

WHO/CHD/98.9
DISTR.: GENERAL
ORIGINAL ENGLISH

Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural

DIVISIÓN DE SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO



Organización Mundial de la Salud
Ginebra
1998

© Organización Mundial de la Salud 1998

Este documento no constituye una publicación formal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y todos los derechos están reservados por la Organización. Sin embargo, el documento puede ser revisado, resumido, reproducido o traducido libremente, en parte o en su totalidad, pero no para su venta ni para su uso con propósitos comerciales.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican de parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

Las opiniones expresadas en los documentos en los que se menciona el nombre de los autores son de la exclusiva responsabilidad de dichos autores.

Ilustración de la cubierta adaptada de un afiche, con autorización
Del Ministerio de Salud del Perú

INDICE

AGRADECIMIENTOS	7
INTRODUCCIÓN	9
Métodos usados en esta revisión	10
Principales limitaciones de la validez interna	11
Limitaciones menores de los estudios experimentales	11
LOS DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL.....	13
Paso 1: Normas	15
1.1. Criterios	15
1.2. Introducción	15
1.3. Eficacia de las normas de lactancia materna	15
1.4. Resultados de normas débiles	16
1.5. Normas que desalientan o interfieren con la lactancia materna	17
1.6. Eficacia de las normas estrictas	18
1.7. Elementos de una norma	18
1.8. Proceso de elaboración de una norma	19
Paso 2: Capacitación (formación)	22
2.1. Criterios	22
2.2. Introducción	22
2.3. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud	22
2.4. Eficacia de la formación (capacitación)	23
2.5. Duración de los cursos de capacitación	24
2.6. Conclusiones	25
Paso 3: Atención prenatal	29
3.1. Criterios	29
3.2. Introducción	29
3.3. Factores que influyen sobre la intención de amamantar	29
3.4. Datos sobre los beneficios de la educación prenatal	30
3.5. Datos sobre la utilidad de la preparación de los pezones	31
3.6. Conclusiones	32
Paso 4: Contacto precoz	35
4.1. Criterios	35
4.2. Introducción	35
4.3. Efectos del contacto precoz sobre la lactancia	36
4.4. Otros resultados	37
4.5. Analgesia durante el parto y el momento de dar a luz	37
4.6. Conclusiones	38

Paso 5: Orientación	43
5.1. Criterios	43
5.2. Introducción	43
5.3. Enseñar a las madres a dar pecho	44
5.4. Ayudar a las madres que están separadas de sus hijos en el hospital	45
5.5. Conclusiones	46
 Paso 6: Uso de suplementos	 50
6.1. Criterios	50
6.2. Introducción	50
6.3. Efecto sobre la lactancia materna de los alimentos prelácteos y suplementos en el hospital	 51
6.4. Efecto sobre la lactancia de los suplementos posteriores al alta de la maternidad	52
6.5. Otros resultados	52
6.6. Efecto sobre la lactancia de las muestras comerciales de sucedáneos de la leche materna	53
6.7. Impacto y rentabilidad de la restricción de leche artificial en el hospital	54
6.8. Conclusiones	55
 Paso 7: Alojamiento conjunto	 63
7.1. Criterios	63
7.2. Introducción	63
7.3. Efecto del alojamiento conjunto sobre la lactancia	64
7.4. Otros resultados	65
7.5. Validez de los argumentos para no aplicar el alojamiento conjunto	65
7.6. Efecto del colecho o cama compartida en la lactancia materna y otros resultados	65
7.7. Conclusiones	66
 Paso 8: Lactancia a demanda	 69
8.1. Criterios	69
8.2. Introducción	69
8.3. Frecuencia y duración del amamantamiento poco después del parto	69
8.4. Efectos de la lactancia materna sin restricciones	70
8.5. Otros resultados	71
8.6. Conclusiones	71
 Paso 9: Tetinas y chupetes	 74
9.1. Criterios	74
9.2. Introducción	74
9.3. Efecto de las tetinas sobre la lactancia materna	74
9.4. Efecto de los chupetes sobre la lactancia materna	75
9.5. Otros efectos de las tetinas y chupetes	76
9.6. Conclusiones	77

Paso 10: Apoyo a la madre	81
10.1. Criterios	81
10.2. Introducción	82
10.3. Efecto del apoyo después de la dada de alta del hospital sobre la lactancia: Servicios de salud	82
10.4. Efecto del apoyo después de la dada de alta del hospital sobre la lactancia: Grupos de madres	83
10.5. Efecto del apoyo después de la dada de alta del hospital sobre la lactancia: Promotoras de la comunidad.	83
10.6. Conclusiones	84
Intervenciones combinadas.	93
11.1. Introducción	93
11.2. Efecto sobre la práctica de la lactancia	93
11.3. Efecto de las intervenciones combinadas sobre la rentabilidad y la morbilidad.	94
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	99
Recomendaciones	100
BIBLIOGRAFÍA	101
Lista de limitaciones metodológicas.	112
Tipos de lactancia	112

AGRADECIMIENTOS

Las autoras de esta revisión fueron la Dra. Constanza Vallenas y la Dra. Felicity Savage. El Dr. José Martines proporcionó su valiosa ayuda para el análisis.

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a las siguientes personas por revisar el borrador del documento y por ofrecer comentarios útiles y constructivos: Sra. Helen Armstrong (UNICEF, Nueva York), Sra. Beverley Chalmers (Ontario), Dra. Gülbin Gokçay (Universidad de Estambul), Dra. Rukshana Haider (Centro Internacional para el Estudio de las Enfermedades Diarréicas, Bangladesh), Sra. Elizabeth Kylberg (Universidad de Uppsala), Sra. Sandra Land (Universidad de Central Lancashire), Sra. Ludmila Lhotská (UNICEF, Nueva York), Dra. Nancy G. Powers (Universidad de Kansas), Profesora Mary Renfrew (Universidad de Leeds), Dra. Wendelin Slusser (Universidad de California, Los Angeles), Dr. Cesar G. Victora (Universidad Federal de Pelotas), Dr. Michael Woolridge (Universidad de Leeds).

Gracias también a los miembros del Grupo Técnico de la OMS sobre Lactancia Materna en representación de otras unidades: Sra. R. Saadeh, Programa de Nutrición y Dra. J. Zupan, División de Salud Reproductiva (Apoyo Técnico) que hicieron comentarios útiles. Agradecemos también a la Dra. Chessa Lutter (Programa de Alimentos y Nutrición, OPS/OMS) sus valiosos comentarios, y a la Dra. Nadia Meyer la revisión de la lista de citas bibliográficas.

Esta versión en español ha sido realizada por la Oficina Panamericana de Salud (OPS), a propuesta del Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires. El traductor fue el Dr. Carlos González (Asociación Catalana Pro Lactancia Materna, ACPAM, Barcelona). El Dr. Jacobo Sabulsky (Universidad Nacional de Córdoba, Argentina) y la Dra. Constanza Vallenas (OMS, Ginebra) revisaron la traducción.

INTRODUCCIÓN

Los "Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural" son la base de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) de la OMS y el UNICEF, los cuales resumen las acciones necesarias para apoyar a la lactancia materna en las maternidades. El propósito de este documento es revisar las pruebas de la eficacia de los Diez Pasos, y servir tanto a la promoción como a la educación. Es de esperar que en el futuro las normas y prácticas se basen en la investigación, y no en conjeturas y costumbres (Inch y Garforth, 1989).

Existen artículos que presentan la justificación de algunos o todos los Diez Pasos (Pérez-Escamilla y cols., 1994; Saadeh y Akre, 1996); sin embargo, una revisión exhaustiva y crítica de los datos disponibles sigue siendo necesaria.

La IHAN se desarrolló para llevar a término la segunda meta operacional de la Declaración de Innocenti:

Garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen plenamente la totalidad de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural que aparecen en la declaración conjunta OMS/UNICEF titulada "Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad".

Y los aspectos aplicables a las instituciones de salud de la tercera meta operacional:

Haber tomado medidas para poner en práctica los principios y objetivos de todos los artículos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud en su totalidad.

La declaración de Innocenti fue adoptada por la Cuadragésimo Quinta Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1992, en la Resolución WHA 45.34.

La IHAN aborda uno de los principales factores que han contribuido al declive de la lactancia materna: las prácticas hospitalarias que interfieren con la lactancia. Mientras esto no mejore, dichas prácticas serán un obstáculo para cualquier intento de promover la lactancia fuera de las instituciones de salud. Aunque la atención inadecuada a la maternidad no puede considerarse el único responsable de las bajas tasas de lactancia materna exclusiva, la atención adecuada puede ser un requisito previo para incrementarlas.

Muchos otros factores afectan a la forma en que las mujeres alimentan a sus hijos y a la duración de la lactancia. Varios de estos han sido exhaustivamente revisados por Popkin y cols. (1983), Forman (1984), Simopoulos y Grave (1984), Kaktürk y Zetterström (1989), Wilmoth y Elder (1995), e incluyen: 1) lugar de residencia (urbano o rural), 2) nivel socioeconómico, 3) educación de la madre (Forman, 1984), 4) situación laboral de la madre, y 5) presiones comerciales, conocimiento y accesibilidad de los sucedáneos de la leche materna (Huffman, 1984). Los factores socioculturales también determinan las creencias y actitudes, así como las prácticas, relacionadas con la lactancia materna. La decisión de una mujer sobre la alimentación de su hijo puede verse influida por las actitudes reales del padre del niño (Freed, Fraley y Schanler, 1993), de otros miembros de la familia y de los amigos; y por el apoyo del que disponga para llevar a la práctica sus decisiones.

Los factores que afectan a las tasas de lactancia materna no sólo son numerosos y complejos, sino que actúan de forma distinta en diferentes situaciones. Por ejemplo, la influencia del padre del niño puede depender del grado de control que en determinada sociedad posee el varón sobre el cuerpo de su compañera; la educación de la madre se ha asociado con tasas de lactancia materna más altas en los países industrializados y más bajas en los países en desarrollo (Forman, 1984).

Los factores también pueden variar con el tiempo en una comunidad, y tanto la lactancia exclusiva como la parcial pueden tener determinantes distintos (Pérez-Escamilla y cols., 1993). Las actitudes culturales hacia los pechos como símbolos sexuales, y la confianza de la mujer en su propia capacidad de lactar, pueden también variar e influir en la actitud materna hacia la lactancia. No sería, por lo tanto, sorprendente encontrar que la aplicación de los Diez Pasos afecta a la lactancia materna de forma distinta en diferentes comunidades. Los estudios aquí revisados muestran de hecho algunas diferencias, pero más en la intensidad que en la dirección del efecto. Hay más estudios realizados en países industrializados que en países en desarrollo, pero las pruebas disponibles indican que la aplicación de los Diez Pasos en los servicios de maternidad puede aumentar la lactancia materna en casi cualquier lugar. La aplicación de cada paso separadamente tiene algún efecto, pero la

aplicación conjunta de todos ellos tendrá un efecto mayor, mientras que la omisión de uno o varios pasos puede limitar el impacto de los que sí estén en vigor.

Así, aunque un programa debe tener muchos otros componentes para alcanzar un aumento continuo y mantenido en la lactancia materna (incluyendo legislación laboral, educación de la población general, apoyo en la comunidad y aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna (el Código)), la mejora de la atención de salud es fundamental. Como se resume en los Diez Pasos, la elaboración de normas y la capacitación (formación) del personal, que resulten en un apoyo adecuado y competente a las madres antes, durante y después del parto, así como un apoyo continuo en la comunidad después del nacimiento, son requisitos necesarios para obtener las mejoras perseguidas con otras actividades.

Métodos usados en esta revisión

Se revisó la bibliografía para identificar estudios publicados relativos a cada uno de los Diez Pasos, y el efecto sobre la lactancia de su aplicación en las instituciones de salud. Excepcionalmente se incluyeron estudios que evalúan intervenciones fuera de las instituciones de salud. Aunque el propósito principal de la IHAN es aumentar las tasas de lactancia materna, otros resultados también son importantes, tanto por sí mismos como porque pueden afectar a la decisión de dar alimentos suplementarios. Por lo tanto, se identificaron también las publicaciones relativas a resultados como el peso del lactante, los niveles de bilirrubina y los patrones de sueño.

En la medida de lo posible, sólo se han incluido estudios aleatorios controlados ("experimentales"), y estudios controlados con asignación sistemática o con un diseño "antes y después de la intervención" ("cuasiexperimentales"). Los estudios fueron evaluados de acuerdo a ciertos criterios preestablecidos (Blum y Feachem, 1983; Pérez-Escamilla y cols., 1994).

En la primera columna de los cuadros comparativos de resultados se señalan las limitaciones identificadas en cada estudio, de acuerdo a la siguiente lista:

Principales limitaciones de la validez interna:

1. Control inadecuado: no hay datos de base, o las diferencias entre grupos no se tuvieron en cuenta durante el análisis.
2. Variables de confusión no controladas, como edad materna, educación de la madre, nivel socioeconómico.
3. Autoselección de los participantes: el resultado de la lactancia puede variar según la motivación de la madre de aceptar o rechazar una intervención.
4. Más del 10% de pérdidas de seguimiento, desigualmente distribuidas entre los grupos de intervención y control.
5. Validez interna indeterminada: pérdidas de seguimiento no específicas, métodos mal explicados o comunicación breve no publicada.

Limitaciones menores de los estudios experimentales o cuasiexperimentales:

6. Comparación de uno a uno: al evaluar intervenciones en grupo, como educación, las diferencias encontradas al comparar los resultados de un grupo (servicio hospitalario, sala cuna) con los de otro grupo pueden no reflejar los efectos reales de la intervención. La fuerza de la prueba es menor.
7. Largo período de recuerdo: existen pocos datos sobre períodos de recuerdo específicamente relacionados con la lactancia materna. Margen y cols. (1991) encontraron en un estudio en México que "...el sesgo general de recuerdo [al recordar a los 3 meses el tipo de lactancia a las 2 semanas] iba en el sentido de que las madres recordasen más lactancia materna y menos lactancia artificial de lo que en realidad habían practicado antes". A los propósitos de esta revisión, se ha considerado insatisfactorio un lapso de tiempo superior a los 6 meses.
8. Definición confusa de los indicadores de lactancia:
 - ▀ Lactancia materna "exclusiva" se consideró como "lactancia materna completa" si no estaba definida, o si la definición era diferente de los indicadores de la OMS (ver pág. 111).
 - ▀ "lactancia materna" se consideró como "completa más parcial" si no estaba definida.

9. Basado en la intención de amamantar y no en la práctica real. Esto disminuye la fuerza de las conclusiones, pero no las invalida.

La mayoría de los estudios no ofrecen datos sobre los efectos a largo plazo de las intervenciones. Esto puede enmascarar los efectos negativos de las prácticas inadecuadas, pues es bien sabido que, una vez que se inicia la lactancia artificial, sólo excepcionalmente se vuelve a la lactancia materna. Por lo tanto, el resultado diferente entre dos grupos puede ser aparente sólo después de varios meses. Por tal motivo, la medición de resultados a largo plazo en un estudio se consideró una característica deseable.

Una muestra de tamaño pequeño puede ser una limitación cuando el estudio compara "tratamientos" (intervenciones) para averiguar cuál ofrece mejores resultados. La probabilidad de que los resultados sean aplicables en otras poblaciones (validez externa) aumenta cuando se experimenta con un gran número de individuos seleccionados con criterios estrictos. Cuando un estudio investiga la relación causa-efecto entre una intervención y un resultado, las condiciones experimentales (criterios de inclusión y exclusión, variables de base y de seguimiento) deben ser lo más rigurosas posible. El tamaño de la muestra debe ser lo suficientemente grande para detectar diferencias estadísticamente significativas entre el grupo tratado y el de control; las diferencias deben ser importantes desde el punto de vista biológico.

En el campo de la alimentación infantil es especialmente difícil distribuir los grupos de forma aleatoria. Por lo tanto, se consideró necesario incluir en esta revisión estudios prospectivos de cohortes no aleatorios.

Los criterios para incluir estudios prospectivos de cohortes fueron: tamaño grande de muestra, control del sesgo de selección, baja proporción de pérdidas de seguimiento, homogeneidad entre los individuos perdidos y los demás, recolección adecuada de los datos y, en lo posible, uso del análisis de regresión multifactorial para controlar los posibles factores de confusión. Los estudios retrospectivos o transversales se incluyeron si aportaban observaciones útiles y no tenían graves defectos metodológicos. También se consideró favorable la medición de efectos a largo plazo sobre la duración de la lactancia materna.

Presentación de la información

La información para cada paso se presenta en el siguiente orden:

1. Los Criterios Globales para dicho paso, definidos por la Iniciativa Hospital Amigo del Niño de la OMS y el UNICEF (1992).
2. Una introducción describiendo la situación de partida.
3. Resultados en cuanto a la lactancia materna de los estudios experimentales o cuasiexperimentales, por orden histórico. Los estudios con menos limitaciones se comentan con más detalle. Las limitaciones de los estudios se presentan aparte, en los cuadros comparativos.
4. Aportaciones complementarias de estudios prospectivos (longitudinales) o transversales.
5. Otros resultados de estudios experimentales y no experimentales.
6. Discusión y conclusiones.

7. Un cuadro comparativo de los estudios experimentales o cuasiexperimentales, cuando los hay, y de los estudios longitudinales o transversales que ofrecen datos complementarios.
8. Para facilitar la comparación entre los diversos estudios, se incluyen el año de publicación, el país o zona donde fueron realizados, las características de la población y las limitaciones metodológicas de los estudios. Dichas limitaciones se numeran de acuerdo a la lista presentada en la sección precedente. Entre los resultados se incluye la duración del indicador considerado: lactancia materna exclusiva, lactancia materna completa o lactancia materna (ver definiciones en página 112).
9. En cada paso se presentan gráficamente los resultados de uno de los estudios.

La sección final presenta informes de intervenciones combinadas. Se excluyeron estudios con varias limitaciones principales.

Los 10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural

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

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados a pecho tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Paso 1:

NORMAS

1.1 «Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud»

El hospital debe tener una norma escrita de lactancia que cubra los 10 pasos y proteja la lactancia... debe estar disponible de modo que todo el personal que atiende a las madres y a los bebés pueda consultarla... debe estar expuesta de forma visible en todas las zonas del hospital donde se atienda a madres, lactantes o niños... y debe mostrarse en el lenguaje o lenguajes más frecuentemente comprendidos por los pacientes y el personal (Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992).

1.2 Introducción

Es más fácil conseguir mejoras coherentes y mantenidas en las prácticas hospitalarias si existen normas específicas y apropiadas, preferiblemente como uno de los requisitos del ciclo habitual de control de calidad dentro de la institución. Las normas pueden estar escritas, o existir y ser implícitas sin estar escritas. Una norma no escrita podría ser fuerte y eficaz, mientras que una norma escrita podría ser ignorada. Sin embargo, para conseguir un cambio cuando no hay unanimidad de opiniones, y para mantenerlo cuando el personal cambia, es necesario que la norma sea escrita.

Por lo tanto, este paso requiere:

- 1) Normas apropiadas sobre todas las prácticas relativas a la lactancia materna, consensuadas entre las autoridades involucradas
- 2) Dichas normas deben ser explícitas en un documento escrito
- 3) Todo el personal y los pacientes deben conocer las normas.

