

Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños

María Jesús Blázquez García

Catedrática de Biología del IES "Félix de Azara"

Cofundadora de Vía Láctea

Correo-e: mjblazquez@able.es

RESUMEN:

En 1989 OMS y UNICEF editaron una Declaración conjunta sobre Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, resumida en los Diez Pasos para una feliz lactancia natural que son la base de la (IHAN) **INICIATIVA HOSPITALES AMIGOS DE LOS NIÑOS** con el fin de favorecer en todos los servicios de maternidad las condiciones para el inicio de la lactancia materna y conseguir que se respete el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna. Doce Hospitales españoles han sido galardonados como Hospitales amigos de los Niños, y en el mundo hay más de 20.000.

Palabras clave: Lactancia materna, OMS, UNICEF, IHAN, Hospitales Amigos de los Niños, Diez Pasos para una feliz lactancia natural.

ABSTRACT

*In 1989 the World Health Organisation and UNICEF published a joint declaration on promotion, protection and support to breastfeeding summarised in the Ten Steps for a happy and natural breastfeeding. They are the base of the (IHAN) **Initiative Hospitals Friends of the Children** with the aim of promoting the conditions to initiate breastfeeding and for the International Code of Commercialisation of breast milk Substitute to be respected in all the maternity services. Twelve Spanish hospitals have been awarded as Hospitals Friends of the Children, and in the world there are more than 20000.*

72 Key Words: breastfeeding, WHO, UNICEF, IHAN, Hospitals Friends of the Children, Ten Steps for a happy breastfeeding.

La lactancia materna es parte esencial de los derechos humanos: el derecho a la alimentación y a la salud. Amamantar contribuye al derecho a la salud de todas las mujeres y de sus hijos e hijas, al reducir el riesgo de contraer muchas enfermedades.

OMS y UNICEF promueven, protegen y apoyan la Lactancia Materna en todo el mundo. Dar y recibir el pecho es un derecho incluido en las siguientes Declaraciones Internacionales:

- **Recomendaciones de la OMS** para el Embarazo, Parto y Lactancia, Declaración de Fortaleza 1985.
- **Convención de los Derechos del niño-a 1989 y ratificada por España el 31 de diciembre de 1990**, según la cual los Estados tienen la obligación jurídica de otorgar a las familias el conocimiento y el apoyo necesario para poder practicar la Lactancia Materna. **Declaración conjunta OMS-UNICEF 1989**, en la que se insta a todos los Hospitales del mundo a poner en marcha las medidas que se resumen en los **Diez Pasos para una feliz Lactancia Materna**.
- **El Plan de Acción de la Cumbre a favor de la Infancia** firmada en 1990 recoge explícitamente el compromiso del Estado Español como uno de los Derechos fundamentales del niño.

- **Declaración de Innocenti 1990**, adoptada en la reunión conjunta OMS-UNICEF en 1990 y aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1991, hace un llamamiento a los gobiernos para: Apoyar en todo el mundo la Lactancia Materna, adoptando medidas para conseguir una **Cultura de la Lactancia Materna**. Aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad de amamantar. Asegurar que los Servicios de Maternidad cumplan los **Diez Pasos** para una feliz Lactancia Materna, según la **Declaración Conjunta OMS-UNICEF**. Implementar el **Código Internacional** y las resoluciones relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud. Instar a los **Estados** a integrar **Programas de Lactancia**, como definir una legislación que proteja el derecho a amamantar que tienen **las mujeres trabajadoras**.
- **WABA** (Alianza Mundial Pro Lactancia Materna), fundada en 1991, para fortalecer la acción de los objetivos de la Declaración de Innocenti, es una Red Mundial de organizaciones y de personas que creen en el derecho a la lactancia materna. **WABA** es la creadora de la **SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA**, que se celebra cada año durante la primera semana de octubre desde el año 92.
- **La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño**. Adoptada en el año 2002 por la

Asamblea Mundial de la Salud, en la que se reitera la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y junto a una adecuada alimentación hasta los dos años o más, como una meta universal de salud.

- **Plan Estratégico Europeo para la Acción “Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa**, documento elaborado el año 2004 por un grupo de expertos, impulsado por la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Europea. El ámbito europeo y la elaboración multidisciplinar del Plan Estratégico tienen un doble objetivo: que aumente el número de madres que inicien la lactancia materna y mantengan la lactancia exclusiva hasta los seis meses y junto con otros alimentos hasta los dos años por lo menos. Se proponen áreas de intervención en el terreno de las políticas, los planes de acción, la educación, la comunicación apropiadas, la legislación y evaluación y cuando sea necesario, la financiación. También incluye el conseguir que todos los hospitales que cuentan con servicios materno-infantiles sean designados Hospital Amigo del Niño.
- **Convenio Marco del Ministerio de Sanidad con UNICEF**, en el año 2004 con el compromiso de poner en marcha campañas informativas para la población y para los profesionales de la salud y de impulsar la “IHAN” “Iniciativa Hospitales Amigos de la Infancia”.
- **Proposición No de Ley 185/02 de las Cortes de Aragón de Protección, Promoción y Apoyo a la lactancia materna**, aprobada el año 2003, según la cual se propiciarán los recursos necesarios para el desarrollo de la Iniciativa auspiciada por OMS-UNICEF, denominada “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños”. En la mayoría de las comunidades autónomas españolas se han aprobado proposiciones no de ley similares a la aprobada por las Cortes de Aragón.

DIEZ PASOS PARA UNA FELIZ LACTANCIA MATERNA OMS-UNICEF 1989

Todos los servicios de Maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una norma escrita sobre lactancia natural, que se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.
2. Capacitar a todo el personal de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa norma.
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo dar el pecho y cómo continuar con la lactancia natural, incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.

7. Facilitar el alojamiento conjunto madre-criatura durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados a pecho, tetinas o chupetes.
10. Fomentar la organización de grupos de apoyo a la lactancia natural y derivar a las madres a éstos después de su salida del hospital.

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lactancia Materna” Aprobado en 1981 por la **Asamblea Mundial de la Salud**. Se aplica a todos los sustitutos de la leche materna, y a los biberones y tetinas. El trabajo de IBFAN (*Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil*), contribuyó en buena medida a su aprobación. IBFAN desde 1979 vigila por todo el mundo, como buenos guardianes de la lactancia materna, las estrategias de mercado sobre nutrición infantil.

