



PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Autora: Dra. Carmen Rosa Pallás Alonso

- **INTRODUCCIÓN**
 - **LACTANCIA MATERNA**
 1. **Justificación para la promoción de la lactancia materna**
 2. **La realidad de la lactancia materna**
 3. **Recomendaciones sobre lactancia materna**
 4. **Contraindicaciones para la lactancia materna**
 5. **Recomendaciones para la promoción de la lactancia materna**
 6. **De la lactancia materna a la introducción de la alimentación complementaria**
 7. **Técnica de lactancia materna**
 8. **Relactación**
 - **BIBLIOGRAFÍA**
 - **PÁGINAS WEB Y DOCUMENTOS DE INTERÉS**
 - **ANEXO.- OBSERVACIÓN DE UNA TOMA**
-

INTRODUCCIÓN

El primer año de vida es el periodo de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y por tanto las demandas nutricionales son mayores. El niño durante el primer año multiplica por tres su peso e incrementa un 50% su talla. Paralelamente a ello los órganos van madurando a gran velocidad. El cerebro multiplica por tres su tamaño durante la infancia y alcanza el 90% del tamaño adulto a los dos años. Estudios en animales han demostrado que las modificaciones en la dieta durante el periodo sensible de crecimiento en etapas tempranas de la vida pueden tener consecuencias metabólicas importantes a largo plazo (1). En la última década se ha ido acumulando pruebas de que los beneficios del amamantamiento se hacen patentes incluso muchos años después de haberse producido el destete (2- 8).

Por todo ello los consejos que el pediatra proporciona sobre la alimentación tienen consecuencias más importantes que la curva de crecimiento del niño y tendrán bastante que ver con el estado de salud en la vida adulta.

Tampoco se puede olvidar que al hablar de alimentación no solo se está refiriendo al aporte de nutrientes sino que también implica la adquisición de unos hábitos de alimentación adecuados que van a tener bastante que ver con la relación que se establece entre el niño y sus padres.

El objetivo principal de este capítulo es proporcionar una serie de recomendaciones que ayuden al pediatra para **conseguir que todas las madres que lo deseen puedan llegar a amamantar a sus hijos.**

LACTANCIA MATERNA

1. Justificación para la promoción de la lactancia materna.

La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo rarísimas excepciones y se debería prolongar al menor durante todo el primer año y más allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño. (9-14). La leche humana es sin duda la más adecuada y es especie específica; alimentar a los niños con otra leche diferente a la leche de madre es alimentarlos con **sucedáneos de leche de madre** que, a pesar de los diseños sofisticados y de su precio elevado, están muy lejos de poder ofrecer todas las ventajas de la leche de madre. El niño alimentado al pecho es el modelo de referencia que hay que seguir para evaluar el crecimiento, desarrollo y estado de salud de los niños. Como se comentará más adelante, la leche de madre tiene un impacto beneficioso en la salud del niño, en el crecimiento y desarrollo, en la inmunidad, en aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales. Hoy por hoy la leche de madre sigue siendo una sustancia compleja que, a pesar de todos los esfuerzos que se han realizado en el campo de la investigación, sigue siendo en gran parte una desconocida y no se entienden bien sus mecanismos de acción. A continuación se describen los beneficios demostrados de la leche de madre, aunque probablemente el impacto real de la lactancia materna no pueda ser recogido por estudios que miden resultados parciales y en general a corto plazo.

- **Lactancia materna y protección frente a las infecciones y atopias.** Desde hace varios años se ha venido demostrando en estudios de cohortes que los niños alimentados con lactancia materna presentaban menos diarreas (15-19) e infecciones respiratorias y otitis medias (20-24). Ninguno de estos estudios cumplía criterios de ensayo clínico, ya que no sería ético aleatorizar a los niños para recibir lactancia materna o sucedáneo de leche de madre, por ello, cuando se analizaban los resultados de estos estudios siempre se refería que no se podía asegurar que las diferencias encontradas se debieran a la leche de madre, ya que el hecho de que una mujer decida amamantar o no a su hijo puede ser un marcador de actitudes diferentes hacia el niño y por tanto los grupos de niños que reciben lactancia materna y los que no la reciben no serían comparables, ya que sus madres serían mujeres con actitudes bien distintas y esto podría justificar muchas de las diferencias encontradas en la evolución de los niños amamantados. Recientemente Kramer y cols (**PROBIT study**) (25) han resuelto de una forma muy ingeniosa esta limitación para el estudio del verdadero efecto de la lactancia materna en la salud del niño y han realizado un ensayo clínico que aporta una información muy válida sobre el efecto protector frente a las infecciones y el crecimiento, y se espera que se vayan publicando resultados de la evolución de estos niños a lo largo de los años. Estos autores aleatorizaron las maternidades de Bielorrusia para recibir o no una intervención encaminada a la promoción de la lactancia materna, con esta actividad consiguieron incrementar el número de madres lactantes y la duración de la lactancia materna de forma significativa en los hospitales en los que se realizó la tarea de promoción de la lactancia materna y posteriormente comparan la evolución de los niños de los hospitales con promoción de lactancia (que se han lactado con más frecuencia y durante más tiempo) frente a los niños nacidos en hospitales que no recibieron promoción de lactancia (menos frecuencia de lactancia y durante menos tiempo). Las poblaciones que atendían los hospitales con o sin promoción eran idénticas en relación a los niveles educativos, económicos, estado de salud, edad materna, etc. Estos autores han demostrado que los niños de los hospitales que recibieron promoción de lactancia materna y que por tanto se amamantaron con mayor frecuencia y durante más tiempo, tuvieron un riesgo disminuido para contraer infecciones gastrointestinales (OR: 0,6; IC: 0,4-0,9) y eczema atópico (OR: 0,54; IC: 0,3-0,9). Estudios posteriores al de Kramer (25), con diferente metodología, han venido a corroborar los hallazgos de este autor (26-28).

- **Lactancia materna y crecimiento.** Los estudios realizados en las últimas décadas sugerían que los niños amamantados, sobre todo durante tiempos prolongados, alcanzaban un peso y una talla a los 6 y 12 meses de edad inferiores a la de los niños alimentados con sucedáneos de leche de madre(29-30). Como ya se ha comentado en el párrafo anterior, estos estudios tenían limitaciones importantes que disminuían la validez de sus resultados. En el estudio realizado por Kramer y cols. en referencia al crecimiento (31), se sugiere que la lactancia materna prolongada y exclusiva, realmente podría acelerar el crecimiento (incremento de peso y talla) durante los 6 primeros meses de la vida. En un estudio realizado recientemente en España no se aprecian diferencias entre la población amamantada y la población general en cuanto a desarrollo físico (32). En cuanto al crecimiento cerebral expresado por el aumento de la circunferencia craneal, destaca el mayor aumento en los niños amamantados. En 1994 la Asamblea de Salud de la OMS solicitó la elaboración de nuevas curvas de crecimiento de los niños amamantados y por ello se puso en marcha el Estudio Multicéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento. Éste se llevó a cabo entre 1997 y 2003 y se centró en la obtención de datos de crecimiento e información de 8.440 lactantes amamantados y niños pequeños de diferentes orígenes étnicos y entornos culturales (Brasil, Estados Unidos de América, Ghana, India, Noruega y Omán). La muestra conjunta de los 6 países participantes ha permitido la elaboración de un patrón verdaderamente internacional. Estas nuevas gráficas se han puesto a disposición de los profesionales en el año 2006 (33).

Este nuevo patrón de crecimiento infantil proporciona por vez primera, datos científicos y orientación sobre el modo que los niños de todo el mundo *deberían* crecer. Se confirma que todos los niños, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de pesos y tallas. Por tanto las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.

Se considera lactancia natural como “norma” biológica y establece el lactante alimentado al pecho como el modelo normativo de crecimiento. Esto asegura por primera vez, la coherencia entre los instrumentos utilizados para evaluar el crecimiento y las directrices nacionales e internacionales sobre alimentación infantil que recomiendan la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y posteriormente con alimentos complementarios hasta la edad de 2 o más años. A partir de ahora, se podrán evaluar, valorar y medir con precisión los resultados de la lactancia materna y la alimentación complementaria. Además de los indicadores de crecimiento tales como peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla. Por primera vez se dispone de un índice de masa corporal normalizado para los niños hasta la edad de cinco años y se permite el desarrollo de patrones de velocidad de crecimiento. Además se proporciona información sobre la adquisición de los ítems motores en seis aspectos clave del desarrollo motor, entre ellos la capacidad de sentarse, mantenerse de pie y caminar.

- **Lactancia materna y desarrollo cognitivo.** Muchos estudios en la literatura médica y psicológica han examinado la relación entre la lactancia materna y el desarrollo intelectual. La mayoría de estos estudios han comunicado un efecto positivo de la lactancia materna en la evolución cognitiva del niño (34, 35, 36). Otros estudios no han encontrado ninguna ventaja sobre el desarrollo intelectual (37). Probablemente los resultados que se aporten derivados del estudio de Kramer (25) sean de gran valor para poder establecer la relación existente entre la lactancia materna y el desarrollo cognitivo del niño.
- **Lactancia materna y enfermedades a largo plazo.** Numerosos estudios han puesto de manifiesto, con las limitaciones anteriormente comentadas, el efecto protector de la lactancia materna en relación con la muerte súbita del lactante (38), diabetes insulín dependiente (39), enfermedad de Chron (40), colitis ulcerosa (41), patología alérgica (42) y linfomas (43).
- **Lactancia materna y beneficios psicológicos.** Se supone que el hecho de amamantar al niño favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre (44,45). Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refiere como muy satisfactoria en todos los aspectos e incluso tienen sentimientos de pérdida

cuando finaliza. Permite tener al niño en contacto físico estrecho, lo que según algunos estudios favorece en el futuro la independencia del niño al incrementarse su autoestima. Esto va absolutamente en contra de la idea muy extendida en España de que a los niños pequeños no hay que cogerlos en brazos “porque se acostumbran mal”. Los niños en el regazo de la madre o en brazos del padre se sienten seguros y protegidos y eso favorece su desarrollo.