Además, las autoridades, tanto dentro del hospital (como gerentes y jefes de servicio) como fuera (en el Ministerio de Salud, por ejemplo) deben comprometerse con las normas y ponerlas en vigor. La falta de compromiso y cooperación del personal directivo puede ser un importante obstáculo para la aplicación coherente de los Diez Pasos. De forma ideal, las normas deben surgir también del compromiso de los padres, profesionales de salud, medios de comunicación y otros grupos de la comunidad. La falta de compromiso parece ser mayor en algunos hospitales privados, en que las actuaciones se guían más por la comodidad de los clientes y consideraciones económicas que por los beneficios para la salud a largo plazo.

1.3 Eficacia de las normas de lactancia materna

Es difícil usar un diseño experimental para mostrar que las normas producen un cambio (Janovsky y Cassels, 1996). Los estudios descriptivos y cualitativos sobre experiencias en determinados servicios de salud son una

forma más útil de mostrar las relaciones entre normas fuertes o débiles y actuaciones correctas o incorrectas, y pueden ser la mejor fuente de información para guiar el desarrollo de normas.

Más común que la ausencia de normas resulta la mezcla, en el mismo servicio, de normas adecuadas e inadecuadas, y la debilidad e incoherencia de su aplicación. Puede existir confusión sobre su interpretación, y puede haber incompatibilidades entre distintas prácticas que se interfieren mutuamente.

Westphal y cols. (1995) evaluaron la eficacia de capacitar a un equipo de trabajo para obtener cambios en las prácticas de lactancia en el Brasil. Las prácticas mejoraron en aquellos hospitales en que se capacitó a un grupo de trabajo. Se observó, sin embargo, una falta de coordinación entre autoridades, personal directivo y profesionales de salud en cada centro.

Para mejorar la eficacia de una norma sobre lactancia materna, deben incluirse prácticas adecuadas, todo el personal debe cumplirlas, y se deben medir o auditar los resultados apropiados para obtener la retroalimentación que permita mejorar la norma.

1.4 Resultados de normas débiles

Reiff y Essock-Vitale (1985) publicaron un estudio en un hospital universitario en los Estados Unidos (EE.UU.), en el que la mayoría de las normas oficiales, materiales educativos y programas de asesoramiento (consejería) y apoyo promovían la lactancia materna. Sin embargo, no había ninguna norma para limitar el uso de leche artificial, y en el servicio de maternidad se usaba cada día una única marca de leche lista para su uso. En la sala de partos, el 66 % de las madres habían mostrado su preferencia por la lactancia materna exclusiva; pero al entrevistarlas a las 2 semanas sólo el 23 % estaban dando pecho sin suplementos de leche artificial. El 93 % de las madres que daban suplementos a las 2 semanas conocían la marca del hospital, y el 88 % la usaban. De este modo, la falta de normas en uno de los pasos puede interferir con la aplicación de los otros.

Winikoff y cols. (1986) observaron obstáculos institucionales a la lactancia materna en un hospital de los EE.UU. Las madres lactantes y sus hijos solían ser separados durante largos periodos de tiempo, y los lactantes

recibían leche artificial a pesar de las normas escritas en contra. Existía confusión sobre qué fármacos administrados a la madre podían estar contraindicados durante la lactancia, y sobre la identificación de las madres lactantes. Un programa que incluía la formación (capacitación) del personal, el desarrollo de materiales educativos y el establecimiento de un servicio de asesoramiento en lactancia materna tuvo un efecto limitado, posiblemente porque no se hizo ningún esfuerzo específico para cambiar las normas. Los autores concluyeron que para conseguir el cambio eran esenciales dos elementos: la educación de los profesionales y la disposición del personal directivo a reevaluar las normas y las prácticas a las que éstas se refieren.

Garforth y García (1989) cotejaron las normas y prácticas relativas a la lactancia en los distritos de salud de Inglaterra. Se contactó a todas las parteras (matronas) jefe, con una tasa de respuestas del 93 %. Se realizó un estudio a profundidad en 8 distritos sanitarios. El contacto precoz entre madre e hijo y el alojamiento conjunto eran la norma en la mayor parte de los centros; pero las observaciones mostraron que no siempre se llevaban a la práctica. Un obstáculo para el contacto precoz era la separación de madre e hijo para otros procedimientos de rutina. El 97 % de los centros dijeron tener como norma la lactancia a demanda, pero en algunos se restringían las mamadas nocturnas. Sólo en el 30 % de los centros la lactancia materna era exclusiva; en los otros se daba suero glucosado o leche artificial. Los autores concluyeron que se necesitaban amplias discusiones sobre las normas, seguidas por la capacitación del personal con una clara explicación de los motivos para cambiar las prácticas inadecuadas.

Cunningham y Segree (1990) compararon los conocimientos y prácticas sobre la lactancia materna de las madres en un hospital rural y otro urbano de Jamaica. Los autores encontraron que el hospital rural, con normas no escritas favorables a la lactancia pero escasos medios para la educación, tenía más impacto que el hospital urbano, que tenía normas adversas a la lactancia materna (inicio tardío y biberones frecuentes) pero mejores medios educativos. Su conclusión fue que «...los recursos limitados pueden emplearse con más eficacia en cambiar las normas que en buscar nuevas tecnologías, programas o personal.»

Stokamer (1990) observó que la falta de apoyo y supervisión desde la dirección causó el fracaso de un programa de promoción de la lactancia en un hospital urbano en los EE.UU. Hubo sesiones de formación abiertas a todo el personal, pero la asistencia fue escasa (no era obligatoria). Los supervisores no controlaban el cumplimiento de las normas de lactancia.

Wright y cols. (1996) describen la experiencia de intentar cambiar las normas y las prácticas en un hospital de los EE.UU. entre 1990 y 1993. En este último año, más recién nacidos fueron amamantados en la primera hora, se dieron menos suplementos lácteos, y más madres recibieron asesoramiento que en 1990; pero los cambios fueron sólo parciales. El departamento de obstetricia no participó, y se siguieron repartiendo lotes de regalo que contenían leche artificial. Los autores señalan que «la principal limitación de la intervención fue que no era una prioridad para el personal directivo, aunque este apoyaba en términos generales los esfuerzos del grupo de trabajo. Por este motivo, nunca se exigió a las enfermeras que asistieran a las sesiones de capacitación en el hospital, ni se les pidieron responsabilidades por la administración de leche artificial a los lactantes cuyas madres deseaban dar lactancia materna exclusiva.»

En un estudio de cinco hospitales (dos públicos y tres privados) en Turquía, Gökçay y cols. (1997) observaron que ninguno cumplía todos los Diez Pasos. La costumbre de cambiar las normas de acuerdo con los deseos de los pacientes en los hospitales privados se identificó como un obstáculo para el apoyo a la lactancia materna.

1.5 Normas que desalientan o interfieren con la lactancia materna

Las normas y prácticas inadecuadas en relación con los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas, pueden desvirtuar los esfuerzos para promover la lactancia materna. Para ser amigos del niño, los hospitales han de cumplir con las secciones aplicables del Código y con las resoluciones pertinentes posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud. Si no existe una legislación nacional, se requiere una norma propia del centro. De todos modos, incluso cuando existe una norma sobre la lactancia, puede que no abarque los sucedáneos de la leche materna. En un estudio transversal en el

Canadá, mediante un cuestionario enviado por correo a todos los hospitales con servicio de maternidad, el 58 % afirmó tener normas escritas sobre la lactancia (Levitt y cols., 1996). Sólo el 1,3 % restringía la entrega de muestras gratuitas de leche a las madres.

Entre las prácticas que pueden interferir con la lactancia materna y que no se permiten en un hospital amigo del niño están:

- ▶ Distribución o exhibición de afiches, calendarios o cualquier material escrito que promueva la lactancia artificial o que mencione marcas de sucedáneos de la leche materna;
- ▶ Distribución de muestras gratuitas de sucedáneos de la leche materna a las madres que lactan;
- ▶ Aceptación de suministros gratuitos o a bajo precio de sucedáneos de la leche materna y otros productos regulados por el Código.

Los sucedáneos de la leche materna que se puedan necesitar deben adquirirse a través de los canales comerciales habituales, y a un precio no inferior al 80 % de su precio de venta al público.

Las normas hospitalarias relativas a los sucedáneos de la leche materna pueden asociarse con un rápido cambio en las intenciones y confianza de las madres respecto a la lactancia, incluso antes de ser dadas de alta. Margen y cols. (1991) estudiaron las normas y prácticas de los hospitales, incluyendo la adquisición y el uso de la leche artificial, en tres regiones de México. También estudiaron la lactancia prevista y real de las madres, mediante un diseño longitudinal cualitativo y cuantitativo. De los 59 hospitales estudiados, el 80 % recibían gratis toda la leche artificial. Sólo el 3 % dijo comprar la leche al precio de venta al público. Los recién nacidos tomaban suero glucosado o té en la primera toma, y la mayoría recibía biberones de leche de forma rutinaria. El 66 % de los hospitales entregaban muestras gratuitas de leche a las madres. A su ingreso, el 95 % de las madres decían que pensaban dar pecho en casa, el 54 % de forma exclusiva; pero en el hospital sólo el 40 % daba el pecho a sus hijos. Al momento de ser dadas de alta del hospital, el 36 % había modificado sus intenciones expresadas al ingreso, la mayoría para introducir o aumentar la cantidad de leche artificial, y sólo el 43 % pensaba dar lactancia materna exclusiva. Casi dos tercios (64 %) de las madres que pensaban combinar la lactancia materna y la artificial creían que no tendrían suficiente leche.

Se realizó un estudio transversal de la promoción de los sucedáneos de la leche materna en Polonia, Bangladesh, Tailandia y Sudáfrica (The Interagency Group on Breastfeeding Monitoring, 1997; Taylor, 1998). Las madres que recordaban haber recibido información negativa asociada con la industria (es decir, información que en *opinión de la madre* promovía la lactancia artificial o desaconsejaba la lactancia materna) tenían una probabilidad significativamente mayor de dar biberón a sus hijos que las madres que no recibían dicha información. La edad media de los lactantes en el momento de la entrevista era de 2,5 a 2,8 meses. Los métodos usados hacen que los resultados sólo sean representativos de los lugares donde se hizo el estudio.

1.6 Eficacia de las normas estrictas

Varias publicaciones muestran las ventajas de una norma estricta para aumentar la eficacia de las intervenciones. Relucio-Clavano (1981) en las Filipinas, Pichaiapat y cols. (1992) en Tailandia, y Valdés y cols. (1993) en Chile mostraron cómo la mejora de las prácticas hospitalarias puede aumentar la lactancia materna. También describen cómo, para cambiar las prácticas, fue necesario cambiar las normas y hacer que el personal médico y de enfermería conociera y comprendiera dichas normas.

Popkin y cols. (1991) evaluaron un programa nacional de promoción de la lactancia materna realizado en Honduras entre 1982 y 1988. Los hospitales adoptaron normas de lactancia precoz y alojamiento conjunto, y suprimieron los regalos de leche y biberones a las madres. El inicio y la duración de la lactancia materna aumentaron significativamente, y los autores concluyeron que los cambios en las normas hospitalarias y la capacitación fueron los principales elementos del programa.

Bradley y Meme (1992) hicieron público un programa de promoción de la lactancia que comenzó en Kenia en 1983. Las actitudes y prácticas mejoraron en los hospitales del gobierno, y en 1989 la duración de la lactancia materna había aumentado tanto en las zonas rurales como urbanas. Los aspectos principales del programa fueron la promulgación de un Código de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna; instrucciones del Ministerio de Salud a todos los hospi-

tales para poner fin a la distribución de leche artificial y para establecer la lactancia precoz, el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva; y la formación del personal. Las instrucciones y reglamentos se consideraron un componente clave para conseguir una amplia adhesión al programa.

McDivitt y cols. (1993), en Jordania, evaluaron una campaña en los medios de comunicación para promover el inicio precoz de la lactancia materna y la toma del calostro. La campaña sólo tuvo éxito en aumentar el inicio precoz entre las madres que daban a luz en su casa o en hospitales cuyas normas favorecían dicha práctica. No hubo mejoras entre las madres que daban a luz en hospitales sin tales normas.

Heiberg y Helsing (1995) describen tres encuestas sobre las prácticas relativas a la lactancia en los servicios de maternidad de Noruega entre 1973 y 1991. Se habían producido cambios considerables, aumentando el contacto precoz, el alojamiento conjunto durante el día y la lactancia a demanda. Sólo 16 de los 64 hospitales tenían una norma escrita sobre la lactancia, y no se hicieron comparaciones entre los que la tenían y los que no. Sin embargo, los autores observan que «la elaboración de ... una norma es, según los hospitales que han pasado por el proceso, muy útil y educativa.»

1.7 Elementos de una norma

Es esencial una norma específica para la lactancia, pues los cambios en los protocolos obstétricos generales que no son específicos para la lactancia pueden no mejorar las cifras de lactancia materna. Un estudio controlado aleatorio (Waldenström y Nilsson, 1994) no encontró diferencias en la duración de la lactancia materna (exclusiva o parcial) entre madres altamente motivadas atendidas en un «centro de nacimiento» (continuidad de la atención, sensibilidad a las necesidades de ambos padres y apoyo a la participación de ambos padres en el proceso, pero sin atención específica a la lactancia materna) y las que recibían la atención obstétrica habitual.

Las normas sobre lactancia deben especificar tanto la necesidad de aplicar prácticas adecuadas (como el alojamiento conjunto), como la necesidad de restringir las prácticas inadecuadas (como el dar a los bebés leche artificial sin indicación médica, o usar tetinas y chupetes).

Son muchos los caminos para obtener la cooperación del personal directivo, pero en general se requiere un proceso de organización, como el establecimiento de un grupo de trabajo, de ser posible multidisciplinario, y la realización de reuniones hasta alcanzar el consenso. Es recomendable incluir personal de los servicios de salud materno-infantil, así como representantes de los grupos de apoyo a la lactancia, si existen. Tal colaboración puede aumentar la difusión de las normas de lactancia fuera de la institución, y también puede ser una fuente útil de información y retroalimentación desde la comunidad.

La norma del hospital se escribirá siguiendo el formato localmente aceptado, pero los elementos esenciales a incluir son:

- secciones generales sobre metas y objetivos,
- cualquier guía nacional o internacional (como el Modelo de Norma Hospitalaria de Wellstart [Powers, Naylor y Wester, 1994]) que proporcione las bases de la norma,
- datos nacionales y locales, como las tasas de lactancia,
- los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural y los artículos aplicables del Código y de las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud, como recomendaciones mínimas,
- actuaciones detalladas para cada paso y para el Código en relación con la situación local,
- información técnica y bibliografía.

1.8 Proceso de elaboración de una norma

Las normas pueden elaborarse a nivel nacional o en cada hospital. El proceso es muy variable, pero debe incluir a expertos en la lactancia y evitar vínculos comerciales con productos y empresas regulados por el Código. Puede adaptarse en cada hospital.

El proceso de elaboración de una norma es educativo en sí mismo, y puede ayudar a convencer al personal que anteriormente se mostraba ambivalente. Una norma es necesaria para:

- asegurarse de que la dirección y otras personas con autoridad estén de acuerdo en cumplir y hacer cumplir aquellas prácticas que favorecen la lactancia materna

- hacer que el personal médico y de enfermería sienta el tema como propio
- elaborar recomendaciones aplicables a un entorno específico.

El proceso incluye:

- obtener datos locales sobre las prácticas relacionadas con la lactancia y sus efectos, por ejemplo a través de auditorías
- mantener reuniones y discusiones con todo el personal involucrado
- dar conferencias sobre los estudios clínicos y de investigación aplicables
- realizar cursos cortos, como *Promoción de la lactancia materna en las instituciones de salud. Curso intensivo para planificadores y gestores de la salud* (OMS, 1996)
- organizar seminarios con conferenciantes invitados
- distribuir información escrita sobre la lactancia materna entre el personal
- analizar las normas de otros hospitales
- organizar visitas de estudio a hospitales con normas y prácticas ejemplares, e intercambiar personal.

La coordinación de la elaboración de una norma puede ser responsabilidad de un miembro designado del personal o de un pequeño comité, designado por la dirección del hospital, aunque es necesario que se incluya una representación de alto nivel de todos los sectores implicados. Una persona o un pequeño comité del personal puede redactar un borrador, que los demás revisan hasta que se pueda llegar a un acuerdo.

La dirección y las jefaturas deben controlar la aplicación de la norma mediante inspección, supervisión y, si es necesario, la formación del personal responsable o acciones disciplinarias. Eregie (1997) encontró en un hospital africano, designado Amigo del Niño tres años antes, que el personal seguía dando agua a los recién nacidos y recomendaba el uso de suplementos.

CUADRO 1.1. RESULTADOS DE UN ESTUDIO TRANSVERSAL
Normas

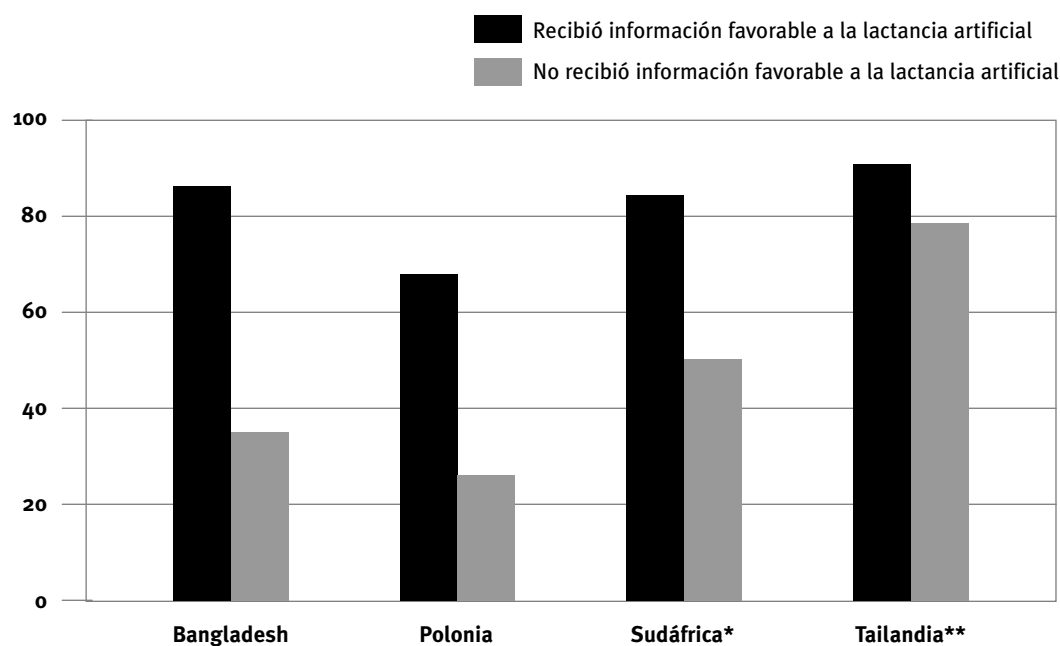
País	Características de la población ^a	Tamaño muestral	Exposición	Resultados		Conclusión
				Expuestos	No expuestos	
Bangladesh	Edad media: 2.5 meses	n = 385	<i>Información negativa</i> de las compañías recibida por las madres	66/76 (86,8 %) habían dado algún biberón a su hijo ***	104/309 (33,7 %) habían dado algún biberón a su hijo ***	En los 4 países, las madres que recibieron la <i>información negativa</i> asociada con las compañías tuvieron más probabilidades de usar biberones
Polonia	Edad media: 2.8 meses	n = 430	Igual que el anterior	104/153 (68%) habían dado algún biberón ***	71/277 (25,6 %) habían dado algún biberón ***	
Sudáfrica	Edad media: 2.6 meses	n = 397	Igual que el anterior	93/111 (83,8%) habían dado algún biberón ***	142/286 (49,7 %) habían dado algún biberón ***	
Tailandia	Edad media: 2.8 meses	n = 370	Igual que el anterior	47/51 (92,1%) habían dado algún biberón *	253/319 (79,3 %) habían dado algún biberón *	

*p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001.