Las principales medidas del código son:

- Prohíbe la publicidad de sucedáneos de la leche materna en el sistema de salud o para el público en general.
- Prohíbe dar muestras gratuitas y especialmente su distribución a través del sistema de salud.
- -Prohíbe los suministros gratuitos o a bajo precio a los hospitales.
- Prohíbe el contacto entre el personal comercial de las compañías y madres.
- Prohíbe a los fabricantes distribuir material educativo (folletos, libros, videos) salvo que las autoridades sanitarias se lo hayan solicitado previamente por escrito; y aun entonces limita el contenido de tales materiales, que deben advertir de los peligros del biberón y no pueden mencionar marcas completas.
- Las compañías no deben hacer regalos a los trabajadores de la salud.
- Se prohíben las muestras gratuitas para los profesionales de la salud, excepto para la evaluación profesional o para investigación en el ámbito profesional.
- Las publicaciones para trabajadores de salud sólo contendrán información científica y objetiva.
- -Se prohíben las fotos de bebés y otras imágenes que idealicen en las etiquetas de leche artificial. Los centros sanitarios no exhibirán carteles ni productos.
- Se prohíben los términos “maternizada” o “humanizada”.
- No habrá publicidad al público por ningún medio, ni ofertas o descuentos.
- Las etiquetas de otros productos deben llevar información necesaria para uso adecuado de una forma que no desaliente la lactancia materna.

Organización Mundial de la Salud. *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Ginebra, OMS, 1981 <http://www.ibfan-alc.org/codigo/main.htm>

La protección de la lactancia materna sólo se logrará a través de un total cumplimiento del Código. El Código es un requerimiento mínimo que los países deben cumplir tanto en el Norte como en el Sur, en el desarrollo como en el subdesarrollo, en la riqueza y en la pobreza. Actualmente el Código Internacional se ha convertido en ley total o parcialmente en cerca de 60 países. **En España se regula según Real decreto 72/1998, de 23 de enero** Reglamentación técnica sanitaria específica de los preparados para lactantes y preparados de continuación. BOE 4 febrero 1998 que recoge la mayor parte de las disposiciones del Código, pero no se aplica a la leche de continuación ni a los biberones y tetinas. Última modificación en BOE 1 agosto 2000, núm. 183/2000 [pág. 27563].

INICIATIVA HOSPITALES AMIGOS DE LOS NIÑOS

En 1992, la OMS y el UNICEF lanzaron la **IHAN**, INICIATIVA HOSPITALES AMIGOS DE LOS NIÑOS con el fin de favorecer en todos los servicios de maternidad las condiciones para el inicio de la lactancia materna, siguiendo los Diez Pasos para una feliz lactancia materna que recogen las recomendaciones de Fortaleza (1985) y de Innocenti (1990) y conseguir que se respete el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (OMS 1981).

La **IHAN** en el mundo ha tenido un éxito enorme, según el informe de 2001, hay cerca de 20.000 hospitales en el mundo, en 150 países industrializados y en vías de desarrollo, que cumplen los "Diez pasos para una feliz lactancia materna" y han sido galardonados por UNICEF como Hospitales Amigos de los Niños.

En España han sido galardonados como Hospitales Amigos de los Niños los siguientes Hospitales:

Hospital de la Marina Alta de Denia, Alicante. Hospital Joan XXIII, Tarragona. Hospital de Jarrio en Coaña, Asturias. Hospital Dr. Trueta, Girona. Hospital Asil Granollers, Barcelona. Hospital de Cangas de Narcea, Asturias. Hospital de Zumárraga, Guipúzcoa. Hospital de Mora de Ebro, Tarragona. Clínica Dexeus, Barcelona. Hospital de Yecla, Murcia. Hospital de Salnés, Pontevedra.

Los Diez Pasos para una feliz Lactancia Natural son de obligado cumplimiento en los Hospitales acreditados por UNICEF como Hospitales Amigos de los Niños. Cuando un Hospital comienza el proceso para ser acreditado como Hospital Amigo de los Niños debe seguir el orden en que están indicados de los Diez pasos, comenzando por escribir una política relativa a la lactancia natural en la cual se establecerán las normas sobre cómo se realizará la puesta en práctica de los Diez Pasos. Está demostrado que aplicar aisladamente algunos de los pasos, sin el consenso, la formación y el trabajo en equipo da malos resultados. La madre toma la decisión de dar el pecho, después de recibir información y apoyo. "Amamantar", es un derecho, no es un deber.

PRUEBAS CIENTÍFICAS DE LOS DIEZ PASOS PARA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

Las pruebas a favor de los Diez Pasos hacia una feliz Lactancia Natural son abundantes, incluso cuando se considera cada paso por separado. El año 1998 se publicó el documento Bases científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. División de salud y desarrollo del niño. OMS, WHO/ CHD 98-99.

EFICACIA DE LAS NORMAS ESCRITAS (Paso 1)

Disponer de una norma escrita sobre lactancia natural, que se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.

El hospital debe tener una norma escrita de lactancia que cubra los 10 pasos y proteja la lactancia, debe estar disponible de modo que todo el personal que atiende a las madres y a los bebés pueda consultarla, debe estar expuesta de forma visible en todas las zonas del hospital donde se atiende a las madres, los lactantes y los niños (*Criterios Globales de la IHAN, 1992*).

Varias publicaciones demuestran que para aumentar la eficacia de las intervenciones es necesario elaborar unas normas estrictas, específicas y apropiadas, que todo el personal debe cumplir, para aumentar la eficacia de las intervenciones.

EFICACIA DE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD (Paso 2)

Capacitar a todo el personal de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa norma.

Desde hace tiempo los estudios transversales, tanto en países industrializados como en desarrollo, han dejado claro que los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios frecuentemente no favorecen la lactancia materna.

Para conseguir un mayor efecto sobre las actitudes y prácticas de los profesionales, es necesario que los cursos de formación se ofrezcan a todo el personal que tenga contacto con las madres, los lactantes y los niños. Los criterios globales de la IHAN indican incluir en la capacitación, la práctica clínica supervisada, trabajando especialmente habilidades de comunicación para aprender a escuchar aceptar y sugerir actitudes que favorecen la comunicación con la madre y aumentan su confianza para dar el pecho. La experiencia muestra que sin normas estrictas y una buena formación del personal, no es posible cambiar las prácticas.

