

La consulta Pediátrica Prenatal Colectiva

*Dr. Luis Fdo. Blanco Rojas**

Es importante que la madre del futuro niño conozca los tipos de consulta que existen. En la primera consulta, a los 8 días (o antes), el pediatra revisará con la madre aspectos básicos de lactancia, observará si existen problemas físicos en los pechos maternos y se harán procedimientos como retracción del prepucio en el varón, y en ambos sexos se explicarán las técnicas más adecuadas de higiene umbilical, genitales, orificios del cuerpo, etc. Lógicamente quedará en esta consulta, adecuadamente elaborada la historia clínica pediátrica y examen general del recién nacido, con referencia al curso del embarazo, parto (apgar al minuto y 5 minutos y 5 minutos), etc.

A los 30 y 90 días; son consultas esenciales, para dar apoyo a la madre lactando y hacer de su conocimiento:

- a. El riesgo de fallo al introducir el biberón; y,
- b. El fenómeno normal que sucede a estas edades del niño, el cual succiona fuertemente y los pechos ya no estarán llenos, o ingurgitados como en los primeros días, lo que gran mayoría de madres interpretan como "fallo inmi-

nente" y, ésto les produce angustia, y recurren al biberón, o intensifican su uso si ya lo estaban haciendo.

- c. La no necesidad de ablactación temprana, la cual si se hace antes de los dos meses edad, atenta contra una adecuada lactancia.

CONFERENCIA SEMANAL

I. Introducción

El grupo de pediatría de la Clínica Francisco Bolaños, de Heredia, preocupados por el alto porcentaje de madres que no hacen uso de la lactancia materna, y considerando la tremenda importancia desde el punto de vista inmunológico que representa la ingestión de leche materna en el recién nacido y lactante menor, grupos etarios más afectados (mayor morbi-mortalidad). Desde el punto de vista económico, social, desarrollo intelectual, el papel que representa este elemento es también de considerable importancia. Nos hemos propuesto modificar el hábito alimentario del recién nacido y lactante, lo cual conseguiremos con un programa educativo a las madres embarazadas.

Con base en el trabajo-encuesta: "Factores de abandono de la lactancia materna" de los doctores Blanco Rojas y Osegueda López,

*Médico Asistente Especialista en Pediatría. Clínica Dr. Francisco Bolaños. Heredia.

conocemos que los pacientes de mayor riesgo de abandono o no inicio de la lactancia, son: primigesta, madres solteras, madres con bajo nivel educacional, falta de instrucción prenatal por parte del pediatra. La maternidad de procedencia juega un papel importante, en cuanto a instrucción, uso temprano de la leche materna y, por consiguiente, el no uso de fórmulas maternizadas u otras, excepto en casos especiales.

El pediatra y el obstetra son los médicos más indicados para la preparación física, psicológica o anímica, tanto para el embarazo como para la culminación de este proceso, y posteriormente la persistencia de la unión madre-hijo mediante el seno materno; para lo cual es fundamental generalizar el "alojamiento conjunto" en todas las maternidades.

Berg propone el siguiente esquema de educación y preparación de la paciente para el parto y la lactancia materna (3).

II. Anatomía básica de la glándula mamaria

Obsérvese cómo en la figura 1 existen miles de alveolos mamarios en glándulas mamarias que desembocan en conductos

mamarios, los cuales llevan la leche hasta los senos colectores que desembocan en el pezón. Este sistema glandular con sus canalículos de drenaje, siempre deben permanecer permeables durante la lactancia a fin de evitar mastitis o abscesos. Esto se logra con un adecuado masaje en cada pecho, buscando el sitio de drenaje en el pezón. El pezón también debe recibir masaje, buscando la protractibilidad y endurecimiento. Estos ejercicios se inician al sexto mes de embarazo, 5 minutos cada 8 horas; usando cremas o aceites de lanolina.

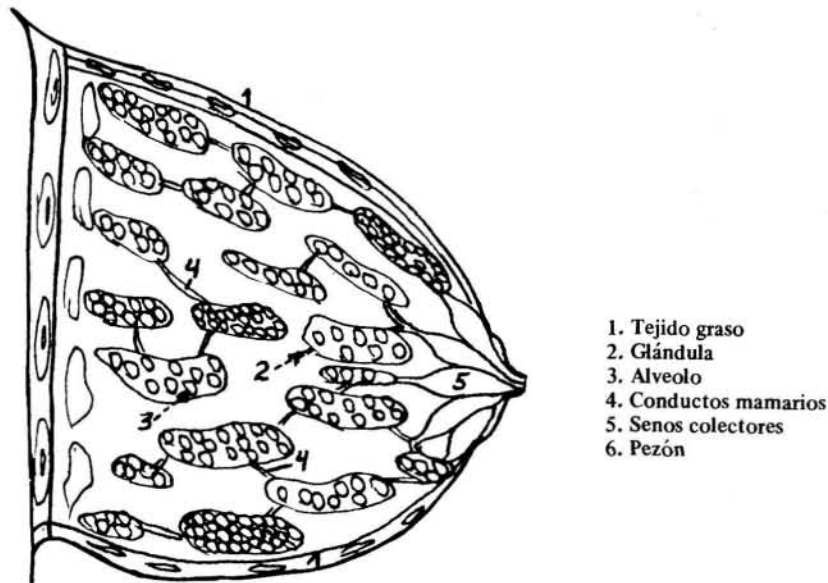
III. Endocrinología o fisiología de la lactancia

