

Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico

Maternal breastfeeding: health factor. Historical memory

L. Barriuso^{1,*}, M. de Miguel^{2,*}, M. Sánchez^{3,*}

RESUMEN

La lactancia materna es un hábito ligado íntimamente a la supervivencia de la especie humana desde tiempo inmemorial. Tras una etapa de abandono masivo a mediados del siglo XX, estamos asistiendo a una recuperación de este hábito, especialmente en el mundo denominado "desarrollado", promovida desde las instituciones de salud ante la evidencia científica. La superioridad de la lactancia materna frente a la lactancia artificial es indiscutible y la evidencia científica así lo pone de manifiesto. La lactancia materna es un factor positivo de salud para la madre y para el niño. Por tanto la promoción y recuperación de este hábito es algo más que una moda o una tendencia: es un factor indiscutible de salud materno-infantil. El Gobierno de Navarra mediante Orden Foral de 28 de enero de 2004, se ha unido a las múltiples iniciativas administrativas que están surgiendo en nuestro entorno para la promoción de la lactancia materna, mediante la constitución de la Comisión Asesora Técnica para la Promoción de la Lactancia Materna en Navarra.

Palabras clave. Lactancia materna. Recuerdo histórico. Salud materno-infantil.

ABSTRACT

Maternal breastfeeding is a habit that has been closely linked to the survival of the human species since time immemorial. Following a stage when it was massively abandoned in the mid-XX century, we are now witnessing a recovery of this habit, especially in the so-called "developed" world, promoted by the health institutions in light of the scientific evidence. The superiority of maternal breastfeeding over artificial feeding is beyond dispute as the scientific evidence makes clear. Maternal breastfeeding is a positive factor for the health of the mother and for the child. Hence the promotion and recovery of this habit is more than just a fashion or tendency: it is an incontrovertible factor in maternal-child health. Through the Foral Order of January 28th 2004, the government of Navarre has brought together the numerous administrative initiatives that are emerging in our province for the promotion of maternal breastfeeding by promoting a Technical Advisory Commission for the Promotion of Maternal Breastfeeding in Navarre.

Key words. Maternal breastfeeding. Historical memory. Maternal-child health.

An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (3): 383-391.

1. Centro de Salud de Elizondo. Navarra.
 2. Centro de Salud de Burlada. Navarra
 3. Sección de Evaluación y Docencia de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud.
- * Miembros del Grupo Técnico de Trabajo "Grupo de Promoción de la lactancia materna en Atención Primaria"

Fecha de recepción el 6 de febrero de 2007

Aceptado para su publicación el 25 de mayo de 2007

Aceptación definitiva el 7 de junio de 2007

Correspondencia:

Laura Barriuso Lapresa
 Centro de Salud de Elizondo
 C/ Fco J. Iriarte, s/n
 31700 Elizondo
 Navarra
 Tfno. 948 581832 – 948 581833
 Fax: 948 581801
 E-mail: plutodo@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es un hábito que desde la antigüedad ha estado íntimamente unido a la alimentación del niño durante los primeros años de su vida. Como mamífero que es, la cría humana precisa de la leche de su madre para su supervivencia, sin ella fallecería inexorablemente¹. De este modo, el bebé para su pervivencia ha precisado la leche de mujer que mayoritariamente procedía de su madre o en otras ocasiones (por enfermedad o fallecimiento de la madre, por status social,...) de una nodriza. Sin embargo, a finales del siglo XIX comienza la Revolución Industrial la cual permite la manufactura industrial de muchos productos que hasta entonces se realizaban artesanalmente. Con la Revolución Industrial se comienza a desarrollar la industria química y farmacéutica que comienza a elaborar industriosamente a mediados del pasado siglo XX un alimento sustitutivo de la leche humana: la leche “maternizada”. Ya su denominación original que posteriormente fue abolida, expresa muy significativamente el objetivo del producto sintetizado: sustituir a la leche materna.