LA EDUCACIÓN PRENATAL (Paso 3)

Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

Es especialmente útil para las primíparas y puede tener un importante efecto sobre la lactancia, sobre todo si se aborda la técnica de la lactancia y se refuerza la confianza de la madre en la capacidad para lactar. Un método eficaz es el encuentro de madres donde expresen dudas y temores, y en algunas sesiones incluir a las personas del ámbito familiar que pueden influir en la decisión de amamantar.

Las embarazadas deben confirmar que han recibido información sobre las ventajas de la lactancia materna, y que no han recibido educación en grupo sobre el uso de la leche artificial. Deben conocer al menos la importancia del alojamiento conjunto, importancia de la alimentación a demanda, cómo tener suficiente leche, o posición y colocación del niño al pecho.

La preparación física de los pechos, incluso en los casos de los llamados pezones invertidos, se ha demostrado que no es conveniente ni eficaz (Alexander 1992).

La Lactancia Materna aumenta cuando las madres reciben educación prenatal, tanto en primíparas como múltiparas (Pugin 1996).

En un estudio cualitativo, realizado recientemente en Cambridge, para averiguar qué información, orientación y apoyo desean las mujeres en torno a la lactancia y las dificultades que encuentran las madres durante las primeras semanas se identificaron cinco componentes del tipo apoyo que deseaban las mujeres: información acerca de la lactancia materna, orientación eficaz y ayuda práctica con la posición del bebé para amamantar, sugerencias, reconocimiento de las experiencias y los sentimientos de las madres, apoyo y aliento. Lo que demuestra la importancia de añadir a la información el apoyo individual sensible a los sentimientos y emociones de las madres, lo que implica a los familiares y profesionales que rodean a la madre en el inicio de la lactancia que deberán estar capacitados para la escucha y la empatía (Graffy J 2005).

EFFECTOS DEL CONTACTO PRECOZ SOBRE LA LACTANCIA (Paso 4)

Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.

Las madres en el servicio de maternidad que han tenido un parto vaginal normal deben confirmar que, durante la primera media hora después del parto, se les ha dado a su hijo para tenerlo en contacto piel con piel durante al menos 30 minutos, y un miembro del personal les ha ofrecido ayuda para iniciar la lactancia. Al menos el 50 % de las madres que ha tenido una cesárea deben confirmar que, durante la primera hora después de recuperar el conocimiento, se le ha dado a su hijo para tenerlo en contacto piel con piel. (*Criterios Globales de la IHAN, 1992*).

Las criaturas nacidas a término, en un parto natural, no medicalizado, a las que se las deja sobre el pecho de su madre sin ser molestadas, tomarán el pecho espontáneamente en la hora que sigue al nacimiento, sin ninguna ayu-

da. Después del nacimiento, la criatura busca activamente tener la mayor superficie posible de su cuerpo en contacto con la piel de su madre. El contacto precoz con la areola parece influir positivamente en el inicio de la lactancia materna (Widstrom, 1987).

Tras su iniciación a cargo del recién nacido, 'la lactancia se establece por medio de una gama de estimulaciones complejas, mutuas entre la madre y la criatura' (Kjellmer y Winberg, 1994). No obstante, en todas las especies, la lactancia es 'un comportamiento especialmente frágil y transitorio' (Alberts, 1994): cualquier intervención puede fácilmente perturbarla.

El contacto piel con piel sin interrumpir, durante al menos la primera hora es favorable para la succión correcta. Los recién nacidos deben ser colocados, desnudos, sobre el abdomen de su madre, sin molestarles hasta que han conseguido mamar por primera vez; y se deben promover activamente sus esfuerzos para alcanzar el pecho. Righard and Alade MO (1990). Las madres y sus hijos no se han de separar después del parto, salvo que exista un motivo médico inevitable. Lo mejor es que el recién nacido permanezca con su madre de forma continua desde el nacimiento, y se le permita mamar espontáneamente en cuanto dé señales de estar preparado para ello.

Una recomendación mínima, arbitraria pero práctica, es que el contacto piel con piel empiece dentro de la primera media hora, y continúe durante al menos 30 minutos.

Righar L, Alade M. 1990	SUECIA
Grupo control	Intervención
Contacto inmediato durante 20 minutos y separación hasta que lo devolvían a la madre a los 40 minutos	Contacto inmediato y sin interrumpir durante las primeras 2 horas
SUCCIÓN CORRECTA 20%	SUCCIÓN CORRECTA 63%

Debe reducirse al mínimo el uso rutinario de petidina. Si las madres han recibido petidina en las 5 horas previas al parto, es probable que sus hijos estén deprimidos; y pueden necesitar más tiempo de contacto piel con piel antes de comenzar a mamar.

El contacto precoz aumenta la prevalencia de la lactancia. Incluso 15 ó 20 minutos de contacto durante la primera hora pueden ser beneficiosos, mientras que una interrupción del contacto de 20 minutos en la primera hora puede ser perjudicial, lo que sugiere una posible relación dosis-respuesta. Puede que la succión espontánea no se produzca hasta 45 minutos o 2 horas después del nacimiento; pero el contacto piel con piel debe empezar lo más pronto posible después del parto. Es de gran importancia el contacto precoz con la madre sobre la duración de la lactancia materna (De Chateau 1977).

El contacto precoz piel con piel aumentó las conductas maternas afectivas y cariñosas, mirar de frente a los ojos y besar al recién nacido, sonreír. También podría existir un vínculo entre las conductas afectivas maternas

observadas después del contacto piel a piel y la lactancia eficaz (Anderson, 2003, revisión Cochrane).

La primera hora después de nacer es particularmente importante que permanezcan apegados piel con piel. "La separación de la madre y del bebé sólo debe ocurrir en las más extremas circunstancias". El contacto con el cuerpo de la madre es específicamente necesario a partir del momento del nacimiento, y la unión madre-criatura debe ser estable y continua. La madre y la criatura forman una díada, es decir se comportan como una unidad y sus funciones vitales funcionan de modo sincronizado.

