

Editorial



Promocionar la Lactancia Materna

¿Por qué es tan difícil, y después de muchos esfuerzos no conseguimos los resultados esperados? Es notoria la enorme superioridad de la alimentación de la persona desde que nace con leche de la propia madre, ocurre en todas las especies de mamíferos. Sin embargo aún creemos que la lactancia artificial es similar o al menos no tan mala. Ante problemas de lactancia que no sabemos resolver recurrimos a la fórmula adaptada, en una “solución del problema” que no es tal. Aun viendo las enormes plagas de obesidad, diabetes, síndrome metabólico que nos asolan, que no teníamos antes, que aumentan día a día, no somos capaces de mejorar nuestra formación en lactancia. Y seguimos sin considerar prioritaria su promoción efectiva.

En el año 1939 la Dra. Cicely Williams denunció en un polémico discurso, el daño que hacían las casas comerciales de leches al introducir sus fórmulas que desplazaban al amamantamiento. Buena conocedora de sus efectos por sus estancias en África y Asia describe el clásico cuadro clínico de Kwasiorkor y hace público el inicio del problema, culpando a las compañías de alimentación por la publicidad agresiva y falsaria con la que consiguen vender sus productos. En las décadas siguientes asistiríamos a un descenso continuo de las tasas de lactancia.

A ésta y otros profesionales de la salud se suman las madres que crean en 1954 la Liga Internacional de la Leche, y posteriormente las instituciones, que no se incorporan a la defensa contra el despropósito hasta 1974 cuando se crea la IBFAN (Internacional Baby Food Action Network) al amparo de la OMS y la Unicef. Su primer documento es el “Código internacional para la comercialización de sucedáneos de leche materna” suscrito también por los representantes de las compañías comerciales de alimentos infantiles. Aun así, la publicidad que está encaminada a vender productos, sigue avanzando con métodos cada vez más sofisticados y que influyen a todos, incluidos los niños. Pocas son las compañías que cumplen el código, y ninguno quien denuncia las malas prácticas comerciales.

En una sociedad cada vez más industrializada recomendamos en la consulta pediátrica la restricción de zumos industriales, de bollería industrial, la utilización de grasas no adecuadas. Sabemos de la importancia de los primeros 1000 días de la vida del niño en cuestión nutricional, que marcarán su desarrollo metabólico durante toda su vida, y de lo cual se han hecho buen eco las compañías alimentarias. Vemos los enormes perjuicios que causan en la salud, y el enorme costo sanitario y social que producen. Sin embargo creo que el 100 % de nuestros niños consumen cereales “adaptados”. Esos que contienen azúcar como segundo ingrediente, hasta 28 g/100 g de producto, vainilla, aceite de palma, lecitina de soja... y la mayoría no descartan trazas de frutos secos y proteínas de leche. ¿De verdad es creíble que estos cereales sean mejores que el arroz o el maíz preparados en casa?

Resulta pavoroso contemplar la oferta y el marketing de potitos de “buenas noches” que prometen un sueño tranquilo, o de “dieta mediterránea” que no se sabe en qué se parecen pero suena bien y saludable, entre otros muchos slogans que venden y convencen. El dinero que mueven las grandes compañías es inconmensurable y su influencia lamentablemente también. Se podría comparar la publicidad alimentaria actual a la que conocimos del tabaco, hoy por suerte prohibida. Probablemente sea responsable de mayor morbilidad y mortalidad que el tabaco mismo.

Creo imposible realizar una buena y efectiva promoción de la lactancia materna si no viene acompañada de una buena recomendación de la alimentación complementaria. ¿Cómo convencer a una madre que su leche, lo natural, es lo óptimo, si a los 4 meses le recomendamos que alimente a su hijo con cereales de bote y con fórmula? Resulta algo contradictorio en sí mismo. ¿Cómo podemos creer que los cereales en polvo industrial son mejores que el arroz o el maíz en harina para la introducción del resto de la alimentación? En ninguna guía de práctica clínica ni recomendaciones de ninguna institución de salud sedecantan por los “cereales de bebés” o “cereales de fórmula” asemejando éstos a los sucedáneos de leche.