RECUERDO HISTÓRICO

Tras la Segunda Guerra Mundial, coincidiendo con el desarrollo de las fórmulas adaptadas, la LM fue abandonándose progresivamente alcanzando en Estados Unidos durante la década de los 60 cifras prácticamente indetectables². Esta moda se trasladó desde Estados Unidos (exponente máximo de la Revolución Industrial) a Europa Occidental y posteriormente a Europa Oriental. Con un decalaje aproximado de quince o veinte años se exportó posteriormente a los países menos desarrollados, al denominado “Tercer Mundo” (Fig. 1). Dentro de cada país fueron las clases económicamente más pudientes las que en primera instancia adaptaron la nueva moda alimenticia y posteriormente las clases inferiores las imitaron^{1,2}. Existe por tanto un doble decalaje: entre países ricos y pobres y dentro de un mismo país entre clases superiores e inferiores. Y va a ser precisamente en los países más pobres y en las clases más deprimidas donde las consecuencias del abandono indiscriminado de la LM no se van a dejar esperar. En estos países rápidamente aumentó la morbilidad infantil: los bebés enferma-

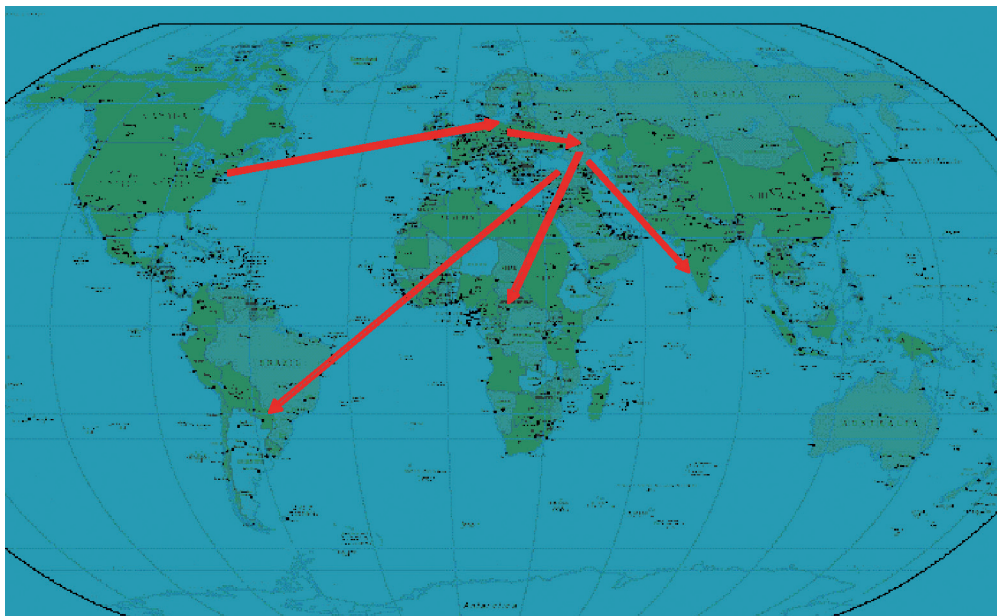


Figura 1. Direccionalidad en el abandono de la lactancia materna.

ban y fallecían masivamente como consecuencia fundamentalmente de procesos infecciosos y de trastornos hidroelectrolíticos¹. Estos procesos eran atribuibles a la incorrecta preparación de los biberones (preparación sin medidas higiénicas adecuadas y/o con una concentración incorrecta) conjuntamente a la pérdida de la principal defensa natural disponible, la leche materna. No nos olvidemos de las innumerables propiedades antiinfecciosas de la leche materna cuya máxima capacidad defensiva se expresa precisamente en los grupos más desfavorecidos (prematuros, bajos pesos, inmunodeprimidos,...). A la vista de esta situación, se despertó una importante alarma sanitaria encabezada por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Rápidamente se puso de manifiesto la indudable asociación entre la pérdida de salud y el abandono indiscriminado de la LM y en los países “más desarrollados”, con EE.UU. y Escandinavia a la cabeza, a finales de los años 70 se comenzaron a realizar importantes campañas de promoción de la LM, que consiguieron destacados incrementos de su prevalencia³. Sin embar-

go estas campañas tuvieron poco predicamento en los países más deprimidos, a pesar de ser los más perjudicados, de ahí que persistieran en su adscripción a la nueva moda de la lactancia artificial (LA).

