

los puntos de corte propuestos por Cook y Weiss para el diagnóstico del SM, se identificó una prevalencia de 14%, mientras que para los dictados por la *International Diabetes Federation* (IDF) representaron el 11%. Al incluir al BDNF como un criterio adicional para diagnosticar el SM, la prevalencia se incrementa al 26, 27 y 24% (Cook, Weiss e IDF, respectivamente), el punto de corte para el BDNF fue la media del grupo normo peso por lo que aquellos casos que tuvieran niveles mayores a 1,96 ng/ml se consideró como un factor de riesgo para el diagnóstico del SM.

La prevalencia del SM en la población infantil depende de la definición que se utilice para su diagnóstico, así como los puntos de corte, al incorporar el BDNF como un factor de riesgo se incrementa la prevalencia del SM en los niños, lo que sugiere que el BDNF pudiera ayudar al diagnóstico temprano del SM, y así disminuir la incidencia de enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus en la edad adulta.

Financiación

El trabajo fue financiado parcialmente por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) de México con número de becario: 326210.

Bibliografía

1. Rtveladze K, Marsh T, Barquera S, Sanchez Romero LM, Levy D, Melendez G, et al. Obesity prevalence in Mexico: Impact on health and economic burden. *Public Health Nutr.* 2014;17:233–9, <http://dx.doi.org/10.2147/DMSO.S129247>.
2. Maya-Lucas O, Murugesan S, Nirmalkar K, Alcaraz LD, Hoyo-Vadillo C, Pizano-Zárate ML, et al. The gut microbiome of Mexican children affected by obesity. *Anaerobe.* 2019;55:11–23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anaerobe.2018.10.009>.
3. Reinehr T. Metabolic syndrome in children and adolescents: A critical approach considering the interaction between pubertal stage and insulin resistance. *Curr Diab Rep.* 2016;16:8–17, <http://dx.doi.org/10.1007/s11892-015-0695-1>.
4. Pierlot R, Cuevas-Romero E, Rodríguez-Antolín J, Méndez-Hernández P, Martínez-Gómez M. Prevalence of Metabolic Syndrome in American children and adolescents. *TIP Rev Esp Cienc Quim Biol.* 2017;20:40–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.recqb.2016.11.004>.
5. Monteleone P, Tortorella A, Martiadis V, Serritella C, Fuschino A, Maj M. Opposite changes in the serum brain-derived neurotrophic factor in anorexia nervosa and obesity. *Psychosom Med.* 2004;66:744–8, <http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000138119.12956.99>.

Guillermo Gómez Delgado^a,
Paola Trinidad Villalobos Gutiérrez^a,
José Luis Muñoz Carillo^b y Oscar Gutiérrez Coronado^{a,*}

^a Centro Universitario de los Lagos (CULAGOS), Universidad de Guadalajara, Lagos de Moreno, Jalisco, México

^b Universidad Cuauhtémoc, Plantel Aguascalientes, Aguascalientes, Aguascalientes, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ogutierrez@culagos.udg.mx
(O. Gutiérrez Coronado).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.06.003>
0212-6567/

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Aproximación holística a la lactancia materna en tándem, un estudio cualitativo



Holistic approach to tandem breastfeeding, a qualitative study

Sr. Editor:

La lactancia materna (LM) en tándem (LMT) se puede definir como la LM durante el embarazo o la LM de 2 o más bebés a la vez¹⁻³. La American Academy of Pediatrics y American Academy of Family Physicians recomiendan que, ante una situación de embarazo normal o puerperio sin complicaciones, la LMT sea una decisión personal de cada mujer^{4,5}. No obstante, esta práctica se ha asociado a factores biológicos (problemas durante el embarazo), emocionales (mayor apego madre-hijos) y socioculturales (lactancias prolongadas)^{1,6}.

Con el objetivo de establecer unas recomendaciones que ayuden a mejorar la atención a estas mujeres, se llevó a cabo un estudio cualitativo de corte fenomenológico para explorar, mediante entrevistas en profundidad, las ventajas y desafíos de esta práctica.

Participaron 9 mujeres españolas, con edades comprendidas entre los 34 y 45 años. Las edades de los hijos mayores oscilaron entre 6 y 4,5 años, y de los menores entre 4 meses y 2,5 años. Todas convivían con sus parejas y tenían un nivel de estudios igual o superior a bachillerato. Solo 2 buscaron el embarazo del hijo menor. Ninguna había oído hablar de LMT hasta quedar embarazada e indicaron haberse informado mediante grupos de apoyo a la LM e Internet.

