en términos de mortalidad por gastroenteritis aguda⁴.

El trabajo de Buñuel et al⁵ resulta sumamente interesante, ya que estudia la relación entre el tipo de lactancia durante los 6 primeros meses de vida y la incidencia de infecciones del tracto respiratorio en los 12 primeros meses en una población de nuestro medio, controlando una serie de otras variables (asistencia a guardería, antecedentes familiares de atopia, hábito tabáquico y nivel de estudios de los padres, así como número de convivientes en el domicilio) que pueden ejercer un papel sobre la incidencia de estas in-

Cuadro puntos clave

- Existe un amplio consenso en que la leche humana y la lactancia materna constituyen la mejor elección para el recién nacido y proporcionan una disminución significativa del riesgo de presentar diversas enfermedades agudas y crónicas.
- La protección que la lactancia materna confiere frente a las infecciones respiratorias es un tema muy controvertido, ya que hay trabajos que ofrecen resultados opuestos.
- En el ámbito de las investigaciones sobre infecciones respiratorias y lactancia materna, hay probablemente un número demasiado elevado de variables de confusión que es necesario controlar y que pueden oscurecer el posible efecto protector de la lactancia materna.
- El trabajo de Buñuel et al constituye una aportación muy interesante en un ámbito en el que aún queda mucho por investigar.

fecciones y que se han catalogado en muchos estudios como variables de confusión. Las principales conclusiones son que la lactancia materna comparada con la lactancia artificial no presenta un efecto protector sobre la incidencia de infección respiratoria, tanto superior como inferior, en el primer año de vida y que existen otras variables, caso de número de convivientes en el hogar, antecedentes familiares de atopia y asistencia a la guardería, que sí influyen en la mayor incidencia de infecciones del tracto respiratorio inferior.

El mérito de este estudio, realizado en la atención primaria de nuestro país, es doble: ser el primer estudio de estas características que aborda, con una metodología correcta, una hipótesis tan compleja de estudiar, y aportar evidencia de la falta de protección de la lactancia materna sobre las infecciones respiratorias en la población de referencia.

La protección que la lactancia materna confiere respecto de las infecciones respiratorias es precisamente un tema muy controvertido, ya que hay trabajos con resultados

opuestos^{6,7}. Los argumentos para explicar estas diferencias son diversos: desde problemas metodológicos de los estudios implicados hasta argumentos basados en que la protección de la lactancia materna frente a las infecciones respiratorias sería limitada en países desarrollados. Los puntos críticos más importantes a superar en estudios posteriores que intenten responder a esta cuestión son: controlar adecuadamente las posibles variables de confusión, utilizar un diseño prospectivo a largo plazo, definir adecuadamente el tipo de infección respiratoria objeto de estudio y disponer de un número suficiente de pacientes que permitan analizar el efecto protector de la lactancia materna exclusiva y prolongada en poblaciones en las que la prevalencia de lactancia materna exclusiva prolongada es baja.

Probablemente, en el campo de las investigaciones sobre infecciones respiratorias y lactancia materna existe un número demasiado elevado de variables de confusión que es necesario controlar y que pueden oscurecer el posible efecto protector de la lactancia materna. La propia definición de la variable infección respiratoria es también muy importante, ya que no tienen la misma trascendencia las infecciones de vías altas que las de vías bajas, con todas las dificultades que comporta en ocasiones distinguir entre unas y otras. Las ventajas del diseño prospectivo son evidentes. En conclusión, se trata de una aportación muy interesante en un ámbito en el que aún queda mucho por investigar. Lamentablemente, las dificultades de diseño de este tipo de estudios y la ausencia de soporte económico importante para realizarlos impedirá que en un futuro muy

próximo podamos obtener una respuesta definitiva a la pregunta que deberíamos hacernos: ¿qué grado de protección frente a las infecciones respiratorias confiere la lactancia materna exclusiva y prolongada en países sanitariamente desarrollados?

Bibliografía

1. Goldman AS, Goldblum RM. Defense agents in milk. A. defense agents in human milk. En: Jensen RG, editor. Handbook of milk composition. San Diego: Academic Press, 1995; p. 727-45.
2. Dewey KG, Heining J, Nommsen-Rivers LA. Difference in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr* 1995;126:696-702.
3. Kovar MG, Serdula MK, Marks JS, Fraser DW. Review of the epidemiologic evidence for an association between infant feeding and infant health. *Pediatrics* 1984;74:615-38.
4. Victora CG, Smith PG, Vaughan J, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987;II:319-22.
5. Buñuel Álvarez JC, Vila Pablos C, Puig Congost M, Díez García S, Corral Tomàs A, Pérez Oliveras M. Influencia del tipo de lactancia y otros factores sobre la incidencia de infecciones del tracto respiratorio en lactantes controlados en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 2002;29:268-77.
6. Wright AI, Holberg CJ, Martínez FD, Morgan WJ, Taussing LM. Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *BMJ* 1989;299:945-9.
7. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Serkovskaya Z, Dziczovich I, Shapio S, et al, and Probit Study Group. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20.