La glándula mamaria y la producción láctea está sujeta a una interrelación estrecha con el sistema neuro-endocrino (hipotálamo-hipófisis).

La madre del lactante debe conocer lo fundamental de este proceso. Lo esencial es el conocimiento del reflejo de eyección de la leche (Fig. 2).

Obsérvese en el diagrama anterior que el reflejo se inicia con la estimulación de la boca

Figura N°1
ANATOMIA DE LA GLANDULA MAMARIA



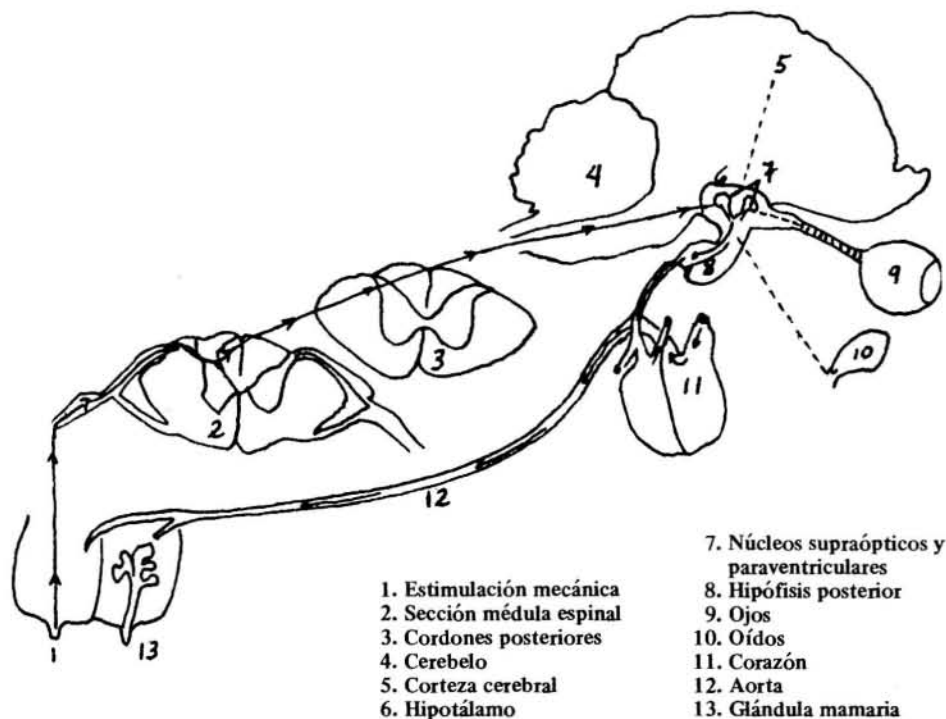
1. Tejido graso
2. Glándula
3. Alveolo
4. Conductos mamarios
5. Senos colectores
6. Pezón

del niño sobre receptores nerviosos, y el estímulo viaja a la médula espinal, luego al hipotálamo en los núcleos supraópticos y paraventriculares que a la vez estimulan la hipófisis posterior, que descarga la producción de oxitocina, y, como se observa en el diagrama, por vía sanguínea la oxitocina llega al corazón que la envía de regreso a la

una disminución de la producción láctea. (Fig. 3).

Además, estas situaciones de stress hacen producirse cantidades de norepinefrina y epinefrina, que producen vasoconstricción, por lo cual la oxitocina no llega a las células mioepiteliales.

Figura N°2
EL REFLEJO DE EYECCION DE LA LECHE



glándula mamaria donde hace contraerse las células mioepiteliales y se produce así la eyección de la leche.

La otra hormona que juega un papel fundamental es la prolactina, la cual produce la leche en las células alveolares. Esta hormona se produce también en la hipófisis posterior.