- **Lactancia materna y ventajas para la madre.** Hay también numerosos trabajos que indican un posible efecto beneficioso de la lactancia materna en la salud de la madre. Después del parto las mujeres que lactan a sus hijos tienen menos sangrado y al retrasarse el inicio de las menstruaciones, se produce un ahorro de hierro que compensa de forma fisiológica las pérdidas que se producen durante el parto (46). La mujer que lacta a su hijo recupera antes el peso de antes de la gestación (47) y al retrasarse el inicio de las ovulaciones ayuda a evitar, en parte, las gestaciones precoces (48). La remineralización ósea tras el parto es más rápida y eficaz, y en la edad postmenopáusica disminuye la frecuencia de fracturas de cadera (49-50). Se reduce el riesgo de cáncer de ovario (51) y de cáncer de mama en la mujer premenopáusica (52).
- **Lactancia materna e impacto social y medioambiental.** Como ya se ha comentado anteriormente, los niños lactados al pecho enferman con menos frecuencia durante los primeros meses de la vida y por ello disminuye el absentismo laboral de los padres al no tenerse que quedar a cuidar a su hijo enfermo y también se consumen menos recursos sanitarios. En un momento en el que el cuidado medioambiental debería ser una prioridad para todos por las consecuencias que puede tener a corto y largo plazo el deterioro del medio ambiente, promocionar la lactancia materna es una forma de disminuir la cantidad de residuos generada en las familias (botes de sucedáneo de leche de madre, biberones, tetinas, etc.). La leche de madre es una de las pocas actividades del hombre en las que el impacto medioambiental es nulo, no genera residuos y además proporciona todos los beneficios descritos anteriormente en relación con la salud del niño y de la madre.
- **Lactancia materna y beneficios económicos.** Además de lo descrito en el párrafo anterior en relación con la disminución del absentismo laboral y el ahorro de recursos sanitarios, la familia disfruta de ventajas económicas directas, ya que el coste del sucedáneo de leche de madre supera en mucho el coste del incremento calórico que precisa la madre que lacta a partir de las 6 semanas posparto (53).

2. La realidad de la lactancia materna.

El abandono progresivo de la lactancia materna como forma de alimentar a los niños tiene y va a tener en el futuro, consecuencias muy importantes para la salud de los niños actuales, quizás más importantes aun para las generaciones futuras. La prevalencia y duración de la lactancia materna en todos los países europeos está muy por debajo de lo recomendado por la OMS (54). En España no se siguen las directrices marcadas en “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño” que se suscribió durante la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en el año 2002 (13), no se cumplen los objetivos de la Declaración de Innocenti (14) y la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños está muy poco implantada (55). En EEUU la situación es similar de tal manera que en octubre del año 2000, The Surgeon General (responsable máximo de la política sanitaria del país), presentó un plan cuyo objetivo principal era incrementar la tasa y la duración de la lactancia materna (56,57). En los países desarrollados, salvo escasas excepciones, han concurrido unas serie de factores de muy diversa índole (sanitaria, social, cultural, etc.) (58) que han hecho que el fracaso de la lactancia materna se pueda considerar “una nueva enfermedad propia de los siglos XX y XXI”.

En España no se dispone de ningún registro oficial para el seguimiento de la lactancia materna por lo que los datos obtenidos en los diferentes estudios locales a veces son difícilmente comparables. En 1997 el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría coordinó un estudio en el que se recogió información de varias comunidades autónomas, en ese momento la prevalencia de lactancia materna a los 4 meses de edad estuvo en torno al

20% (59). Otros estudios han encontrado que sólo entre un 7-30% (60-61) de las madres continúan lactando a sus hijos a los 6 meses de edad.

La realidad es que en España se ha perdido casi por completo la cultura de la lactancia materna. Las abuelas actuales ya no lactaron a sus hijos, prácticamente no se ve a mujeres lactando a sus hijos en lugares públicos, los abuelos, los padres y los pediatras han olvidado cuál es el comportamiento habitual de un niño lactado al pecho. Esta falta de cultura social y médica sobre la lactancia materna hace que la madre no encuentre el apoyo familiar ni sanitario necesario para adquirir la suficiente seguridad y experiencia para instaurar una lactancia satisfactoria. Cualquier llanto del niño se interpreta como que “pasa hambre”, “no se tiene suficiente leche” y por tanto se le añaden suplementos con sucedáneos de leche de madre. Esta práctica tan habitual y que se hace casi de forma rutinaria tiene consecuencias catastróficas para la lactancia materna, se disminuye el número de veces que mama el niño y como consecuencia, se disminuye la producción de leche materna. Los padres y en muchas ocasiones los pediatras, esperan que el niño gane peso de una forma casi programada, en cuanto el niño se desvía lo más mínimo de lo que supuestamente se espera de él, se sacrifica la lactancia materna y se introducen los sucedáneos, sin sopesar las consecuencias futuras de estas decisiones poco justificadas y que se podría resolver identificando cuál es el problema existente, si es que lo hay, en relación con la lactancia y orientando a la madre sobre cómo debe ser el manejo para mejorar la situación. Además, como ya se refirió anteriormente, se deben utilizar las tablas de crecimiento de la OMS para niños amamantados.

En España existen más de 200 maternidades y actualmente solo 12 de ellas han obtenido el galardón de Hospital Amigo de los Niños (55). La mayoría maternidades españolas no cumplen casi ninguno de los pasos recomendados por la OMS para conseguir una lactancia adecuada (55) (ver tabla 1). Se separa a los niños de las madres con una frecuencia mucho mayor de lo que estaría verdaderamente justificado. A los niños ingresados en los Servicios de Neonatología se les ofrece sucedáneo sin esperar a que la madre haya tenido ocasión de ponerle al pecho. Los horarios de entrada de los padres limitan las posibilidades de lactancia y los biberones circulan por las maternidades con mucha mayor frecuencia de la que sería deseable. La madre es la quien tiene que decidir cómo quiere alimentar a su hijo, pero los profesionales sanitarios deben asumir la responsabilidad de que esa decisión se tome sobre las bases de una información adecuada sobre la lactancia materna y sus ventajas, y prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa. La política de visitas de los padres cuando el recién nacido es prematuro o está enfermo es muy restrictiva en la mayoría de las maternidades españolas. El primer paso para promocionar la lactancia materna es favorecer el contacto físico de la madre con el niño recién nacido y todavía es de mayor importancia si el recién nacido es prematuro o está enfermo (62,63).

A pesar del Código de comercialización de sucedáneos de leche materna que quedó establecido en el año 1981(64) y la ley española vigente (65-67), la publicidad de las casas comerciales sigue siendo tendenciosa y la relación de éstas con el personal sanitario, dificulta la promoción de la lactancia. Casi todos estamos “contaminados” por la presencia en los lugares de trabajo de publicidad directa o indirecta de las multinacionales relacionadas con la nutrición infantil. El impacto que estas actitudes tienen sobre la lactancia materna es difícil de medir, pero sin duda el gasto tremendo que supone la publicidad no es nada para los beneficios que debe producir en relación con el incremento de las ventas. Así que, esta “contaminación ambiental” a la que todos estamos sometidos tendrá un efecto directo sobre la frecuencia de lactancia materna. Los profesionales pensamos que somos independientes y que la publicidad no afecta a nuestras decisiones médicas, sin embargo existen varios trabajos que, de forma bastante convincente, concluyen lo contrario (68, 69).

Desde el punto de vista social, tampoco se presta el apoyo suficiente para permitir que la mujer que trabaja fuera del hogar pueda mantener la lactancia de forma prolongada.

Dada la situación de la lactancia materna en España, debería ser una prioridad sanitaria de primer orden la promoción de la lactancia materna. En los países escandinavos y Finlandia, después de unos años en los que, al igual que en el resto de Europa, se redujo la tasa de lactancia materna, han conseguido aumentar de nuevo la frecuencia de lactancia de una forma envidiable. En las maternidades no circula ningún biberón de sucedáneo para recién nacidos sanos o enfermos y se está libre de publicidad de las casas comerciales. Se ha recuperado la cultura de la lactancia y las mujeres reciben el apoyo suficiente en la familia y en el ámbito

sanitario para instaurar una buena lactancia. Con este apoyo, las situaciones de hipogalactia, que supuestamente constituyen, uno de los motivos más frecuentes de abandono, desaparecen y así más del 70% de las madres están amamantando a sus hijos a los 6 meses de edad (70). Alcanzar tasas de lactancia similares debería de ser uno de los objetivos fundamentales de todos los profesionales sanitarios que trabajan en relación con las madres y sus hijos. De todas formas, y como dato optimista, en España durante los últimos años han ido surgiendo grupos de apoyo a la lactancia materna y movimientos dentro del ámbito sanitario y social que tratan poco a poco de involucrar a los profesionales y a la sociedad en la promoción de la lactancia materna (información en Internet sobre los grupos de apoyo en las diferentes comunidades autónomas <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/grupos.htm>).

Tabla 1. "Diez pasos para lactar con éxito". OMS / UNICEF 1989 (55).

Todos los servicios de maternidad y atención al recién nacido deben:
Tener unas normas escritas sobre lactancia materna que sean conocidas por todo el personal sanitario.
Ofrecer a todo el personal sanitario los conocimientos necesarios para aplicar estas normas.
Informar a todas las mujeres embarazadas de los beneficios y la técnica de la lactancia materna.
Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera media hora después del parto.
Enseñar a las madres cómo lactar y mantener la secreción láctea aunque tengan que separarse de sus hijos.
No dar a los recién nacidos otros alimentos o bebidas distintos de la leche materna, excepto cuando esté médicamente indicado.
Practicar el alojamiento conjunto (permitir a las madres permanecer con sus hijos las 24 horas del día).
Fomentar la lactancia materna a demanda.
No dar tetinas artificiales o chupetes a los niños amamantados.
Fomentar la creación de grupos de ayuda mutua de madres lactantes y orientar a las madres hacia estos grupos cuando salgan de la clínica.