La lactancia es una estrategia crucial de supervivencia para el humano recién nacido; es un comportamiento que depende enteramente de una programación cerebral límbica, que depende a su vez del hecho de que la criatura se encuentre en su hábitat normal: apegada al cuerpo de su madre. Cualquier separación tiene como consecuencia un programa neurológico de desarrollo ('neurodevelopmentale') diferente del programa normal, potencialmente nefasto. **El contacto piel con piel con la madre es el hábitat** requerido por la pequeña criatura humana y un derecho fundamental del recién nacido. Debería ser una prioridad en salud pública preservar ese derecho (Nils Bergman 2005).

EFFECTO DE LA AYUDA PRÁCTICA INDIVIDUAL CON LA TÉCNICA DE LA LACTANCIA (Paso 5)

76

Mostrar a las madres cómo dar el pecho y cómo continuar con la lactancia natural, incluso si han de separarse de sus hijos.

Los estudios demuestran que es posible identificar y corregir en la sala de maternidad una técnica de lactancia incorrecta, y por tanto aumentar las probabilidades de la madre de dar el pecho con éxito. Una posición correcta del bebé al pecho permite un estímulo adecuado, para alcanzar una buena producción de leche, el bebé se queda satisfecho, realiza un menor esfuerzo, el aumento de peso es el adecuado y la madre no tiene sensación dolorosa, ni problemas derivados y ambos disfrutan de la lactancia. En los servicios de maternidad debería ser práctica habitual que una comadrona o enfermera con experiencia observase la mamada y corrigiese los defectos técnicos.

El efecto de la técnica de succión al alta sobre la duración de la lactancia. La prevalencia de lactancia materna al cabo de 1, 2, 3 y 4 meses era significativamente más alta entre los grupos que se fueron de alta con la colocación correcta que en el grupo no corregido (Righard Alade MO 1992).

La ayuda apropiada, en el hospital, puede tener un efecto que perdura incluso cuatro meses después. La ayuda práctica individual con la técnica de la lactancia (Pérez-Escamilla 1992) y el apoyo psicológico para aumentar la confianza de la madre (Hofmeyr 1991) pueden ser tanto o más eficaces para aumentar la duración de la lactancia materna.

Los autores de una reciente revisión de trece investigaciones clínicas aleatorias que comparan el apoyo extra por parte de profesionales capacitados en lactancia materna con respecto a los cuidados habituales que se ofrecen en cualquier maternidad, que no ofrece estos servicios extra, encontraron que aumentaba el porcentaje de madres que iniciaban y continuaban la lactancia materna exclusiva hasta los dos meses (Sikorski J 2002).

Cada madre necesita aprender a extraerse la leche para alimentar a su hijo y mantener la producción en caso de separación. En el caso de los nacidos con bajo peso, el éxito final de la lactancia puede depender del apoyo precoz y eficaz con la extracción de leche.

Los medicamentos que alivian el dolor durante el parto se asocian a una menor succión, pero no a una duración menor de la lactancia materna después de 6 semanas post parto. Según el estudio: "Influencia del uso de medicamentos calmantes y anestesia epidural" (Riordan J, 2000).

NO ADMINISTRAR SUPLEMENTOS (SUERO GLUCOSADO, NI LÁCTEOS), A NO SER QUE ESTÉN MEDICAMENTE INDICADOS (Paso 6)

Cada vez que se administre un alimento o bebida distinta de la leche materna a un bebé amamantado, debe haber motivos médicos aceptables.

No se debe exhibir en el hospital ni distribuir a las madres ni al personal material promocional de alimentos o bebidas para niños que no sean la leche materna. (*Criterios Globales de la IHAN, 1992*).

Los recién nacidos sanos a término normalmente no necesitan suplementos para la leche de sus madres, con tal de que el inicio de la lactancia sea precoz y las mamadas frecuentes. Los cambios en las normas, al dejar de dar suero glucosado, aumentaron la duración global de la lactancia materna exclusiva (Nylander 1991).

Está demostrado que suministrar al recién nacido suero glucosado disminuye las probabilidades de continuar la LM a las 16 semanas (Martín Calama J. 1997).

Los suplementos de agua o suero glucosado no reducen los niveles de billirrubina (Nicoll 1982).

Las madres necesitan ayuda competente con la lactancia para prevenir o superar las dificultades, de modo que no se administren alimentos suplementos si no hay una indicación médica específica. La restricción en el uso de estos alimentos es una de las medidas de salud más rentables que se conocen. No hay ninguna justificación para dar a las madres muestras gratuitas de sucedáneos de la leche materna, ni antes ni después del parto.

EFFECTO DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO SOBRE LA LACTANCIA (Paso 7)

Facilitar el alojamiento conjunto madre-criatura durante las 24 horas del día.

Las madres de bebés normales (incluyendo las que han dado a luz por cesárea) deben permanecer con ellos en la misma habitación día y noche, desde el momento en que vuelven a su habitación después del parto (o desde que son capaces de responder a sus hijos, en caso de cesárea), excepto por periodos de menos de una hora para procedimientos hospitalarios.

Este alojamiento conjunto debe empezar antes de una hora tras los partos vaginales normales. Las puérperas normales deben tener a sus hijos con ellas o en una cuna junto a su cama, a no ser que esté indicada una separación. (*Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992*).

La primera violación, lo peor que puede ocurrirle a cualquier recién nacido, es la separación de su madre, su hábitat normal. Esta 'respuesta' y su impacto han sido descritas en un extenso artículo de Allan Schore (2001).

Efectos del alojamiento conjunto en la frecuencia de la lactancia materna en 24 horas.

Mayor frecuencia de las mamadas y aumento de peso con alojamiento conjunto (Yamauchi Y. 1990). Este estudio demuestra que los recién nacidos en alojamiento conjunto maman con una frecuencia significativamente más alta que los que están en la sala nido durante la primera semana.

Los autores concluyen que "algunos de los problemas de alimentación en el neonato, como la necesidad de suplementar la leche materna o el retraso en recuperar el peso al nacimiento podrían ser eliminados educando a las madres y enfermeras y cambiando las normas y rutinas del hospital en cuanto a la lactancia materna".

Separación entre el recién nacido y su madre, y duración de la lactancia (Elander G 1984). Incluso una enfermedad banal que causa una breve separación entre el recién nacido y su madre puede disminuir la duración de la lactancia, aunque los recién nacidos hayan seguido mamando durante la separación.