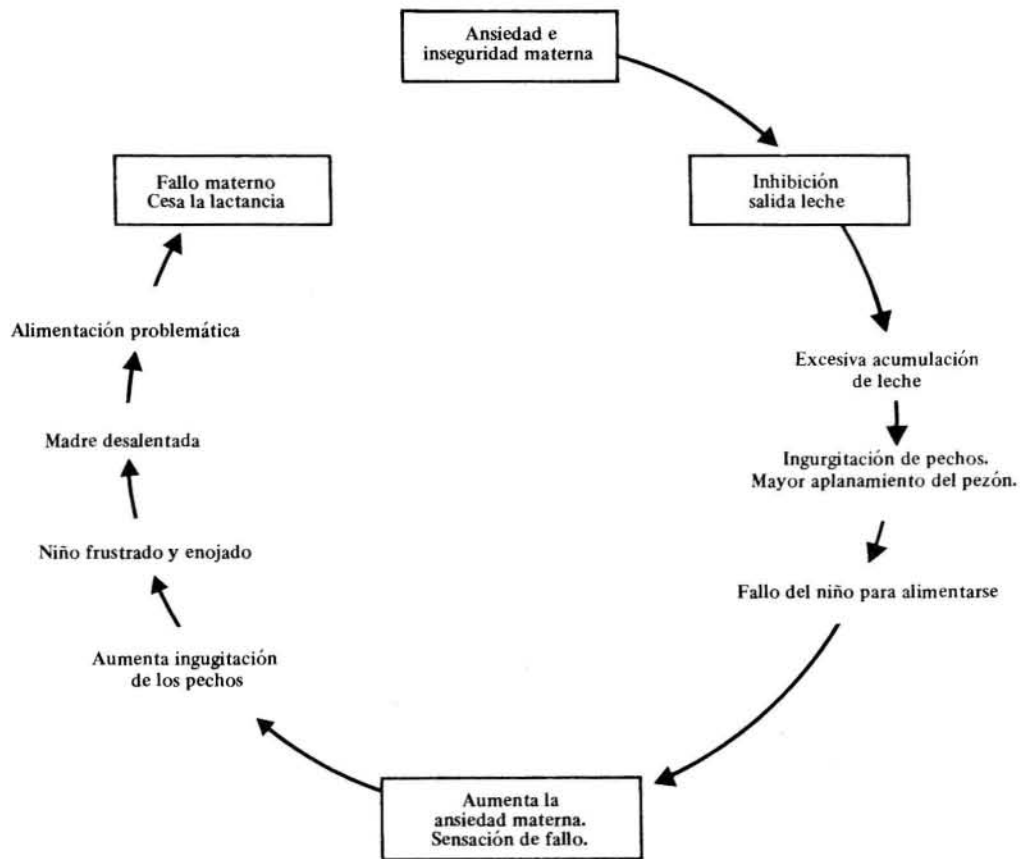
Es importante que las madres conozcan como el stress, la intranquilidad, ansiedad, llegan a afectar este reflejo y por consiguiente

Se ha demostrado que la administración de oxitocina vía intramuscular o nasal hace lograr la eyección de la leche en algunos casos. Por otro lado, el stress actúa directamente sobre el hipotálamo.

Durante el embarazo y la lactación entran en juego una serie de hormonas más, como se observa en la siguiente figura:

Obsérvese que los niveles de estrógenos y progesterona aumentan conforme progresa el embarazo y en menor forma la prolactina,

Figura 3
CICLO DE LA INHIBICION DEL REFLEJO DE LA LECHE



pero las dos primeras son responsables de que no haya producción de leche; y caen casi verticalmente después del parto con la predominancia de la actividad prolactínica y H.G.H.

Algunas observaciones sobre otras hormonas:

Otras hormonas que tienen también influencia sobre la producción láctea son la hormona de crecimiento, ACTH, TSH, insulina y hormona paratiroidea (Fig. 3).

Se ha visto que ratas hipofisectomizadas requieren de ACTH y prolactina exógena para mantener la lactación. La administración de T.R.H. aumenta el volumen de leche en madres con lactación insuficiente pero no las aumenta en las normales.

Los alcaloides de la ergotamina producen disminución de prolactina en el suero de varios animales y humanos. La L-Dopa disminuye la producción de leche y ha sido

usada para suprimir lactación en humanos que padecen enfermedades severas. La H.G.H. tiene una acción sinérgica con la prolactina.

Glucocorticoides adrenales: la adrenalectomía inhibe la producción de leche y la hipersecreción adrenal produce lactación persistente en humanos.

Las hormonas tiroideas: se ha observado que los animales grandes productores de leche tienen más baja concentración de tiroxina.

La extirpación de paratiroides en animales disminuye la producción de leche y la administración de paratohormona la restituye.