3. Recomendaciones para la lactancia materna.

- ***La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo rarísimas excepciones y se debe prolongar al menor durante todo el primer año y mas allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño. (recomendación A).*** La decisión última en relación con el modo de alimentar al niño la debe de tomar la madre. El personal sanitario debe proporcionar a los padres la información suficiente sobre las ventajas de la lactancia materna.

- Cuando la lactancia materna directa no sea posible, se proporcionará leche humana extraída. Si se conoce alguna contraindicación, se debe considerar si tal contraindicación es temporal, y en ese caso, recomendar la extracción para mantener la producción de leche.
- Antes de que el pediatra haga una recomendación en contra de la LM o el destete prematuro, se deberán sopesar los beneficios de la LM frente a los potenciales riesgos de no recibir leche humana. (*recomendación A*). El peso del niño es solo un aspecto de su desarrollo y evolución y no debe ser el condicionante único para indicar la introducción de sucedáneo de leche de madre. Las curvas de crecimiento que se deben utilizar son las de la OMS para niños amamantados. Se debe valorar el trazado de la curva de crecimiento más que el percentil en si mismo y sobre todo el estado de salud del niño.
- Los niños sanos deben ponerse en contacto directo piel con piel con su madre y mantenerlos allí inmediatamente después del nacimiento hasta que se realice la primera toma (*recomendación A*). El recién nacido sano y alerta es capaz de cogerse al pecho sin necesidad de ayuda específica durante la primera hora tras el parto. Obligarles a agarrarse al pecho antes de que el lo encuentre puede ser un obstáculo para el amamantamiento posterior. Mientras el niño está con su madre se le puede secar, asignar la puntuación Apgar y realizar la evaluación inicial. La madre es una óptima fuente de calor para el niño. Se deben retrasar los actos de pesar, medir, bañar, inyectar y la profilaxis ocular hasta después de que se complete la primera toma. Los niños afectados por medicación materna pueden requerir apoyo para un agarre efectivo al pecho.
- Excepto en el caso de circunstancias excepcionales, el recién nacido debe permanecer con la madre a lo largo del periodo de recuperación. Si un niño precisa observación, debería ser la enfermera o el pediatra el que se desplaza a la habitación de la madre para vigilar al niño, en vez de separarlos a ambos. El personal sanitario que trabaja en las maternidades debe incluir como objetivo prioritario de su trabajo disminuir el número de niños que se separan de sus madres. Los servicios de neonatología deben permitir la entrada libre de los padres para que así el recién nacido enfermo, y que por tanto se encuentra en una situación de desventaja, pueda disfrutar del contacto con sus padres durante todo el tiempo que estos lo deseen. Esto favorecerá la lactancia materna y ayudará a un mejor desarrollo del niño enfermo (*recomendación B*).
- Los recién nacidos deben alimentarse al pecho a demanda, no se debe esperar a que el niño lllore, si esta despierto, buscando o con un incremento de actividad, debe de ponerse al pecho (*recomendación B*). El llanto suele ser un indicador tardío de hambre y en ocasiones, cuando el niño esta ya irritable, se dificulta el amamantamiento. Durante los primeros días se recomienda que al menos haga 8 tomas. La duración de las tomas la determina el propio niño, lo ideal es esperar a que el niño se suelte espontáneamente. El personal del hospital debe observar cómo se instaura la lactancia y resolver las dificultades, tranquilizar a las madres, explicarles que a casi todas las mujeres les resulta difícil lactar a sus hijos durante los primeros días y que por eso es normal que necesiten ayuda. Se les debe tranquilizar sobre la morfología de los pezones o el tamaño de los pechos, es absolutamente excepcional que haya limitaciones anatómicas en la mujer que dificulten o impidan la lactancia. Comentarios muy frecuentes en las maternidades como por ejemplo “tienes los pezones invertidos”, “tienes un pezón muy grande y el niño es muy pequeño” o apretar el pecho (maniobra ridícula pero frecuente) y comentar “no tienes leche porque no sale nada”, tienen un efecto devastador en la madre, minan su confianza y les condiciona para que ante la mínima dificultad que surja en el proceso de instauración de la lactancia, abandonen.
- Cuando un recién nacido o un lactante está recibiendo insuficiente cantidad de leche de madre, la única manera de resolver el problema es aumentar el número de tomas del niño o indicar a la madre que se debe estimular con un sacaleches para así incrementar la producción de leche. En cuanto se introducen biberones de sucedáneo la producción todavía desciende más y la lactancia materna fracasa en poco tiempo.
- No se deben administrar suplementos (agua, suero glucosado, sucedáneo de leche de madre, zumos, etc.) cuando se está instaurando la lactancia ni posteriormente, si no es que están médicamente indicados (*recomendación B*).

- Es mejor evitar el uso de chupetes durante el periodo de inicio a la lactancia materna y usarlo solo cuando la LM esté bien establecida (*recomendación B*). En algunos niños, el uso precoz de chupetes puede interferir con el establecimiento de una buena técnica de amamantamiento, mientras que en otros puede indicar la presencia de algún problema con la lactancia que requiera intervención. Esta recomendación no contraindica el empleo de chupetes para succión no nutritiva y entrenamiento oral de prematuros u otros niños con necesidades especiales (12, 71).
- Después del alta de la maternidad, sobre todo si el alta ha sido precoz, antes de las 48 horas de vida, el niño debe ser valorado por el pediatra o por una enfermera experta en los dos o 4 días siguientes. Se aprovechará la visita para valorar la situación del recién nacido, reforzar la lactancia y ayudar a resolver las dificultades que hayan podido surgir (*recomendación B*).
- La lactancia materna exclusiva es el alimento idóneo durante los 6 primeros meses de la vida y debe continuarse durante todo el primer año de vida y más allá de dicha edad si tanto la madre como el niño lo desean. Alrededor de los 6 meses de edad se deben introducir de forma gradual alimentos complementarios ricos en hierro. La introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses generalmente no aumenta la ingesta calórica total ni la tasa de crecimiento y todos los alimentos sustitutos carecen de los componentes protectores de la leche humana (*recomendación A*).
- Es recomendable que la madre y el hijo duerman próximos uno al otro para facilitar el amamantamiento. Probablemente a muchas mujeres le sea más cómodo dormir con el niño en la misma cama. Así el niño puede comer cuando quiera sin que la madre tenga que levantarse. Los niños que comparten la cama suelen estar más tranquilos y dormir mejor (73,74,75,76). El compartir la cama, si se hace de forma correcta, no incrementa el riesgo de muerte súbita e incluso puede ejercer cierto papel protector al facilitar la lactancia materna (77,78). El pediatra debe recomendar a las madres que desean hacer colecho que no debe compartir la cama con el niño si ella o el padre del niño fuman (aunque no lo hagan en la cama ni en la casa), si han consumido bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos que tengan como consecuencia el que el sueño sea mas profundo y tampoco cuando se está más cansada que de costumbre. No se debe dormir nunca con el niño en un sofá (79). Para reforzar estos consejos puede utilizarse como apoyo gráfico el folleto ilustrativo de UNICEF (80), <http://www.babyfriendly.org.uk/parents/sharingbed.asp> http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/spanish/sharingbed_spanish.pdf). Conviene recordar que las técnicas de terapia conductista de condicionamiento del sueño son difícilmente compatibles con la lactancia materna y hasta el momento no se ha comprobado su eficacia ni su seguridad (81-84).

4. Contraindicaciones para la lactancia materna

A pesar de los indudables beneficios de la lactancia materna, hay algunas situaciones en las que la lactancia materna no es la mejor opción para el niño. Entre éstas se incluyen los niños con galactosemia, los hijos de madres con tuberculosis activa no tratada y los niños cuyas madres estén infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (85,86). Los hijos de madres adictas a drogas tampoco deberían amamantar a sus hijos sin embargo actualmente las madres en programa de desintoxicación y que reciben metadona pueden, si lo desean y con un adecuado seguimiento, lactar a sus hijos (87,88). Por una política probablemente proteccionista y más relacionada con intereses legales que sanitarios, casi todas las medicaciones incluyen en su prospecto o en el vademecum contraindicaciones en relación con la madre lactante, sin embargo la realidad es bien diferente y únicamente unas pocas medicaciones no son compatibles con el amamantamiento. Con la mayoría de las medicaciones que supuestamente están contraindicadas lo único que se precisa es una supervisión más estrecha por parte del pediatra. De todas formas en relación con las medicaciones quizás se deba modificar el enfoque y mas que ver si la medicación contraindica o no la lactancia lo razonable sería que se buscara una alternativa terapéutica para la madre que fuera compatible con la lactancia materna. En este punto se debe concienciar e informar a muchos profesionales que

atienden a adultos y que en cuanto indican una medicación a la madre consideran que se debe retirar la lactancia sin sopesar las consecuencias que puede tener para el niño y para la madre. Hoy en día se dispone de excelente información en relación con las medicaciones y la lactancia materna y los pediatras deben tener acceso fácil a algunas de ellas (89-92 www.e-lactancia.org).