Los motivos aducidos para no aplicar el alojamiento conjunto no son necesariamente válidos, ni siquiera para madres que no quieran dar el pecho. Un argumento frecuente es que las madres necesitan descansar, y que no podrán dormir si los bebés permanecen junto a ella durante la noche. Waldenström y Swenson (1991) estudiaron el efecto de animar a las madres a quedarse con sus bebés por la noche, cuando ya se practicaba el alojamiento conjunto diurno. La presencia del bebé durante la noche no afectó al número de horas de sueño o al estado de alerta de las madres durante el día, aunque por la noche dieron el pecho con más frecuencia.

Keefe (1988) estudió el sueño nocturno de las madres y los patrones de sueño de los niños (1987) en un grupo de alojamiento conjunto de 7:00 a 23:00 horas, en que los bebés pasaban la noche en la sala de nidos. No se encontraron diferencias significativas en el número de horas que dormían las madres ni en la calidad de su sueño. Siete de las

diez madres en el grupo con sala nido tomaron somníferos al menos una vez durante las dos noches del estudio, frente a ninguna en el grupo con alojamiento conjunto.

El hábitat normal del recién nacido es el cuerpo de su madre. Cuando la criatura recupera su hábitat normal, es decir el cuerpo de la madre, se comprueba un rápido aumento de la temperatura y del ritmo cardíaco. "Las llamadas de angustia ligadas a la separación" han sido bien documentadas en las ratas (Alberts, 1994). Se ha constatado llamadas de angustia similares en los bebés humanos en cunas; estos bebés lloran hasta diez veces más que los bebés que están piel con piel con su madre (Michelson 1996). Además, el llanto de los bebés que están piel con piel con su madre tiene un tono completamente diferente, y se ha sugerido que podía tener el objetivo de lograr la ayuda de la madre para alcanzar el pecho y mamar (Christenson 1995).

Temperatura de recién nacidos que han estado en contacto piel con piel con su madre o en una cuna (Christenson.1992). Estudios en el Instituto Karolinska (Estocolmo) y en el Hospital 12 de Octubre (Madrid). Se estudiaron 50 recién nacidos, divididos en dos grupos. Un grupo control de 25 recién nacidos fueron separados de la madre.

Se registraron durante los primeros 90 minutos: temperatura, glucemia capilar y exceso de bases (mmol/l), ritmo respiratorio y llanto de los recién nacidos. Se observó que en el grupo piel con piel tienen la temperatura más alta que en el grupo control. Respiran mejor. El nivel de glucemia capilar (mmol/l) es mejor, más alto. El exceso de bases (mmol/l) menor y lloran diez veces menos con la madre que separados en la cuna.

Christensson. 1992. H. Doce de Octubre Madrid. 50 recién nacidos	
Control: En la cuna	Temperatura axilar media a los 90 minutos: 36,8° C 41 episodios de LLANTO
Intervención: 10 minutos después del parto, contacto piel con piel durante 80 minutos	Temperatura axilar media a los 90 minutos: 37,1° C 4 episodios de LLANTO

Durante el postparto inmediato, el contacto piel con piel se asocia con temperaturas corporales y cutáneas más altas y una adaptación metabólica más rápida. El cuerpo de la madre es una fuente eficaz de calor para el bebé, y la promoción del contacto corporal entre madre e hijo durante las primeras dos horas después del parto puede ser beneficiosa para ambos desde el punto de vista fisiológico.

Un estudio realizado en Sudáfrica (Bergman) comparó a recién nacidos a los que se dio idénticos cuidados clínicos, excepto el lugar o "hábitat", y permitió comprobar que el hábitat (cuerpo de la madre) en contacto "piel con piel" inmediatamente después del nacimiento es seguro, y de hecho superior al hábitat de la incubadora, para recién nacidos de 1200 g a 2199 g. Los recién nacidos que reciben el contacto piel con piel desde el nacimiento presentaban una mayor

77

estabilidad cardio-respiratoria. Las mismas diferencias se han demostrado en los recién nacidos a término sanos en contacto piel con piel o en una cuna. Con la separación madre-hijo en el período crítico después del nacimiento se producen unos efectos en el recién nacido como son la hipotermia y la inestabilidad cardio-respiratoria.

Nuestra cultura actual confía en las incubadoras, quizá porque desconoce sus efectos nefastos, y porque también ignora la existencia de otras alternativas.

Los registros de temperatura corporal durante el contacto piel con piel han demostrado que la madre sube y baja la temperatura para ayudar al hijo a regular la suya. El cuerpo de la madre presenta diferente temperatura en la axila (35,5°) y en el centro del pecho, lugar donde se coloca al recién nacido al aplicar el llamado método madre canguro, es un grado más alto (36,5). La madre puede subir hasta 2° C su temperatura corporal si la temperatura del recién nacido está baja, o puede disminuir 1° C si la criatura está demasiado caliente para enfriarla. Esta regulación sincronizada no es posible en la incubadora cuya temperatura se mantiene por encima de la temperatura del bebé, el cual está preparado para absorber el calor de la madre, que es su hábitat natural y no el del interior de una incubadora (Nils Bergman 2004).

El Paradigma original de la Maternidad:

Nils Bergman (2005) experto en el método madre canguro afirma que **"El Paradigma original de la maternidad es: Nunca separar a la madre del bebé"**

Prodigar el apoyo que permita a **todas** las criaturas recién nacidas permanecer apegadas a su madre, debería ser la prioridad universal de la salud pública.

El método madre canguro ha sido definido de diferentes formas, pero sus dos componentes principales son el contacto piel con piel y la lactancia. Desde el punto de vista biológico, y durante el inmediato post-parto, el contacto piel con piel representa el hábitat normal para el Homo sapiens, y la lactancia representa el 'nicho' (*el 'nicho' de un animal, es el papel o la función que desempeña en su hábitat*), o el comportamiento pre-programado para este hábitat (Nils Bergman 2005).

Efecto del colecho en la lactancia materna y otros resultados.

La lactancia nocturna se ha asociado con el colecho (dormir madre e hijo en la misma cama). McKema, Mosko y Richard (1997) estudiaron la conducta nocturna de parejas madre-hijo sanas de origen hispano que habitualmente dormían juntos (n = 20) ó separados (n = 15).