Hormonas ováricas: la administración de estrógenos y progesterona disminuye la lactación en muchas especies. Los contraceptivos que tienen estrógenos inhiben la lactación, y los que son a base de progesterona

no la inhiben cuando la lactación está bien establecida.

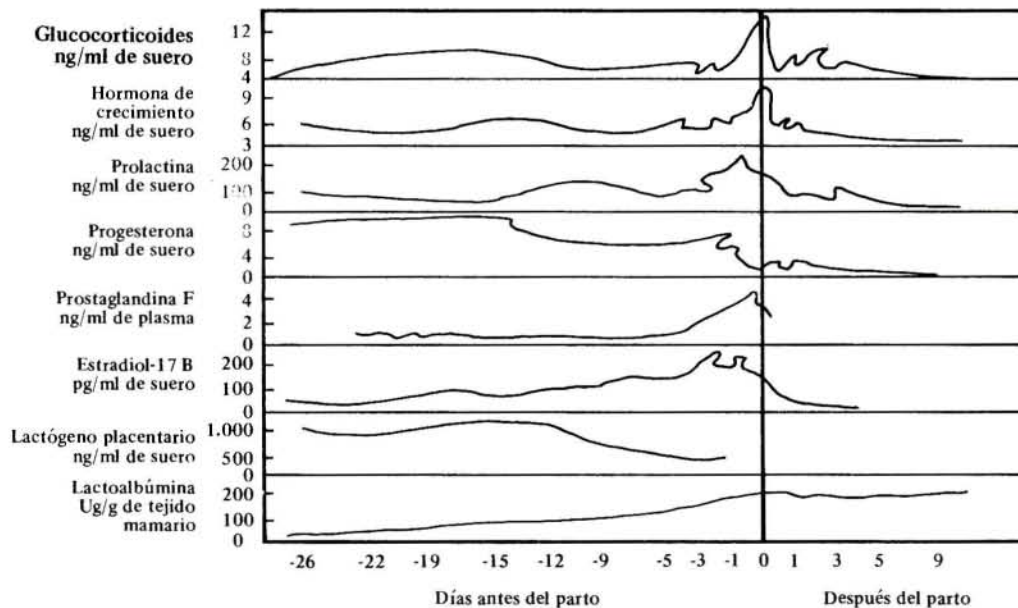
IV. Composición de la leche materna

Algunos autores dividen la leche materna en: a) calostro del cero al quinto día. b) leche transicional del sexto al décimo día. c) leche madura después de los once días. Es conveniente que la madre conozca que el calostro es el elemento precioso y salvador del recién nacido, ya que se conoce posee aproximadamente de cuatro a seis veces más cantidad de anticuerpos que la leche madura. El calostro tiene una alta concentración de proteínas, de las cuales la mayor parte es inmunoglobulina A que juega un gran papel proteccional en infecciones del tubo digestivo, tráquea, bronquios y nasofaringe.

difícilmente, presenta una difícil digestión: la digestión de leche materna es de 1¹/₂ hr. a 2¹/₂ hs. y en leche de vaca es de 3¹/₂ hs. a 4 hr. Esto tiene mucha importancia, ya que generalmente el horario de alimentación del niño es de 2¹/₂ a 3 hrs. (vómitos del lactante, dispepsias, regurgitaciones).

La concentración de caseína en el calostro y la leche madura parece ser variable: Walter y Cols, reportan un promedio de 323 mg por 100 ml de caseína nitrógeno en 40 muestras tomadas entre el uno y el cuarto día post-parto, y 144 mg en 84 muestras tomadas del 5 al 14 días post-parto. Nagasawa y Cols. encontraron 28.6 mg de caseína nitrógeno en 14 muestras del 3 al 5 día y 87.6 mg de 15 muestras del 6 al 10 día.

Figura 4
CAMBIOS EN CONCENTRACION DE A-LACTOALBUMINA
EN TEJIDO MAMARIO Y HORMONAS EN SUERO O PLASMA SANGUINEO
(Período peri-partum en vacas)



1. Proteínas: Como se observa en la figura 5, la proteína fundamental de la leche es la lactoalbumina, la fundamental en la leche de vaca es la caseína, que se encuentra en concentraciones de 2.5 g por 100 ml (80% del total de la proteína de la leche de vaca es caseína. En leche materna sólo el 20% es caseína) (0.18-0.20 gramos por 100 ml). Siendo la caseína una proteína que precipita

La leche materna tiene los niveles más bajos de proteínas que otras leches (tabla N^o3), sin embargo, el crecimiento de los niños alimentados al seno materno es muy similar en los alimentados con otra fórmula con igual capacidad calórica pero con mayor contenido de proteínas. La diferencia puede radicar en la calidad de proteína (mayor cantidad de caseína y menor cantidad de

lacto albumina en las otras fórmulas).