5. Recomendaciones para la promoción de la lactancia materna.

“Si se dispusiera de una nueva vacuna que pudiera prevenir un millón de muertes al año y además fuera barata, segura, se administrara oralmente y no requiriera la cadena del frío, su aplicación pasaría a ser de inmediato un imperativo en salud pública. La lactancia materna puede hacer esto y más, pero requiere su propia “cadena cálida” de apoyo –las madres precisan apoyo para sentirse seguras de que pueden amamantar y necesitan que se les muestre como hacerlo- necesitan que se les proteja de todas las prácticas que ponen en peligro la lactancia. Si esta “cadena cálida” se ha perdido en la cultura o si no existe, entonces deben ser los servicios de salud quienes proporcionen el apoyo”. (93)

La política de planificación y promoción debería ajustarse a las estrategias del plan europeo de promoción, protección, apoyo a la lactancia materna. El ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos tienen la responsabilidad de adecuar su política de lactancia a las directrices de la OMS (13) y del Plan Europeo de Promoción de la Lactancia Materna (94) y los pediatras deberían participar en actividades e iniciativas que impulsen propuestas sobre promoción y protección.

- Los programas estructurados que combinan la educación en lactancia materna con los consejos orientados a cambios de conducta aumentan las frecuencias de iniciación y su continuación más allá de los 3 meses son efectivos, (95,96) (*recomendación B*).
- Sería deseable una visita prenatal para que los futuros padres contactaran previamente al nacimiento de su hijo con el pediatra. En esta visita, uno de los objetivos fundamentales es informar de forma extensa sobre las ventajas de la lactancia, considerando uno a uno todos los aspectos (*recomendación C*) (97). En España, hasta el momento, la promoción de la lactancia en la etapa prenatal corre a cargo de obstetras y matronas; como ellos no van a ser los responsables del cuidado del niño, probablemente el tipo de promoción que se haga presente ciertas limitaciones y no tengan respuestas para muchas de las preguntas que pueden surgir en relación con el cuidado y la salud del niño. Sería deseable que el pediatra informara ya a las adolescentes de las ventajas de la leche de madre, para que ya dispongan de cierta información previamente al momento de la gestación. No se aconseja la exploración del pecho de la mujer para valorar la posibilidad de lactancia, es absolutamente excepcional que una mujer tenga dificultades anatómicas que limiten el amamantamiento. Cuando se realizan estas exploraciones, los comentarios sobre pezones invertidos, pechos demasiados pequeños o demasiado grandes, son absolutamente devastadores y con mucha frecuencia hacen fracasar la lactancia.
- El profesional sanitario debe tener conocimientos extensos sobre la fisiología, ventajas, técnica y manejo clínico del niño amamantado al pecho. Se aconseja la lectura y el uso frecuente del libro “Lactancia Materna: guía para profesionales” elaborado recientemente por el Comité de Lactancia Materna de la Sociedad Española de Pediatría (98, <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/libro1.htm>) u otras guías también excelentes (99). Es aconsejable que en cuanto se detecte alguna dificultad en la lactancia materna, el pediatra o la enfermera vean cómo mama el niño, muchos de los fracasos de la lactancia son consecuencia de una técnica incorrecta (*recomendación B*).
- El pediatra de Atención Primaria debe conocer y estimular las iniciativas de la maternidad de referencia en relación con la lactancia (*recomendación I*). Debe comunicar a los pediatras hospitalarios las deficiencias que refieren las madres o que detecte él mismo, en relación con la promoción de la lactancia en la maternidad. Sería aconsejable que participara activamente en el cumplimiento de los diez puntos de la Iniciativa hacia una

“Feliz Lactancia Natural”, en todas las maternidades para aumentar el número de “Hospitales Amigos de los Niños” (55).

- El profesional sanitario debería disponer de información sobre los recursos de apoyo a la lactancia para ofrecerlos a los padres (<http://www.aeped.es/lactanciamaterna/grupos.htm>) (<http://www.aeped.es/lactanciamaterna/foros/pyr-padres.htm>). Debería apoyar las iniciativas que promuevan alianzas entre los profesionales sanitarios y los grupos de apoyo a la lactancia materna.
- El profesional sanitario debe asegurarse de que la madre conoce los derechos laborales que tienen como objetivo facilitar la lactancia.
- El profesional sanitario debe de disponer de información escrita asequible para las madres sobre las ventajas de la lactancia materna, la técnica de lactancia, mantenimiento de la lactancia e incorporación laboral. Debe poder aconsejar sobre las formas de extraerse la leche, posibilidad de comprar o alquilar sacaleches y cómo se puede conservar y transportar la leche de madre con seguridad. El uso exclusivo de material escrito tiene poco efecto y no puede ser recomendado. (98,100 <http://www.aepap.org/familia/lactanciaytrabajo.htm>).
- El pediatra debe rechazar cualquier tipo de publicidad directa o indirecta presente en el centro de salud, en relación con el sucedáneo de leche de madre (*recomendación B*).
- El pediatra debe ocuparse de que el conocimiento sobre la lactancia materna del personal que trabaja en su centro y de los residentes en formación sea adecuado, para que nadie haga comentarios improcedentes que en ocasiones son suficientes para terminar con una lactancia materna (96).

6. De la lactancia materna a la introducción de la alimentación complementaria.

El momento en el que se inicia la introducción de la alimentación complementaria se ha dado en llamar “el destete”, este término, como tantos otros en relación con la lactancia materna, se presta a confusión y parece que lo que se quiera hacer es que el niño deje de mamar, cuando el objetivo es bien diferente. En todos los animales mamíferos el destete completo ocurre cuando el cachorro es capaz de buscar alimento por sí mismo o cuando al menos ha triplicado el peso de nacimiento. Siguiendo el primer criterio de destete en relación con la especie humana, la lactancia se debería prolongar a lo largo de toda la infancia, el segundo criterio parece más fácilmente aplicable a la especie humana y es por ello que se cree que al menos hasta el año se debe mantener la lactancia (es entonces cuando el niño ha triplicado el peso de nacimiento).

Recomendaciones:

- La situación ideal es que el niño permanezca 6 meses de lactancia materna exclusiva, pasado este periodo las necesidades nutricionales del niño se modifican sobre todo porque se deben incrementar los aportes de hierro (*recomendación A*). Además parece ser que existe un periodo sensible, que se inicia alrededor de los 6 meses, que es crítico para el desarrollo de los mecanismos bucofaríngeos necesarios para la ingesta de alimentos semisólidos, si se deja pasar ese momento pueden aparecer dificultades para la aceptación y tolerancia adecuada de los sólidos. El objetivo del supuesto destete es conseguir introducir los alimentos adecuados (fruta, cereales, verduras, carne, etc.) manteniendo la lactancia hasta al menos el año de edad (11-14, 101).
- La introducción de triturados se debe realizar con cuchara, salvo en circunstancias muy especiales como pueden ser los grandes prematuros, no se aconseja el uso de biberones ni siquiera para la administración de líquidos suplementarios. A partir de los 6 meses, los zumos o el agua se pueden dar en un vasito. Antes de esta edad, si están con lactancia materna exclusiva, no precisan ningún aporte de líquido extra (*recomendación B*).
- Se debe aconsejar a las madres que una vez que se sustituya alguna toma o se complete con alimentos triturados, se debe extraer la leche y conservarla para utilizarla cuando ella

no esté o incluso para preparar papillas. Hasta el año, para asegurar el mantenimiento de la lactancia, es aconsejable dar el pecho antes de ofrecer el puré, las frutas y los cereales.

- A los niños que llegan a los 6 meses con lactancia materna exclusiva es preferible introducirles primero fruta y purés de verduras y carne. Se debe intentar retrasar la introducción de cereales sobre todo si la madre no dispone de leche suficiente para preparar la papilla con su leche. Otra alternativa es preparar los cereales con agua. No se justifica la introducción de sucedáneo de leche de madre solo para introducir los cereales, la situación ideal es que el niño llegue al año de edad sin que se hayan introducido las proteínas de leche de vaca.
- Si la madre se ha incorporado a su puesto de trabajo se le debe aconsejar que se extraiga la leche durante el horario laboral y que luego cuando esté con el niño le de todas las tomas que pueda. Las tomas nocturnas ayudan a mantener la lactancia. La creencia de que la leche se retira enseguida no es cierta, puede haber momentos puntuales en los que se disminuya la cantidad de leche pero si se mantiene la succión se incrementa de nuevo. El dispositivo hormonal que se pone en marcha durante la lactancia tarda mucho en desaparecer, los niveles de prolactina se mantienen muy elevados aun meses después de finalizada la lactancia, por lo que la recuperación de la leche, después de disminuciones recortadas en la producción, es fácilmente alcanzable (*recomendación A*).

7. Técnica de lactancia materna.

Al menos hasta que la madre y el niño se hayan convertido en expertos, es mejor dar las tomas con la madre sentada en la cama, una silla cómoda o una mecedora, apoyando la espalda y el codo en almohadones y situando otro más en el regazo, para sostener al bebé. El apoyo de los pies sobre una banqueta permite elevar las rodillas.

Al empezar la tomas, la madre comprime suavemente la mejilla del niño con el pezón, permitiendo al niño buscar y fijarse al pecho. La boca del niño debe abarcar la mayor parte posible de la areola. De esta forma la succión facilita la expresión de los galactóforos que se sitúan bajo la areola y daña menos el pezón. Las grietas del pezón suelen relacionarse con una mala técnica de lactancia, la forma en la que se agarra el niño al pezón suele ser incorrecta. El agarre a la areola puede mejorarse comprimiendo la madre el pecho entre dos dedos (pulgares e índices) y ofreciendo al niño el pezón. Éste debe mantenerse centrado en la boca del niño, por encima de la lengua. La punta de la nariz del niño debe tocar el pecho.

El niño alterna periodos de succión vigorosa, rápida y momentos de relajación, disminuyendo o deteniendo sus esfuerzos de succión. Es importante no estimularle durante los periodos más activos de succión y, por el contrario, "espabilarlo" durante los periodos de relajación, hablándole, presionando suavemente sus mejillas, etc.

La duración de las tomas la determina el propio niño, lo ideal es esperar a que el niño se suelte espontáneamente pero si por alguna circunstancia se decide finalizar o interrumpir la toma, se introduce primero un dedo en el lateral de la boca del niño para detener la succión y el agarre. Cuando existen dificultades con la lactancia, es importante para una adecuada valoración y orientación que el pediatra o la enfermera vean cómo mama el niño, para así poder corregir las deficiencias de la técnica (98, 99).

