

La lactancia materna exclusiva mantenida durante al menos cuatro meses parece disminuir la prevalencia de asma bronquial y retrasar la edad de su presentación

Artículo

Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. BMJ 1999; 319: 815- 819.

Objetivo

Investigar la existencia de una asociación entre la duración de la lactancia materna exclusiva y el desarrollo posterior de asma bronquial y atopia (medida por prick test) a la edad de seis años.

Diseño

Estudio de cohortes.

Emplazamiento

Comunitario.

Población de estudio

2602 recién nacidos vivos que recibieron seguimiento hasta la edad de seis años.

Intervención

Se recogieron datos en tres momentos diferentes: 1) al nacimiento: sexo, edad gestacional, peso al nacimiento, hábito tabáquico en el grupo familiar. Durante el primer año, los padres cumplimentaron un diario sobre la salud de su hijo; 2) a la edad de un año: cuestionario cumplimentado por los padres sobre la alimentación de su hijo (fueron contestados 2411: el 92,7%) y realización de un examen clínico (realizado en 2365 niños: el 90,9%); 3) a los seis años de edad: cuestionario cumplimentado por los padres que contenía items sobre el hábito tabáquico en el grupo familiar, historia familiar de síntomas respiratorios e historia personal de enfermedades en el niño (fueron respondidos 2187: el 84,1%). Realización de prick test (efectuado en 1598 niños de 2012 que fueron examinados: el 79,4%).

Medición del resultado

Variables de respuesta: la presencia de asma se valoró de dos maneras: asma diagnosticado por un médico; tres o más episodios de sibilancias durante el primer año de vida. Un niño fue etiquetado de atópico cuando presentó una reacción cutánea a uno o más aeroalergenos igual o superior a 2 mm. transcurridos 10 minutos.

Factor de exposición: la exposición a la lactancia materna se midió de dos maneras: duración de la lactancia materna exclusiva (haciendo constar a qué edad se introdujo otra leche distinta de la materna) y duración de la lactancia materna combinada con artificial.

Potenciales variables de confusión y/o modificadoras del efecto: se tuvieron en cuenta: el sexo, peso del niño, edad gestacional, raza aborigen, hábito tabáquico en el hogar, nivel de estudios

materno, ingresos monetarios del grupo familiar, asistencia a guardería durante los tres primeros meses de vida e historia familiar de asma en los padres.

Resultados principales

La introducción de otra leche distinta de la materna antes de los cuatro meses de edad estuvo asociada con todas las variables de respuesta a la edad de seis años: una mayor frecuencia de asma diagnosticado por un médico (OR: 1,25; IC 95%: 1,02- 1,52); episodios de sibilancias en tres o más ocasiones durante el primer año de vida (OR: 1,41; IC 95%: 1,14- 1,76); trastornos del sueño secundarios a la presencia de episodios con sibilancias durante el año precedente (OR: 1,42; IC 95%: 1,07- 1,89); edad a la que el asma fue diagnosticado por un médico (hazard ratio (HR): 1,22; IC 95%: 1,03- 1,43); edad en la que tuvo lugar el primer episodio de sibilancias (HR: 1,36; IC 95%: 1,17- 1,59); reacción cutánea positiva en el prick test a neuroalergenos (HR: 1,30; IC 95%: 1,04- 1,61).

Conclusiones de los autores

La lactancia materna exclusiva durante al menos los cuatro primeros meses está asociada con una reducción significativa del riesgo de padecer asma y atopia a la edad de seis años. También se asocia con un retraso en la edad a la que tiene lugar el primer episodio de bronquitis y con un retraso en la edad en la que el asma es diagnosticado por un médico.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Comentario crítico

El presente estudio cumple los principales criterios de validez que son exigibles a un diseño de cohortes; los niños fueron reclutados en un momento común y precoz respecto a las variables de respuesta estudiadas (el reclutamiento tuvo lugar cuando sus madres se encontraban en la semana 18 de gestación); el seguimiento puede considerarse completo: la mayoría de las principales variables de estudio pudieron ser recogidas en más del 80% de los casos. Se investigaron las características de los pacientes perdidos y se constató que sus características basales eran similares a los que completaron el seguimiento; a la hora de analizar los datos, se tuvieron en cuenta potenciales variables de confusión; un inconveniente para evaluar la validez de este trabajo es que los autores no hacen constar si las variables de respuesta se midieron de forma ciega: es decir, si los investigadores encargados de medirlas conocían los datos referentes a la duración de la lactancia materna exclusiva. Caso de no existir un ocultamiento de la exposición, los investigadores podrían haber sobrediagnosticado de asma y/o atopia a algunos niños, introduciendo un sesgo y aumentando de esta manera la magnitud de la asociación.