Seguimos mentalmente influenciados y convencidos de que lo industrial es mejor porque requiere gran esfuerzo, porque precisa de grandes y costosas investigaciones, encaminadas en su mayoría a vender productos a bajo coste, no nos engañemos. De hecho la leche en polvo es de los productos que mejor relación coste beneficio ofrece a las empresas. Y si no se permite incluir fotografías de bebés preciosos en la publicidad del sucedáneo de leche materna se inventan la tipo 2 a partir del 6º mes. Con mayor contenido en proteínas que resulta inadecuada, y con sus fotos de bebés que venden, al lado de la tipo 1, en una forma rastrera de saltarse la ley. Y después, la tipo 3 que no aporta en realidad ningún beneficio añadido a la leche de vaca normal, pero que vende también.

Cambiar la mentalidad es difícil. Más aún renunciar a la comodidad que nos proporciona el alimento elaborado. Para conseguir mayor prevalencia de lactancia tenemos que convencernos primero los profesionales de la salud de esta necesidad de cambio, educar a las madres en la alimentación sana de verdad, no enlatada, embotellada ni empaquetada. Por fácil que resulte, la comodidad está resultando enormemente perjudicial para el estado de salud de la población, para su coeficiente intelectual y su rendimiento, y por ende para los costes a todos los niveles que ello conlleva.

Marta de Castro Ochoa
Gastroenterología pediátrica.
IBCLC

Bibliografía

1. Butte, Nancy F. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life / Nancy F. Butte, MardiaG. Lopez-Alarcon, Cutberto Garza. WHO 2002. ISBN 92 4 156211 0
2. Role of Dietary Factors and Food Habits in the Development of Childhood Obesity: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition: Carlo Agostoni. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2011; 52 (6): 662-9
3. Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. Carlo Agostoni J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009; 49 (1): 112-125
4. Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008; 46: 99-110.
5. The Cochrane Library 2007, Issue 4. <http://www.thecochranelibrary.com>
6. Breastfeeding and the Use of Human Milk Pediatrics; originally published online February 27, 2012; SECTION ON BREASTFEEDING
7. Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa. Plan estratégico para la acción. Comisión Europea, dirección pública de salud y prevención de riesgos. Luxemburgo 2004
8. Postpartum Care of the mother and newborn: a practical guide. Maternal and Newborn health/Save Motherhood Unit Division of Reproductive Health. WHO
9. Evidence on the long-term effects of breastfeeding : systematic review and meta-analyses /
10. Bernardo L. Horta ... [et al.]. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
11. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. Comité de estándares de la SEN.
12. J. Figueras Aloy, A. García-Álix, A. Alomar Ribes, D. Blanco Bravo, M^a T. Esqué Ruiz, JR. Fernández Lorenzo
13. Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention
14. Cria G. Perrine Pediatrics. 2012 July ; 130(1): 54-60. doi:10.1542/peds.2011-3633.
15. The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis. By Jon Weimer. Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, U.S. Department of Agriculture. Food Assistance and Nutrition Research Report No. 13.
16. Declaración de Innocenti, Florencia 2005
17. Feeding the non-breastfed child 6-24 months of age. Meeting report, Geneva, Switzerland, 8-10 March 2004
18. IBFAN. Lecturas No. 38 Lactancia Materna, Obesidad Infantil y la Prevención de Enfermedades Crónicas
19. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. James W Anderson, Bryan M Johnstone, and Daniel T Remley. Am J Clin Nutr 1999;70:525-35.

20. The Association Between Duration of Breastfeeding and Adult Intelligence. Erik Lykke Mortensen et al, JAMA, May 8, 2002 – Vol 287, No. 18
21. Breastfeeding and Hospitalization for Diarrheal and Respiratory Infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. Maria A. Quigley, Yvonne J. Kelly and Amanda Sacker. Pediatrics 2007;119:e837
22. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención Dra. Aída Delgado-Becerra et al.
23. La LACTANCIA materna en Andalucía / Josefa Aguayo Maldonado ... et al. Sevilla. Consejería de Salud, 2005
24. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology. Ip S, Chung M, et al. Assessment No. 153 AHRQ Publication No. 07-E007. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2007.
25. Equipo Editorial. La alimentación infantil, el marketing y los medios de comunicación. Rev Pediatr Aten Primaria. epub:09/Ene/2014
26. Advertising of Food and Beverages to Children. Position of Dietitians of Canada, 2010.