Los bebés tenían 3 ó 4 meses, y tomaban lactancia exclusiva por la noche. Los lactantes que habitualmente dormían con su madre mamaron tres veces más tiempo durante la noche que los que solían dormir separados, lo que sugiere que el colecho favorece la lactancia materna, el colecho podría proteger contra la muerte súbita infantil. No exis-

ten pruebas concluyentes de esta hipótesis. Clemnts y cols. (1997) encontraron en un estudio longitudinal que el colecho se asociaba con una mayor duración de la lactancia, incluso tras ajustar posibles factores de confusión. El alojamiento conjunto no interfiere necesariamente con el descanso de la madre, ni aumenta las infecciones cruzadas.

En años recientes se ha acumulado una considerable experiencia con el alojamiento conjunto, y una vez instituido, el personal y las madres suelen afirmar que lo prefieren a la sala nido.

El alojamiento conjunto tiene efectos beneficiosos, tanto para la lactancia como para la relación madre-hijo, facilita la lactancia a demanda.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA A DEMANDA (Paso 8)

Fomentar la lactancia a demanda.

Las madres de recién nacidos normales (incluidos los nacidos por cesárea) que den pecho no deben tener ninguna restricción en cuanto a la frecuencia o duración de las tomas. Se les debe recomendar que amamenten a sus hijos siempre que tengan hambre o cuando el niño quiera; y deben despertar a sus hijos para mamar si éstos duermen demasiado rato o si tienen los pechos demasiado llenos. (*Criterios Globales de la IHAN, 1992*).

Limitar el tiempo del bebé al mamar, dificulta la lactancia.

Restringir la frecuencia o duración de las mamadas puede interferir con el proceso de adaptación y provocar ingurgitación, producción insuficiente de leche y otros problemas. El miedo a posibles efectos perjudiciales, como el mayor dolor de los pezones, carece de fundamento. Se sabe ahora que el dolor en los pezones se debe sobre todo a una mala colocación del niño al pecho, sin relación con la duración de las tomas.

La lactancia a demanda tiene ventajas claras. Favorece el aumento de la frecuencia de las tomas, del peso y de la ingesta de leche (de Carvalho 1983). Reduce la pérdida de peso del recién nacido por debajo del 4% (Avoa y Fischer 1990).

La glándula mamaria produce según las necesidades del lactante, si se le permite expresar su apetito y se le da de mamar cuando lo pide, sin tener en cuenta el reloj, se va regulando y ajustando la producción de leche (Wilde, 1995; Hartmann 1996).

Cada lactante necesita un tiempo de succión diferente y es él mismo quien debe determinar la duración de la toma (Howie PW 1981). Todos los lactantes toman una cantidad equivalente de leche pero en diferentes periodos de tiempo al mamar. La concentración de grasa en la leche materna va aumentando hasta cinco veces más al final de la toma. Algunos bebés sólo toman leche inicial (pobre en grasas) de ambos pechos y nunca llegan a tomar la leche final

más rica en grasa. Se recomienda no cambiar de pecho hasta que el bebé haya mamado bien del primero. La restricción en la duración de la toma puede hacer que el bebé obtenga menos de la leche final, rica en calorías (Woolridge 1993).

EFECTO PERJUDICIAL DE TETINAS Y CHUPETES (Paso 9)

El Paso 9, sobre el uso de tetinas y chupetes, está estrechamente relacionado con el paso 6. Son numerosos los estudios que demuestran una asociación entre el uso de tetinas o chupetes y el abandono precoz de la lactancia.

Las tetinas y chupetes alteran las pautas de respiración y succión, tanto si se administra leche artificial como leche materna extraída (Mathew 1989). Al tomar un biberón, la espiración se alarga, y la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno disminuyen, en relación con lo observado al tomar el pecho. Meier (1988) encontró que los prematuros mostraban más signos de sufrimiento, como la disminución de la presión de oxígeno transcutánea, cuando tomaban un biberón que cuando mamaban del pecho; ello indica que la práctica de “enseñar” al prematuro a tomar el biberón antes de iniciar la lactancia es inapropiada.

La alimentación con vaso en recién nacidos prematuros y a término (< 28 a 36 semanas) cuyas madres querían amamantar pero estaban en situaciones en que la LM no era posible se asoció a una mayor probabilidad de lactancia materna exclusiva al alta (Lang 1994).

El uso de chupete se asoció con un mayor riesgo de terminar la LM a los 3 y 6 meses; afectó más a las madres con menos confianza en sí mismas (Victoria 1997). Los que usaban chupete tuvieron mayor riesgo de terminar la lactancia antes de los 4 meses; el riesgo aumentaba si la técnica de succión al ser dadas de alta no era correcta (Righard 1997).

Se ha observado una mayor incidencia de otitis media aguda y recurrente y de sus secuelas tanto con la lactancia artificial (Williamson, 1994) como con el uso de chupetes (Niemela, 1995).

Otros peligros incluyen la mayor incidencia de candidiasis oral (Manning 1985); el uso de materiales potencialmente cancerígenos en la fabricación de tetinas y chupetes (Westin, 1990), y la sofocación con partes sueltas de goma.

La maloclusión dental se ha visto que es más frecuente en niños que toman el biberón, siendo mayor el efecto cuanto más prolongada es la exposición. (Labbok 1987).

También se han señalado los cambios en la cavidad oral. En los lactantes mayores, la forma galopante de caries de la dentición primaria, conocida como “caries del biberón”, es más frecuente en niños que usan el biberón o el chupete (Milnes, 1996).

IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS DE MADRES (Paso 10)

Fomentar la organización de grupos de apoyo a la lactancia natural y derivar a las madres a éstos después de su salida del hospital.

Los grupos de apoyo a las madres lactantes tienen una historia reciente en nuestro país, comparando con grupos como la Liga de La Leche que nació hace cincuenta años en Estados Unidos. En España el primer grupo de apoyo, Vía Láctea, nació en Aragón el año 1985. En los países escandinavos, los grupos de apoyo de madre a madre han tenido un papel primordial en la promoción de la lactancia. Los grupos de apoyo vienen a sustituir la red de apoyo con la que contaban en tiempos pasados las madres, hoy la maternidad se vive en muchos casos de forma aislada y solitaria. Las madres necesitan información, ayuda mutua y compartir la crianza con otras madres para tener un sentimiento de normalidad.