De los resultados de este estudio llama poderosamente la atención la elevada prevalencia de asma diagnosticada por un médico: un 30,9% (tabla I del artículo), cifra muy superior a las publicadas por otros autores para unos intervalos de edad similar, que oscilan entre 9,61 y 10,8%². Además, de la descripción del diseño de este trabajo no podemos deducir qué criterios diagnósticos se siguieron para clasificar a un niño como asmático, y si todos los médicos utilizaron el mismo criterio para realizar este diagnóstico. Estos datos hacen que se deba ser precavido a la hora de la interpretación de los resultados, ya que podría existir una sobreestimación de la asociación entre la lactancia materna exclusiva y una menor incidencia de asma/ atopia.

Con las limitaciones ya descritas, los resultados de este trabajo sugieren un ligero efecto protector de la lactancia materna exclusiva durante al menos los cuatro primeros meses sobre el

desarrollo posterior de asma/ atopia de dos formas diferentes: disminuyendo el número de casos de asma a la edad de seis años y retrasando la edad a la que tiene lugar el primer episodio de bronquitis obstructiva. En nuestro medio, las cifras de lactancia materna exclusiva a la edad de cuatro meses son extremadamente bajas; un reciente trabajo realizado en el centro- norte de España refiere un porcentaje del 18,2%, siendo además el pediatra el principal responsable de la interrupción de la lactancia materna (en el 65,7% de las ocasiones)³. Otro artículo pone de manifiesto que, en las madres que trabajan, la causa principal de interrupción de la lactancia materna es la reincorporación a su actividad laboral⁴. La promoción y difusión de estudios como el aquí valorado, a la vista de la situación de nuestro país, se hacen absolutamente necesarios para una adecuada concienciación de los pediatras y de la administración pública: el actual permiso de maternidad de 16 semanas es totalmente insuficiente para que el niño se aproveche de las ventajas que la lactancia materna exclusiva ofrece, en el caso que nos ocupa, sobre la prevención del asma.

En lo que respecta a la práctica diaria del pediatra de atención primaria, los datos de este estudio pueden ser utilizados a la hora de ofrecer información a las madres sobre las ventajas de mantener una lactancia materna exclusiva prolongada, cuando no existen contraindicaciones para su instauración. Es posible que el subgrupo de niños cuyos padres tienen antecedentes personales de asma/ atopia se beneficien más de esta lactancia prolongada, aunque son necesarios estudios que corroboren esta hipótesis (el estudio aquí valorado no publica un análisis en este subgrupo de niños, a pesar de haber recogido los datos sobre antecedentes personales).

Son necesarios en un futuro estudios de las mismas características de éste, pero que recojan las variables de respuesta de una manera ciega, estableciendo además unos criterios diagnósticos uniformes de asma para todos los investigadores implicados. De esta manera, se minimiza la posibilidad de introducción de sesgos que puedan dificultar una interpretación adecuada de los resultados.

Bibliografía

1. Meana A, Moreno M, Muruzabal C, Tamargo I, Fernandez-Tejada E. Infantile asthma within a health area: the population affected and its characteristics. *Aten Primaria* 1993 Jun 15;12: 36-40.
2. Grant EN, Daugherty SR, Moy JN, Nelson SG, Piorkowski JM, Weiss KB. Prevalence and burden of illness for asthma and related symptoms among kindergartners in Chicago public schools. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1999;83:113-20.
3. Barriuso LM, Sánchez- Valverde F, Romero C, Vitoria JC. Epidemiología de la lactancia materna en el centro- norte de España. *An EspPediatr* 1999; 50: 237- 243.
4. Escriba V, Mas R, Colomer C. Duración de la lactancia materna y actividad laboral. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 437-41.