8. Relactación.

A pesar de las recomendaciones de la OMS y de otras instituciones sanitarias (9-14), muchos niños interrumpen la alimentación al pecho en las primeras semanas o meses de vida y, como resultado, tienen incrementado el riesgo de enfermedad y en algunos países el de malnutrición y muerte. Sin embargo la alimentación al pecho puede ser restablecida. Una mujer que ha interrumpido el amamantamiento de su hijo recientemente o en pasado, puede volver a producir leche para su propio hijo o para uno adoptado, incluso sin un embarazo adicional. Esto

es a lo que se llama **relactación**. Las mujeres que nunca han estado embarazadas pueden también establecer la lactancia, aunque la cantidad de leche producida a veces es mas limitada, a esta situación en la que la mujer nunca ha estado embarazada es a lo que se llama **lactancia inducida**.

En líneas generales para conseguir una relactación es recomendable que:

- La madre este muy motivada y cuente con apoyos familiares, de amigos o de profesionales expertos en lactancia.
- Se le ofrecerá el pecho al niño igual que se hace con cualquier otro niño. Cuantas mas veces mejor y en los primeros días al menos 8- 10 veces al día. A veces los niños se agarran mejor cuando están somnolientos.
- El contacto frecuente piel con piel de la madre con el niño ayuda a la relactación.
- Los primeros días, hasta que la madre comience a tener leche, se suplementará al niño con el 100% de los aportes. La leche se le dará con vasito, cuchara o jeringa. Nunca con biberón.
- Cuando la madre comience a producir leche se puede ir reduciendo el suplemento de leche de 50cc en 50cc cada 3 días, vigilando la ganancia ponderal del niño.
- La primera leche aparece entre el segundo y sexto día.
- Aproximadamente la mitad de las madres que relactan son capaces de amamantar a sus hijos de forma exclusiva en un mes.
- Hay niños que no se agarran al pecho, para lograrlo se les puede proporcionar la leche con un suplementador o ir echando gotitas de leche en la boca del niño (técnica de gotear y chorrear), así obtendrá leche al succionar y probablemente poco a poco vaya aceptando el pecho. La madre también se puede estimular con un sacaleches.
- Si los métodos fisiológicos no son efectivos o el niño no gana peso, deben considerarse los métodos farmacológicos. Los fármacos que ayudan a la secreción de leche se llaman galactogogos. Los más utilizados son Sulpiride (50 mg/8 horas durante 15 días) y Domperidona (20 mg/6-8 horas durante 3-8 semanas)

El documento de la OMS sobre experiencia y recomendaciones para la práctica de la relactación ayudará a cualquier profesional que se enfrente a una madre que quiera relactar a su hijo (102, <http://www.aeped.es/pdf-docs/relactacion.PDF>)

PUNTOS A DESTACAR

1. La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo raras excepciones y se debería prolongar al menor durante todo el primer año y más allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño.
2. El peso del niño es solo un aspecto de su desarrollo y evolución y no debe ser el condicionante único para indicar la introducción de sucedáneo de leche de madre.
3. Los recién nacidos deben alimentarse al pecho lo antes posible, preferiblemente durante la primera hora de vida. Los pediatras que trabajan en las maternidades deben incluir como objetivo disminuir el número de niños que se separan de sus madres.
4. No se deben administrar suplementos cuando se esta instaurando la lactancia ni posteriormente si no es que están médicamente indicados. No debe aconsejarse el uso de chupetes ni tetinas.

5. Es aconsejable que en cuanto se detecte alguna dificultad en la lactancia materna , el pediatra o la enfermera vean como mama el niño, muchos de los fracasos de la lactancia son consecuencia de una técnica incorrecta.
6. El pediatra debe rechazar cualquier tipo de publicidad directa o indirecta presente en el centro de salud en relación con las formulas adaptadas, tetinas y chupetes.
7. El pediatra debe ocuparse de que el conocimiento sobre la lactancia materna del personal que trabaja en su centro y de los residentes en formación sea adecuado, para que nadie haga comentarios improcedentes que en ocasiones son suficientes para terminar con una lactancia materna.
8. La alimentación complementaria como su nombre indica complementa a la lactancia materna después de los 6 meses de edad pero en ningún caso debe sustituirla.
9. La relactación o la lactancia inducida es posible en casi todas las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA (#.- artículos de especial interés)

Artículos que estudian la influencia de la alimentación en las primeras semanas de la vida y el estado de salud a largo plazo.

1. Sultan HY, Barker DPJ. Programming the baby. In: Barker DPJ, editor. *Mothers, babies and disease in later life*. London: Br Med J Publishing Group, 1994: 14-36.
2. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Gore SM, Lucas PJ, Crowle P, Pearce R. Early diet in preterm babies and developmental status at 18 months. *Lancet*. 1990; 355: 1477-1481.
3. Lucas A, Brooke OG, Morley R. Early diet of preterm infants and development of allergic or atopic disease: randomised prospective study. *Br Med J*. 1990; 300: 837-840.
5. Butte NF. The role of breastfeeding in obesity. *Pediatric Clinics of North America*. 2001; 48: 189-198.
6. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo C Jr, Berkey CS, Frazier AL, Rockett HR, et al. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA*. 2001; 285: 2461-2467.
7. Singhal A, Cole T, Fewtrell M, Lucas A. Lactancia materna y el perfil de lipoproteínas en los adolescentes. *Lancet*. 2004; 363: 1571-1578.
8. Martin RM, Gunnell D, Smith GD. Breastfeeding in Infancy and Blood Pressure in Later Life; Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J. Epidemiol*. 2005; 161: 15-26.

Recomendaciones de órganos oficiales sobre la alimentación del recién nacido.

9. Figueras Aloy J, García Alix A, Alomar Ribes D, Blanco Bravo MT, Esqué Ruiz J, Fernández Lorenzo G. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. *An Esp Ped*. 2001; 55: 141-145.
10. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, and American College of Obstetricians and Gynecologists. *Maternal and newborn nutrition*. In: *Guidelines for Perinatal Care*. 4th ed. Washington, DC: ACOG, AAP; 1997.
11. Hernández MT, Aguayo J y Comité de Lactancia de la AEP. La lactancia materna: cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. *Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP*. *An Pediatr*. 2005; 63: 340-356. (#)
12. American Academy of Pediatrics. *Breastfeeding and the use of human milk*. *Pediatrics*. 2005; 115: 596-506. (#)

13. OMS. *Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 16 de abril de 2002. A55/15. Ginebra, <http://www.who.int/gb/EB-WHA/PDF/WHA55/EA5515.PDF> (#)*

14. OMS-UNICEF: *Declaración de Innocenti. WHO. Florencia, 1990. (resolución WHA 45.34). <http://www.copeson.org.mx/lactancia/innocent.htm> (#)*

Estudios sobre el papel protector que desempeña la lactancia materna en relación con la aparición de enfermedades agudas.

15. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr.* 1995; 126: 696-702.

16. Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA. Protective effect of breast feeding against infection. *Br Med J.* 1990; 300: 11-16.

17. Kovar MG, Serdula MK, Marks JS. Review of the epidemiologic evidence for an association between infant feeding and infant health. *Pediatrics.* 1984; 74:S615-S638.

18. Popkin BM, Adair L, Akin JS. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics.* 1990; 86: 874-882.

19. Beaudry M, Dufour R, Marcoux S. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. *J Pediatr.* 1995; 126: 191-197.

20. Frank AL, Taber LH, Glezen WP. Breast-feeding and respiratory virus infection. *Pediatrics.* 1982; 70: 239-245.

21. Wright AI, Holberg CJ, Martinez FD. Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *Br Med J.* 1989; 299: 945-949.

22. Chen Y. Synergistic effect of passive smoking and artificial feeding on hospitalization for respiratory illness in early childhood. *Chest.* 1989; 95: 1004-1007.

23. Wright AL, Holberg CJ, Taussig LM. Relationship of infant feeding to recurrent wheezing at age 6 years. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995; 149: 758-763.

24. Duncan B, Ey J, Holberg CJ. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics.* 1993; 91: 867-872.

Primer ensayo clínico en relación con la lactancia materna y la protección de enfermedades agudas y estudios posteriores.

25. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). A Randomised Trial in Republic of Belarus. *JAMA.* 2001; 285: 413-415. (#)

26. Heinig MJ. Host defense benefits of breastfeeding for the infant: effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatr Clin North Am.* 2002; 48: 105-123.

27. Oddy WH, Sly PD, de Klerk NH, Landau LI, Kendall GE, Holt PG, et al. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch Dis Child.* 2003; 88(3): 224-228.

28. Bachrach VR, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003; 157(3): 237-243.

Estudios sobre crecimiento y lactancia materna.

29. Dewey K, Heining M, Nommsen L, Peerson J, Lonnerdal B. Growth of breast fed and formula infants from 0 to 18 months: the DARLING study. *Pediatrics.* 1992; 89: 1035-1041.

30. Nielsen G, Thomsen B, Michaelsen K. Influence of breastfeeding and complementary food on growth between 5 and 10 months. *Acta Paediat.* 1998; 87: 911-917.

Primer ensayo clínico sobre lactancia materna y crecimiento y estudios posteriores.

31. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet JP, Chalmers B. Breastfeeding and Infant Growth: Biology or Bias? *Pediatrics*. 2002; 110: 343-347. (#)
32. Galbe J, Fernández C, Diestre M, Bernal A, Checa MA. ¿Los niños amamantados de forma exclusiva durante 6 meses pesan menos que los de la población de referencia aragonesa? *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2005; VII (25): 33-41.
33. The WHO Multicentre Growth Reference Study <http://www.who.int/childgrowth/mgrs/es/>

Dos metaanálisis diferentes sobre el efecto de la lactancia materna en el desarrollo cognitivo.