Como ya hemos comentado, a finales de los años 70 a la vista del gran aumento de la mortalidad y la morbilidad infantil, la Organización Mundial de la Salud activa la alarma sanitaria. Como consecuencia de la misma se van a iniciar varias investigaciones que ponen de manifiesto cómo se comportan los distintos grupos de población en función de su procedencia con respecto al fenómeno de la lactancia materna. Además se estudia la calidad y la cantidad de la secreción láctea de las mujeres procedentes de distintos grupos sociales y con distintos estatus nutricionales. Los resultados de estos estudios, pioneros y fundamentales para los estudiosos del tema, se recogen en un par de volúmenes publicados por la OMS en el año 1981 y 1985 cuyas portadas mostramos en la figura 2^{1,4}. En el primer volumen publicado en el año 1981 titulado “Modalidades de la lactancia natural en la actualidad” tras estudiar el comportamiento de unas 23.000 parejas de

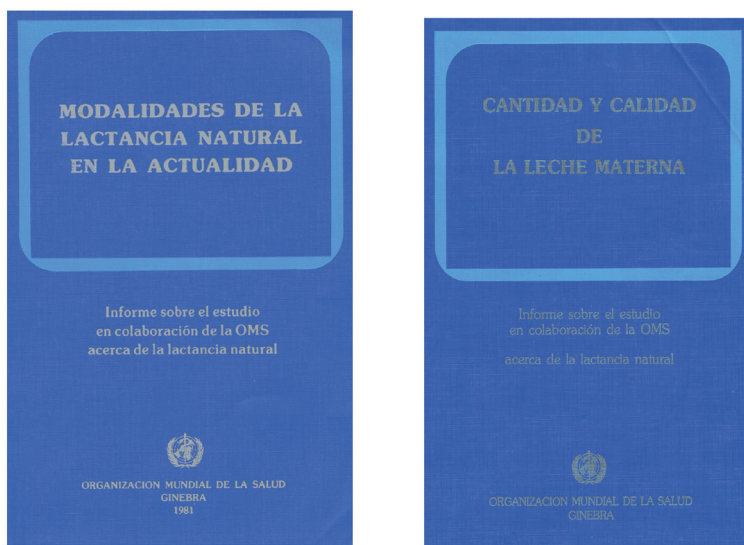


Figura 2. Informes de la Organización Mundial de la Salud sobre el fenómeno de la lactancia materna en el mundo.

madre-bebé procedentes de distintos países del mundo (desarrollados-en vías de desarrollo), distintos estratos sociales (clases favorecidas-desfavorecidas) y diferentes ámbitos (rural-urbano) la OMS define la existencia de tres categorías de lactancia materna en los distintos países del mundo (Fig. 3):

Categoría I. Propia de los países desarrollados. Se caracteriza por tener unas aceptables cifras de LM al inicio que disminuyen rápidamente durante el primer semestre, de tal modo que a los 6 meses menos del 50% de las madres continúan amamantando a sus hijos. En esta categoría también se incluyen las clases más favorecidas de los países en vías de desarrollo.

Categoría II. Representa una situación intermedia entre las dos descritas previamente. La prevalencia de la LM tiende a disminuir linealmente hasta pasados 18 meses del puerperio.

Categoría III. Propia de los países subdesarrollados. Se caracteriza por altísimas

cifras iniciales de LM que se prolongan a lo largo del primer año de vida. De este modo a los 6 meses de vida más del 90% de las madres siguen amamantando a sus hijos y a los 12 meses de vida más del 75% siguen haciéndolo.