^a: Madres de lactantes ≤ 6 meses que acudían a centros de salud elegidos al azar

Fuente: Taylor A (1998) Monitoring the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes: an epidemiological study in four countries. *British medical journal*, 316: 1117-1122.

Cracking the Code. Monitoring the International Code of Breast-milk Substitutes. Country profiles. London, The Interagency Group on Breastfeeding Monitoring, 1997.

Proporción de madres que dieron biberón alguna vez, según hubieran recibido o no información favorable a la lactancia artificial o desfavorable a la lactancia materna

<<Recibió información>> frente a <<no recibió información>>:

* $p < 0,001$

** $p < 0,05$

Adaptado de: *Cracking the Code. Monitoring the international Code of Breast-milk Substitutes. Country profiles*. London, The Interagency Group on Breastfeeding Monitoring, 1997.

Paso 2:

CAPACITACIÓN

2.1 «Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política»

Todo el personal de salud que tenga algún contacto con madres, lactantes o niños debe recibir capacitación (formación) sobre la aplicación de las normas de lactancia. La capacitación sobre lactancia materna debe ofrecerse a los distintos tipos de personal, incluyendo los nuevos empleados; debe durar al menos 18 horas, con un mínimo de 3 horas de práctica clínica supervisada, y abarcar al menos 8 pasos. (Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992).

2.2 Introducción

Es evidente que la capacitación (formación) es necesaria para aplicar una norma de lactancia. No se puede esperar que los profesionales de salud que no han recibido formación en atención a la lactancia puedan ofrecer a las madres orientación eficaz y asesoramiento competente; y sin embargo el tema está a menudo ausente en la formación básica de los médicos, enfermeras y matronas (parteras).

La necesidad de incluir los aspectos prácticos de la lactancia materna en la capacitación básica comienza a aceptarse como un paso fundamental; pero puede ser necesario poner al día las prácticas del personal en activo antes de que la capacitación básica llegue a ser efectiva.

Es preciso aumentar los conocimientos, pero también las habilidades, o no será posible llevar los conocimientos a la práctica. También es necesario cambiar las actitudes que constituyen un obstáculo para la promoción de la lactancia. Entre dichas actitudes están la presunción de que los profesionales de salud lo saben todo; la creencia de que no hay diferencias importantes entre la lactancia materna y la artificial; la resistencia a dedicar tiempo del personal al apoyo a la lactancia, y la negación del impacto de la información incoherente o errónea. Los agentes de salud pueden socavar la confianza de la madre, por ejemplo al criticar o dudar de forma implícita de la cantidad de leche que tiene la madre.

Para que la formación (capacitación) continua tenga éxito debe ser obligatoria, lo que requiere una norma estricta respaldada por las jefaturas. Si la formación es voluntaria, y el personal directivo no se compromete, es probable que la asistencia sea escasa, y que sólo participen aquellos cuya actitud ya era favorable (Winikoff y cols, 1987; Stokamer, 1990; Iker y Mogan, 1992).

2.3 Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud

El desconocimiento de los profesionales de salud sobre la lactancia materna, y sus prácticas y actitudes adversas, ha sido reconocido durante

más de una década (Lawrence, 1982; Popkin y cols., 1985; Lazzaro, Anderson y Auld, 1995). Lawrence (1982) analizó una encuesta enviada a pediatras, obstetras, médicos de familia y enfermeras en los EE.UU. La tasa de respuesta fue del 50 al 75 %. La tercera parte de los que contestaron decían no hablar sobre la lactancia con las madres. Más del 80 % de los pediatras y médicos de familia recomendaban dar líquidos suplementarios a los bebés amamantados. Todos los grupos de profesionales consideraban la vuelta al trabajo o a los estudios como un motivo principal para abandonar la lactancia materna. Lazzaro (1995) ha encontrado recientemente resultados similares.

Popkin y cols. (1985) realizaron un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas entre matronas (parteras), enfermeras, médicos y profesionales de salud comunitaria en una zona de bajos ingresos de las Filipinas. Las actitudes hacia la lactancia materna eran generalmente positivas, pero los conocimientos eran escasos, en especial en cuanto a las posibles «contraindicaciones». La asistencia a conferencias subvencionadas por la industria de alimentos infantiles en que se hablaba de alimentación infantil tenía efectos negativos tanto sobre los conocimientos como sobre las actitudes.

2.4 Eficacia de la formación (capacitación)

Aunque se acepta ampliamente que la capacitación es necesaria, sólo recientemente se ha evaluado su eficacia. Las publicaciones pueden ser difíciles de interpretar, pues a menudo no se describen el contenido y la duración de la capacitación.

Se han identificado dos estudios cuasiexperimentales. Altobelli y cols. (documento no publicado, 1991) estudiaron los efectos de un curso de lactancia materna de 20 horas y la distribución de materiales educativos homologados al personal de atención perinatal en el Perú. Se incluyeron tres hospitales: dos de intervención y uno de control. Asistieron al curso completo 92 y 96 personas, respectivamente, de los dos hospitales de intervención, incluyendo pediatras, obstetras, parteras (matronas), enfermeras y auxiliares. Otras 67 y 30 personas, respectivamente, asistieron a parte del curso. Las auxiliares de enfermería asistieron además a una sesión de 6 horas sobre práctica clínica y educación a las

madres. Los materiales educativos se centraban en 10 mensajes sobre la introducción precoz de agua, y consistían en un manual para el personal de salud, un rotafolio para la educación de las madres y un afiche con calendario para que las madres se llevaran a su casa.

Un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas de todos los grupos profesionales, 9 meses después de la formación, mostró una mejora notable en cuanto al primer contacto madre-hijo, la colocación en el pecho y la disminución del uso de alimentos prelácteos y suplementos en los hospitales en los que había tenido lugar la formación. No hubo mejoras en el hospital de control. La prevalencia de lactancia materna exclusiva (usando una definición estricta, ver Cuadro 2.1) a las 4 semanas era significativamente más alta entre las madres que daban a luz en los hospitales en que se había formado al personal.

Westphal y cols. (1995) estudiaron los efectos de un curso de 3 semanas (133 horas) en Brasil. Ocho hospitales de maternidad con características similares fueron asignados al azar a un grupo de intervención o a uno de control. Tres profesionales de cada hospital asistieron al curso, que abarcaba todos los Diez Pasos y dedicaba la tercera parte del tiempo a actividades prácticas. Los conocimientos (medidos con cuestionarios antes y después del curso) y las actitudes (determinadas mediante dinámica de grupos) hacia la lactancia materna de la mayoría de los asistentes mejoraron de forma importante.

El cumplimiento de los Diez Pasos se evaluó en cada hospital antes del curso y 6 meses después, mediante una serie de observaciones estructuradas, entrevistas y discusiones en grupos focales. Las puntuaciones en el grupo experimental fueron más altas después de la formación, y más altas que en los controles. Se concluyó que el curso era eficaz para aumentar los conocimientos, pero que debía profundizar más en las estrategias para la aplicación del programa, como el análisis crítico de los cambios institucionales necesarios (ver Paso 1).

Se han identificado dos estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios antes y después de la capacitación. Popkin y cols. (1991) evaluaron un programa nacional de promoción de la lactancia en Honduras. Tuvo lugar entre 1982 y 1988, y abarcó cambios en las normas hospitalarias y la

formación de médicos y enfermeras. Una encuesta en 1985 mostró una mejora en los conocimientos y actitudes respecto a 1982. En 1985 había más profesionales que recomendaban la lactancia materna al nacer (87 frente a 27 %, $p < 0,001$) y la lactancia a demanda (84 frente a 38 %, $p < 0,001$); que creían que la separación al nacer es mala para el vínculo afectivo (78 frente a 68 %, $p < 0,001$) y que un bebé con diarrea debe seguir tomando pecho (93 frente a 83 %, $p < 0,001$). Menos profesionales mantenían la creencia errónea de que la desnutrición materna (11 frente a 31 %), el absceso mamario (57 frente a 77 %), la tuberculosis (23 frente a 31 %) o la mastitis (27 frente a 57 %) son contraindicaciones para la lactancia materna. Las encuestas nacionales y locales de 1981 y 1987 mostraron un aumento significativo en el inicio y duración de la lactancia materna.

Bradley y Meme (1992) describieron un programa nacional de promoción de la lactancia en Kenia, que incluyó la capacitación de 800 profesionales de salud de todo el país, el cese de los suministros gratuitos de leche artificial a los hospitales, y disposiciones recomendando el contacto precoz, el alojamiento conjunto y no dar biberones suplementarios. Los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de salud en 1982, antes del programa, y en 1989, 6 años después de su inicio, mostraron mejoras importantes. En 1989, el 89 % de los profesionales, frente al 49 % en 1982, recomendaba el alojamiento conjunto continuo; el 58 % (frente al 3 %) recomendaba la lactancia materna exclusiva en los primeros días; el 70 % (frente al 36 %) sabía que los niños amamantados comen con más frecuencia que los que toman el biberón; el 48 % (frente al 93 %) daba alimentos prelácteos; y sólo el 5 % (frente al 80 %) usaba biberones. El número de hospitales que decían practicar el alojamiento conjunto y el contacto precoz mostró un aumento correlativo, mientras que disminuyó el número de los que usaban alimentos prelácteos (tanto suero glucosado como leche artificial).

Becker (1992) publicó una encuesta a pequeña escala sobre los conocimientos de los profesionales sanitarios en tres servicios rurales de maternidad en Irlanda. El hospital en el que las tasas de lactancia aumentaron más en 3 años tenía las puntuaciones más altas, el

mayor número de profesionales con puntuación máxima, y el único profesional con un título de postgrado en lactancia materna. El personal de los otros hospitales (en los que las tasas de lactancia bajaron o aumentaron ligeramente) creía tener suficientes conocimientos sobre la lactancia materna para ayudar a las madres. Su principal fuente de información eran los fabricantes de leche artificial, mediante las visitas regulares de sus representantes, seminarios sobre alimentación infantil subvencionados por las compañías, e información impresa que las compañías proporcionaban a las madres. La autora concluyó que, en los hospitales estudiados, los profesionales de salud necesitaban más capacitación sobre lactancia materna, y sugirió que la percepción de una persona sobre sus conocimientos puede no ser un buen indicio de sus conocimientos reales.

Iker y Mogan (1992) compararon el uso de biberones, leche artificial y suero glucosado en un hospital con alojamiento conjunto antes y después de un programa de capacitación a tiempo parcial de 4 semanas de duración. Se usaron varios métodos docentes, pero no hubo sesiones prácticas. La asistencia del personal no fue obligatoria ni homogénea. No se encontraron cambios significativos. Los autores concluyeron que el proporcionar información por sí solo era insuficiente para lograr cambios en la conducta. Sloper, McKean y Baum (1975) obtuvieron resultados similares tras un seminario sin componente práctico.

Valdés y cols. (1995) estudiaron los efectos de un curso de 3 días sobre aspectos clínicos del apoyo a la lactancia en 100 profesionales sanitarios de Chile. Los temas incluían la fisiología de la lactancia y la infertilidad lactacional, habilidades clínicas y aspectos normativos. Se usaron técnicas didácticas, participativas y audiovisuales. Los autores concluyeron que los conocimientos y las prácticas mejoraron, pero las limitaciones metodológicas hacen difícil llegar a conclusiones claras.

2.5 Duración de los cursos de capacitación

Los criterios de la IHAN recomiendan que la duración de la formación sea de al menos 18 horas, incluyendo al menos 3 horas de práctica clínica. No han habido estudios formales sobre la duración de la capacitación, pero se ha acumulado bastante experiencia antes y después de

la IHAN. En general, la experiencia respalda el mínimo de 18 horas, aunque con frecuencia se encuentra necesario un tiempo mayor. Armstrong (1990) describió las fases en el proceso de cambio basándose en su experiencia organizando cursos en África. Encontró que la resistencia a la adopción de las rutinas adecuadas, debida a la natural oposición al cambio y a la experiencia personal con la lactancia, suele desarrollarse en el segundo o tercer día de formación. La absorción de nuevas ideas y la planificación activa de los cambios tiene lugar más fácilmente cuando se ha superado esta etapa.

Según comunicaciones orales, la IHAN intentó reducir la capacitación a dos días en un país del África Occidental; pero fue imposible llevarlo a la práctica porque no se podía condensar la información necesaria en tan poco tiempo. En países del centro y sur de África, se ha considerado imprescindible un curso de 5 días cuando no había formación previa. Informes de algunos países en otras regiones sugieren que incluso después de un curso de 3 días se necesitó más capacitación para alcanzar prácticas clínicas compatibles con los criterios de la IHAN.

Un estudio controlado en Brasil (Rea y Venancio, 1998) ofrece pruebas de que el curso de 40 horas de la OMS y el UNICEF *Consejería en lactancia materna: curso de capacitación* (OMS, 1993) es eficaz para mejorar las habilidades de los agentes de salud. Sesenta profesionales sanitarios (uno por hospital) fueron asignados al azar a un grupo de intervención (n = 20) que asistió al curso, o a un grupo de control (n = 40). Se usaron métodos cualitativos y cuantitativos para evaluar el impacto sobre los conocimientos, habilidades y actitudes de los participantes inmediatamente después del curso y tres meses más tarde.

Los indicadores que medían los conocimientos y las habilidades clínicas y de asesoramiento (consejería) mostraban un aumento significativo en el grupo de intervención inmediatamente después del curso, que disminuía sólo ligeramente a los tres meses. El mayor cambio se observó en las habilidades de asesoramiento: «escuchar y aprender», «comunicación no verbal» y «dar confianza y apoyo».

2.6 Conclusiones

Los estudios transversales, tanto en países industrializados como en desarrollo, han dejado claro desde hace tiempo que los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios frecuentemente no favorecen la lactancia materna. Es evidente la necesidad de mejorar la capacitación; pero es preciso aprender mucho más sobre cómo ofrecer una capacitación eficaz y de alta calidad, incluyendo los contenidos y metodología, y las horas de docencia y de práctica clínica supervisada necesarias, en vez de limitarse a comparar «formación» con «ausencia de formación».

El aumento de los conocimientos puede no ser eficaz para cambiar las prácticas si no hay un cambio subyacente en las actitudes o un aumento de las habilidades. Los profesores con experiencia suelen afirmar que un fuerte componente práctico puede tener más efecto, tanto sobre las actitudes como sobre las habilidades, que una capacitación consistente básicamente en información teórica.

La experiencia actual con la IHAN parece confirmar que 18 horas (3 días) es una duración mínima adecuada para la formación, aunque son deseables cursos más largos (por ejemplo, 5 a 6 días a tiempo completo) con sesiones clínicas diarias. Para conseguir cambios en las prácticas hospitalarias, la capacitación debe ser obligatoria y combinarse con normas rigurosas de lactancia. Probablemente, ninguna de las dos intervenciones sea suficiente por separado.

CUADRO 2.1. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES – Capacitación

Estudio	Características de los alumnos	Formación	Evaluación/Mediciones	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Altobelli 1991 (Perú)	Personal perinatal en 2 hospitales públicos que atienden a familias de bajos ingresos. Int (Hosp A): aplican pasos 1, 6, 7, 8, 9 (159 alumnos). Interv. (Hosp B): aplican pasos 6 y 7 (126 alumnos). Control (Hosp C): sólo alojamiento conjunto.	20 horas de formación + 1 día extra de formación práctica para las auxiliares de enfermería	Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas antes (n = 323) y 9 meses después (n = 325) de la formación: Edad media a la que los PS recomendarían la introducción del agua LM exclusiva [†] a las 4 semanas LM exclusiva [†] a las 12 semanas	Hosp A (antes): 13 semanas Hosp B (antes): 8 semanas Cont: 2 semanas Cont: 13 (12 %) Cont: 7 (6 %)	Hosp A (después): 24 semanas *** Hosp B (después): 22 semanas *** Hosp A: 67 (57 %) *** Hosp B: 24 (24 %) * Hosp A: 57 (49 %) *** Hosp B: 11 (12 %)	Mejora en los conocimientos, actitudes y prácticas en A y B después de la capacitación Más LM exclusiva a las 12 semanas en A, y hasta las 4 semanas en B (cada uno frente a C)
Westphal 1995 (Brasil)	Equipos de 3 miembros de 4 hospitales, emparejados con 4 hospitales de control, sin formación previa en LM	Curso teórico y práctico de 3 semanas (133 horas)	Cumplimiento de los Diez Pasos: puntos antes/ puntos después (% aumento), datos recalculados	Cont 1: 2,2/3,3 (50 %) Cont 2: 2,3/1,6 (-30 %) Cont 3: 2,6/2,8 (8 %) Cont 4: 3,9/4,1 (5 %)	Int 1: 2,5/3,1 (24 %) Int 2: 2,6/4,2 (62 %) Int 3: 2,9/4,8 (66 %) Int 4: 3,2/3,7 (16 %)	Aumentó el cumplimiento de los Diez Pasos tras la formación
Rea 1998 (Brasil)	20 profesionales de diferentes centros en la misma zona geográfica; 40 profesionales seleccionados como control	Curso de consejería de 2 semanas (40 horas) con 4 sesiones prácticas	Conocimientos, media (%) de puntuaciones correctas antes del curso Conocimientos, media (%) inmediatamente/3 meses después «Escuchar y aprender» media (DS) de puntuaciones antes del curso «Escuchar y aprender» media (DS) inmediatamente/3 meses después «Dar confianza» media (DS) de puntuaciones antes del curso «Dar confianza» media (DS) de puntuaciones inmediatamente/3 meses después	7,9 (61 %) 14,4 (55 %) *** / No evaluado 12,9 (3,4) 12,2 (3,4) *** / No evaluado 25,4 (5,3) 24,3 (5,9) *** / No evaluado	8,1 (62 %) 21,7 (84 %) *** / 20,3 (78 %) *** 12,8 (3,2) 19,4 (3,7) *** / 17,9 (1,99) *** 26,6 (4,9) 36 (4,9) *** / 35 (4,3) ***	Aumento significativo de los conocimientos que se mantuvo a los 3 meses: - «Escuchar y aprender» mejoró y se mantuvo alto - «Dar confianza» mejoró y se mantuvo alto

*p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001.