34. Andersons JW, Johnstone, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1999; 70: 525-535. (#)
35. Drane DL, Logemann JA. A critical evaluation of the evidence on the association between type of infant feeding and cognitive development. *Pediatr Epidemiol*. 2000; 14: 349-356.
36. Lykke Mortensen E, Fleischer Michaelsen K, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*. 2002; 287: 2365-2371.
37. Jain A; Concato J, Leventhal JM. How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence?. *Pediatrics*. 2002; 109: 1044-1053. (#)

Estudios sobre el papel protector que desempeña la lactancia materna en relación con la aparición de enfermedades crónicas.

38. Ford RPK, Taylor BJ, Mitchell EA, Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol*. 1993; 22: 885-890.
39. Gerstein HC Cow's milk exposure and type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1994; 17: 13-19.
40. Rigas A, Rigas B, Glassman M, Breast-feeding and maternal smoking in the etiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in childhood. *Ann Epidemiol*. 1993; 3: 387-392.
41. Koletzko S, Sherman P, Corey M, Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. *Br Med J*. 1989; 298: 1617-1618.
42. Saarinen UM, Kajosaari M Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet*. 1995; 346: 1065-1069.
43. Shu X-O, Clemens J, Zheng W, Infant breastfeeding and the risk of childhood lymphoma and leukaemia. *Int J Epidemiol*. 1995; 24: 27-32.

Estudios sobre lactancia materna y beneficios psicológicos

44. Uvnas-Moberg, E. Breastfeeding: physiological, endocrine and behavioral adaptations caused by oxytocin and local neurogenic activity in the nipple and mammary gland. *Acta Paediatrica*. 1996, 85(5): 525-530.
45. Acheston, L. Family violence and breastfeeding *Arch Fam Med*. 1995; 4: 650-652.

Estudios sobre el papel protector que desempeña la lactancia materna en relación con la madre.

46. Chua S, Arulkumaran S, Lim I. Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *Br J Obstet Gynaecol*. 1994; 101: 804-805.

47. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA. Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation. *Am J Clin Nutr.* 1993; 58: 162-166.
48. Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet.* 1992; 339: 227-230.
49. Melton LJ, Bryant SC, Wahner HW. Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporos Int.* 1993; 3: 76-83.
50. Cumming RG, Klineberg RJ. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly woman. *Int J Epidemiol.* 1993; 22: 684-691.
51. Rosenblatt KA, Thomas DB. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives *Int J Epidemiol.* 1993; 22: 192-197.
52. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med.* 1994; 330: 81-87.
53. Heck H, de Castro JM. The caloric demand of lactation does not alter spontaneous meal patterns, nutrient intakes, or moods of women. *Physiol Behav.* 1993; 54: 641-648.

Declaraciones sobre la necesidad de incrementar la tasa de lactancia materna como objetivo de salud.

54. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Promotion of Breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr.* 2005; 8(1): 39-46.
55. OMS: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta de la OMS/UNICEF. Ginebra 1989. (#) http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964_breastfeeding.html
56. HHS Blueprint for Action on Breastfeeding. Washington, DC: Dept of Health and Human Services, Office on Women's Health 2000.
57. Healthy People 2010 (Conference Edition, in Two Volumes). Washington; DC; Dept of Health and Human Services; 2000.

Datos recientes en España sobre tasa de lactancia y causas de abandono

58. Estevez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr.* 2002; 56: 144-150.
59. 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.
60. Mercé Gratacòs J, Iglesias Niubó J, Ariño Cedo F y cols. Latancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen es su elección y mantenimiento. *An Esp de Pediatr.* 2001; 54: 297-302.
61. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gaceta Sanitaria,* 02 2001; 15: 104-110.
62. Levin A. Humane Neonatal Care Initiative. *Acta Paediatr.* 1999; 88(4): 353-355.
63. Wetrup B, Kleberg A, Stjernqvist K. The Humane Neonatal Care Initiative and family centered developmentally supportive care. *Acta Paediatr.* 1999; 88(10):1051-1052.

Estudios que sugieren que la publicidad de las casas comerciales si afectan a las decisiones médicas. Legislación al respecto.

64. OMS. Código Internacional de Comercialización de Sucesos de Leche Materna. WHO, Geneva 1981. <http://www.ibfan.org/spanish/resource/who/fullcode-es.html>.
65. Directiva 91/321/ CEE, Comunidad Europea 14 de mayo 1991.
66. Real Decreto RD1408/1992 20 noviembre.
67. Real Decreto RD 72/1998 del 23 de enero.
68. Wazana A. Physicians and the Pharmaceutical industry. Is a Gift Ever Just a Gift? JAMA. 2000; 283: 373-380.
69. Madhavan S, Amonkar MM, Elliot D, Burke K, Gore P. The gift relationship between pharmaceutical companies and physicians: an exploratory survey of physicians. J Clin Pharm Ther. 1997; 2: 207-215.

Datos de lactancia en países escandinavos.

70. Michaelsen KF. Nutrition and Growth During Infancy. Acta Paediatrica 1997; 86 (suppl 420): 1-36.

Primer ensayo clínico en relación con el chupete y la lactancia materna.

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

Protección solar.

72. Grupo PrevInfad. Prevención del cáncer de piel y consejo de protección solar. <http://www.aepap.org/previnfad/fotoproteccion.htm>

Lactancia materna y compartir la cama.

73. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. Pediatrics. 1997; 100(2 Pt 1): 214-219.
74. McCoy RC, Chantry CJ, Gartner LM, Howard CR. Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol number 6. Guideline on Co-sleeping and breastfeeding. ABM, 2003.
75. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. Birth 2003; 30(3): 181-188.
76. Pollard K, Fleming P, Young J, Sawczenko A, Blair P. Night-time non-nutritive sucking in infants aged 1 to 5 months: relationship with infant state, breastfeeding, and bed-sharing versus room-sharing. Early Hum Dev. 1999; 56(2-3): 185-204.
77. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. Lancet. 2004; 363(9404): 185-191.
78. Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Young J, Nadin P, et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. BMJ. 1999; 319(7223): 1457-461.
79. Hauck FR, Herman SM, Donovan M, Iyasu S, Merrick Moore C, Donoghue E, et al. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study. Pediatrics. 2003; 111(5 Part 2): 1207-1214.
80. UNICEF UK Baby Friendly Initiative con la Foundation for the Study of Infant Deaths. http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/spanish/sharingbed_spanish.pdf
<http://www.babyfriendly.org.uk/parents/sharingbed.asp>
81. Ferber RA. Behavioral "insomnia" in the child. Psychiatr Clin North Am. 1987; 10: 641-653.
82. Estivill E. Insomnio infantil por hábitos incorrectos. Rev Neurol 2000; 30: 188-191.

83. Sadler S. Sleep: what is normal at six months? *Prof Care Mother Child*. 1994; 4: 166-167.
84. Owens LJ, France KG, Wiggs L. Behavioural and cognitive-behavioural interventions for sleep disorders in infants and children: A review. *Sleep Med Rev*. 1999; 3: 281-302.

Medicaciones y lactancia materna

85. American Academy of Pediatrics. Transmission of infectious agents via human milk. IN: Pickering LK ed. *Red Book 2003. Report of the Committee on Infectious Diseases*. 26ª ed. Elk Grove Village. IL. American Academy of Pediatrics. 2003: 118-121.
86. Lawrence RA, Lawrence RM. Appendix E. Precautions and breastfeeding recommendations for selected maternal infections. In: *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. 5th ed. St Louis, MO: Mosby Inc; 1999: 868-885.
87. Jansson LM, Velez M, Harrow C. Methadone maintenance and lactation: a review of the literature and current management guidelines. *J Hum Lact*. 2004; 20: 62-71.
88. Philipp BL, Merewood A, O'Brien S. Methadone and breastfeeding: new horizons. *Pediatrics*. 2003; 111: 1429-30.
89. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*. 2001;108: 776-789.
90. Hale TW. *Medicamentos y lactancia (Ed española)* Ed: EMISA. 2004.
91. Cadime. *Medicamentos y lactancia*. *Boletín Terapéutico andaluz*. 2001, Nº 19. <http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001189documento.pdf>
92. Servicio de Pediatría del Hospital de Marina Alta. Compatibilidad de la lactancia con medicamentos y otros productos. www.e-lactancia.org

La cadena cálida.

93. No author listed. A warm chain for breastfeeding. *Lancet*. 1994; 344: 1239-1241.

Blueprint 2004

94. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. *EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: a blueprint for Action*. Luxembourg 2004.
- http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf

Formación sobre lactancia materna en España

95. Palomares Gimeno MJ, Labordena Barceló C, Sanantonio Valdearcos F, Agramunt Soler G, Nacher Fernández A, Palau Foster G. Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. *Revista Pediatría Atención Primaria*. 2001; 3(11): 393-402.
96. Tembory MC. Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el manejo de la lactancia materna. *An Pediatr*. 2003; 58: 263-267.

Visita Prenatal

97. Grupo PrevInfad. Prevención prenatal. <http://aepap.org/previnfad/prenatal.htm>

Excelentes guías prácticas sobre lactancia materna.

98. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografía de la AEP número 5. Ediciones Ergón 2004. Se puede descargar integro en <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/libro1.htm> (#)*

99. Royal College of Midwives. *Lactancia materna. Manual para profesionales. Editado por la Associació Catalana pro alletament matern. Barcelona 1994.*

Información para la madre que esta amamantando y comienza a trabajar.

100. Merino M. *Como mantener la lactancia cuando se trabaja fuera de casa.* <http://www.aepap.org/familia/lactanciaytrabajo.htm>

Excelente revisión sobre el destete.

101. Weaning. En: Lawrence R (eds.). *Breastfeeding. A guide for the medical profesion, 4ª ed. St Louis: Mosby editions; 1994. P. 311-321. (#)*

Relactación.