Estos dos interesantes estudios de investigación dieron en cierto modo “el pistoletazo de salida” a una multitud de estudios que sobre el fenómeno de la lactancia materna se han publicado en las últimas décadas y se siguen publicando en nuestros tiempos^{1,4}. Esta gran cantidad de estudios ponen de manifiesto la situación epidemiológica de la LM en grupos concretos y evidencian los innumerables riesgos que presenta la LA. Además muestran la eficacia de las políticas de promoción de la lactancia materna que se están instaurando por una motivación indudablemente de salud ya que las ventajas que ofrece la LM no afectan únicamente al bebé sino también a su madre y no son sólo a corto plazo sino también a medio y largo plazo. Algunas de las ventajas a corto plazo para el bebé, son fundamentalmente las enumera-

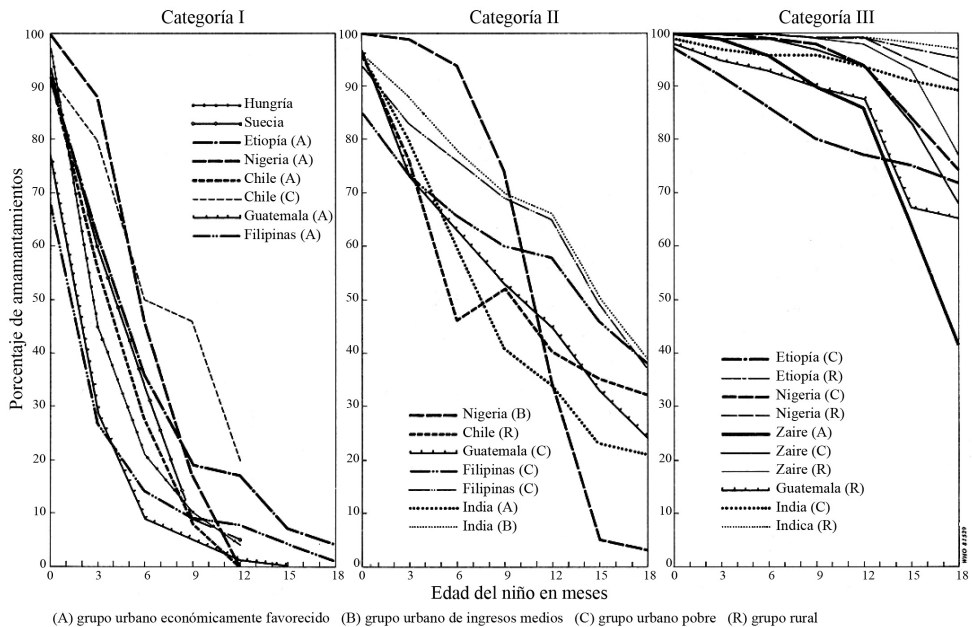


Figura 3. Categorías de la Organización Mundial de la Salud.

das hasta este momento y se expresan principalmente en las zonas económicamente más deprimidas. Contrariamente a lo que podría pensarse, en nuestro medio (“medio desarrollado”) los niños también mueren por consumir leche artificial en

vez de materna⁵. Además presentan innumerables desventajas de salud a medio y largo plazo. Desventajas que cada vez conocemos mejor con una evidencia científica cada vez más sólida y que afectan a la madre y al hijo (Tablas 1, 2 y 3)⁶.

Tabla 1. Tomada del libro del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. “Lactancia Materna: guía para profesionales” (2004).
Formato pdf: www.aeped.es/lactanciamaterna/libro1.htm

