BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL SEGUNDO AÑO DE VIDA Y MÁS ALLÁ

POR QUÉ LAS FÓRMULAS PARA NIÑOS DE 6 A 36 MESES DEBEN CLASIFICARSE COMO SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

1. La OMS y UNICEF recomiendan continuar la lactancia materna por dos años o más[1]. Hay una serie de razones para esta recomendación:

a. **MORTALIDAD:** La lactancia materna continua en el segundo año de vida protege contra la mortalidad. En un meta análisis de 2015[2], Sankar y col. identificaron seis estudios que examinaron el efecto de la lactancia materna en la mortalidad frente a la no lactancia a los 12-23 meses de edad. El riesgo relativo agrupado para la mortalidad fue 1,97 (1,45-2,67) veces mayor en los niños no amamantados (n total = 17,761). Esto significa que los niños que no son amamantados entre los 12 y 23 meses de edad tienen el doble de probabilidades de morir que los que son amamantados en el segundo año de vida.

b. **NUTRICIÓN:** La leche materna hace contribuciones importantes y únicas a la ingesta dietética de los bebés en el segundo año de vida. En los países de bajos y medianos ingresos, se ha estimado que la ingesta promedio de leche materna entre los 12 y 23 meses de edad es de 550 g/día, lo que representa aproximadamente el 35-40% de las necesidades energéticas del niño[3]. La leche materna es una fuente clave de ácidos grasos esenciales. Proporciona el 70% de los requerimientos de vitamina A, el 40% de calcio y el 37% de riboflavina a los 15-18 meses de edad.[4] Durante la enfermedad, la ingesta de leche materna se mantiene incluso cuando disminuye el apetito por otros alimentos.[5,6] Los estudios clínicos han confirmado que si la lactancia materna continúa durante las infecciones reduce la duración de la enfermedad y mejora el estado nutricional.[7,8]

c. **SOBREPESO EN LA NIÑEZ:** La protección de la lactancia materna contra el sobrepeso infantil es más fuerte para las personas amamantadas por más de un año. En un gran estudio entre niños de bajos ingresos en los Estados Unidos, aquellos amamantados durante al menos 12 meses tenían un 28% menos de probabilidades de tener sobrepeso a los cuatro años que aquellos que nunca fueron amamantados (AOR 0,72, IC: 0,65-0,80).[9] En un meta análisis de 17 estudios conducidos en siete países,[10] Harder y col. encontraron que cada mes adicional de lactancia materna redujo el riesgo de obesidad infantil en un 4%.

d. **SALUD MATERNA:** Las madres que amamantan se benefician de una mayor duración de la lactancia. La continuación de la lactancia retrasa el regreso a la fertilidad, lo que contribuye a intervalos más largos entre partos en ausencia del uso de anticonceptivos. La lactancia materna por más de 12 meses reduce el cáncer de mama en un 26%, según un meta análisis de 50 estudios publicados.[11] En el mismo documento, la reducción del cáncer de ovario para lactancia materna por más de 12 meses fue del 37%, según 29 estudios. Cada año adicional de duración de la lactancia materna se asoció con una protección del 9% contra la diabetes tipo 2 (RR 0,91; IC del 95%: 0,86-0,96).[12]

2. La lactancia materna durante el segundo año de vida es una práctica común en muchos países. La mayoría de los niños (> 50%) continúa mamando durante al menos dos años en 41 de los 130 países con datos en la base de datos de la Alimentación del Lactante y Nino Pequeño de UNICEF.[13] Es importante proteger la lactancia materna continua de la presión de comercialización competitiva de los productos lácteos dirigidos a este rango de edad.