2. Factores defensivos de la leche materna:

a. Inmunoglobulinas: Ig A, Ig G, Ig M, Ig E, Ig D. De todas, la más importante es la Ig A que se encuentra en altas concentraciones: 140 mg por 100 ml. La Ig A secretora es un dímero de Ig A. Las concentraciones de Ig M e Ig G son más bajas, en el rango de 1 a 5 mg por 100 ml. Las inmunoglobulinas en la leche materna contienen anticuerpos contra una gran cantidad de microorganismos y toxinas. Aparentemente no se absorben, pero impiden la absorción de sustancias extrañas.

Las inmunoglobulinas activan al complemento que libera varios mediadores de inflamación tales como anafilotoxinas y factores quimiotácticos. Los neutrófilos responden a este estímulo, fagocitando el complejo inmune o destruyendo la célula con enzimas secretadas. La cantidad de inmunoglobulinas es máxima en la primera semana. McClelland y Cols han calculado que el 97% de las proteínas del calostro es Ig A, y cae al 25% al cuarto día. Ogra y Ogra encuentran valores más bajos de Ig A (16%) en el calostro y también encuentran una caída significativa en los

primeros días. C₃, C₄ e Ig A son las que se mantienen más altas en el calostro. Ig E se ha encontrado más alta en el calostro que en el suero. Estudios de Walker, y Ogra y Cols indican que los anticuerpos de secreciones lácteas, sólo se absorben inmediatamente al nacimiento. Estudios inmunohistoquímicos demuestran que Ig E e Ig M son absorbidos preferentemente en las criptas epiteliales del intestino. Carlsson y Cols demuestran que anticuerpos Ig A en la leche anti-escherichia coli, permanecen casi constantes durante toda la lactación.

Los niños alimentados con leche materna tienen menor test - Ig E - piel positiva: se cree que los anticuerpos maternos hacen un bloqueo, y además, por no exposición a alérgenos de la leche de vaca.

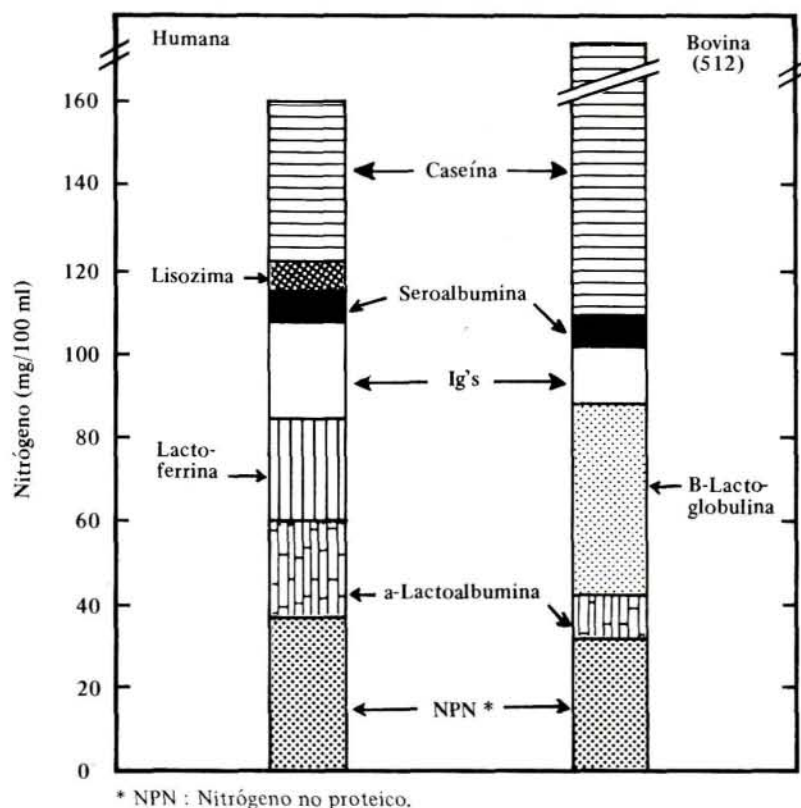
b. Leucocitos: la leche materna contiene una cantidad de leucocitos comparable con la propia sangre materna, de ahí la frase: "La madre que da su leche está transfundiéndolo a su hijo con su propia sangre". El 90% de los leucocitos son macrófagos, y el 10% son linfocitos.