Durante la gestación, las madres mostraron dudas sobre si destetar o no («no sabía qué hacer»). Ninguna presentó problemas como sangrado o contracciones («todo siguió bien»). Siete mujeres indicaron que, en torno al segundo trimestre, presentaron una disminución de la cantidad de leche («me quedé seca»), así como alteraciones en el sabor («salada»), color («más amarilla») y textura («más espesa»). Estos cambios no interfirieron en sus lactancias, dado que sus hijos habían introducido la alimentación complementaria y utilizaban la LM sobre todo con fines de confort y apego («mamaba para tranquilizarse y dormirse»). Así mismo, 3 madres experimentaron dolor en los pezones y sensibilidad en los pechos («me dolían mucho»), acompañadas en ocasiones de molestias psicológicas («era horrible, era la agitación de la lactancia»). Estas molestias tampoco las llevaron a destetar.

Tabla 1 Recomendaciones para la práctica clínica en mujeres que ofrecen o desean LMT

Recomendaciones	Actividades
Construir una relación de apoyo y seguridad que facilite una comunicación fluida, abierta y sincera entre las mujeres y los profesionales de la salud, como base para una buena atención	Ofrecer educación para la salud aportando la información disponible sobre la LMT
Escuchar activamente a las madres y alentarlas a buscar apoyo en los profesionales y de forma complementaria en grupos de apoyo, laicos, asesores informales, Internet, etc.	Discutir si la práctica de la LMT le parece un método adecuado y seguro para alimentar a su hijo
Desarrollar un plan de atención que incluya tanto los aspectos físico-biológicos, como los emocionales y socioculturales de la LMT	Debatir cuáles son sus metas personales y motivaciones en lactancia materna
	Promover la capacidad de las mujeres para tomar una decisión informada

Tras el parto, todas las madres indicaron que siempre priorizaron la alimentación del recién nacido (*«la leche era para el pequeño»*) y solo una refirió amamantar simultáneamente (*«me los ponía los 2 a la vez»*). Así mismo reportaron un rápido suministro de leche en el posparto precoz (*«me subió enseguida»*) y un manejo rápido y eficaz de problemas como la ingurgitación (*«el mayor me vaciaba enseguida»*). En ningún caso la LMT interfirió el normal crecimiento y desarrollo de los recién nacidos (*«creció más rápido y estaba más gordito»*). A nivel emocional, las madres indicaron que la LMT tranquilizaba a sus hijos mayores, canalizando su mal humor y celosía (*«apenas tenía pataletas»*) y creaba una relación más íntima entre madre e hijos y entre hermanos (*«fue muy especial conmigo y entre ellos»*).

Transversalmente, las mujeres expresaron la necesidad de un apoyo profesional adecuado, relevante y de calidad (*«los profesionales ponen cara de espanto»*), que incluya respetar la autonomía de las madres en ausencia de riesgos (*«si va bien, ¿qué problema hay?»*) y aportar información imparcial para que puedan tomar una decisión informada (*«no se aclaran, cada uno te dice una cosa»*). Así mismo, también remarcaron la necesidad de aprobación por su entorno cercano (*«les cuesta mucho entenderlo»*). Finalmente, esgrimieron que amamantar más allá de la norma cultural o en público (*«vieron a mi hijo de 4 años mamar y les faltó llamar a la policía»*) son las razones socioculturales más determinantes de esta práctica.

Por todo ello, con el fin de mejorar la atención a estas mujeres, en la [tabla 1](#) se presentan algunas recomendaciones para la práctica clínica.

Bibliografía

1. O'Rourke MP, Spatz DL. Women's experiences with tandem breastfeeding. En: MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing. Publish Ahead of Print; 2019.
2. Flower H. Adventures in tandem nursing: Breastfeeding during pregnancy and beyond. Schaumburg, IL: La Leche League International;; 2003.
3. Bonyata K, Flower H. Breastfeeding during pregnancy and tandem nursing: The Official FAQ. 2018 [consultado 14 Ene 2019]. Disponible en: <https://kellymom.com/ages/tandem/official-tandem-bf-faq/>.
4. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding in Special Circumstances: Tandem nursing. En: Schanler RJ, Krebs NF, Mass SB, editores. Breastfeeding handbook for physicians. 2nd ed. Itasca, Illinois: AAP; 2013. p. 217.
5. American Academy of Family Physicians. Breastfeeding, Family Physicians Supporting (Position Paper). 2017; Available at: <https://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-support.html>.
6. Bryant T. Tandem nursing: A review and guidelines. Int J Child-birth Educ. 2012;27:84–8.

Carlos Saus-Ortega

Escuela de Enfermería «La Fe», Valencia, España
Correo electrónico: saus_car@gva.es

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.05.010>
0212-6567/

© 2019 El Autor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).