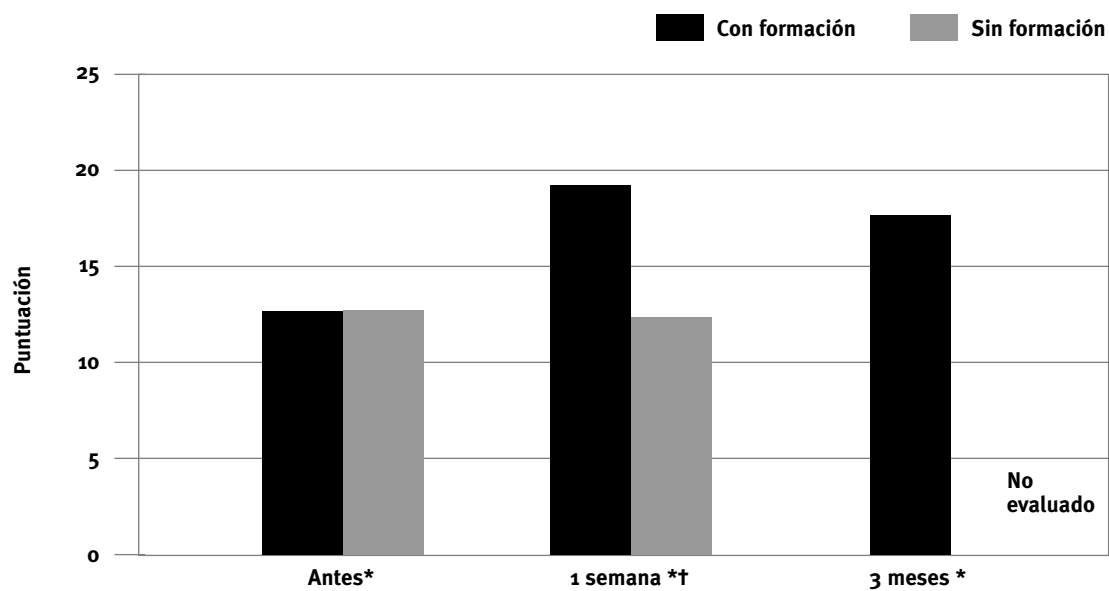
PS: profesionales de la salud LM: lactancia materna
Cont: grupo de control Int: grupo de intervención†: menos de dos tomas por semana de cualquier líquido además de la leche materna
DS: desviación típica (estándar)

CUADRO 2.2. RESULTADOS COMPARADOS DE LAS ENCUESTAS

Estudio	Características de los alumnos	Capacitación	Evaluación	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Popkin 1991 (Honduras)	Médicos y enfermeras en 2 hospitales docentes nacionales, 1 hospital y 1 gran centro de salud	Capacitación en el puesto de trabajo para el personal del hospital y trabajadores de salud comunitaria + Pasos 1, 4, 6, 7 y 9	Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas antes (n = 338) y 2 años después (n = 427): - Recomiendan LM al nacer: - Creen erróneamente que el absceso mamario contraindica la LM:	27 % 77 %	87 % ** 57 % **	Mejora en los conocimientos y actitudes tras la formación
Bradley 1992 (Kenia)	Personal del servicio de maternidad en 41 hospitales públicos y 17 privados	Formación de los PS y del personal directivo (duración no especificada) + cambios en la política del Ministerio de Salud	Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas antes (n = 300) y ≤ 6 años después (n = 284): - PS recomiendan alojamiento conjunto 24 horas - PS administran biberones	49 % 80 %	89 % 5 %	Mejora en conocimientos, actitudes y prácticas después de que el programa incluyera capacitación

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001 PS: profesionales de la salud LM: lactancia materna

Habilidad para <<escuchar y aprender>>, antes de un curso de formación y 1 semana y 3 meses después

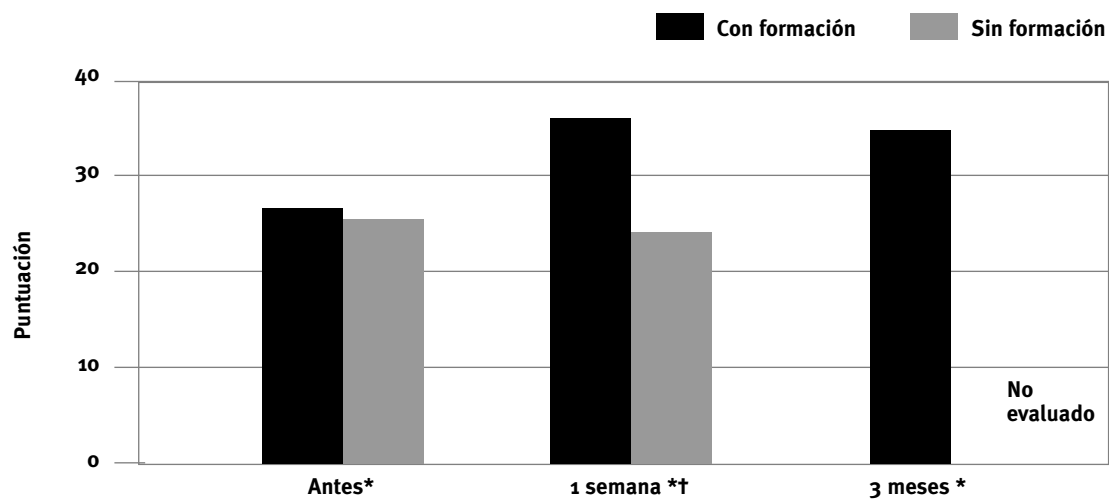


* Antes del curso frente a 1 semana o 3 meses después, $p < 0,001$

† Con capacitación frente a control, $p < 0,001$

Adaptado de: Rea, M, y Venancio, S.I. (1998)

Habilidad para <<dar confianza>>, antes de un curso de formación y 1 semana y 3 meses después



* Antes del curso frente a 1 semana o 3 meses después, $p < 0,001$

† Con formación (capacitación) frente a control, $p < 0,001$

Adaptado de: Rea, M, y Venancio, S.I. (1998)

ATENCIÓN PRENATAL

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

Si el hospital dispone de una clínica o consultorio prenatal asociado... debe darse asesoramiento sobre la lactancia materna a la mayoría de las mujeres que usen dichos servicios... Este asesoramiento debe abarcar la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses, las ventajas de la lactancia materna, y el manejo básico de la lactancia... Las embarazadas de 32 semanas o más de gestación... deben confirmar que las ventajas de la lactancia materna les han sido comentadas... incluyendo al menos dos de las siguientes ventajas: nutrición, protección, vínculo afectivo, ventajas para la salud de la madre... y que no han recibido educación en grupo sobre el uso de la leche artificial. Deben ser capaces de describir al menos dos de los siguientes temas prácticos de la lactancia materna: importancia del alojamiento conjunto, importancia de la alimentación a demanda, cómo tener suficiente leche o posición y colocación del niño al pecho. (Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992).

3.2 Introducción

El sentido común indica que debe ser importante hablar a todas las embarazadas sobre la alimentación infantil, para prepararlas para este aspecto de la maternidad. Se les debe dar toda la información necesaria para tomar una decisión con conocimiento pleno. Este paso suele ser difícil de llevar a la práctica, sobre todo en países en desarrollo en que la preparación al parto no es habitual. La asistencia a las consultas prenatales puede ser escasa, y puede que las mujeres acudan hacia el final del embarazo, cuando su decisión respecto a la lactancia ya está tomada. A veces, los consultorios están saturados y faltos de personal, y carecen de materiales educativos.

La educación prenatal suele incluir los siguientes componentes, que deben considerarse por separado:

- 1) información sobre las ventajas de la lactancia materna, para motivar a las mujeres a amamantar;
- 2) educación sobre la técnica de la lactancia, para dar capacidad y confianza;
- 3) examen físico de los pechos y preparación de los pezones.

3.3 Factores que influyen sobre la intención de amamantar

En muchas comunidades, en que la lactancia materna es la norma, puede que no haga falta motivar a las mujeres a dar pecho, pues ya piensan hacerlo. El beneficio principal de la educación prenatal será probablemen-

te ayudarlas a dar pecho de forma óptima y a sortear las dificultades.

Se ha demostrado repetidamente en los países desarrollados que entre un tercio y la mitad de las mujeres deciden cómo alimentarán a sus hijos antes de quedarse embarazadas (Hally y cols., 1984; Neifert y cols., 1988; Dix, 1991; Graffy, 1992). Sus intenciones pueden variar con el grupo étnico, el estado civil y la edad (Baranowski y cols., 1983; Lizarraga y cols., 1992) y con experiencias previas, incluyendo la forma en que fueron alimentadas en su infancia (Entwisle, Doering y Reilly, 1982). Las actitudes del compañero, y la percepción que tiene la embarazada de dichas actitudes, también pueden influir en su decisión (Freed, Fraley y Schanler, 1992 y 1993). Más tarde, hacia el momento del parto, las principales influencias provienen de otras mujeres, como amigas, hermanas y parientes (Labbok y cols., 1988) y del compañero (Giugliani y cols., 1994).

De modo que la información es sólo uno de los factores que pueden influir sobre la intención de lactar, y puede no tener mucho efecto en sí misma. Kaplowitz y Olson (1983) proporcionaron pruebas de que los materiales impresos distribuidos de forma aislada durante el embarazo aumentaban los conocimientos de la madre, pero no modificaban sus actitudes ni la incidencia o duración de la lactancia materna. Los autores sugirieron que el contacto personal podría ser más eficaz. Lamentablemente, la muestra era pequeña y no representativa.

Por lo tanto, dar a las madres información sobre las ventajas de la lactancia materna podría influir sobre las que aún no han tomado una decisión, o sobre aquellas cuya decisión no es irrevocable; pero un mayor apoyo social podría ser más eficaz para permitir a las mujeres optar por la lactancia materna y llevar a término su decisión. Para ello puede ser necesario usar otras estrategias, como incluir al padre, a la abuela o a las amigas y compañeras en los programas de educación prenatal.

3.4 Datos sobre los beneficios de la educación prenatal

La educación prenatal para las mujeres puede incrementar la lactancia materna si aumenta su confianza y habilidades. Las clases parecen particularmente eficaces. Un pequeño estudio cuasiexperimental (Wiles, 1984) evaluó el efecto

de una clase prenatal sobre la lactancia en primíparas que se preparaban para el parto. En el grupo de intervención ($n = 20$), la tasa de lactancia al mes fue significativamente más alta que en el grupo de control ($n = 20$).

Kistin y cols. (1990) estudiaron los efectos de la educación prenatal sobre las tasas de lactancia materna en mujeres negras de bajos ingresos que asistían a una consulta prenatal atendida por matronas. Las madres fueron asignadas al azar a recibir una clase en grupo ($n = 38$) o una entrevista individual ($n = 36$). Un grupo de control ($n = 56$) no recibió ninguna de las dos. La clase consistía en una sesión de 50 a 80 minutos en la que se trataban los siguientes temas: motivos para elegir el tipo de lactancia, mitos frecuentes, fisiología, ventajas para la salud, dudas y problemas frecuentes con la lactancia y la forma de solucionarlos. Las sesiones individuales duraban entre 15 a 30 minutos, y en ellas se trataban los mismos temas.

La proporción de madres que iniciaron la lactancia fue significativamente mayor en ambos grupos de intervención (45 y 50 %) que en el de control (22 %). Entre las madres que habían pensado dar biberón, el 38 % de las que asistieron a las sesiones individuales y sólo un 8 % de las del grupo control acabaron por dar pecho ($p < 0,001$). Entre las madres que habían pensado dar pecho, el 13 % de las que asistieron a las clases en grupo, y sólo una del grupo control, dieron pecho durante más de 12 semanas ($p < 0,05$). Se realizó un análisis multifactorial, ajustando por edad, intención prenatal de dar pecho, experiencia previa de lactancia, apoyo percibido para amamantar, educación, paridad y planes de volver al trabajo. La probabilidad de amamantar durante la estancia en el hospital era 4,26 veces mayor para las mujeres que recibían alguna intervención que para el grupo de control ($p < 0,005$), y 5,16 veces mayor para las que asistieron a clases en grupo que para el grupo de control ($p < 0,01$).

Jamieson (1994) y Long (1995), en el Reino Unido, han descrito talleres prenatales sobre lactancia materna, centrados en los conocimientos, habilidades y actitudes (por ejemplo, dar confianza a las madres y enseñarles a colocar al bebé al pecho). La evaluación del proyecto encontró que entre las madres que habían asistido al taller aumentaba en un 20 % la prevalencia de lactancia materna entre las 8 y las 12 semanas (Long, 1995).

En un estudio cuasiexperimental en Santiago de Chile (Pugin y cols., 1996) se evaluó el efecto de un programa hospitalario de promoción de la lactancia con o sin educación prenatal específica. El grupo pre-intervención sirvió como control. El programa incluía varias intervenciones que abarcaban la mayor parte de los Diez Pasos (ver Sección 11). Un subgrupo recibió también educación prenatal sobre técnicas de lactancia: grupos de 5 a 6 mujeres participaban en sesiones conducidas por una matrona especializada, mientras esperaban para sus últimas 3 a 5 visitas prenatales.

Los temas tratados en cada ocasión eran: cuidados del pecho, ventajas para la madre y para el hijo, técnicas de lactancia, anatomía y fisiología, prevención de problemas, alojamiento conjunto y contacto inmediato. Se hicieron demostraciones prácticas con rotafolios, un modelo de pecho y un muñeco de tamaño natural. El subgrupo que había recibido la educación prenatal extra mostró una prevalencia más alta de lactancia materna completa a los 6 meses que el grupo que recibió la educación normal (80 frente a 65 %, $p < 0,0026$). Cuando se analizaron por separado los resultados según la paridad, las diferencias siguieron siendo significativas sólo para las primíparas (94 frente al 57 %, $p < 0,005$). Se concluyó que «la educación prenatal en grupo sobre lactancia materna es un componente aditivo, significativo e importante del apoyo a la lactancia, especialmente entre mujeres sin experiencia previa con la lactancia.» Entre los aspectos de la intervención que pueden haber tenido un papel importante estaban el comentario en grupo de los mitos, dudas y problemas comunes, y el apoyo entre iguales (pares).

Varios estudios han evaluado la atención prenatal por promotoras no profesionales de la comunidad en países en desarrollo (Burkhalter y Marin, 1991; Alvarado y cols., 1996, Davies-Adetugbo, 1996; Morrow y cols., 1996) y en los EE.UU. (Long y cols., 1995). En los países y zonas en que las clases prenatales no son habituales, esta alternativa puede resultar más asequible. Puesto que se combinaron con la atención continua postnatal, se comentan con más detalle en el Paso 10.

La educación debe adaptarse a cada población. Fishman, Evans y Jenks (1988) encontraron que un programa de promoción de la lactancia en California

era inadecuado para una audiencia de mujeres indochinas. Las discusiones en grupos focales revelaron la creencia de que la leche artificial es superior a la materna por varios motivos, algunos relativos al equilibrio de los humores en la medicina asiática, y otros a la preocupación por la conservación del peso corporal y la energía de la madre después del parto. Los mensajes del programa, afirmando que la lactancia materna «es más sana, ahorra tiempo, facilita la pérdida de peso y ayuda a las madres a sentirse más cerca de sus hijos» estaban basados en percepciones norteamericanas, y no motivaban a las mujeres indochinas.

3.5 Datos sobre la utilidad de la preparación de los pezones

Las visitas prenatales suelen incluir la exploración de los pechos para identificar situaciones, como pezones invertidos, que pudieran causar dificultades durante la lactancia. Suelen recomendarse varios tipos de preparación, como la manipulación de los pezones, la aplicación de cremas, y la extracción prenatal de calostro (Inch y Garforth, 1989).

Alexander, Grant y Campbell (1992) evaluaron el uso de pezoneras «formadoras» y de los ejercicios de Hoffman para estirar el pezón en 96 nulíparas de entre 25 y 35 semanas de gestación que querían dar pecho. Las mujeres, que presentaban al menos un pezón invertido o no protráctil, fueron distribuidas al azar en cuatro grupos: sólo pezoneras, sólo ejercicios de Hoffman, ambos tratamientos o ningún tratamiento. Sus pezones fueron examinados de nuevo tras el parto, antes de la primera mamada, y seis semanas después del parto se les envió un cuestionario por correo que obtuvo una tasa de respuesta del 100 %. Los datos se analizaron de acuerdo con el grupo asignado, tanto si el tratamiento se cumplió como si no.

El examen del pezón reveló que la mejoría anatómica era más frecuente en el grupo no tratado que con los tratamientos; pero las diferencias no eran significativas. La prevalencia de la lactancia a las 6 semanas era más baja en los dos grupos que habían usado pezoneras (29 frente a 50 %, $p < 0,05$). Explicaban que las pezoneras causaban dolor, molestias, problemas cutáneos y vergüenza. Cinco de las mujeres a las que se recomendaron

pezoneras decidieron no iniciar la lactancia, y de ellas cuatro adujeron como motivo los problemas para llevar las pezoneras. No se observaron diferencias en la prevalencia de la lactancia a las 6 semanas entre las mujeres que practicaban los ejercicios de Hoffman o no.

Un estudio multicéntrico más amplio, realizado en 17 centros del Reino Unido y el Canadá, produjo resultados similares (MAIN Trial Collaborative Group, 1994). Se distribuyeron al azar en los cuatro grupos 463 embarazadas, y de 442 (95 %) de ellas se obtuvieron datos completos. Como se muestra en la Cuadro 3.2, la lactancia a las 6 semanas era similar con o sin pezoneras «formadoras» o ejercicios. Se concluyó que no hay ninguna base para recomendar el uso de las pezoneras «formadoras» o los ejercicios de Hoffman en el tratamiento prenatal de los pezones invertidos o no protráctiles, y que no está indicada la exploración rutinaria de los pechos durante el embarazo con este propósito.

Se ha sugerido que la confianza de la mujer en la lactancia puede disminuir a causa de la exploración del pecho, en especial si los pezones se identifican como invertidos o no protráctiles (Alexander, Grant y Campbell, 1992). La protractibilidad de los pezones aumenta hacia el momento del parto, y el ayudar a la madre a colocar al bebé en el pecho después del parto resultará probablemente más eficaz que las intervenciones prenatales.

3.6 Conclusiones

Existen algunas pruebas de que la educación prenatal es útil, más para las primíparas que para las multíparas. La educación prenatal puede tener un importante efecto sobre la lactancia, sobre todo si se aborda la técnica de la lactancia y se refuerza la confianza de la madre en su capacidad para lactar.

La discusión en grupo de temas como los mitos y temores, y las demostraciones prácticas, pueden ser métodos útiles. Las charlas sobre las ventajas de la lactancia materna son de dudoso valor. Podrían ser más eficaces si incluyesen a las personas que influyen sobre la decisión de amamantar en el ambiente social de la madre, como el padre, las abuelas o las amigas.

Las clases prenatales pueden ser difíciles de llevar a la práctica en zonas con escasos recursos. Incluso cuando se hacen pocas visitas prenatales, la inclusión de un breve comentario sobre la lactancia materna puede ser beneficiosa; pero no se dispone de pruebas experimentales específicas. A lo largo del embarazo, el tema más adecuado puede ir variando: comentar las ventajas de la lactancia puede ser más útil en el primer trimestre, mientras que hablar sobre los temores y creencias o hacer demostraciones prácticas puede resultar útil más adelante. Entre las alternativas a las clases realizadas en el centro sanitario están los grupos de madres, las visitas a domicilio por consejeras no profesionales y la educación prenatal en la comunidad (ver Paso 10).

La preparación física de los pechos, incluso cuando los pezones no son protráctiles, no ofrece ninguna ventaja y no es necesaria como rutina.