| | | Nivel de evidencia |
|-------------------------------------|---|--------------------|
| Beneficios para la salud | | |
| <i>A corto plazo</i> | Disminución del sangrado postparto | A |
| | Aumento de la contracción uterina | A |
| | Mejoría de la anemia | A |
| | Recuperación del tamaño uterino | A |
| <i>A medio plazo</i> | Recuperación peso/silueta | A |
| | Amenorrea prolongada = ahorro de hierro | A |
| | Espaciamiento embarazos | A |
| <i>A largo plazo</i> | Disminución del riesgo de cáncer de mama premenopáusico | A |
| | Disminución del riesgo de cáncer de ovario | A |
| | Disminución del riesgo de fracturas espinales y de cadera postmenopáusico | A |
| Ventajas de tipo económico | | |
| | • Menor gasto en fórmulas infantiles | |
| | • Menor gasto en artículos para biberones | |
| | • Menor gasto en fármacos, consultas y hospitalizaciones del bebé | |
| Beneficios de tipo emocional | | |
| | • Vivencia única, especial, placentera | |
| | • Mejor apego madre-bebé, mejor comunicación con el hijo | |
| | • Satisfacción íntima | |
| | • Superación de barreras biológicas | |
| | • Menor depresión postparto/aparición más tardía | |

Tabla 2. Inconvenientes de la lactancia artificial para el bebé y la madre.

| |
|--|
| • Menor vínculo afectivo |
| • No tiene especificidad de especie |
| • Es menos digestiva. Mayor reflujo gastroesofágico. Retrasa la eliminación de meconio. Entelencece la maduración intestinal. Flora intestinal patógena |
| • Mayor incidencia de caries, maloclusión y caída dental |
| • Aumenta la incidencia y/o gravedad de las infecciones del lactante |
| • Peor desarrollo intelectual |
| • Mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas: alergias, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, obesidad, leucemia infantil y linfoma, hipertensión arterial e hipercolesterolemia |
| • Mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante |
| • Existen evidencias científicas de que la alimentación con lactancia artificial tiene repercusión sobre el bienestar y la salud del bebé |
| • El efecto beneficioso de la lactancia materna aumenta cuanto más prolongada es su duración |

Tomada del libro del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, “Lactancia Materna: guía para profesionales” (2004).

Tabla 3. Evidencia sobre las ventajas de la lactancia materna para la salud de los lactantes, niños, madres y adultos en los países desarrollados (Allen J, Hector D. Benefits of breastfeeding. NSW Public Health Bulletin 2005; 16: 42-45).

| level of evidence ¹ | Health outcomes for which breastfeeding is protective | | |
|--------------------------------|---|--|---|
| | Infants and children | Chronic disease in childhood and/or later life | Mothers |
| convincing ² | gastrointestinal illnesses otitis media respiratory tract infections neonatal necrotising enterocolitis | | slow maternal recovery from childbirth reduced period of postpartum infertility premenopausal breast cancer |
| probable ³ | asthma and allergy cognitive ability/intelligence some childhood leukaemias urinary tract infection inflammatory bowel disease coeliac disease sudden infant death syndrome | obesity | postmenopausal breast cancer ovarian cancer rheumatoid arthritis |
| possible ⁴ | insulin dependent diabetes mellitus bacteraemia meningitis dental occlusion | ischaemic heart disease atherosclerosis risk factors for: • atherosclerosis and heart disease • Type 2 diabetes and metabolic syndrome | maternal depression reduced maternal-infant bonding endometrial cancer osteoporosis and bone fracture no or slow return to pre-pregnancy weight |

Notes:

1. The classification of evidence of the relationship between breastfeeding and health benefits is based on a comprehensive overview of the evidence base (systematic reviews, meta-analyses, reviews, recent single studies)
2. Convincing: evidence of relationship was critically identified in a review and/or shown in meta-analyses to be significant
3. Probable: most studies have found an association, but confirmation is required in more, or better designed, studies
4. Possible: too few methodologically-sound studies