102. OMS. *Relactación. Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. Traducción de Juan José Lasarte.* <http://www.aeped.es/pdf-docs/relactacion.PDF>

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La bibliografía sobre lactancia materna es muy extensa, se aporta la estrategia de búsqueda de ciertos aspectos generales.

- (((("milk, human"[MeSH Terms] OR breast milk[Text Word]) AND Practice Guideline[ptyp]) AND ("1990"[PDat] : "2002"[PDat]))
- (((("breast feeding"[MeSH Terms] OR Breastfeeding[Text Word]) AND Clinical Trial[ptyp]) AND "infant, newborn"[MeSH Terms]) AND ("1999"[PDat] : "2002"[PDat]))
- (((("advertising"[MeSH Terms] OR Promotion[Text Word]) AND ("breast feeding"[MeSH Terms] OR Breastfeeding[Text Word])) AND Review[ptyp]) AND ("1995"[PDat] : "2002"[PDat]))
- (((advantages[All Fields] AND ("breast feeding"[MeSH Terms] OR breastfeeding[Text Word])) AND Review[ptyp]) AND ("1995"[PDat] : "2002"[PDat]))

PÁGINAS WEB Y DOCUMENTOS DE INTERÉS

(tomado de <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/enlaces.htm#ORGANIZACIONES>, Comité de Lactancia Materna de la AEP)

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.

En este sitio se encuentra el documento de recomendaciones para la lactancia de la AEP, así como otros documentos relacionados con la lactancia. Desde marzo del 2.002 también funcionan 2 foros, uno para padres y otro para profesionales, en donde se intenta dar respuesta a las preguntas planteadas.

<http://www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm>

La Leche League International.

La Liga de La Leche Internacional (LLLI) es una ONG, fundada en 1.956, que ofrece información y apoyo a las madres que desean amamantar a sus hijos. Es miembro del Consejo de ONGs de UNICEF y miembro fundador de la Alianza Mundial a favor de la Lactancia Materna (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA); además, mantiene relaciones oficiales de trabajo con la Organización Mundial de la Salud. En su página de Internet hay información fiable y respuestas a la mayoría de los problemas de lactancia que plantean las madres. Especialmente práctica la sección de Preguntas Más Frecuentes.

<http://www.lalecheleague.org/>

También hay información de la LLLI en Español:

<http://www.lalecheleague.org/LangEspanol.html>

Fundación Lacmat (Argentina).

Esta fundación es una ONG Argentina que trabaja, desde 1.995, en salud materno infantil con especial énfasis en lactancia materna. Es miembro de IBFAN y colabora con el Ministerio de Salud de la Nación, con UNICEF, OMS/OPS, grupos de apoyo a la lactancia materna, y otras diversas entidades. En su página puede accederse a publicaciones como el boletín En-Red-Dados, cursos de capacitación vía Internet, lista de correo Lacmat-I, consultas vía e-mail y mucha información acerca de lactancia.

<http://www.lacmat.org.ar/>

IBFAN.

IBFAN es una Red Mundial de Grupos Pro Alimentación Infantil, que trabajan alrededor del mundo para reducir la morbi-mortalidad infanto-juvenil, mejorar la salud y bienestar de bebés y niños jóvenes, sus madres y sus familias a través de la protección, promoción y apoyo de amamantar y las prácticas óptimas de alimentación infantil. En la página puede encontrarse información acerca del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de su vigilancia, noticias y diversas publicaciones y materiales.

<http://www.ibfan.org/>

IBFAN ALC (América Latina y Caribe): <http://www.ibfan-alc.org/>

IBFAN en español: <http://www.ibfan.org/spanish/gatespanish.html>

Red Nacional de Bancos de Leche Humana. Brasil.

http://www.fiocruz.br/redeblh/index_e.htm

Colegio de Pediatras del Estado de Sonora.

En esta página, que comienza con una declaración de Ruth Lawrence, hay mucha información de lactancia en español.

<http://www.copeson.org.mx/lactancia/lactanca.htm>

Red Internacional de Cuidados Madre Canguro.

Información acerca del método Madre Canguro.

<http://kangaroo.javeriana.edu.co/cangesp1.htm>

Academy of BreastFeeding Medicine.

Organización médica que agrupa a distintas especialidades médicas, dedicada a la promoción, protección y apoyo a la lactancia.

<http://www.bfmed.org/>

Iniciativa Hospital Amigo del Niño (Baby Friendly Initiative).

La Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños es un programa global de OMS/ UNICEF que acredita con la distinción "Amigo de los Niños" a los servicios de salud que adoptan prácticas para apoyar la lactancia. En estas páginas hay información acerca de cómo mejorar el apoyo a la lactancia en los servicios de salud, información para padres e información actualizada acerca de las investigaciones de los beneficios de la lactancia.

<http://www.babyfriendly.org.uk/home.asp>

OMS (Organización Mundial de la Salud).

En este extenso sitio hay abundante información de multitud de cuestiones de salud y muchos documentos sobre nutrición infantil de referencia obligada. Más adelante se detallan los más importantes.

<http://www.who.int/>

OMS en español: <http://www.who.int/es/index.html>

UNICEF

<http://www.unicef.org/spanish/>

WABA (World Alliance for Breastfeeding Action).

Es una red mundial de grupos y organizaciones que trabaja para mejorar la salud infantil a través de la protección, el apoyo y la promoción de la lactancia materna. <http://www.waba.org.my/>

WABA en español: <http://www.waba.org.my/otherlanguages/index.htm#Español>

Baby Milk Action.

Organización sin ánimo de lucro cuyo ánimo es salvar vidas e impedir el sufrimiento originado por una alimentación infantil inadecuada.

<http://www.babymilkaction.org/>

ILCA (International Lactation Consultant Association -Asociación de Consultores Internacionales de Lactancia-).

Es la organización profesional de IBCLCs (International Board Certified Lactation Consultant) y trabaja conjuntamente con OMS/UNICEF. Para más información acerca de cómo acceder a este Certificado puede consultarse con IBLCE (International Board of Lactation Consultant Examiners) (<http://www.IBLCE.org>) <http://www.ilca.org/>

AAP (American Academy of Pediatrics).

También aquí hay información, en inglés, acerca de lactancia, así como una Guía de lactancia para madres en inglés.

<http://www.aap.org/advocacy/bf/aapbrres.htm>

GRUPOS DE APOYO

En estas páginas se ofrecen reuniones, teléfonos de consulta, charlas, préstamo de material, bibliografía... Casi todos realizan encuentros, consultas de lactancia y servicio telefónico permanente. En alguna página puede accederse a listados completos y a teléfonos de otros grupos de apoyo de toda España aunque no tengan página en Internet. También se puede encontrar el listado completo en <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/grupos.htm>

Asociación de madres Vía Láctea. Zaragoza.

<http://www.vialactea.org/>

Asociación de madres "Lactaria". Zaragoza.

<http://www.terra.es/personal6/sofiab>

Asociación La Buena Leche. Cantabria

<http://personal3.iddeo.es/espro/lactancia/index.htm>

Alba Lactancia materna. Barcelona.

<http://www.albalactanciamaterna.org/>

Asociación Canaria Pro Lactancia materna.

<http://www.iespana.es/grupolactanciamaterna/>

Liga de la Leche de Cataluña

www.terra.es/personal4/lllatalunya

Amamantar. Asturias

<http://www.amamantarasturias.org/>

Federación Catalana de Grupos de Apoyo a la LM

<http://www.grupslactancia.org/>

Mamá Coloma. Santa Coloma de Gramanet

<http://www.geocities.com/mamacoloma/>

Do de Pit. Tarragona

<http://inicia.es/de/dodepit/index.html>

Sina. Valencia

<http://www.iespana.es/sinavalencia/>

Amamanta. Villamarxant

<http://www.amamanta.net/>

MÁS PÁGINAS DE LACTANCIA MATERNA

Medicamentos y lactancia.

Una web mantenida por el Servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta de Denia, en donde puede consultarse la compatibilidad de muchos medicamentos y otras sustancias con la lactancia materna.

<http://www.e-lactancia.org/inicio.htm>

Dar de mamar.

Alejandra Marina Mercado.

<http://www.dardemamar.netfirms.com/index.htm>

El mundo de la lactancia materna y la salud materno-infantil.

J. Margarita Otero.

<http://mundolactancia.iespana.es/mundolactancia/>

Consejos Sobre Lactancia Materna.

M^a Jesús Trigo, Monitora de La Liga de La Leche Internacional (LLLI)

<http://www.terra.es/personal/mariachuss/home.htm>

Breastfeeding Resources.

Página que agrupa multitud de recursos relacionados con la lactancia.

<http://www.borstvoeding.com/abon/bf-resources.html>

Breastfeeding.com

En esta hay fotos, vídeos e información variada.

<http://breastfeeding.com/>

Mamá, dame teta

Ana Ortega. Barcelona

<http://www.iespana.es/LactanciaMamiDameTeta/>

HOSPITALES AMIGOS DE LOS NIÑOS

Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.

El Servicio de Pediatría de este hospital ha elaborado una página web de enorme utilidad para consultar acerca de la compatibilidad de medicamentos y otras sustancias con la lactancia materna. <http://www.e-lactancia.org/inicio.htm>

Iniciativa Hospital Amigo del Niño.

<http://www.babyfriendly.org.uk/home.htm>

MANUALES, GUÍAS DE LACTANCIA Y CURSOS

Lactancia materna: guía para profesionales

Una guía elaborada por el Comité de lactancia de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia. <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/libro1.htm>

Breastfeeding Promotion

<http://www.aap.org/advocacy/bf/bppop-phasell-edu.htm>

Breastfeeding basics

Curso en inglés de la Universidad de Cleveland.

<http://www.cwru.edu/med/breastfeeding/>

Lactancia materna. Guía practica para su manejo.

Realizada por profesionales colombianos

http://www.encolombia.com/lactancia_guia2.htm

Manual de capacitación para promotores comunitarios.