Los linfocitos se dividen en: linfocitos T, que son los circulantes en la sangre y la linfa, juegan un papel en el reconocimiento

Tabla N^o1
ESQUEMA DE CONSULTA PEDIATRICA

Niño Sano		Niño Enfermo
- Consulta con el pediatra	- 8 días edad - 30 días - 90 días y luego cada - 3 meses hasta el año edad. - Después del año se hace una consulta por año.	- Se practica cuando se justifique.
- Consulta con enfermera de Pericultura	- Se hace coincidir con el esquema de vacunación.	

Figura 5
CONTENIDO DE NITROGENO (9)



de antígenos. También pueden actuar como efectores (células citotóxicas). Los linfocitos B son los encargados de sintetizar inmunoglobulinas. Tienen también receptores propios para el complemento. Se encuentran fundamentalmente en la médula ósea, bazo, nódulos linfáticos y placas de Peyer. Los neutrófilos responden al llamado de los factores quimiotácticos y anafilotoxinas que producen las inmunoglobulinas al activar el complemento.

- c. **Lisozimas:** es una proteína, que tiene una acción bactericida.
- d. **Lactoferrina:** es una proteína con una molécula de hierro. Actúa como un quelador de hierro, impidiendo así el crecimiento de las bacterias.
- e. **Lacto bacilus bífidus:** constituyen bacterias (bacilos), que desdoblan los azúca-

res propios de la leche materna en ácido acético y láctico con lo cual dan un grado de acidez a la materia fecal del intestino, lo que impide el crecimiento de bacterias. Estos bacilos crecen gracias al factor bífidus que es un oligosacárido propio de la leche materna (Lacto-N-tetraosa y Lacto-N-fucopentosa).

El bacilo bífidus se ha identificado como un bacilo gram positivo.

3. Vitaminas y minerales: Como se nota en la tabla N^o3, el contenido de minerales de las leches comerciales es significativamente mayor que la leche materna. Este aumento de solutos, lleva consigo aumento de los requerimientos de agua, hiperosmolaridad y edema. Se ha relacionado esta situación con la aparición de hipertensión en la vida de adulto, o con secuelas del sistema nervioso, cuando el niño sufre deshidratación (hiperosmolar) en caso de diarrea o vómitos.

Vitaminas: las únicas vitaminas que se encuentran en cantidades más bajas que en otras leches son las vitaminas D y K y se reponen ambas en la dieta y parenteralmente, en el caso de la segunda.

Hierro: Es bajo en todas las leches (0.5 mg por litro). Algunas fórmulas se han fortificado quedando con 12-13 mg por litro. Niños alimentados con cualquier tipo de leche, debe dárseles Fe suplementaria a dosis profilácticas en el niño de bajo peso, iniciándose al mes y en el peso adecuado a los 3 meses dosis de 0.5 mg por Kg por día de Fe^{++} elemental.

Contenido fluoruro: la leche humana contiene cantidades adecuadas cuando el agua que se ingiere contiene más de una parte por millón o en áreas donde el contenido de fluoruro del agua es menor, los niños alimentados con leche materna deben recibir fluor suplementario a dosis de 0.5 mg por día.

Figura N°6



Calcio y fósforo: la leche humana tiene mucho menos fósforo en relación a proteínas y calcio. En la leche de vaca, la relación proteína-calcio-fósforo es de 1:0.039-0.031 y en la leche humana es de 1:0.039-0.017. (Tabla N°3).

Grasa: aunque el contenido total de grasa es relativamente mayor en leche materna, la composición fina de la grasa de leche materna hace que exista una mayor absorción intestinal (mayor cantidad de triglicéridos). En leches modificadas, al intentar agregar otros ácidos, grasas, tales como linoleico, se ha mejorado la absorción de grasa, pero disminuye la absorción de vitamina D.

La absorción de calcio: Es mayor en la leche materna. La hipocalcemia que se ve en niños recién nacidos es alimentado con leche de vaca, generalmente debido a dos factores: 1) la menor absorción de calcio. 2) mayor contenido de fosfatos.

Carbohidratos: El carbohidrato esencial de leche materna y fórmulas comerciales es la lactosa que se hidroliza en una molécula de glucosa y una molécula de galactosa. Galactosa es un componente importante de los lípidos del sistema nervioso central. La leche de vaca tiene apenas la mitad del contenido de lactosa que la leche materna y las fórmulas comerciales le han aumentado este azúcar.

V. Causas de fallo en la lactancia materna

1. En el niño:

a. Enfermedades congénitas graves: Cardiopatías, atresia esófago, atresia intestinal, paladar hendido (conocemos madres con niños con este problema, y se mantienen alimentando a su niño con leche materna, mediante extracción manual, o uso de "tira-leche" o extracción con bombas, con lo cual logran mantenerlo con este beneficio mientras al niño se le corrige el problema).