Los primeros estudios que demuestran la eficacia de los grupos de madres se realizaron comparando grupos de madres lactantes que se reunían con la Liga de la Leche con otro grupo de madres que no tenía este apoyo. Se pudo demostrar claramente que las mujeres que contaban con el apoyo del grupo de la Liga tenían más confianza en sí mismas y parecían beneficiarse de recibir una información adecuada y del apoyo individual y en grupo (Ladas 1970).

Otros estudios han evaluado el efecto sobre la lactancia materna del apoyo madre a madre desde los grupos de apoyo y en todos los estudios, hallaron un aumento de la lactancia materna exclusiva:

- El apoyo prenatal y postnatal fue beneficioso y aumentó la lactancia materna a los 4 meses (Burkhalter 1991) (Davies-Adetugbo 1996).
- La lactancia materna exclusiva aumentó en los pueblos que ofrecían apoyo las voluntarias capacitadas (R. Lundgren 1992).
- Las madres que recibieron apoyo de madre a madre amamantaron más tiempo (Kistin 1994).
- La asistencia a un centro lactancia se asoció significativamente con la lactancia materna exclusiva a los seis meses (Barros 1995).
- El apoyo de las promotoras de lactancia aumentó la lactancia materna a los tres meses (Long 1995) (Alvarado 1996).
- Las visitas a domicilio por promotoras capacitadas tuvieron un efecto favorable sobre la lactancia materna exclusiva al menos en los tres primeros meses (Morrw 1996).
- Las visitas domiciliarias por consejeras no profesionales aumentaron la lactancia materna al mes (Leite 1998).

79

BIBLIOGRAFÍA

Aguayo Maldonado, J. *La Lactancia Materna*. 2001 Sevilla.

Blázquez García, MJ. *Parir, Nacer, mamar y amamantar* ED. MJ. Blázquez, Zaragoza, 2004.

Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. *Lactancia materna: Guía para profesionales*. 2004 Madrid. http://www.aeped.es/monografias/pdf/monografia_5_lactancia_materna.pdf.

Lawrence, RL. *Lactancia Materna*. Ed. Mosby. 4ª edición. Madrid, 1996.

González, C. *Manual práctico de Lactancia Materna*. 2004 ACPAM.

OMS/UNICEF. *Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna*. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra, 1989. OMS. Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra, 1981.

UNICEF/OMS. *Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna*. Florencia 1 de Agosto, 1990. WHO. *Appropriate technology for birth*. Lancet 1985; 436-437.

OMS/UNICEF. *Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural*. Document WHO/CHD/98.9 OMS, Ginebra, 1998 http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm

80

Paso 2

Rea, MF; Venancio, SI. *Manejo clínico e aconselhamento em amamentação: avaliação de um treinamento*. *Jornal de pediatria*. 1998 (submitted);

Paso 3

Alexander, JM; Grantm AM; Campbell, MJ. *Randomised controlled trial of breast shells and Hoffman's exercises for inverted and non-protractile nipples*. *British medical journal*, 1992; 304:1030-1032.

Pugin, E et al. *Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program?* *Journal of human lactation*, 1996, 12(1):15-19.

Graffy, J; Taylor, J. *What information, advice, and support do women want with breastfeeding*. *Birth* Sep 2005 32(3), p.179-86.

Paso 4

Anderson, GC; Moore, E; Hepworth, J; Bergman, N. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infant* (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, editor.Oxford: Update Software, 2003.

Bergman, NJ; Jurisoo, LA. *The "Kangaroo-method" for treating low birth weight babies in a developing country*. *Trop Doct* 1994; 24(2): 57-60.

Bergman, NJ; Linley, LL; Fawcus SR. *Mowbray Maternity Hospital ; School of Child and Adolescent Health and Department of Obstetrics and Gynecology, University of Cape Town, Cape Town, South Africa* Estudio clínico randomizado, controlado, de contacto piel a piel desde nacimiento versus incubadora convencional para estabilización fisiológica de recién nacidos de 1.200 a 2.199 gramos *Acta Paediatr* 2004; 93: 779-785.

Bergman, NJ. *El Método de la Madre Canguro*. II Simposio internacional de lactancia materna. Libro de ponencias. Bilbao noviembre; 2005

Christensson, K et al. *Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot*. *Acta paediatrica*, 1992; 81:488-493

Christensson, K; Siles, O; Moreno, L; Bealustegui, A. De La Fuente P et al. *Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full term newborns cared for skin-to-skin or in a cot*. *Acta Paediatr* 1992; 81: 488-493.

Christensson, K et al. *Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact*. *Acta Paediatr* 1995; 468-473.

De Chateau, P; Wiberg, B. *Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum II. A follow-up at three months*. *Acta paediatrica Scandinavica*, 1977; 66:145-151.

Gómez Papi, A; Baiges Nogués, MT; Batiste Fernández, MT; Marca Gutierrez, MM; Nieto Jurado, A; Closa Monasterolo, R. *Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término*. *An Esp Pediatr* 1998; 48:631-633.

Kjellmer, I; Winberg, J. *The neurobiology of infant-parent interaction in the newborn: an introduction*, *Acta Paediatr Suppl* 1994;397;1-2

Nissen, E et al. *Effects of maternal pethidine on infants' developing breastfeeding behaviour*. *Acta Paediatr* 1995; 84:140-145.

Widström, A-M et al. *Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour*. *Early human development*, 1990 21:153-163.

Righard and Alade, MO. *Effect of delivery room routines on success of first breastfeed* *Lancet* 1990 336: 1105-1107.

Paso 5

González Rodríguez, C. *Síndrome de la posición inadecuada al mamar*. *An Esp Peditr* 1996; 45: 527-529

Hofmeyr, GJ et al. *Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding*. *British journal of obstetrics and gynaecology* 1991 98(8):756-764;

Perez-Escamilla, R et al. *Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women*. *Early human development* 1992, 31:25-40.

Righard, L; Alade, MO. *Suckling technique and its effect on success of breastfeeding* *Birth* 1992;19 (4):185-189.

Riordan, J; Gross, A; Angeron, J; Krumwiede, B; Melin, J. The effect of labor pain relief medication on neonatal suckling and breastfeeding duration. *J Hum Lact* 2000; 16:7-12.

Sikorski, J; Renfrew, MJ; Pindoria, S; Wade, A. Support for breastfeeding mothers. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.

Paso 6

Martin Calama et al. The effect of feeding glucose water to breastfeeding newborns on weight, body temperature, blood glucose, and breast-feeding duration. *J Hum Lact* 1997; 13:209-213.