Adaptación del manual para monitoras en lactancia materna de la Liga de la Leche de Guatemala.

<http://www.fmed.uba.ar/mspba/manulac/manulac.htm>

Consejos para la lactancia materna.

Guía de consejos elaborada por el grupo de apoyo "Vía Láctea" de Zaragoza.

<http://www.vialactea.org/guía.htm>

DOCUMENTOS

Declaración de Innocenti

Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna, 1 de Agosto de 1990, Florencia, Italia. La Declaración de Innocenti fue producida y adoptada por todos los participantes en la reunión de la OMS/UNICEF sobre "Lactancia Materna en los 90's". Una iniciativa mundial, co-patrocinada por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (A.I.D.) la Autoridad Suiza para el Desarrollo Internacional (SIDA), que tuvo lugar en el Spedale degli Innocenti, Florencia, Italia, del 30 de Julio al 1 de Agosto de 1990.

<http://www.copeson.org.mx/lactancia/innocent.htm>

Breastfeeding and the use of human milk (Re9729). American Academy of Pediatrics

Este artículo contiene las recomendaciones de la AAP sobre lactancia materna.

<http://www.aap.org/policy/re9729.html>

La última actualización (febrero 2005) está disponible en:

<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;115/2/496.pdf>

Código Internacional para la comercialización de sucedáneos de la leche Materna

<http://www.copeson.org.mx/lactancia/codigo~1.htm> (resumen)

<http://www.lacmat.org.ar/codigo.htm> (texto completo)

Documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

A través de la página de la OMS (<http://www.who.int/>), puede accederse a varios sitios que contienen documentos en inglés y en español:

- 1- "Infant and young child feeding practices" (<http://www.who.int/nut/#inff>)
- 2- Food Safety and Infant Feeding
- 3- Maternal and newborn health
- 4- Child and Adolescent Nutrition (<http://www.who.int/child-adolescent-health/nut.htm>).

En este último sitio hay también una amplia colección de documentos útiles, en inglés, de temas diversos (<http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/pubnutrition.htm>) entre los que destacan:

- Nutrient Adequacy of Exclusive Breastfeeding for the Term Infant During the First Six Months of Life
- Evidence for ten steps to successful breastfeeding
- Breastfeeding Counselling: A Training Course
- HIV and Infant Feeding Counselling: A Training Course
- Mastitis. Causes and Management (disponible en español en la página de la AEP: <http://www.aeped.es/pdf-docs/Mastitis.PDF>)
- Relactation. A review of experience and recommendations for practice (disponible en español en la página de la AEP: <http://www.aeped.es/pdf-docs/relactacion.PDF>)
- Not enough milk (un simple pero útil documento que describe los pasos a seguir para ayudar a madres que dicen que no tienen leche suficiente; disponible en español en la página de la AEP: <http://www.aeped.es/pdf-docs/lecheinsuficiente.pdf>)
- Otros documentos acerca de lactancia y VIH, diarreas, tuberculosis, hepatitis B, alimentación complementaria etc.

Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto.

Contiene los 10 principios del cuidado perinatal señalados por la OMS.

http://www.euro.who.int/pregnancy/20030811_1

Clasificación de las prácticas para el cuidado postparto (OMS)

En este documento están clasificadas dichas prácticas en 3 categorías: A (Prácticas que han sido demostradas de utilidad y que deben ser promovidas), B (Prácticas que han sido demostradas dañinas o inefectivas y que deberían ser eliminadas) y C (Prácticas sobre las cuales no existe evidencia para recomendarlas y que deberán utilizarse con precaución hasta que futuras investigaciones aclaren el tema.

<http://www.fmed.uba.ar/mspba/recooms.htm>

Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado

Documento de la Organización Panamericana de la Salud, en el que se explican los principios básicos demostrados que orientan las recomendaciones alimentarias de los niños de pecho. http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/Guiding_Principles_CF.pdf

Manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año. Guía de práctica clínica basada en la evidencia

Documento realizado en colaboración entre Pediatría de Atención Primaria Area 09 y el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Peset y coordinado por la Dra. M^a Teresa Hernández Aguilar, pediatra E.A.P de la Comunidad Valenciana.

http://www.aeped.es/pdf-docs/lm_gpc_peset_2004.pdf

Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia

Este documento de la Oficina Panamericana de la Salud proporciona evidencia científica y epidemiológica, en apoyo a la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño elaborada por la OMS y UNICEF.

http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPN/Benefits_of_BF.htm

Lo que todas las familias y comunidades tienen derecho a saber sobre la lactancia materna

9 puntos importantes que a la vez constituyen una buena guía de lactancia.

http://www.unicef.org/spanish/ffi/04/key_messages.htm

Revisiones Cochrane

<http://www.cochrane.org/reviews/en/topics/87.html>

En esta dirección hay varias revisiones realizadas por el "Cochrane Pregnancy And Childbirth Group":

Pediatría Basada en la Evidencia

<http://infodoctor.org/pbe/index.htm>

Página del Dr. José Cristóbal Buñuel Álvarez en la que hay varios artículos valorados críticamente (AVC) y temas (TVC) en relación a la lactancia materna.

Mastitis. Causas y manejo (OMS-2000)

<http://www.aeped.es/pdf-docs/Mastitis.PDF>

Traducción del Dr. Juan José Lasarte.

Relactación (OMS-1998)

<http://www.aeped.es/pdf-docs/relactacion.PDF>

Traducción del Dr. Juan José Lasarte.

Lactancia materna y medicación de la madre

Página de IBFAN con información acerca de medicamentos y su compatibilidad con la lactancia.

<http://www.fmed.uba.ar/mspba/drogaslm.htm>

El Paso de medicamentos y otros productos químicos a la leche materna

<http://www.aeped.es/pdf-docs/lm-aap2001.pdf>

Traducción del Dr. Juan Ruiz Canela del informe de la AAP

Leche insuficiente

Un simple pero útil documento que describe los pasos a seguir para ayudar a madres que dicen que no tienen leche suficiente. Traducción del Dr. Juan José Lasarte.

<http://www.aeped.es/pdf-docs/lecheinsuficiente.pdf>

The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis

En este documento se revisan las tendencias de la lactancia y los beneficios en salud y económicos de la lactancia.

<http://www.ers.usda.gov/publications/fanrr13/>

Helping your baby sleep (Ayudar a su niño a dormir)

http://www.fcs.wa.gov.au/_content/parenting_information/lws/baby-19.html

LISTAS DE CORREO electrónico

Lacmat-L

Puede suscribirse en <http://www.lacmat.org.ar/redlacmat.htm> , desde la página de la Fundación Lacmat. Lacmat es una Red de habla hispano/portuguesa nacida en el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires (desde donde es coordinada), que vía e-mail reúne a expertos, líderes comunitarios, funcionarios, ONGs e interesados en la temática de diferentes lugares del mundo.

Lactnet

Esta es una lista de correo de lactancia para profesionales en inglés. Puede suscribirse en:

<http://peach.ease.lsoft.com/archives/lactnet.html>

ALERTAS BIBLIOGRÁFICAS Y BOLETINES PERIÓDICOS

Puede hacer que un programa busque con una periodicidad determinada lo que ha aparecido publicado sobre un tema concreto y lo envíe a su correo electrónico. El más útil es el servicio de alerta de InfoDoctor (<http://www.infodoctor.org/alerta/index.htm>), en español. Una vez registrado, hay que escribir la palabra clave que quiere que busque, en inglés, de la misma manera que se hace en Medline, la periodicidad con la que desea recibir la notificación y la dirección de correo electrónico.

También puede suscribirse al **boletín IBFAN “En-Red-Dados”** a través de la página de IBFAN en la dirección <http://www.lacmat.org.ar/publicaciones.htm>

ANEXO.- OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

Se dispone de varios instrumentos para evaluar la observación de una toma (mamada). Estos instrumentos incluyen varios grupos de ítems y a cada uno de ellos se le adjudica una puntuación, obteniéndose al final un resultado que indica si la toma es eficiente o no.

Es difícil disponer de tiempo suficiente para aplicar estos instrumentos de observación a cada uno de los niños que se atienden pero si que pueden ser muy útiles cuando parece que existe algún problema. Por otro lado si se adquiere cierta experiencia con estos sistemas de evaluación, se aprenderá cuáles son los elementos a los que hay que prestar atención cuando se observa una toma y de forma rápida se podrán detectar problemas en la toma, aunque la madre no los refiera.

A continuación se muestran los ítems del método propuesto por MK Matthews. Se ha elegido esté instrumento entre otros porque es más breve y su aplicación es más sencilla. Solo se puede aplicar en recién nacidos a término. El último ítem tiene el orden de puntuación invertido para evitar la anotación automática.

Grado de alerta previo a la succión	a) Espontáneamente (3)
	b) Necesita estímulo para inicial (2)
	c) Necesita mayor estímulo (1)
	d) No se despierta a pesar de estímulo (0)
Búsqueda del pezón (al tocar mejilla)	a) Gira la cabeza y busca activamente (3)
	b) Necesita cierta ayuda o asistencia (2)
	c) Búsqueda es pobre aún con ayuda (1)
	d) Ausencia (0)
Tiempo para engancharse e iniciar la succión	a) Lo coge inmediatamente (3)
	b) Tarda 3 – 10 minutos (2)
	c) Tarda > 10 minutos (1)
	d) No se engancha (0)
Calidad de la succión	a) No succiona (0)
	b) Succión débil o de corta duración (1)
	c) Succiona bien, suelta y debe animarle un poco (2)
	d) Buena succión en uno o ambos pechos (3)

VALORACIÓN:

12 – 10 = EFICIENTE

9 – 7 = MEDIANAMENTE EFICIENTE

6 – 0 = DEFICIENTE

Bibliografía.

Matthews MK, *Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. Midwifery* 1988; 4:154-165.