LACTANCIA MATERNA: FACTOR DE SALUD

No hay ninguna duda de que la calidad de las fórmulas adaptadas va mejorando día a día por los esfuerzos investigadores de las casas comerciales, pero sin embargo, todavía se está muy lejos de igualar a la leche materna. Aunque ambos tipos de leche nutricionalmente se aproximan, sin embargo la fórmula adaptada sigue estando muy lejos de la leche materna en muchos otros aspectos (inmunomoduladores, antiinfecciosos, afectivos,...) algunos de los cuales son imposibles de alcanzar. Por ejemplo el efecto beneficioso que para la relación afectiva madre-hijo tiene la lactancia materna no se puede alcanzar mediante la administración de biberones. Tampoco podemos olvidar el papel protector que el amamantamiento tiene en el carcinoma de mama, el beneficio psicológico que parece producir en la madre así como los últimos hallazgos científicos que parecen relacionar el abandono paulatino de este hábito con el incremento de ciertas enfermedades como la enfermedad celíaca, diabetes mellitus insulínica, enfermedad inflamatoria intestinal o linfomas. Además la LM parece desempeñar un papel protector frente a la atopía y tiene un importante efecto beneficioso sobre el desarrollo intelectual del niño^{6,7}.

Por otra parte los conocimientos científicos disponibles en la actualidad acerca de la complejidad y el dinamismo de la composición de la leche de madre, nos permite afirmar que será imposible sintetizar una leche artificial equivalente a la leche materna. No olvidemos que la leche de madre es un fluido vivo, es decir, su composición no es fija sino que se adecua idóneamente al momento de la mamada, al momento del día y a la edad gestacional y postconcepcional del niño.

Son precisamente todas estas múltiples desventajas o pérdidas de salud las que han de reafirmarnos como sanitarios y científicos que somos, en el hecho de que la leche materna es algo más que una moda y en que es nuestra obligación la promoción de dicho hábito de salud como lo puede ser la lucha frente al tabaquismo,

la realización de una dieta saludable o de ejercicio físico diario.

Por algo, el Profesor Nils Von Rosenstein en 1776 afirmaba en su clásico libro de Pediatría: "para crecer bien, un niño debe recibir cantidad suficiente de un buen alimento. El mejor alimento de que dispone es la leche de su madre"⁸.

REFLEXIONES

Por tanto, actualmente nos encontramos en la siguiente situación: cada día conocemos mejor las múltiples ventajas de la LM para la madre y el hijo y profundizamos en los inconvenientes que a corto, medio y largo plazo tiene el abandono de la misma. Como ocurre con frecuencia en Medicina, estos efectos los estamos comenzando a conocer "a posteriori". Algunos autores consideran que la LA es sin duda alguna una de las actuaciones sanitarias no controladas y realizadas a gran escala más importantes que se ha llevado a cabo y se sigue realizando en la edad pediátrica¹. Posiblemente todavía hoy sólo conozcamos una parcela mínima de las consecuencias que su introducción indiscriminada va a tener en la salud de nuestros niños. Y... recordemos que los niños de hoy son los adultos del futuro.

También objetivamos en nuestro medio el retorno a dicho hábito, aunque no con la incidencia y duración deseada. Recordemos que todos los organismos competentes en la nutrición del niño (OMS, Asociación Americana de Pediatría, Asociación Española de Pediatría,...) recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida como modo idóneo de alimentación durante el primer año de vida^{6,9-11}. Asimismo recomiendan el mantenimiento de la misma a partir del sexto mes de vida, conjuntamente a la introducción de la alimentación complementaria, hasta los dos años o más. La situación de España en general y de Navarra en particular se encuentra claramente alejada de esta recomendación. Se puede clasificar como un tipo I de la OMS pero con menores cifras a los 6 meses de vida a expensas fundamentalmente de un importante descenso a lo largo de primer trimestre¹²⁻¹⁴.

Es en esta situación en la que la Consejera de Salud mediante Orden Foral 4/2004 de 28 de enero de 2004 ha constituido la Comisión Asesora Técnica para la Promoción de la Lactancia Materna en Navarra (<http://www.cfnavarra.es/bon/043/04319idx.htm>)¹⁵. Las funciones de dicha Comisión de detallan a continuación:

