¿Por qué elegir la leche de la propia madre frente a la leche materna de donante?

En aquellos casos en los que no se dispone de leche de la propia madre (LPM), el uso de leche materna de donante (LMD) pasteurizada se ha convertido en el estándar de atención [1, 2]. Aunque la LPM y la LMD, en su conjunto, suelen recibir la denominación de «leche materna», existen diferencias importantes no solo en términos de bioactividad, sino también del estado de salud, madurez de la glándula mamaria (calostro en comparación con la leche de lactancia), fases de la lactancia (calostro, leche de transición y leche madura) y costes de aprovisionamiento [2].

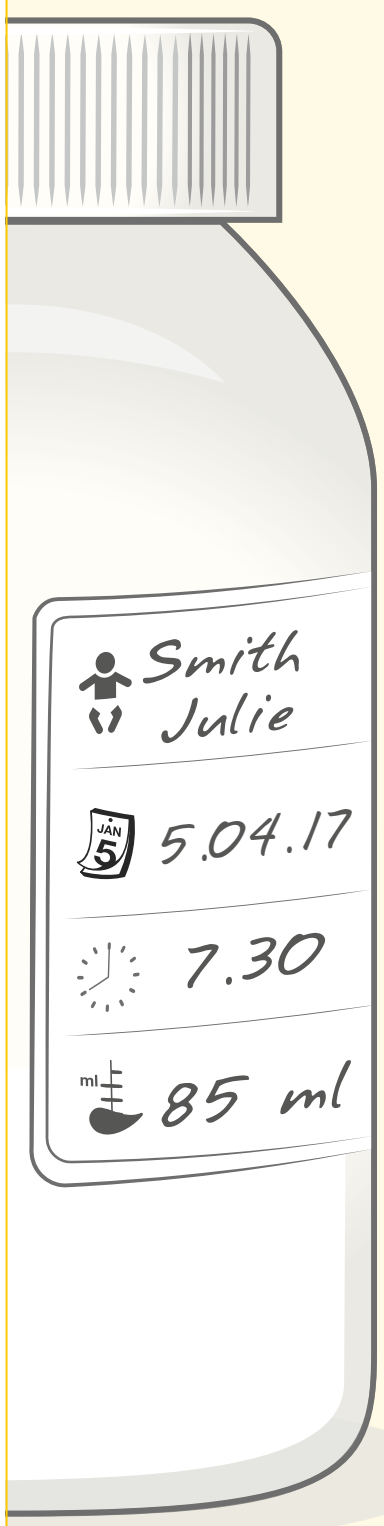
Leche de la propia madre (LPM)	Leche materna de donante (LMD)

Mejora del estado de salud

La LPM reduce el riesgo de que se produzcan diferentes morbilidades, como ECN, septicemia, DBP, RP, problemas de neurodesarrollo y rehospitalización [3–7], en comparación con la leche de fórmula.

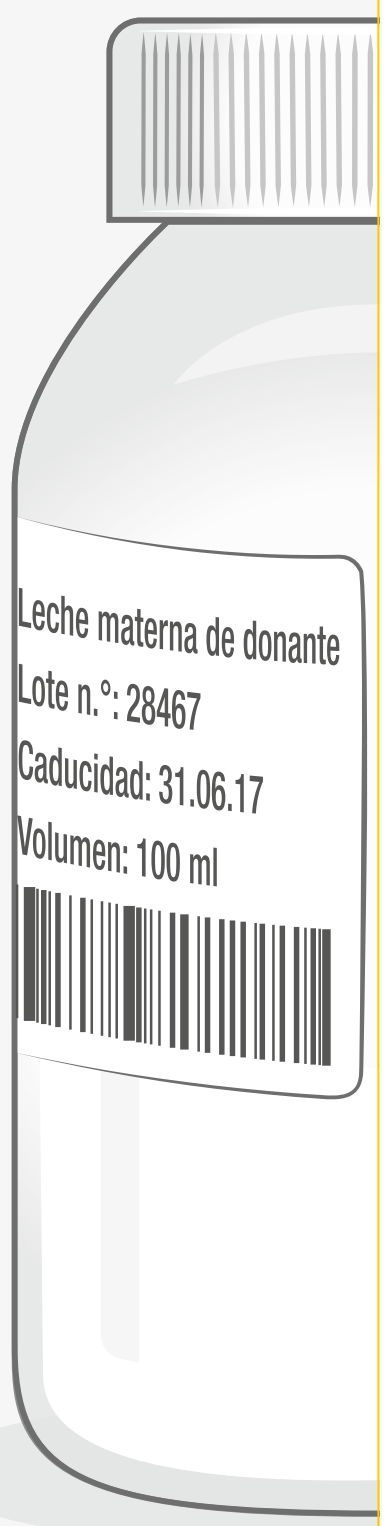
Se ha comprobado también que la LMD reduce el riesgo de ECN cuando sustituye a la leche de fórmula, pero no se ha demostrado que reduzca el riesgo de otras morbilidades [2, 8].