3. La distinción entre un sustituto de la leche materna y un alimento complementario depende de si el alimento reduce directamente el consumo de leche materna o se agrega a ella. Los alimentos complementarios se consumen además de la leche materna cuando la leche materna se vuelve insuficiente para cubrir los requerimientos nutricionales. La alimentación con leche, por otro lado, reemplaza la ingesta de leche materna en niños pequeños. Cuando se introducen otras leches, las madres que amamantan reducen el número de tomas de leche materna por día o dejan de amamantar por completo. Por lo tanto, las leches dirigidas específicamente a niños menores de 3 años reemplazan la ingesta de leche materna y de hecho están sustituyendo a la leche materna.

4. El que un alimento sea considerado sustituto de la leche materna no depende de si ese alimento es adecuado para ese propósito. El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna fue explícito en este punto al definir los sustitutos de la leche materna (Artículo 3): "Sustituto de la leche materna significa cualquier alimento que se comercialice o que se presente como un reemplazo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese propósito.[14] Como resultado, no es lógico suponer que debido a que las fórmulas de seguimiento para niños de 6 a 36 meses de edad tienen requisitos de una composición diferente en comparación con una fórmula para lactantes, dejarían de sustituir a la leche materna.

5. No hay ninguna fundamento sobre el cual basar una categorización diferente para productos comercializados para niños menores de 12 meses de edad en comparación con aquellos comercializados para niños de 12 a 36 meses de edad. El Código no hace distinción a los 12 meses de edad. Las recomendaciones mundiales para la lactancia materna no hacen distinción a los 12 meses de edad. De manera similar, los Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado de la OPS/OMS[15] se aplican a todos los niños menores de 24 meses de edad.

Es importante proteger la lactancia materna continua de la presión de comercialización competitiva de los productos lácteos dirigidos a este rango de edad.

Referencias:

1. World Health Organization. Estrategia Global para la Alimentación del Infante y del Niño Pequeño. 2003.
2. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(S467):3-13. doi:10.1111/apa.13147
3. Dewey KG, Brown KH. Update on Technical Issues concerning Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries and Implications for Intervention Programs. *Food Nutr Bull.* 2003;24(1):5-28. doi:10.1177/156482650302400102
4. Prentice AM, Paul AA. Fat and energy needs of children in developing countries. *Am J Clin Nutr.* 2000;72(5):1253s-1265s. doi:10.1093/ajcn/72.5.1253s
5. Brown KH, Stallings RY, de Kanashiro HC, Lopez de Romaña G, Black RE. Effects of common illnesses on infants' energy intakes from breast milk and other foods during longitudinal community-based studies in Huascar (Lima), Peru. *Am J Clin Nutr.* 1990;52(6):1005-1013. doi:10.1093/ajcn/52.6.1005
6. Paintal K, Aguayo VM. Review Article Feeding practices for infants and young children during and after common illness. Evidence from South Asia. 2016;12:39-71. doi:10.1111/mcn.12222
7. Duggan C, Nurko S. "Feeding the gut": the scientific basis for continued enteral nutrition during acute diarrhea. *J Pediatr.* 1997;131(6):801-808. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9427881. Accessed August 24, 2018.
8. King CK, Glass R, Bresee JS, Duggan C, Centers for Disease Control and Prevention. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. *MMWR Recomm reports Morb Mortal Wkly report Recomm reports.* 2003;52(RR-16):1-16. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14627948. Accessed August 24, 2018.
9. Grummer-Strawn LM, Mei Z, Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics*. 2004;113(2):e81-6. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14754976. Accessed July 26, 2018.
10. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of Breastfeeding and Risk of Overweight: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol.* 2005;162(5):397-403. doi:10.1093/aje/kwi222
11. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(S467):96-113. doi:10.1111/apa.13102
12. Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten LJ. Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose–response meta-analysis of cohort studies. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2014;24(2):107-115. doi:10.1016/j.numecd.2013.10.028
13. United Nations Children's Fund (UNICEF). The State of the World's Children 2016: A fair chance for every child. 2016. https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf. Accessed March 8, 2017.
14. World Health Organization. Código Internacional de los Sucedanos de la Leche Materna. 1981.
15. Organización Panamericano de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado. 2003.