Nicoll, A; Ginsburg, R; Tripp, JH. Supplementary feeding and jaundice in newborns. *Acta paediatrica Scandinavica*, 1982; 71:759-761.

Nylander, G; Lindemann, R; Helsing, E; Bendvold, E. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward *Acta Obstet Ginecol Scand* 1991; 70; 205-209.

Paso 7

Alberts, JR. Learning as adaptation of the infant *Acta Paediatr Suppl* 1994; 397:77-85

Nils Bergman. El paradigma del método canguro. Simposio internacional de Lactancia Materna. El Método Madre Canguro Nov, 2005, LLI, Bilbao.

Christensson, K; Siles, C; Moreno, L; Belaustequi, A. De La Fuente P. Lagercrantz H, Puyol P, and Winberg J. Temperature metabolic adaptation and crying in health full-term newborns cared for skin or in a cot *Acta Paediatric* 1992; 81: 488-93.

Elander, G; Lindberg, T. Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding *Acta Paediatr Scand* 1984; 73:237-240.

Keefe, MR. Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nursing research*, 1987; 36(3):140-144.

Keefe, MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, March-April 1988:122-126.

McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics*, 1997;100(2):214-219.

Michelson, K; Christensson, K; Rothganger, H. Winberg J. Crying in separated and non-separated newborns: sound spectrographic analysis. *Acta Paediatric* 1995 Apr; 85(4): 471-5.

Schore, AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental health Journal* 2001; 2 (1-2): 201-69.

Yamauchi, Y; Yamanouchi, I. The relationship between rooming-in and breastfeeding variables *Acta Paediatric Scand* 1990; 1017-1022.

Waldenström, U; Swenson, A (1991). Rooming-in at night in the portpartum ward. *Midwifery*, 1991; 7:82-89.

Paso 8

Avoa y Fischer, *Pediatrics* 1990; 86:313-314 de Carvalho M et al (1983) Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics*, 72(3): 307-311.

Hartmann, PE et al. Breast development and control of milk synthesis. *Food and nutrition bulletin*, 1996; 17(4): 292-302.

Howi, PW et al. How long should a breast feed last? Early human development, 1981; 5:71-77.

Woolridge, MW; Baum, JD. Recent advances in breast feeding. *Acta paediatrica Japonica* (1993); 35:1-12.

Wilde, CJ; Prentice, A; Peaker, M. Breast-feeding: matching supply with demand in human lactation. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1995;54:401-406.

Paso 9

Kramer, MS; Barr, RG; Dagenias, S; Yang, H; Jones, P; Ciofani, L; Jane, F. Pacifier use, Early Weaning and Cry/Fuss behaviour. A randomised controlled trial. *JAMA* 2001; 286:322-326.

Labbok, MH; Simon, SR. A community study of a decade of in-hospital breast-feeding: implications for breast-feeding promotion. *American journal of preventive medicine*, 1988; 4(2):62-66.

Lang, S; Lawrence, CJ; Orme, RL'E. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child* 1994; 71:364-369.

Manning, DJ; Coughlin, RP; Poskitt, EME. Candida in mouth or dummy? *Archives of disease in childhood*, 1985; 60:381-382.

Mathew, OP; Bhatia, J. Sucking and breathing patterns during breast- and bottle-feeding in term neonates. *American journal of diseases of children*, 1989; 143:588-592.

Meier, P. Bottle- and breast-feeding: effects on transcutaneous oxygen pressure and temperature in preterm infants. *Nursing research*, 1988; 37(1):36-41

Milnes, AR. Description and epidemiology of nursing caries. *J Public Health Dent* 1996; 56:38-50.

Niemellä, M; Uhari, M; Möttönen, M. A pacifier increases the risk of recurrent acute otitis media in children in day care centers. *Pediatrics* 1995; 96:884-888.

Righard, L; Alade, MO. Breastfeeding and the use of pacifiers. *Birth*, 1997; 24:116-120.

Victoria, CG; Behague, DP; Barros, FC; Olinto, MT; Weiderpass, E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics* 1997; 99: 445-453.

Westin, JB. Ingestion of carcinogenic N-nitrosamines by infants and children. *Archives of environmental health*, 1990; 45(6):359-363.

Williamson, IG; Dunleavy, J; Robinson, D. Risk factors in otitis media with effusion. A 1 year case control study in 5-7 year old children. *Family practice*, 1994; 11(3):271-274.

Paso 10

Alvarado, R et al. Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters' participation. *Food and nutrition bulletin*, 1996; 17(1):49-53.

Barros, FC et al. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta Paediatr* 1995; 95:497-499.

Burkhalter, BR; Marin, PS. A demonstration of increased exclusive breastfeeding in Chile. *International journal of gynecology and obstetrics*, 1991; 34:353-359.

Davies-Adetugbo, AA. Promotion of breast feeding in the community: impact of health education programme in rural communities in Nigeria. *Journal of diarrhoeal disease research*, 1996; 14(1):5-11.

Kistin ,N et al. Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among lowincome urban women. *Journal of human lactation*, 1994; 10(1):11-15.

Ladas, AK. How to help mothers breast feed, *Clin. Pediatr* 1970; 9:702.

Ladas, AK. Breastfeeding: the less viable option, *J Trop Pediatr* 1972; 18:318.

Leite, A; Puccini, R; Atallah, A; Cunha, A; Machado, M; Capiberibe, A; Rodrigues, R. Impact on breastfeeding practices promoted by lay counselors: a randomized and controlled clinical trial. In: Feinstein, AR; Vandenbrouke, JP eds. *Abstracts of the Inclen 15th global meeting of the International Clinical Epidemiology Network*. Querétaro, Mexico, Journal of Clinical Epidemiology, 1998, 51(supplement 1):10S.

Long, DG et al. Peer counselor program increases breastfeeding rates in Utah native American WIC population. *Journal of human lactation*, 1995; 11(4):279-284.

Lundgren, R et al. (1992)The promotion of breastfeeding and birth spacing in rural areas. Final technical report (unpublished document). Asociacion Hondureña de Lactancia Materna (AHLACMA) and the Population Council.

Morrow, AL et al. The effectiveness of home-based counseling to promote exclusive breastfeeding among Mexican.

Sikorski, J; Renfrew, MJ; Pindoria, S; Wade, A. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002.