CUADRO 3.1. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Preparación prenatal – educación

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Kaplowitz 1983 (EE.UU.) [8]	Mujeres de bajos ingresos entre el 4º y 6º mes de gestación, sin experiencia previa de éxito en LM	Control: No se envían folletos Int: se envían 5 folletos por correo consecutivamente a casa de las madres, con información sobre lactancia materna y artificial	Cont: 22 Int: 18 n = 40	Puntuación de conocimientos: 4.3 *** La actitud no cambió	Puntuación de conocimientos: 6.3 *** La actitud hacia la LM no mejoró	La información a través de folletos aumentó los conocimientos pero no mejoró las actitudes hacia la LM
Wiles 1984 (EE.UU.) [8]	Primigrávidas sanas (32 semanas gestación) inscritas en las clases, con intención de amamantar; recién nacidos sanos a término	Control: clase de preparación al parto Int: clase prenatal sobre lactancia materna	Cont: 20 Int: 20 n = 40	6 (30 %) en el grupo de control daban LM a 1 mes ***	18 (90 %) en el grupo de intervención daban LM a 1 mes ***	La educación prenatal se asoció con la LM al mes
Kistin 1990 (EE.UU.) [4] ^a	Mujeres pobres urbanas, < 24 semanas de gestación, intención de dar pecho o biberón o indecisas	Control: atención de rutina Int I: clases prenatales de LM (al menos una sesión de 50 a 80 minutos) Int II: un contacto individual de 15 a 30 minutos, tratando temas similares a los de Int I	Cont: 56 Int I: 38 Int II: 36 n = 130	Grupo de control: 13 (22 %) dieron LM en el hospital	Grupo I: 17 (45 %)* dieron LM en el hospital Grupo II: 18 (50 %) * dieron LM en el hospital	La preparación prenatal se asoció con una mayor tasa de inicio de la LM
Pugin 1996 (Chile) [6]	Primigrávidas y multigrávidas de clase media y media alta, en el último trimestre, con intención de amamantar	Control: pre-intervención Int I: atención prenatal y postnatal (Pasos 1-3 y 5-10) Int II: lo anterior más 3 a 5 sesiones de educación prenatal sobre LM	Cont: 313 Int I: 363 Int II: 59 n = 735	Cont: 99 (32 %) LM completa a los 6 meses Int I: 235 (65 %) LM completa a los 6 meses	Int I+II combinados: 282 (67 %) LM completa a los 6 meses *** Int II: 47 (80 %) LM completa a los 6 meses **	La LM completa a los 6 meses aumentó con la educación prenatal, tanto en primíparas como en multíparas. La LM completa aumentó con la atención prenatal especial

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

^a: Pérdidas de seguimiento analizados por separado

LM: lactancia materna

Cont: grupo de control

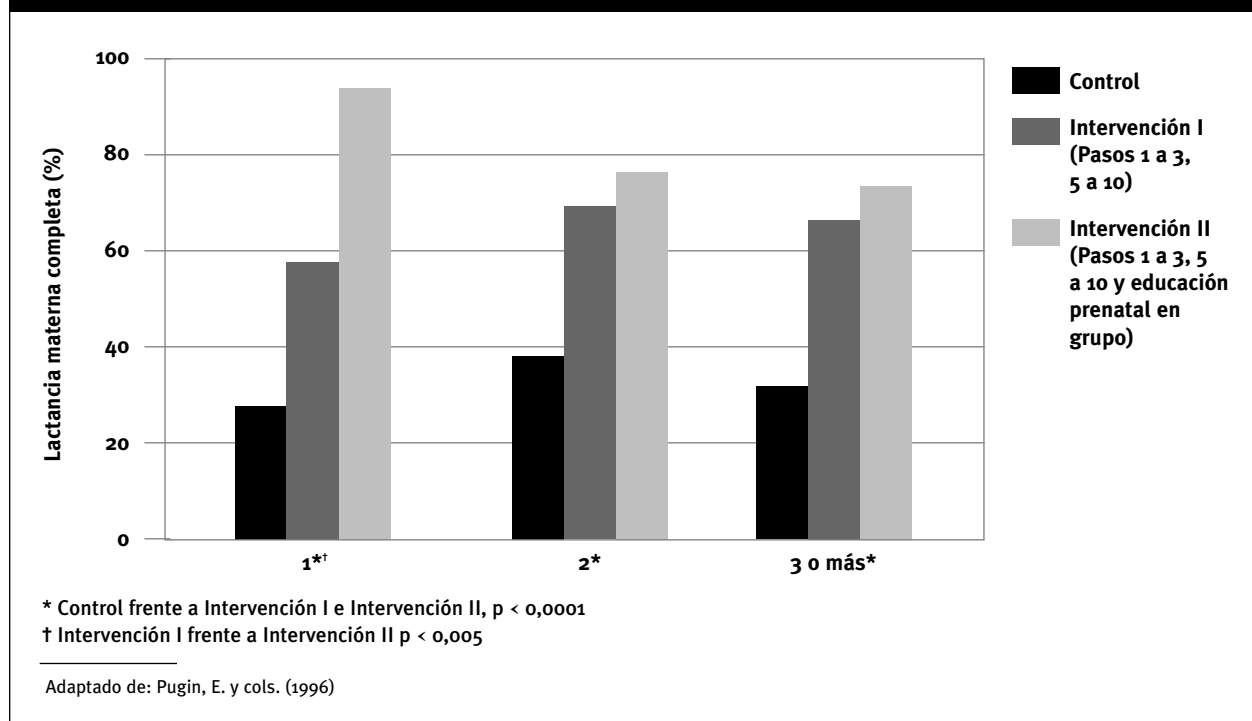
Int: grupo de intervención

CUADRO 3.2. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Preparación prenatal de los pezones

Estudio	Características de los alumnos	Control/ Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Alexander 1992 (Reino Unido) [8]	Primigrávidas, embarazos no gemelares de 25 a 35 semanas, con al menos 1 pezón invertido o no protráctil	Control: ni pezoneras ni ejercicios de Hoffman Int: se recomienda usar pezoneras «formadoras» (PF), con o sin ejercicios de Hoffman (EH). Cumplimiento del 63 % (PF) y 75 % (EH)	Cont: 24 PF: 24 EH: 24 PF+EH: 24 n = 96	24 (50 %) de las madres que no usan PF dan LM a las 6 semanas* 19 (40 %) de las madres que no usan EH dan LM a las 6 semanas	14 (29 %) de las madres que usan PF (solos o con EH) dan LM a las 6 semanas 19 (40 %) de las madres que usan EH (solos o con PF) dan LM a las 6 semanas	Menos LM a las 6 semanas cuando se recomendaron pezoneras «formadoras» Los ejercicios de Hoffman no tuvieron ningún efecto a las 6 semanas
Estudio MAIN 1994 (Canadá, Reino Unido)	Mujeres con embarazos no gemelares de 25 a 35 semanas, con al menos 1 pezón invertido o no protráctil	Control: ni pezoneras ni ejercicios de Hoffman Int: se recomienda usar pezoneras «formadoras» (PF), con o sin ejercicios de Hoffman (EH)	Cont: 115 PF: 114 EH: 118 PF+EH: 116 n = 463	104 (45 %) sin PF dan LM a 6 semanas 100 (44 %) sin EH dan LM a 6 semanas	103 (45 %) con PF dan LM a las 6 semanas 107 (46 %) con EH dan LM a las 6 semanas	No hubo ningún efecto cuando se recomendaron las pezoneras «formadoras» o los ejercicios de Hoffman

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001 LM: lactancia materna Cont: grupo de control Int: grupo de intervención

Lactancia materna completa a los 6 meses según el tipo de atención prenatal y la paridad en Santiago de Chile



Paso 4:

CONTACTO PRECOZ

4.1 «Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto»

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

4.2 Introducción

Con frecuencia se separa a los recién nacidos sanos de sus madres después del parto, y a veces no se les pone al pecho durante horas, o incluso días, esperando la bajada (subida) de la leche. Esto puede ocurrir tanto en partos hospitalarios como domiciliarios, en ambientes tradicionales como modernos. Esta práctica es potencialmente peligrosa, tanto para la lactancia como para el desarrollo del vínculo afectivo entre madre e hijo.

Tanto el contacto precoz piel con piel como la oportunidad de mamar en la primera hora (más o menos) después del parto son importantes. Es inevitable que haya cierto contacto cuando se intenta dar pecho; pero el contacto en sí mismo no necesariamente resulta en la succión inmediata. Sin embargo, el contacto y la succión están tan interrelacionados que la mayoría de los estudios revisados han usado estos términos de forma intercambiable, y pocos investigadores (Taylor, Maloni y Brown, 1986; Righard y Alade, 1990; Widström y cols., 1990) distinguen claramente entre ellos.

Las observaciones de Widström y cols. (1987), sobre 10 recién nacidos, y las de Righard y Alade (1990), sobre otros 38, han mostrado que los recién nacidos no sedados a los que se coloca sobre el pecho de su madre inmediatamente después de nacer siguen un patrón predecible de conducta antes de mamar, aunque la duración del proceso es muy variable. Los movimientos comenzaban después de 12 a 44 minutos, y eran seguidos de succión espontánea con colocación correcta entre 27 y 71 minutos después del parto. Widström observó que los movimientos de succión alcanzaban un máximo a los 45 minutos para luego disminuir y desaparecer hacia las dos o dos horas y media después del parto.

A veces, después de una cesárea, se retrasa el inicio de la lactancia. El estado de la madre o del niño hace a veces inevitable el retraso; pero no se necesita un retraso rutinario. Normalmente, tras una cesárea con anestesia regional, la lactancia puede iniciarse de inmediato. Con anestesia

general, la lactancia puede iniciarse en pocas horas, tan pronto como la madre recupera el conocimiento (Gonzales, 1990).

4.3 Efectos del contacto precoz sobre la lactancia

Varios estudios aleatorios y cuasiexperimentales han investigado la influencia del contacto postnatal precoz sobre el inicio o la continuación de la lactancia, y en algunos casos sobre otros aspectos de la interacción entre madre e hijo.

Righard y Alade (1990) estudiaron el efecto del contacto precoz sobre la succión. Compararon dos grupos de niños asignados (por decisión de la matrona y de la madre) a un grupo de “contacto” o a otro de “separación” inmediatamente después del parto. Los 38 recién nacidos del primer grupo estuvieron en contacto con su madre desde el momento del parto durante al menos una hora. Tras una media de 49 minutos, 24 de ellos mamaron correctamente. Los 34 recién nacidos del segundo grupo iniciaron el contacto inmediatamente después de parto, pero fueron separados de ella a los 20 minutos, y devueltos con su madre otros 20 minutos después. Sólo 7 de ellos mamaron de forma eficaz, y la diferencia era significativa ($p < 0,001$).

Se han identificado cuatro estudios que muestran que el contacto precoz produjo un aumento significativo de la prevalencia de la lactancia a los 2 o 3 meses (Sosa y cols., 1976; de Château y Wiberg, 1977a; Thomson, Hartsock y Larson, 1979; Ali y Lowry, 1981). Un estudio sólo encontró un efecto al cabo de una semana (Strachan-Lindenberg, Cabrera y Jiménez, 1990), y en dos estudios no se encontró un efecto significativo (Salariya, Easton y Cater, 1978; Taylor y cols., 1985).

Sosa y cols. (1976) estudiaron a 40 madres guatemaltecas, distribuidas al azar en un grupo con contacto precoz y otro de control, a las que se siguió mediante visitas domiciliarias. El contacto precoz se iniciaba tras el alumbramiento de la placenta y la sutura de la episiotomía, y duraba 45 minutos. El grupo de control tenía su primer contacto a las 24 horas del parto. Tres meses después, estaban dando el pecho el 72 % de las madres con contacto precoz, y sólo el 42 % en el grupo de

control. La duración media de la lactancia era de 196 días en el grupo con contacto precoz y de 104 días en el grupo de control ($p < 0,05$).

De Château y Wiberg (1977a) estudiaron a 40 primíparas en Suecia. Las madres fueron asignadas al azar a un grupo de control o a otro de intervención con “contacto extra” (15 a 20 minutos de succión y contacto piel con piel durante la primera hora después del parto). A los 3 meses, el 58 % de las madres en el grupo con contacto extra todavía estaba amamantando, frente al 26 % en el grupo de control ($p < 0,05$). Las madres con contacto extra pasaban más tiempo besando y mirando a los ojos a sus hijos, mientras que estos sonreían más y lloraban menos.

Thomson, Hartsock y Larson (1979) compararon el efecto del contacto precoz, iniciado 15 a 30 minutos después del parto y continuado durante 15 a 20 minutos, con el contacto de rutina de menos de 5 minutos inmediatamente después del parto, seguido de una separación de 12 a 24 horas, en 30 primíparas que tenían la intención de dar pecho. Dos meses después del parto, la lactancia materna sin suplementos de leche era más común en el grupo con contacto precoz que en el de control (9/15 frente a 3/15, $p < 0,05$).

Ali y Lowry (1981) compararon el contacto de rutina (que comenzaba alrededor de las 9 horas) con el contacto precoz (45 minutos inmediatamente después del parto, y luego separación hasta las 9 horas) en 74 madres jamaquinas, asignadas al azar. La prevalencia de lactancia materna completa era mayor en el grupo con contacto precoz, tanto a las 6 semanas (76 frente a 49 %, $p < 0,02$) como a las 12 semanas (57 frente a 27 %, $p < 0,05$). Observadas a las 12 semanas, las madres con contacto precoz hablaban más a sus hijos, y se levantaban y los seguían en mayor proporción cuando alguien se llevaba al bebé.

Strachan-Lindenberg, Cabrera y Jiménez (1990) estudiaron el efecto del contacto precoz, la promoción de la lactancia y el alojamiento conjunto sobre el inicio y continuación de la lactancia en primíparas nicaragenses (ver Cuadro 4.1). Inmediatamente después del parto, las madres se asignaban a un grupo de control, con separación completa hasta ser dadas de alta (12 a 24 horas después del parto), o a un grupo de contacto precoz, en que madre e hijo estaban en contac-

to durante 45 minutos inmediatamente después del parto y luego completamente separados hasta ser dados de alta. La lactancia materna completa, una semana después, era significativamente más prevalente en el grupo con contacto precoz que en el de control, pero no se observaron diferencias a los 4 meses. No se ajustó por edad, aunque cerca de la mitad de las madres eran adolescentes.

Un metaanálisis de estos siete estudios por Pérez-Escamilla y cols. (1994) concluyó que el contacto precoz tenía un efecto positivo sobre la duración de la lactancia materna a los 2 o 3 meses ($p < 0,05$). Sin embargo, advierte que “el efecto del tamaño entre los estudios fue heterogéneo”, y algunos estudios incluían otras intervenciones (orientación sobre la lactancia, presencia del padre durante el contacto precoz), lo que habría podido contribuir de forma independiente a aumentar la lactancia.

Un estudio transversal de 726 primíparas en los EE.UU. (Kuriniy y Shiono, 1991) encontró que la prevalencia de lactancia materna exclusiva en el hospital era menor si la primera mamada tenía lugar entre las 7 y las 12 horas después del parto (odds ratio ajustado = 0,5, intervalo de confianza del 95% entre 0,3 y 0,8) o más de 12 horas después del parto (OR ajustado = 0,2; IC 95% 0,1-0,4).

4.4 Otros resultados

El contacto con la cría poco después del parto tiene un importante papel en el mantenimiento de la conducta maternal en los mamíferos, y cada vez hay más pruebas de que esto también se aplica a los seres humanos (Rosenblatt, 1994).

Widström y cols. (1990) sugirieron que el contacto precoz con el pezón y la areola (antes de 30 minutos) puede influir positivamente en la relación madre-hijo durante los primeros días después del parto. Un grupo de madres ($n = 32$) cuyos hijos habían tocado el pezón dejaron a sus hijos en la sala cuna durante menos tiempo y hablaron más con ellos que otro grupo ($n = 25$) que tuvo contacto corporal piel con piel pero sin tocar el pezón.

La succión precoz puede aumentar la actividad uterina después del parto y reducir el riesgo de hemorragia.

Chua y cols. (1994), en Singapur, registraron la actividad uterina en 11 mujeres inmediatamente después del alumbramiento de la placenta, antes, durante y después de la lactancia o de la estimulación manual del pezón. El aumento medio con estimulación manual fue del 66%, y con la lactancia del 93%.

Christensson y cols. (1992) encontraron que los recién nacidos que tenían contacto piel con piel con la madre ($n = 25$) tenían temperaturas axilar y cutánea más elevadas, glucemia más alta a los 90 minutos y una recuperación hacia cero más rápida del exceso de bases negativo, y lloraban menos que los que habían permanecido en una cuna junto a sus madres ($n = 25$).

En un estudio posterior, Christensson y cols. (1995) grabaron el llanto de los recién nacidos en los primeros 90 minutos después del parto. Diez de ellos estaban en una cuna, separados de sus madres; 12 tuvieron contacto piel con piel durante todo el periodo, y 11 estuvieron en una cuna los primeros 45 minutos, y luego en contacto piel con piel durante los otros 45. Los recién nacidos en contacto con sus madres lloraron menos que los que estaban en la cuna ($p < 0,001$). Los que estuvieron los primeros 45 minutos en la cuna lloraron menos cuando se les puso en contacto piel con piel. El llanto tenía características especiales, en impulsos breves, y podría ser el equivalente de la “llamada de sufrimiento por separación” observada en otros mamíferos.

4.5 Analgesia durante el parto

Los analgésicos, especialmente la petidina (meperidina), administrados durante la dilatación y el expulsivo, pueden interferir con el desarrollo de la conducta de lactancia, retrasar la primera mamada e interferir con la lactancia materna a largo plazo.

En el estudio de Righard y Alade (1990), un grupo de madres había recibido petidina durante el parto. Sus hijos tenían menos probabilidades de mamar correctamente (o de mamar de cualquier manera) durante las primeras 2 horas que aquellos cuyas madres no habían recibido analgésicos ($p < 0,001$).

Nissen y cols. (1995) estudiaron la conducta de lactancia de 44 recién nacidos en las primeras dos horas después del parto. En aquellos cuya madre no había recibido petidina durante el parto, los movimientos de

búsqueda eran más intensos y comenzaban antes ($p < 0,001$). En los recién nacidos expuestos a la petidina, la succión se iniciaba más tarde ($p < 0,05$).

En una submuestra de 13 recién nacidos, cuyas madres habían recibido 100 mg de petidina intramuscular (Nissen y cols., 1997), la succión se vio más afectada si la inyección se había producido entre 1 y 5 horas antes del parto, que si había tenido lugar 8 a 10 horas antes.

Rajan (1994) analizó datos combinados de una encuesta nacional sobre los nacimientos en el Reino Unido, y de un cuestionario postal al que respondieron 1064 mujeres (un 10 % de la muestra inicial) 6 semanas después del parto. Entre las mujeres que no habían recibido petidina durante el parto, el 45 % daban lactancia materna completa, frente a sólo el 38 % de aquellas que sí recibieron petidina ($p = 0,01$).

Algunos métodos alternativos de alivio del dolor, que intentan reducir los efectos secundarios sobre madre e hijo, también parecen eficaces. Hofmeyr y cols. (1991) encontraron que la percepción de dolor intenso era significativamente menor (58 %) en un grupo de madres que contaban con el apoyo de un acompañante que en las que recibían la atención rutinaria (79 %, $p < 0,005$). No se dispone de pruebas sobre el efecto de otros métodos.

4.6 Conclusiones

El contacto precoz aumenta la prevalencia de la lactancia, tanto poco después del parto como al cabo de 2 o 3 meses. Sin embargo, es difícil hacer recomendaciones exactas porque el horario y la duración del contacto precoz fue diferente en los distintos estudios.