En muchas patologías con corrección quirúrgica, la madre, si está suficientemente motivada, se estimulará los pechos, y logrará extraerse su leche, para mantenerse con adecuada producción mientras el niño es apto para iniciar la vía oral.

Tabla N°2
GUIA PARA LA EDUCACION DE LA FUTURA MADRE
Según Berg (3)

Transcurso del Embarazo y Post Partum	Procedimiento a seguir
En la mitad del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> a. Información básica sobre ventajas y beneficios tanto para el niño y la madre que hacen uso de la lactancia materna. b. Sesiones de preguntas y respuestas. c. Cuidados del pecho y pezones.
6 - 8 semanas antes del parto	<p>Examen de pezones para ver la protractibilidad. Demostración de las técnicas de amamantamiento.</p> <p>Discusión de la estructura y función de la glándula mamaria.</p> <p>Revisión de la información previa sesión preguntas-respuestas.</p>
Post parto inmediato	<p>Posiciones correctas de madre y niño lactando. Interacción de madre-niño. Técnicas preventivas.</p>
Continuación Post-Partum	<p>Guía y adiestramiento como sea necesario. Revisión de la consulta prenatal.</p>

b. Enfermedades metabólicas: Fenilcetonuria, galactocemia, deficiencia congénita de disacaridasas, son patologías en las cuales el pediatra indica suspender la lactancia materna. Ictericia importante (inhibición de glucoronil-transferasa por la hormona pregnanediol de la leche materna). Se suspende la lactación por un período de dos días mientras se logra un descenso adecuado de las bilirrubinas.

2. En la madre:

- a. Carencia de educación respecto a la lactancia materna.
- b. Pezones dolorosos y agrietados (Ver técnicas de tratamiento, tabla 2).
- c. **Mastitis y absceso:** (Ver técnicas de prevención, tabla 2). El tratamiento consiste en: continuar la lactancia, evacuación completa de leche en zonas afectadas. Antibióticos, si es necesario, compresas tibias locales.
- d. **Uso de biberón:** Cuando la madre usa alimentación mixta (materna y otra fórmula) el riesgo de fallo es muy

grande. Sobre todo si se inició biberón desde la maternidad.

- e. **Inicio de ablactación temprana:** Si se introduce antes de los dos meses, el riesgo de fallo es muy alto.
- f. **Infecciones generales:** Septisemia, tuberculosis, paludismo.
- g. **Enfermedades severas, crónicas o agudas:** Insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica, insuficiencia renal aguda.

VI. Características de las evacuaciones del recién nacido alimentado al seno materno

- a. Color amarillo.
- b. Con olor ácido (no hay fetidez).
- c. Consistencia grumosa, suave, en ocasiones semilíquida.
- d. Frecuencia: Variable, desde 1 deposición hasta 8 deposiciones por día, en ocasiones minutos después de la ingesta de leche.

VII. Ventajas

- 1) económica. 2) inmunológica. 3) mayor desarrollo físico del niño. 4) mayor desarrollo

Tabla N°3
(11)
COMPARACION ENTRE LECHE HUMANA, LECHE VACA
Y FORMULAS MATERNIZADAS

		Humana	Vaca	Maternizadas
Agua	(ml/100 ml)	87	87	87-90
Proteína	(gr/100 ml)	1.1	3.5	1.5
Relación lacto albúmina caseína		60/40	18/82	20/80
Lactosa	(gr/100 ml)	6.8	4.9	7.1 a 7.2
Grasa	(gr/100 ml)	4.5	3.7	3.6
Acido linoleico	(% de grasa)	7	1	21 a 4
Calorías	(Kcal/100 ml)	67-75	67	67
Minerales:				
Sodio	(Meq/litro)	7	22	9-11
Potasio	(Meq/litro)	13	35	19-20
Cloruro	(Meq/litro)	11	29	11-16
Calcio	(Mg/100 ml)	34	117	55-58
Fósforo	(Mg/100 ml)	14	92	43-46
Magnesio	(Mg/100 ml)	4	12	4-5
Hierro	(Mg/100 ml)	0.05	0.05	Trazas ⁺⁺
Cobre	(Mg/100 ml)	0.04	0.03	0.4-0.6
Total cenizas	(Gr/100 ml)	0.2	0.7	0.3-0.4
Vitaminas:				
Vit. A	(U.I./litro)	1898	1025	1700-2500
Tiamina	(Ug/litro)	160	440	400-710
Rivoflavina	(Ug/litro)	360	1750	630
Niacina	(Mg/litro)	1.5	0.9	4-8
Piridoxina	(Ug/litro)	100	640	260-420
Pantotenato	(Mg/litro)	1.8	3.5	2-3.1
Fólico	(Ug/litro)	52	55	32-100
B 12	(Ug/litro)	0.3	4	1-2
Vit. C	(Mg/litro)	43	11	36-53
Vit. D	(U.I./litro)	22	14	400-422
Vit. E	(U.I./litro)	1.8	0.4	10.13
Vit. K	(Ug/litro)	15	60	19-69

++: Fórmulas suplementada con hierro: contienen hasta 12 mg por litro.

intelectual, se cree que la presencia de taurina en la leche materna, el cual es insuficiente en otras leches, participa en el desarrollo del sistema nervioso. 5) evita la obesidad.