- Promover y asesorar en la elaboración de Guías y Protocolos de actuación para la promoción de la lactancia materna.
- Difundir entre los servicios de maternidad material para la promoción de la lactancia materna para su reparto en las consultas de obstetricia, paritorios, plantas de hospitalización y centros de atención primaria.
- Proponer la creación de comisiones de lactancia en aquellos centros hospitalarios que cuenten con servicio de maternidad en los que no exista previamente.
- Fomentar y asesorar en la autoevaluación de todos los centros hospitalarios que cuenten con servicio de maternidad de la Comunidad Foral, a través del cuestionario "Iniciativa Hospitales Amigos del Niño".
- Coordinar y supervisar la labor de los grupos de apoyo a la lactancia materna, tras el alta hospitalaria de las madres y los centros de atención primaria donde se hace seguimiento de los niños.
- Proponer líneas de actuación con relación a la inclusión en los programas de docencia, tanto de medicina como de enfermería y auxiliares, para la promoción de la lactancia materna.
- Proponer cursos de formación de promoción de la lactancia materna.
- Promover la organización en Navarra de cursos de formación de formadores en esta materia.
- Promover actividades en centros hospitalarios, centros de salud y colegios profesionales para dar a conocer la actividad en Navarra relacionada con la lactancia materna.
- Cualesquiera otras funciones que en relación con la promoción de la lactan-

cia materna le sean encomendadas por las autoridades sanitarias.

Confiamos en que esto, sólo sea el inicio de un cambio de la situación epidemiológica de la LM en Navarra para mejorar la salud de los niños y madres navarros en las próximas décadas. Sin duda alguna la promoción de la lactancia materna es un trabajo muy complejo en el que se precisa fundamentalmente el compromiso de todo el personal sanitario que trabaja alrededor de la madre gestante, puérpera y lactante¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de La Salud. OMS. Modalidades de la lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural, Ed. OMS. Ginebra, 1981.
2. LAWRENCE RA. Tendencias de la lactancia materna: un modo de actuar. *Pediatrics* (ed española) 1991; 32: 191-192.
3. SAMUELS SE, MARGEN S, SCHOEN EJ. Incidence and duration of breast-feeding in a health maintenance organization population. *Am J Clin Nutr* 1985; 42: 504-510.
4. Organización Mundial de la Salud. OMS. Cantidad y calidad de la leche materna. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de lactancia natural. Ed. OMS, Ginebra; 1985.
5. CHEN A, ROGAN WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics* 2004; 113: 435-439.
6. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Monografías de la AEP número 5. (formato pdf: www.aeped.es/lactanciamaterna/libro1.htm)
7. ALLEN J, HECTOR D. Benefits of breastfeeding. *NSW Public Health Bulletin* 2005; 16: 42-45.
8. VON ROSENSTEIN R. Underrättelser om Barm-Sjukdomar och deras Bote-Medel. Tilförene styckewis utgifne uti de sma Almanochorna, nu samlade, tilökte och förbättrade. Estocolmo, Lard Salvius; 1764. (Edición inglesa: *The diseases of children and their remedies*. Londres, T Cadell; 1776).
9. Organización Mundial de La Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 54ª Asamblea Mundial de la Salud. Mayo 2001.
10. Unión Europea. Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa: Plan Estratég-

- gico para la acción. Proyecto: Promoción de la lactancia en Europa. Junio 2004.
11. American Academy of Pediatrics. Breast-feeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115: 496-506.
 12. SÁNCHEZ-VALVERDE F, BARRIUSO LM, OLIVERA JE, PORTILLA M, GARCÍA I, PALACIOS MB, RETEGUI JM. Lactancia materna en Navarra siete años después: 1986-1993. *Bol S Vasco-Nav Pediatr* 1997; 31: 63-68.
 13. BARRIUSO LM, SÁNCHEZ-VALVERDE F, ROMERO C, VITORIA JC. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 237-243.
 14. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 333-340.
 15. Boletín Oficial de Navarra número 34 de 19 de marzo de 2004. Orden Foral 4/2004, de 28 de enero, de la Consejera de Salud, por la que se establece la Comisión Asesora Técnica para la Promoción de la Lactancia Materna en Navarra.
<http://www.cfnavarra.es/bon/043/04319002.htm>
 16. HERNÁNDEZ MT, AGUAYO J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)* 2005; 63: 340-356.