Incluso 15 o 20 minutos de contacto durante la primera hora pueden ser beneficiosos, mientras que una interrupción del contacto de 20 minutos en la primera hora puede ser perjudicial, lo que sugiere una posible relación dosis-respuesta. Puede que la succión espontánea no se produzca hasta 45 minutos o 2 horas después del nacimiento; pero el contacto piel con piel debe empezar lo más pronto posible después del parto.

Siempre que el recién nacido esté en estrecho contacto con su madre y pueda mamar cuando dé señales de estar preparado (movimientos de succión, por ejemplo), no hay justificación para forzarlo a tomar el pecho.

El hacerlo puede tener un efecto adverso en la conducta de lactancia posterior (Widström y Thingström-Paulsson, 1993).

Las madres y sus hijos no se han de separar después del parto, salvo que exista un motivo médico inevitable. Lo mejor es que el recién nacido permanezca con su madre de forma continua desde el nacimiento, y se le permita mamar espontáneamente en cuanto dé señales de estar preparado para ello. Una recomendación mínima, arbitraria pero práctica, es que el contacto piel con piel empiece dentro de la primera media hora, y continúe durante al menos 30 minutos.

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

El contacto precoz, incluyendo tocar el pezón, puede tener importantes efectos sobre la conducta maternal en general y sobre el vínculo entre madre e hijo. El contacto piel con piel puede ser importante, y se debe recomendar tanto para las madres que tienen intención de dar pecho como para las que no.

CUADRO 4.1. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Succión precoz o contacto precoz

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Righard 1990 (Suecia) [3]	Madres sanas con embarazos no complicados, recién nacidos sanos	Control: contacto inmediato durante 20 min, separación durante 20 min y nuevo contacto durante 20 min Int: contacto inmediato e ininterrumpido durante al menos 1 hora	Cont: 34 Int: 38 n = 72	7 (20 %) mamaron correctamente en la primera toma ***	24 (63 %) mamaron correctamente en la primera toma ***	El contacto no interrumpido durante la primera hora puede ser favorable para la succión correcta
Sosa 1976 (Guatemala) [8]	Primíparas pobres urbanas, partos vaginales	Control: primer contacto 24 horas después del parto Int: contacto piel con piel durante 45 minutos poco después del parto	Cont: 20 Int: 20 n = 40	8 (42 %) dan LM a los 3 meses Duración media 104 días *	14 (72 %) dan LM a los 3 meses Duración media 196 días *	Aumento no significativo de la LM a los 3 meses (p = 0,057) Mayor duración de la lactancia materna
De Château 1977 ^a (Suecia) [8]	Primíparas urbanas sanas, recién nacidos sanos a término	Control: contacto restringido con el bebé vestido 30 min tras el parto Int: contacto piel con piel de 15 a 20 min y succión en la primera hora	Cont: 19 Int: 21 n = 40	26 % dan LM a los 3 meses *	58 % dan LM a los 3 meses *	Aumento significativo de la LM a los 3 meses en el grupo con contacto precoz
Salariya 1978 (Escocia) [8]	Primíparas con intención de amamantar, recién nacidos sanos a término	Control I: contacto tardío, LM / 2 h Control II: contacto tardío, LM / 4 h Int I: contacto en 10 minutos tras el parto (contacto precoz), LM cada 2 h Int II: contacto precoz, LM cada 4 h	Cont I: 27 Cont II: 26 Int I: 29 Int II: 27 n = 109	19 (70 %) de Cont I, 14 (54 %) de Cont II y 33 (62 %) de ambos grupos combinados dan LM a las 6 semanas	20 (69 %) de Int I, 20 (74 %) de Int II y 40 (71 %) de ambos grupos combinados dan LM a las 6 semanas	Aumento no significativo de la lactancia materna a las 6 semanas
Thomson 1979 (Canadá)	Primíparas casadas con intención de amamantar, lactantes sanos	Control: la madre sostiene durante menos de 5 minutos al niño envuelto. Reunidos 12-24 horas después Int: contacto piel con piel (y succión) iniciados 15-30 min postparto, durante 15-20 min	Cont: 15 Int: 15 n = 30	3 (20 %) LM completa a los 2 meses *	9 (60 %) LM completa a los 2 meses *	Aumento de la lactancia materna completa a los 2 meses en el grupo con contacto precoz

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

LM: lactancia materna

Cont: grupo de control

Int: grupo de intervención

CUADRO 4.1. (CONTINUACIÓN) RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Preparación prenatal – educación

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Ali 1981 (Jamaica)	Primíparas y multiparas urbanas pobres	Control: un vistazo en el momento de nacer + contacto 9 horas después Int: contacto piel con piel durante 45 min poco después del parto + contacto 9 horas después	Cont: 37 Int: 37 n = 74	18 (49 %) LM completa a las 6 semanas * 10 (27 %) LM completa a las 12 semanas *	28 (76 %) LM completa a las 6 semanas * 20 (57 %) LM completa a las 12 semanas *	La LM completa a las 12 semanas fue más probable con contacto precoz
Taylor 1985 (EE.UU.) [1, 4, 7]	Primíparas sanas, blancas, casadas, de clase media. Recién nacidos sanos a término	Control: 2-3 min en brazos de la madre a los 25 min Int I: lo anterior + contacto piel con piel y succión durante 46 min, empezando 30 min después del parto Int II: el mismo contacto, sin succión	Cont: 39 Int I: 15 Int II: 24 n = 78	Cont: 22 (56 %) amamantan en el hospital * Int II: 8/16 (50 %) dan LM a los 2 meses *	31 (79 %) amamantan en el hospital (Int I+II) * Int I: 14/15 (93 %) dan LM a los 2 meses *	El grupo con contacto precoz tuvo más probabilidades de iniciar la LM. La LM a los 2 meses fue más probable con contacto y succión precoces
Strachan-Lindenberg 1990 (Nicaragua) [8]	Primíparas sanas, urbanas, pobres; partos vaginales normales	Control I: separación completa + promoción rutinaria de la LM Control II: alojamiento conjunto + mensajes específicos de LM (momento del primer contacto no especificado) Int: contacto madre-hijo por 45 min poco después del parto, luego separación + mensajes específicos de lactancia materna	Cont I: 123 Cont II: 116 Int: 136 n = 375	39 (32 %) de Cont I *** y 73 (63 %) de Cont II dan LM completa a 1 semana LM completa a los 4 meses: Cont I: 12 (10 %) Cont II: 8 (7 %)	72 (53 %) LM completa a 1 semana *** (sólo significativo si se compara con Cont I) LM completa a los 4 meses: 16 (12 %)	Aumento significativo de la LM completa a 1 semana, sólo cuando el grupo de contacto precoz se comparó con el Control I

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

LM: lactancia materna

Cont: grupo de control

Int: grupo de intervención

CUADRO 4.2. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Contacto precoz - otros resultados

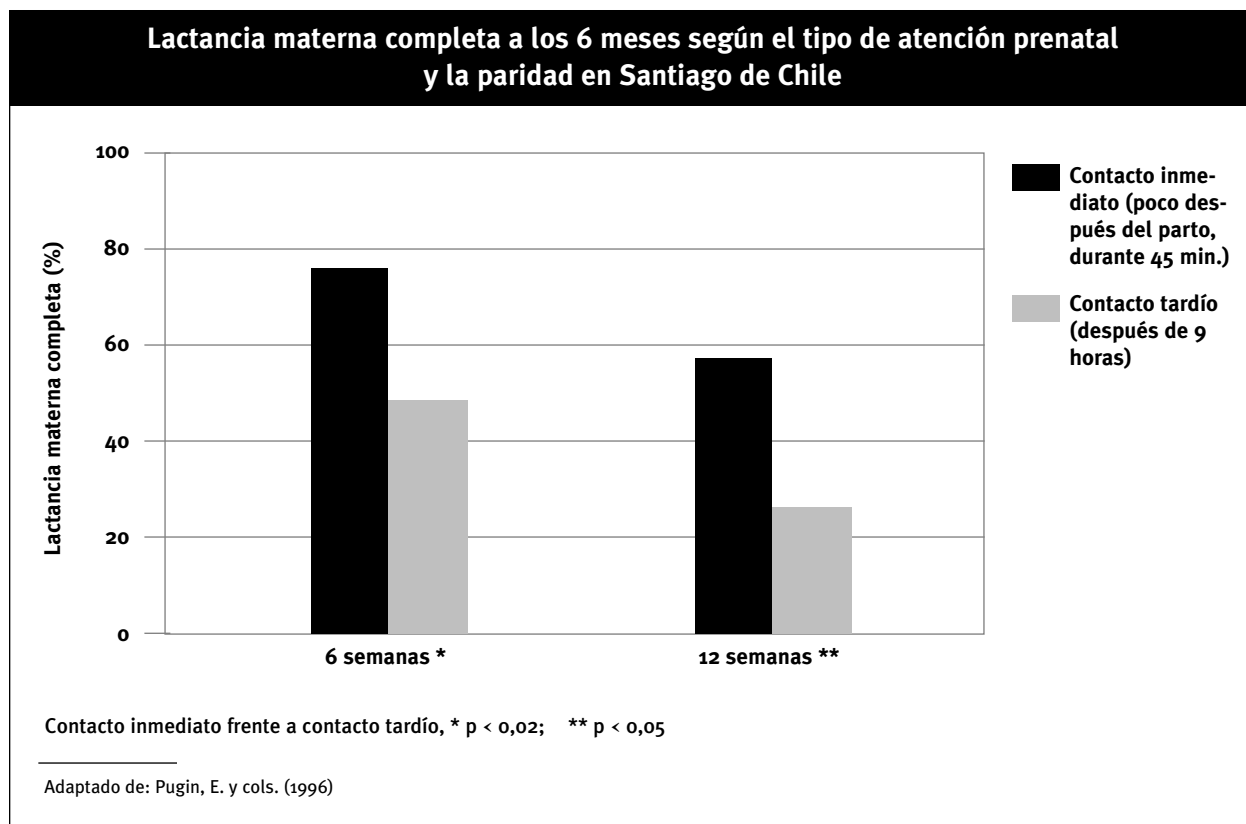
Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Widström 1990 (Suecia)	Primíparas con embarazo normal, parto vaginal, recién nacidos sanos a término	Control: contacto piel con piel inmediato durante 45 minutos Int: lo anterior + contacto con la areola o succión en los primeros 30 minutos después del parto	Cont: 25 Int: 32 n = 57	Tiempo total que pasan los recién nacidos en la sala cuna: 1.212 minutos (580-2.070)	Tiempo total que pasan los recién nacidos en la sala cuna: 990 min (370-1.350) **	El contacto precoz con la areola parece influir positivamente en el inicio de la relación madre-hijo
Christensson 1992 (España)	Recién nacidos sanos a término nacidos por vía vaginal	Control: el recién nacido permanece en una cuna Int: contacto piel con piel durante 80 minutos, comenzando 10 min después del parto	Cont: 25 Int: 25 n = 50	Temperatura axilar media a los 90 min 36,8° C ** 41 episodios de llanto observados a intervalos de 15 min hasta los 90 min	Temperatura axilar media a los 90 min 37,1° C ** 4 episodios de llanto observados	Los recién nacidos con contacto precoz tenían una temperatura axilar más alta y lloraban menos que los recién nacidos separados
Christensson 1995 (España)	Recién nacidos sanos a término nacidos por vía vaginal de embarazos no complicados	Control: el recién nacido permanece en una cuna 90 min Int I: contacto piel con piel durante 80 minutos, comenzando 10 min después del parto Int II: en la cuna 45 minutos y luego piel con piel otros 45 min Todos: recién nacido envuelto y colocado sobre el abdomen de la madre durante 30 segundos	Cont: 10 Int I: 12 Int II: 11 n = 33	20 % de los controles lloraron > 840 s y < 1.200 s durante los primeros 90 min	Int I: 100 % lloraron < 420 s 80 % lloraron < 60 s *** Int II: 20 % lloraron > 540 s y < 840 s * (Int I frente a Int II **)	Los recién nacidos lloraron menos durante el contacto piel con piel con sus madres, y dejaron de llorar al reunirse con ellas

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

LM: lactancia materna

Cont: grupo de control

Int: grupo de intervención



ORIENTACIÓN

5.1 «Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.»

El personal de enfermería debe ofrecer más ayuda con la lactancia materna en las seis horas siguientes al parto, y se debe enseñar a las madres a sacarse la leche, o darles información escrita sobre cómo sacarse la leche, o decirles dónde podrían obtener ayuda para ello en caso necesario... Las madres cuyos hijos reciben cuidados especiales deben recibir ayuda para iniciar y mantener la producción de leche mediante la extracción frecuente... El personal debe enseñar a las madres la posición y colocación al pecho y las técnicas de extracción manual de la leche. (Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992).

5.2 Introducción

Algunas madres tienen éxito en la lactancia sin que nadie les ayude; pero muchas otras, especialmente las primíparas, necesitan ayuda. La lactancia no es una conducta totalmente instintiva, y es preciso aprender la técnica. En aquellas comunidades en que la lactancia materna sigue siendo la norma, y en que las mujeres dan a luz en su casa, las nuevas madres aprenden de otras con experiencia lo que tienen que hacer. Allí donde las mujeres dan a luz en el hospital, y en las comunidades en que no es fácil disponer de la ayuda de mujeres con experiencia, es preciso que el personal de salud ayude a las madres.

Este apoyo para la lactancia no siempre se describe con claridad, pero consiste en una mezcla variable de ayuda práctica, mensajes educativos sobre la técnica y el patrón de las mamadas, y apoyo psicológico. La atención inadecuada e incoherente por parte del personal de salud ha sido identificada como un importante obstáculo para la lactancia (Winikoff y cols., 1986; Garforth y García, 1989; Rajan, 1993). Raramente se incluye el asesoramiento (consejería) sobre lactancia materna en la formación de los médicos, enfermeras y matronas (parteras), de modo que a menudo carecen de las habilidades necesarias para ayudar a las madres. Los gestores de salud no siempre consideran prioritario el ayudar a las madres a dar pecho, y puede que no hayan incluido esta actividad en la descripción del puesto de trabajo, o que no hayan asignado al personal el tiempo necesario para realizarla.

De todos modos, la ayuda poco después del parto tiene efectos comprobados y duraderos, y debe por lo tanto, constituir una parte rutinaria de la atención a la maternidad. Hay que ayudar a la madre a colocar correctamente a su hijo al pecho, orientarla sobre la forma de interpretar la conducta de su hijo y responder a ella, y educarla sobre la lactancia materna a demanda (o irrestricta) y exclusiva. Si tiene dificultades, necesitará ayuda experta para superarlas. Por encima de todo, necesita de alguien que le dé apoyo y confianza.

Muchas madres se separan temporalmente de sus hijos, debido a enfermedad o al trabajo, por ejemplo. Es preciso enseñarles a todas cómo sacarse la leche si fuera necesario, para que el bebé pueda tomar su leche con un vasito y se mantenga la producción láctea. La extracción manual es la más práctica; no se ha de hacer hincapié en los sacaleches, pues las madres podrían hacerse dependientes de ellos. No se recomienda la extracción rutinaria de leche después de las mamadas.

5.3 Enseñar a las madres a dar pecho

Se han identificado ocho estudios experimentales o cuasiexperimentales que examinan el efecto de diversos tipos de apoyo a la lactancia en los servicios de maternidad, solo o en combinación con otras intervenciones (de Château y cols., 1977b; Hall, 1978; Jones y West, 1986; Bathija y Anand, 1987; Strachan-Lindenberg, Cabrera y Jiménez, 1990; Altobelli y cols., documento no publicado, 1991; Righard y Alade, 1992; Pérez-Escamilla y cols., 1992).

Los cuatro primeros estudios (de Château y cols., 1977b; Hall, 1978; Jones y West, 1986; Bathija y Anand, 1987) evaluaron los efectos combinados de ofrecer información en el hospital y apoyo tras ser dadas de alta. En los cuatro estudios aumentó la prevalencia de lactancia materna, medida entre 1 y 3 meses después del parto. Los datos no permitían el análisis separado de la intervención en el hospital, aunque ésta era claramente una intervención fundamental.

Strachan-Lindenberg, Cabrera y Jiménez, (1990) estudiaron a 375 mujeres nicaragüenses divididas en tres grupos; dos que recibían orientación experimental sobre la lactancia con contacto precoz o con alojamiento conjunto, y otro con información de rutina y separadas de sus hijos hasta ser dadas de alta. La lactancia materna completa al cabo de una semana era significativamente más alta en ambos grupos de intervención. La lactancia materna a los cuatro meses sólo era significativamente más alta en el grupo con orientación sobre la lactancia y alojamiento conjunto combinados (ver Cuadro 7.1).

En Perú, Altobelli y cols. (documento no publicado, 1991) evaluaron el efecto de diez mensajes educativos para intentar reducir el uso de «agüitas» (agua e

infusiones) en mujeres urbanas de bajos ingresos. En el Paso 2 se describieron otros aspectos del estudio. Los materiales educativos incluyeron un rotafolio usado en el hospital y un calendario de pared para la madre, ambos con los mismos diez mensajes e imágenes acompañantes. Los mensajes se elaboraron usando técnicas de comercio y mercadeo social. No se ofreció una ayuda práctica especial con la técnica de la lactancia.

En uno de los hospitales en que se intervino, el 33 % de las madres expuestas a uno o ambos materiales educativos daban lactancia materna exclusiva a las 4 semanas, frente a sólo el 16 % de las no expuestas ($p < 0,05$). Los autores concluyeron que la exposición a un número limitado de mensajes educativos especialmente diseñados es muy importante para la promoción de la lactancia materna exclusiva.

Righard y Alade (1992) estudiaron el efecto de la técnica de succión al momento del alta de la maternidad sobre la duración de la lactancia. Aquellos recién nacidos que mamaban mal colocados (succionando sólo el pezón) fueron divididos al azar en dos grupos; a las madres de un grupo se les explicó la colocación correcta, y a las otras no. La explicación la impartía una enfermera en 10 o 15 minutos. Se siguió también a un grupo cuya colocación era espontáneamente correcta desde el principio. Se contactó telefónicamente con las madres a las 2 semanas, al mes y a los 2, 3 y 4 meses del parto.

La prevalencia de lactancia materna al cabo de 1, 2, 3 y 4 meses era significativamente más alta entre los grupos que fueron dados de alta con la colocación correcta que en el grupo no corregido ($p < 0,01$); pero era similar entre el grupo corregido y el espontáneamente correcto. Las madres en el grupo no corregido dijeron haber tenido más problemas con la lactancia y más escasez de leche que las de los grupos correcto y corregido. Los autores concluyeron que la identificación y corrección de la colocación incorrecta ayuda a las madres a amamantar.

Pérez-Escamilla y cols. (1992) estudiaron los efectos del alojamiento conjunto, con o sin orientación, sobre la lactancia materna. Las mujeres que daban a luz en un hospital con alojamiento conjunto y la norma de no dar leche artificial fueron asignadas a un grupo que recibía orientación individual sobre la lactancia o a otro

que recibía la atención de rutina. La orientación consistía en consejo práctico de una enfermera del hospital especializada en manejo de la lactancia, un folleto sobre lactancia y carteles en las paredes que mostraban la colocación correcta y mensajes como «dé pecho a menudo mientras esté en el hospital». La enfermera tenía contacto con la madre durante 15 minutos cada 2 horas, desde las 8 de la mañana hasta las 3 de la tarde, cada día hasta ser dada de alta (como media, 1,6 días después del parto). Hasta los 4 meses, en las primíparas, el abandono de la lactancia completa y de la parcial fue significativamente más lento en el grupo que recibió orientación sobre lactancia que en el grupo de control. No se observaron diferencias en las múltiparas.