Crecimiento más rápido



Con la LPM se obtiene un crecimiento más rápido que con la LMD. Para obtener este crecimiento, la LPM requiere un enriquecimiento bastante inferior que el de la LMD [2, 8].

Los recién nacidos alimentados con LMD experimentan un crecimiento más lento que el de aquellos que reciben LPM. La LMD necesita un elevado enriquecimiento con proteína bovina para mejorar las tasas de crecimiento [2, 8].



Composición más adecuada

El calostro tiene más componentes para la programación nutricional y del sistema inmunitario que la leche de lactancia. El primer calostro fresco (calostro y leche de transición) es la mejor opción para el prematuro [2, 9–13].

Nivel de lactoferrina en calostro prematuro fresco

La LMD se suele obtener de madres que producen leche madura de lactancia. La LMD de lactancia, pasteurizada y congelada, contiene la menor cantidad de componentes protectores [2, 10, 11, 14].

Nivel de lactoferrina en leche de lactancia pasteurizada y congelada

Mejor conservación de la bioactividad

Solo se requieren unos pocos pasos para obtener LPM recién extraída. Esto significa que las células vivas y la bioactividad de los componentes de la leche se conservan [2, 11, 14, 15].

Se requieren muchos pasos para obtener LMD. Los procesos de almacenamiento, congelación/descongelación, calentamiento y, especialmente, la pasteurización ponen en riesgo la bioactividad y destruyen las células vivas [2, 16, 17].

Mejor relación coste-rendimiento

La LPM reduce los costes asociados a la ECN y otras morbilidades. Además, la LPM es unas 2,5 veces más barata que la leche de fórmula y, aproximadamente, 12 veces más barata que la LMD, cuando las madres proporcionan entre 300 y 399 ml al día [2, 18].

Los costes de adquisición de la LMD son bastante superiores a los de la LPM siempre que las madres proporcionen un mínimo de 100 ml al día. Además, en comparación con la leche de fórmula, la LMD solo reduce los costes asociados a la ECN [2, 18].

La leche de la propia madre debería ser una prioridad para las UCIN

La obtención de LPM siempre debería ser la primera opción por encima de la LMD [1]. Aunque la LMD es un recurso valioso para los recién nacidos en situación de riesgo, ya que es mejor que la leche de fórmula, no se puede considerar como equivalente a la LPM [2]. Se debe dar prioridad a todos los esfuerzos encaminados a ayudar a las madres de prematuros y recién nacidos en situación de riesgo a iniciar, generar y mantener su propio suministro de leche de forma eficaz.

Bibliografía

1 Moro,G.E. et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 61 S16-S19 (2015).
2 Meier,P. et al. J Pediatr 180, 15-21 (2017).
3 Corpeleijn,W.E. et al. Neonatology 102, 276-281 (2012).
4 Patel,A.L. et al. Arch Dis Child Epub, F1-F6 (2016).
5 O'Connor,D.L. et al. JAMA 316, 1897-1905 (2016).
6 Zhou,J. et al. Pediatrics 136, e1576-e1586 (2015).
7 Vohr,B.R. et al. Pediatrics 118, e115-e123 (2006).
8 Quigley,M. & McGuire,W. Cochrane Database Syst Rev (2014).
9 Collado,M.C. et al. Nutrients 7, 8577-8591 (2015).
10 Marx,C. et al. J Hum Lact 30, 54-61 (2014).
11 Dvorak,B. et al. Adv Exp Med Biol 554, 407-409 (2004).
12 Ronayne de Ferrer,P.A. et al. J Am Coll Nutr 19, 370-373 (2000).
13 Rai,D. et al. Crit Rev Food Sci Nutr 54, 1539-1547 (2014).
14 Ballard,O. & Morrow,A.L. Pediatr Clin North Am 60, 49-74 (2013).
15 Jeurink, P.V. et al. Benef Microbes 4,1730 (2013).
16 Vieira,A.A. et al. Early Hum Dev 87, 577-580 (2011).
17 Henderson,T.R. et al. J Pediatr 132, 876-878 (1998).
18 Jegier,B.J. et al. J Hum Lact 29, 390-399 (2013).

www.medela.es

© Medela AG/101033612/MESES/2017-05/Aa