“Se dice que el niño alimentado al seno materno, se convierte en árbitro de su propia ingesta”.

VIII. Técnicas de lactancia

1. Posición correcta (Fig. 6)
2. Frecuencia duración de las tetadas: con base en la demanda, se recomienda iniciar el primer día cinco minutos de cada pecho y en los días siguientes ir aumentando el tiempo, (esto ayudará al endurecimiento progresivo de los pezones); hasta llegar a dar 15 minutos cada lado. Posteriormente, de acuerdo al apetito y velocidad de alimentación del niño, así será el tiempo de lactancia.
3. El acto de suspender o cambiar de pecho: no debe hacerse bruscamente. Se introduce el dedo número cinco de la mano (meñique) en la boca del niño, con el cual se le retira el pezón y en este momento se hace el cambio o se suspende.
4. Limpieza o higiene: la madre no debe hacer uso de alcohol, jabones, etc., bastará con el baño diario y toques con agua hervida tibia en el pezón y la areola (se evitará así la descamación y pezones agrietados y dolorosos).
5. Se recomienda prendas de vestir suaves o ligeras, uso de sostén o brassier a base de material absorbente o del todo no usarlo. No se recomiendan brassiers con material plástico.
6. Se recomienda que después de cada tetada, la madre deje sus pechos al aire libre por 15 ó 20 minutos para mejorar el endurecimiento de los pezones. Puede recomendarse exposiciones cortas a la luz solar o calor local, sin ser en exceso.
7. Rotación: si la madre comienza la lactancia con el seno derecho, en la tetada siguiente (2 a 3 hrs. después) iniciará con el pecho izquierdo, en el entendido de que siempre se debe dar de ambos senos.

IX. Dieta de la madre lactando

Debe ser usual o que la madre acostumbra. Sí se debe hacer énfasis en que la ingesta de calcio e hierro, debe ser adecuada. Dar suplemento de hierro y calcio, sobre todo a madres de escasos recursos económicos que no pueden ingerir leche y carne en cantidades

adecuadas y diariamente. No es necesario contraindicar la ingesta de ningún alimento, si la madre está acostumbrada a ingerirlo, siempre que sea en cantidades moderadas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anderson, P. Drugs and Breast Feeding. *Seminars in Perinatology*. 3: 271-279. 1979.
- 2.- Berg, T. Nursing the Newborn. *Seminars in Perinatology*. 3: 241-254. 1979.
- 3.- Butler, J. Immunologic Aspects of Breast Feeding. Antinfectious activity of Breast Milk. *Seminars in Perinatology*. 3: 255-210. 1979.
- 4.- Catz, Ch. and Giacoia, G. Drugs and Breast Milk. *Pediatric Clinics of North America*. 19:151-163. 1972.
- 5.- Díaz, J. La Recuperación de la Lactancia Materna. *Bol. Med. Hosp. Infant*. 36:1147-1152. 1979.
- 6.- Dickey, R. Drugs Affecting Lactation. *Seminars in Perinatology*. 3: 279-286. 1979.
- 7.- France, G. et al. Breast Feeding and Salmonella Infection. *Am. J. Dis. Child*. 134: 147-152. 1980.
- 8.- Harrison, R. Suppression of lactation. *Seminars in Perinatology*, 3:287-297. 1979.
- 9.- Jenness, R. The Composition of Human Milk. *Seminars in Perinatology*, 3:225-239. 1979.
- 10.- Puga, T. et al. Internación conjunta madre-hijo y lactancia materna. *Bol. Med. Hosp. Infant*. 36:1025-1050. 1979.
- 11.- Raye, J. *Diseases of the newborn*. fourth ed. Philadelphia. W.B. Saunders Co. 840-847. 1977.
- 12.- Verronen, P. et al. Promotion of Breasts Feeding: Effect on neonates of change of feeding routine at a maternity unit. *Acta Paediatr. Scand*. 69:279-282. 1980.
- 13.- Vorherr Helmuth. Pregnancy and lactation in relation to breast cancer risk. *Seminars in Perinatology*. 3:299-310. 1979.