La amabilidad y el apoyo, incluso sin ayuda técnica ni mensajes promocionales, puede aumentar la confianza de la madre y tener un efecto duradero sobre la lactancia materna. La atención hospitalaria convencional puede tener el efecto contrario. Hofmeyr y cols. (1991), en un estudio controlado aleatorio en Sudáfrica, evaluaron el efecto del apoyo por un acompañante durante el parto no complicado. Un grupo de mujeres nulíparas ($n = 92$) recibió apoyo durante el parto de una acompañante voluntaria, que permanecía todo el tiempo posible y usaba el contacto físico y la voz para confortar, tranquilizar y elogiar a la madre. Las acompañantes provenían de la misma comunidad, y permanecían al menos durante algunas horas, y en la mayoría de los casos hasta el nacimiento. Su apoyo emocional parecía ser genuino. No hablaban de la lactancia ni ayudaban con la primera mamada. El grupo de control ($n = 97$) recibió la misma atención clínica pero sin apoyo.

A las 6 semanas, había más madres dando lactancia materna completa entre las que habían recibido apoyo (51 frente a 29 %, $p < 0,01$); habían tenido menos dificultades con la lactancia (16 frente a 63 %, $p < 0,0001$), y daban pecho con un horario más flexible (81 frente a 47 %, $p < 0,0001$). Entre aquellas que introdujeron biberones, el 14 % en el grupo con apoyo y el 32 % en el grupo de control ($p < 0,01$) afirmaron que la razón principal había sido la falta de leche.

Incluso una breve intervención individual inmediatamente después del parto puede ser beneficiosa. Avoa y Fischer (1990), en el Zaire, estudiaron el efecto de 1 o 2 minutos de orientación individual en 304 múltiparas

y primíparas. El análisis de regresión múltiple, tras ajustar por los posibles factores de confusión, mostró que los recién nacidos cuyas madres no habían recibido dicha orientación perdieron más peso en el hospital (expresado como porcentaje del peso al nacer) que aquellos cuyas madres sí la habían recibido.

5.4 Ayudar a las madres que están separadas de sus hijos en el hospital

Si la madre ha tenido una cesárea o está enferma, o si el recién nacido está enfermo o nació con bajo peso, la lactancia materna está en peligro. Tal vez el contacto precoz no sea posible, el alojamiento conjunto se retrase y se administren suplementos durante el periodo de separación. Sin embargo, con una buena atención a la lactancia, los efectos adversos pueden ser generalmente superados.

Pérez-Escamilla, Maulén-Radovan y Dewey (1996) analizaron los datos obtenidos de 2.517 mujeres en la Encuesta Demográfica y de Salud realizada en México en 1987. Tras el análisis multifactorial, la cesárea se identificó como un factor de riesgo para no iniciar la lactancia (odds ratio = 0,64; intervalo de confianza del 95 % = 0,50–0,82) y para dar pecho menos de un mes (OR = 0,58; IC del 95 % = 0,37–0,91). Se sugiere que las prácticas hospitalarias en el momento de la encuesta (separación prolongada entre madre e hijo y falta de asesoramiento y apoyo competentes sobre la lactancia) podrían explicar la diferencia.

Victora y cols. (1990) sugiere que los motivos que han llevado a la cesárea pueden tener un efecto sobre la lactancia independiente de la intervención en sí. En un estudio de cohortes entre 4.912 recién nacidos brasileños, la duración de la lactancia materna era similar después de una cesárea o de un parto vaginal. Sin embargo, la cesárea debida a morbilidad materna o infantil se asociaba a una duración de la lactancia significativamente menor que la cesárea «electiva».

El efecto de la cesárea puede deberse, en parte, a la alteración de las respuestas endocrinas en la madre. Nissen y cols. (1996) estudiaron los niveles de oxitocina, prolactina y cortisol en primíparas, el segundo día después de una cesárea de emergencia ($n = 17$) o de un parto vaginal ($n = 20$). Las madres que habían tenido

una cesárea no mostraron un aumento significativo en los niveles de prolactina a los 20 o 30 minutos de comenzar la mamada; y existía una asociación entre el tipo de parto y la edad del niño en la primera toma y el patrón de liberación de oxitocina. Estos hallazgos sugieren que las prácticas que afectan favorablemente a las respuestas endocrinas, como el contacto con el recién nacido, podrían ser incluso más importantes tras una cesárea que tras un parto normal. La dedicación y el apoyo a la lactancia por parte del personal pueden ser también factores cruciales después de una cesárea, y resultar más importantes que el momento exacto de la primera mamada, como sugieren dos estudios longitudinales (Janke, 1988; Kearney, Cronenwett y Reinhardt, 1990).

En cuanto a los nacidos con bajo peso, se ha visto que pueden tomar pecho mucho antes de lo que se había creído (Meier, 1994), algunos incluso desde las 32 o 34 semanas de edad gestacional. De todos modos, muchos de ellos han de ser total o parcialmente alimentados con leche materna extraída. En tales casos, la extracción de la leche debe realizarse con una técnica y una frecuencia adecuadas para conseguir una producción adecuada de leche y poder establecer finalmente la lactancia.

De Carvalho y cols. (1985) observaron que la extracción frecuente de la leche (4 veces al día o más) se asociaba con una mayor producción de leche en madres de prematuros que no podían amamantar directamente. Hay muchas variaciones entre distintas madres y en una misma madre en el volumen de leche obtenido en cada extracción, por lo que es difícil establecer una relación exacta entre la frecuencia de las extracciones y el volumen total de leche obtenido cada día (Hopkinson, Schanler y Garza, 1988). De todos modos, la extracción frecuente suele considerarse conveniente para mantener la producción. A partir de su experiencia clínica, Meier (1994) recomienda extraer la leche 8 a 12 veces al día, sobre todo durante la primera semana.

Es importante empezar a extraer la leche poco después del parto. Hopkinson, Schanler y Garza (1988) siguieron a 32 madres sanas que dieron a luz entre las 28 y las 30 semanas de gestación. Las madres empezaron a sacarse leche entre el segundo y el sexto día. El volumen de leche a las 2 semanas era mayor ($r = 0,48$,

$p < 0,02$) cuando la extracción había empezado antes. A partir de su experiencia clínica, Meier (1994) recomienda empezar el primer día si es posible.

Un estudio retrospectivo en Suecia (Nyqvist y Ewald, 1997) comparó a 148 recién nacidos separados de sus madres e ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, el 55 % de los cuales habían nacido por cesárea de emergencia, con 3.516 recién nacidos no ingresados. La duración de la lactancia materna exclusiva y parcial fue similar en ambos grupos. Se aconsejó la extracción de leche precoz y frecuente (al menos 6 veces al día) en el grupo separado, lo que sugiere que el apoyo puede haber ayudado a prevenir los efectos de la separación.

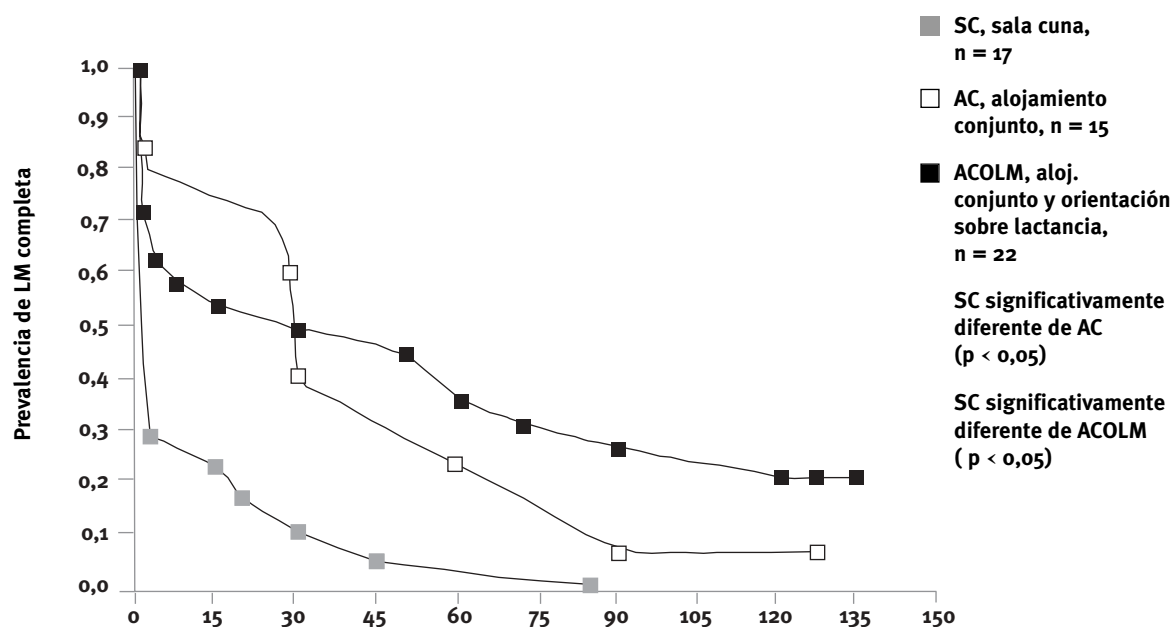
Dos estudios de observación de Lang, Lawrence y Orme (1994) indican que enseñar a las madres a sacarse la leche y a dársela a sus hijos con un vasito puede aumentar el éxito posterior de la lactancia en bebés prematuros o enfermos. (La alimentación con vaso se explica con más detalle en el Paso 9).

5.5 Conclusiones

Aunque los mensajes educativos cuidadosamente diseñados pueden ser beneficiosos (Altobelli y cols., documento no publicado, 1991), ésta puede no ser la forma más eficaz de ayuda. La ayuda práctica individual con la técnica de la lactancia (Righard y Alade, 1992; Pérez-Escamilla y cols., 1992) y el apoyo psicológico para aumentar la confianza de la madre (Hofmeyr y cols., 1991) pueden ser tanto o más eficaces para aumentar la duración de la lactancia materna. Los mismos principios se aplican cuando madre e hijo están separados. La ayuda apropiada, incluso durante el corto periodo pasado en el hospital, puede tener un efecto que perdura incluso cuatro meses después.

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

Prevalencia no ajustada de lactancia materna completa en primíparas, según el tipo de atención neonatal



Reproducido de *Early Human Development*, 31, Pérez- Escamilla et al, Effect of the maternity system on the location success of low-income urban Mexican women, pp. 25-40, Copyright (1992), con autorización de Elsevier Science.

CUADRO 5.1. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Orientación

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
De Château 1977 ^b (Suecia)	Primíparas con embarazos y partos normales, recién nacidos sanos a término	Control: recomendaciones generales. Intervención: charla (asistieron 65 % de los padres) + 3 visitas en hospital + 4 llamadas telefónicas en 2 semanas.	Cont: 23 Int: 20 n = 43	16 (70 %) siguen LM al mes, datos recalculados	18 (90 %) siguen LM al mes, datos recalculados	Aumento no significativo de la LM al mes
Hall 1978 (EE.UU.)	Primíparas lactantes, casadas, de clase media	Control: atención hospitalaria habitual Int I: lo anterior + presentación audiovisual + folleto. Int II: como Int I + visitas en el hospital + contactos en casa (Paso 10)	Cont: 12 Int I: 13 Int II: 15 n = 40	6 (50 %) siguen LM a las 6 semanas	Int I: 6 (50 %) siguen LM a las 6 semanas Int II: 12 (80 %) todavía LM a las 6 semanas	Aumento no significativo de la LM a las 6 semanas cuando se añadió el contacto personal
Jones 1986 (Reino Unido)	Primíparas y multíparas con intención de dar el pecho	Control: atención hospitalaria habitual Int: consejo en el hospital + visitas a domicilio (Paso 10) por enfermera especializada en lactancia	Cont: 355 Int: 228 n = 583	256 (72 %) siguen LM a las 4 semanas **	191 (84 %) siguen LM a las 4 semanas **	Los cuidados de la enfermera de lactancia aumentaron la LM a las 4 semanas
Bathija 1987 (India) [5, 7, 8]	Primíparas y multíparas, alto nivel educativo	Control: sin motivación Int: 1 visita prenatal (82 %) + visitas en hospital + visitas postnatales (7 visitas previstas)	Cont: 100 Int: 100 n = 200	40 % LM completa a los 3 meses	96 % LM completa a los 3 meses	Las madres motivadas tenían más LM completa al mes
Avoa 1990 (Zaire) [8]	Multíparas y primíparas, origen étnico variado	Control: atención hospitalaria habitual Int: 1-2 min. de educación durante el periodo perinatal inmediato	Cont: 162 Int: 142 n = 304	Pérdida media del peso al nacer en el hospital 6,2 % (regresión multiple) ***	Pérdida media del peso al nacer en el hospital 3,8 % ***	La orientación a las madres disminuye la pérdida de peso en el hospital

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

LM: lactancia materna

Cont: grupo de control

Int: grupo de intervención

CUADRO 5.1. (CONTINUACIÓN) RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Orientación

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Strachan-Lindenberg 1990 (Nicaragua) [8]	Primíparas pobres urbanas con partos normales	Control: promoción habitual de la LM + separación completa Int I: mensajes especiales de promoción de la LM + contacto precoz (Paso 4). Int II: mensajes especiales de promoción + alojamiento conjunto (Paso 7)	Cont: 123 Int I: 136 Int II: 116 n = 375	LM completa a la semana 39 (32 %) *** LM a los 4 meses 63 (51 %)	LM completa a la semana*** Int I: 72 (53 %) Int II: 73 (63 %) LM a los 4 meses Int I: 68 (50 %) Int II: 71 (61 %)	Los mensajes de LM (combinados con otras intervenciones) fueron beneficiosos al cabo de 1 semana
Altobelli 1991 (Perú)	Primíparas y multíparas urbanas pobres, hospital público con Pasos 2, 6, 7, 8 y 9 parcialmente establecidos	Control: sin exposición a los mensajes sobre la LM exclusiva Int: exposición a 10 mensajes experimentales sobre la LM exclusiva (charla con rotafolio, calendario de pared o ambos)	Cont: 55 Int: 46 n = 101	LM exclusiva a las 4 semanas 16 %	LM exclusiva a las 4 semanas 33 % *	Los mensajes sobre LM exclusiva fueron beneficiosos a las 4 semanas
Righard 1992 (Suecia) [8]	Madres sanas con lactancia materna exclusiva al alta, recién nacidos sanos a término	Control: técnica defectuosa no corregida al alta. Int I: técnica de succión espontáneamente correcta Int II: técnica defectuosa corregida antes de la dada de alta	Cont: 25 Int I: 28 Int II: 29 n = 82	LM al mes 16/25 (64 %) *** LM a los 4 meses 10/25 (40 %) **	LM al mes 55/57 (96 %) *** LM a los 4 meses 42/57 (74 %) **	La corrección de la técnica de succión aumentó la LM exclusiva y la LM parcial a los 4 meses
Pérez-Escamilla 1992 (México)	Primíparas y multíparas pobres urbanas sanas que pensaban dar pecho, recién nacidos sanos a término	Control: alojamiento conjunto (AC) Intervención (ACOLM): orientación sobre LM (consejo práctico individual + folleto + carteles) + alojamiento conjunto.	Cont: 50 Int: 53 n = 103	Primíparas: 3/18 (19 %)ª siguen LM a los 135 días * Multíparas: 13/32 (41 %)ª siguen LM a los 135 días	Primíparas: 11/24 (47 %)ª siguen LM a los 135 días * Multíparas: 13/29 (44 %)ª siguen LM a los 135 días	La orientación aumentó la LM de las primíparas a los 135 días
Hofmeyr 1991 (Sudáfrica) [8]	Primíparas urbanas educadas de bajos ingresos con partos no complicados, en un hospital familiar de la comunidad	Control: atención habitual al parto Int: apoyo de voluntaria durante el parto (en la mayoría de los casos hasta el nacimiento) concentrada en dar confort, tranquilizar y animar	Cont: 75 Int: 74 n = 149	LM completa a las 6 semanas: 22 (29 %) ** 24 (32 %) dan el biberón por «falta de leche» **	LM completa a las 6 semanas: 38 (51 %) ** 10 (14 %) dan el biberón por «falta de leche» **	El apoyo inespecífico aumentó la LM completa a las 6 semanas

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001. LM: lactancia materna. Cont: grupo de control Int: grupo de intervención a: Datos recalculados

Paso 6:

USO DE SUPLEMENTOS

6.1 «No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.»

Cada vez que se administre un alimento o bebida distinto de la leche materna a un bebé amamantado, debe haber motivos médicos aceptables. No se debe exhibir en el hospital ni distribuir a las madres ni al personal material promocional de alimentos o bebidas para niños que no sean la leche materna. (Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992).

6.2 Introducción

Es práctica habitual en los servicios de maternidad dar leche artificial, suero glucosado o agua a los recién nacidos, antes de la primera mamada (alimentos prelácteos) o además de la lactancia materna (suplementos). Esta práctica se asocia con el destete precoz. Se aducen distintas razones para dar agua o suero glucosado, como disminuir la ictericia o prevenir la hipoglucemia. Se da leche cuando el lactante está intranquilo, o soñoliento; cuando le cuesta agarrarse al pecho, o cuando parece hambriento después de mamar; o cuando la madre se encuentra mal o quiere descansar, o a veces sin ningún motivo específico.

En muchas comunidades se dan alimentos prelácteos por motivos rituales, como infusiones de hierbas, aceite de manteca o plátano (Morse, Jehle y Gamble, 1992). Entre los motivos están la creencia de que el calostro es perjudicial, o de que hay que limpiar el intestino del niño. La primera mamada se retrasa a veces durante horas o días, y se desperdicia el calostro (Davies-Adetugbo, 1997). Cuando los alimentos prelácteos se dan también en el hospital, suele retrasarse la primera mamada.

La administración de alimentos prelácteos o suplementos aumenta el riesgo de infección en el niño. Si se administran con biberón, pueden interferir con la succión (ver Paso 9). Los suplementos reducen la frecuencia de las mamadas, y por lo tanto la estimulación del pezón y la ingesta de leche. Esto contribuye en los primeros días a la ingurgitación, y más tarde a la menor producción de leche.

Algunos hospitales entregan a las madres lotes de regalo (canastillas) comerciales que contienen muestras gratuitas de sucedáneos de la leche materna y otros productos, ya sea durante el embarazo o en la maternidad. Estos lotes pueden contener biberones, leche en polvo o líquida, biberones de agua estéril, tetinas y anuncios de leches. La distribución de muestras gratuitas aumenta la probabilidad de que las madres den lactancia artificial, y no está aceptada por el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna.

6.3 Efecto sobre la lactancia materna de los alimentos prelácteos y suplementos en el hospital

Sólo se han identificado dos estudios sobre el efecto de los alimentos prelácteos (en oposición a los suplementos) sobre la lactancia, y ninguno de los dos era experimental. En un estudio longitudinal en Israel, Leefsma y Habatsky (1990) hallaron que los lactantes que recibían una o más tomas prelácteas tenían menos probabilidades de tomar lactancia materna completa a las 6 semanas. Cuantas más tomas prelácteas, mayor la probabilidad de no tomar el pecho.

Pérez-Escamilla y cols. (1996) analizaron retrospectivamente la Encuesta de Epidemiología y Salud de la Familia de 1991/92 en Honduras, que incluía a 714 mujeres con hijos de 0 a 6 meses de edad. La administración preláctica de agua se asociaba negativamente con la lactancia materna exclusiva (odds ratio = 0,19; intervalo de confianza del 95 % = 0,09–0,41). El uso de alimentos prelácteos a base de leche se asociaba negativamente con la lactancia materna exclusiva (OR = 0,19; IC del 95 % = 0,08–0,43) y con la lactancia materna en general (OR = 0,21, IC del 95 % = 0,09–0,48). Los alimentos prelácteos a base de agua se asociaban con el inicio tardío (después de 24 horas) de la lactancia ($p = 0,003$). Los autores concluyen que estos resultados «sugieren fuertemente que los alimentos prelácteos son un factor de riesgo para el abandono precoz de la lactancia materna.»

Respecto a los suplementos ofrecidos en el hospital, se han identificado cuatro estudios experimentales. Uno de los primeros y más influyentes fue el estudio cuasiexperimental realizado en Suecia por de Chateau y cols. (1977b). Los lactantes en el grupo de control ($n = 119$) eran pesados antes y después de cada mamada, y recibían suplementos de leche artificial de forma rutinaria. El primer grupo de intervención ($n = 203$) fue estudiado inmediatamente después de establecerse los cambios; no se les sometía a la doble pesada, ni se les daban suplementos. El abandono de la lactancia antes de las dos semanas fue más frecuente en el grupo control (45 frente a 20 %). El segundo grupo de intervención ($n = 68$) fue estudiado un año después, cuando las nuevas rutinas estaban bien establecidas y el personal las

había aceptado. La duración media de la lactancia fue significativamente más larga que en el grupo de control (95 frente a 42 días, $p < 0,0005$). En este segundo grupo de intervención, debido al mayor interés y conocimiento del personal sobre las técnicas de la lactancia, las madres recibieron también más orientación y confianza que en el primer grupo.

Gray-Donald y cols. (1985) realizaron un estudio cuasiexperimental en Montreal, Canadá, sobre el efecto de la restricción en los suplementos de leche artificial sobre la duración de la lactancia. En una de las dos salas, se informó a las enfermeras sobre la nueva norma para restringir los suplementos. La otra sala servía de control. Dos semanas después, las madres eran asignadas, según la disponibilidad de camas, a una u otra sala. En la sala de intervención, se despertaba a las madres a las 2 de la noche para dar el pecho. Los suplementos de leche sólo se daban en algunos casos, como en las primeras 24 horas después de una cesárea, y los recibieron el 37 % de los niños. En la sala de control, se administraban suplementos a discreción del personal de enfermería; y los recibieron el 85 % de los niños. El suero glucosado se usaba igual en las dos salas, 45 ml por niño y día. A las 4 y 9 semanas, el porcentaje de madres que daban el pecho y suplemento de leche una vez al día o menos era similar en los dos grupos (71 frente a 68 % y 55 frente a 54 %, respectivamente). Los autores concluyeron que la necesidad de suplementos puede ser un marcador de problemas iniciales con la lactancia, pero no encontraron bases para decir que el dar suplementos causase el abandono de la lactancia.

En una maternidad noruega, Nylander y cols. (1991) realizaron un estudio antes y después de la intervención (lactancia más precoz y frecuente y eliminación de los suplementos de rutina). Después de la intervención, el 12 % de los niños recibieron suplementos de leche materna, y el 2 % agua; antes de la intervención el 81 % recibieron suplementos de leche artificial, y el 100 % recibieron suero glucosado. Un año más tarde, se recogieron datos a través de los centros de salud locales. Se obtuvieron datos del 62 % de las madres en el grupo de intervención y del 52 % en el grupo de control; las pérdidas se debieron sobre todo a cambios de domicilio y pérdida de registros. La duración media de la lactancia completa fue de 4,5 ($\pm 1,8$)

meses en el grupo de intervención, y de 3,5 ($\pm$ 2,1) meses en el grupo de control ($p < 0,001$).

Martín Calama y cols. (1997) compararon en un estudio aleatorio controlado un grupo de intervención de lactantes que sólo recibían leche materna durante los primeros 3 días ($n = 87$) y un grupo de control que recibía suero glucosado ad libitum con biberón durante el mismo periodo ($n = 83$). Se entrevistó a las madres por teléfono a los 5 meses del parto. Las madres perdidas en el seguimiento no eran diferentes de las demás. Los bebés del grupo de intervención que recibieron sólo una toma de suero glucosado se mantuvieron en dicho grupo para el análisis (J. Martín Calama, comunicación personal, 1998). La lactancia artificial era significativamente menos probable a las 4 semanas en el grupo de intervención que en el de control (18 frente a 34 %, $p < 0,05$). A las 16 semanas, la prevalencia de la lactancia seguía siendo más alta en el grupo de intervención (67 frente a 43 %, $p < 0,01$). Se controlaron la mayoría de los factores de confusión posibles, excepto la educación de la madre (J. Martín Calama, comunicación personal, 1998).

Tres estudios prospectivos ofrecen más datos a favor de una asociación entre el uso de suplementos y el abandono prematuro de la lactancia materna. Kurinij y cols. en los EE.UU. (1984) encontraron que aquellos niños que habían recibido agua en el hospital abandonaban la lactancia antes de los 4 meses en proporción significativamente mayor que los que no habían recibido agua.

En un estudio prospectivo de observación con 166 madres de Chicago, realizado por Feinstein y cols. (1986), el uso de más de un biberón de leche al día en el hospital se asociaba con una menor prevalencia de la lactancia a las 4, 10 y 16 semanas.

Blomquist y cols. (1994) estudiaron la alimentación de 521 recién nacidos suecos durante su estancia en un hospital y su lactancia posterior. Al momento de ser dados de alta, el 69 % de los recién nacidos había recibido pecho exclusivamente, y el 31 % había recibido uno o más biberones de leche materna extraída o de leche artificial. A los 3 meses, el 80 % todavía mamaba completa o parcialmente. Tras un análisis de regresión logística múltiple, el riesgo relativo ajustado (odds ratio) de no ser amamantado a los 3 meses era 3,9 (IC del 95 % = 2,1–7,2) cuando se habían recibido suplementos en el hospital. En el análisis bifactorial se

encontró una fuerte interacción entre el uso de suplementos en el hospital y una pérdida inicial de peso de un 10 % o más. El riesgo de abandono de la lactancia antes de los 3 meses era casi 7 veces mayor con los dos factores juntos que con ninguno de ellos.

Sin embargo, entre los lactantes que recibieron suplementos por las indicaciones médicas específicas de diabetes materna tipo 1 o diabetes gestacional, la duración de la lactancia era similar a la del grupo no suplementado. La explicación de los autores para esta diferencia es que «suplementar al recién nacido por motivos estrictamente "médicos" no altera la relación entre madre e hijo y la confianza de la madre, como ocurre cuando el suplemento se da por "falta de leche" o porque el bebé protesta». La asociación encontrada entre el uso de suplementos y la pérdida inicial de un 10 % de peso o más va en apoyo de esta hipótesis; en este caso, la madre probablemente recibe un mensaje claro de que no tiene «suficiente» leche, mensaje que puede ser difícil de superar.

6.4 Efecto sobre la lactancia de los suplementos posteriores al alta de la maternidad

También se ha estudiado prospectivamente el uso de suplementos poco después de la dada de alta. Martines, Ashworth y Kirkwood (1989) encontraron en Brasil que el consumo de leche artificial a la edad de una semana se asociaba con un riesgo relativo 3,7 veces mayor de abandonar la lactancia antes de un mes.

Pérez-Escamilla y cols. (1993) estudiaron a 165 mujeres en México. Tras ajustar por la duración prevista de la lactancia, encontraron que las que daban lactancia materna completa a la edad de una semana tenían más probabilidades que las que sólo daban lactancia parcial de seguir dando el pecho a los 2 meses (OR = 4,6; IC = 1,3–15,8) y a los 4 meses (OR = 4,1; IC = 1,7–10,0). Esto sugiere que la introducción de suplementos en la primera semana es un factor de riesgo para el cese precoz de la lactancia, independientemente de las intenciones maternas.

6.5 Otros resultados

Los suplementos aumentan el riesgo de diarrea y otras infecciones, como la meningitis y la sepsis neonatal, en

situaciones de higiene deficitaria (Victora y cols., 1987; de Zoysa, Rea y Martines, 1991; Ashraf y cols., 1991), y también cuando las condiciones higiénicas son mejores (Howie y cols., 1990).

Høst (1991), estudiando una cohorte de 1.749 recién nacidos, encontró que incluso unos pocos biberones antes de iniciarse la lactancia pueden resultar en la aparición de una intolerancia o alergia a la leche de vaca, que se hace sintomática más tarde durante la infancia.

No se ha demostrado la eficacia de los suplementos en algunas de las situaciones para las que se han recomendado. Los estudios no respaldan la extendida creencia de que los suplementos de agua o suero glucosado disminuyen la hiperbilirrubinemia en recién nacidos a término amamantados (Verronen y cols., 1980; de Carvalho, Hall y Harvey, 1981; Nicoll, Ginsburg y Tripp, 1982; Nylander y cols., 1991).

El uso de suero glucosado para prevenir la hipoglucemia no está indicado en lactantes sanos a término amamantados a demanda, incluso cuando los intervalos entre tomas son largos (Williams, 1997). Glover y Sandilands (1990), revisando historias clínicas, encontraron que los recién nacidos que recibían suero glucosado en el hospital perdían más peso ($p < 0,03$) y estaban más tiempo en el hospital ($p < 0,009$) que los que no lo recibían. Martín Calama y cols. (1997) encontraron en un estudio aleatorio que los recién nacidos no mostraban signos de hipoglucemia durante las primeras 48 horas, tanto si recibían suero glucosado como si no. Durante las primeras 48 horas, los que no tomaban suero glucosado perdieron más peso, lo que fue significativo estadísticamente pero no clínicamente (5,9 frente a 4,9 % a las 48 horas, $p < 0,001$). A las 72 horas no había diferencia en la pérdida de peso entre los dos grupos (4,2 y 4,3 %).

6.6 Efecto sobre la lactancia de las muestras comerciales de sucedáneos de la leche materna

Un estudio longitudinal en México (Margen y cols., 1991) encontró una asociación significativa entre la distribución de muestras de leche y el uso de leche artificial. Entrevistadas 2 semanas después de ser dadas de alta de la maternidad, el 50 % de las madres dijeron

haber recibido muestras gratuitas de leche en el hospital. En esta cifra no se incluye a las madres de hospitales de la seguridad social que recibieron recetas para obtener leche gratis. Las madres que habían recibido muestras gratuitas de leche al ser dadas de alta de la maternidad tenían más probabilidades de estar dando leche artificial a sus hijos a las 2 semanas que aquellas que no habían recibido muestras ($p < 0,05$), independientemente de su intención de dar el pecho o no en el momento del ingreso. Entre las madres que inicialmente pensaban dar leche artificial, el 100 % lo estaban haciendo si habían recibido muestras gratuitas, y sólo el 50 % si no habían recibido muestras. Entre las madres que en principio no pensaban dar leche artificial, la estaban dando el 75 % de las que habían recibido muestras, y el 62 % de las que no las habían recibido. La diferencia permanecía significativa tras ajustar por edad materna, nivel de estudios y planes para volver al trabajo.

Pérez-Escamilla y cols. (1994) realizaron un metaanálisis de seis estudios experimentales (Bergevin, Dougherty y Kramer, 1983; Guthrie y cols., 1985; Evans, Lyons y Killien, 1986; Feinstein y cols., 1986; Frank y cols., 1987; Dungy y cols., 1992). Los estudios compararon los grupos que recibían lotes comerciales que incluían muestras de sucedáneos de la leche materna al ser dadas de alta de la maternidad con otros que en lugar de la leche artificial recibían folletos educativos, absorbentes (empapadores) para el sujetador, crema para el pecho, sacaleches, biberones de agua, materiales no específicos o nada en absoluto. Cinco de los estudios fueron realizados en países industrializados, y el otro en las Filipinas. La prevalencia de lactancia materna completa al mes y la de lactancia materna a los 4 meses eran significativamente menores en los grupos que recibían muestras de leche artificial u otros sucedáneos de la leche materna. Pérez-Escamilla concluyó que los lotes de regalo comerciales se asocian con tasas más bajas de lactancia materna, especialmente entre los grupos de riesgo como primíparas y mujeres de bajos ingresos en países en desarrollo.

Dos estudios experimentales más recientes de Bliss y cols. (1997) y Dungy y cols. (1997) no confirman claramente estas conclusiones; pero han de ser interpretados con precaución, pues tienen limitaciones metodo-

lógicas. Bliss y cols. siguieron a tres grupos de madres, asignadas según la semana del parto, que recibieron lotes con leche artificial, un sacaleches o ambos, y a un grupo de control que no recibió nada (sólo folletos). La duración global de la lactancia materna fue similar en los cuatro grupos. Lamentablemente, no se ajustó según las variables de confusión, y las previsiones de lactancia antes del parto eran diferentes entre los grupos ($p < 0,05$). En una submuestra de madres que habían previsto dar el pecho durante 6 meses o más, la prevalencia de lactancia materna completa a las 6 semanas era más alta ($p < 0,05$) entre las que recibieron un sacaleches (78 %) o sólo folletos (72 %) que entre las que recibieron sólo leche o leche y un sacaleches (64 % en cada uno). En otra submuestra de madres ($n = 1.351$) que no habían vuelto a trabajar o a estudiar fuera de casa a las 6 semanas, la lactancia completa a las 6 semanas también era más prevalente entre las que habían recibido un sacaleches o folleto pero no leche artificial.

Dungy y cols. (1997) siguieron a 725 madres, asignadas al azar a recibir un lote que contenía leche artificial, un sacaleches o ambos. No había un grupo de control que no recibiera nada. Las tasas de lactancia materna completa y parcial fueron similares en todos los grupos durante todo el periodo de seguimiento de 16 semanas. Sin embargo, no se menciona el tipo de lactancia antes de la distribución de los regalos; y las madres perdidas en el seguimiento ($n = 38$) tendían a ser menos educadas, no casadas, de nivel socioeconómico más bajo y miembros de minorías étnicas, de forma que los resultados podrían no ser válidos para estos subgrupos de alto riesgo.

Los autores reconocen que «la publicidad directa de leche artificial a los consumidores y la distribución de muestras gratuitas de leche a las embarazadas» están aumentando. Estas prácticas comerciales no fueron controladas como posibles factores de confusión. Regalar sacaleches no es necesariamente beneficioso para la lactancia, especialmente si se incluyen biberones, lo que no está claro en el estudio. La falta de un grupo de control que no recibiera nada es, por tanto, una limitación importante.

6.7 Impacto y rentabilidad de la restricción de leche artificial en el hospital

Un estudio en Brasil, Honduras y México (Horton y cols., 1996; T.G. Sanghvi, documento no publicado, 1996) comparó 3 hospitales con programas de lactancia bien desarrollados con otros 3 hospitales de control en las mismas ciudades, que atendían a poblaciones similares. Las madres (entre 200 y 400 en cada país) fueron entrevistadas al momento de ser dadas de alta, al mes y finalmente a los 2 (Honduras), 3 (Brasil) o 4 meses (México) para comparar la prevalencia de lactancia exclusiva y parcial, con el fin de medir el impacto de los programas. En Brasil y Honduras, los hospitales con programa tenían tasas significativamente más altas de lactancia materna exclusiva; en México, el hospital con programa tenía una tasa más alta de lactancia materna.

Los datos de impacto sobre la lactancia se transformaron entonces en unidades de salud más generalizables, como porcentaje de reducción en la mortalidad por diarrea, mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) y morbilidad por diarrea. Se calcularon los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), basándose en las estimaciones de mortalidad debidas a IRA y diarrea.*

Se calcularon los costos de las actividades de promoción de la lactancia, principalmente costos de funcionamiento del programa; y se obtuvo el aumento del costo (es decir, la diferencia de los costos de las actividades entre los hospitales de intervención y los de control). Estos costos se combinaron (por separado) con la mortalidad, la morbilidad y los AVAD para obtener medidas de rentabilidad. Se encontró que la restricción de leche artificial y suero glucosado y de los oxitócicos durante el parto pueden ser medidas de gran rentabilidad para prevenir la incidencia y mortalidad por diarrea y aumentar los AVAD.

Invirtiendo cada año 0,30 a 0,40 dólares por parto en un hospital en que todavía se usaban la leche artificial y los oxitócicos, pudo prevenirse la diarrea a un costo de 0,65 a 1,10 dólares por caso. Del mismo modo, las muertes por diarrea pueden evitarse a un

* AVAD (en inglés DALY) es un indicador recomendado por el Banco Mundial para comparar intervenciones sanitarias. Combina en una sola cifra el número de años perdidos por muerte prematura y el número de años vividos con una discapacidad por un cierto grupo de causas.

costo de 100 a 200 dólares por muerte, y se pueden ganar AVAD a razón de 2 a 4 dólares por año de vida.

6.8 Conclusiones

Existen varias dificultades para obtener datos satisfactorios respecto al efecto de los alimentos suplementarios sobre el éxito de la lactancia:

- 1) Es difícil asignar al azar a las madres y a sus hijos a un grupo «suplementado» o «no suplementado», y ajustar por la decisión de la madre sobre dar lactancia materna exclusiva o no.
- 2) Algunos de los primeros estudios no contaban el agua (sola o con azúcar) entre los líquidos adicionales, y sólo consideraban como tal la leche artificial; por lo tanto sus resultados sólo pueden aplicarse en parte (Gray-Donald y cols., 1985; de Château et al, 1977b).
- 3) La mayoría de los estudios no hacen diferencia entre qué se da y cómo se da (con biberón, vaso o cuchara) (ver Paso 9).
- 4) A veces resulta difícil cambiar completamente las prácticas. Puede que las actitudes del personal no cambien de forma inmediata tras establecer las nuevas rutinas (de Château y cols., 1977b), a pesar de la capacitación; de forma que los grupos «no suplementados» suelen incluir un cierto número de recién nacidos que han tomado suplemento.
- 5) La mayoría de los estudios han analizado conjuntamente los suplementos dados con y sin indicaciones médicas; pero, como señala Blomquist (1994), el efecto de los suplementos puede ser diferente cuando se administran por diferentes motivos. El analizar juntos a los dos grupos puede introducir un sesgo.

A pesar de estas limitaciones, es evidente que el uso de suplementos sin indicación médica se asocia con el abandono precoz de la lactancia materna. No está claro en qué medida el uso de suplementos es causal, interfiriendo con la conducta alimentaria del bebé o socavando la confianza de la madre, y en qué medida es un marcador de aquellas madres que tienen dificultades para dar el pecho o de aquel personal escasamente capacitado para ayudar a la madre que lacta. En cualquier caso, hay que concluir que las madres necesitan ayuda

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

CUADRO 6.1. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Suplementos en el hospital

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
De Château 1977 ^b (Suecia)	Primíparas y multíparas urbanas, recién nacidos sanos	Control: rutinas pre-intervención Int: no pesar antes y después de las tomas; no dar suplementos «alimenticios» Estudio un año después de comenzar los cambios.	Cont: 119 Int: 68 n = 187	Duración mediana de la lactancia materna: 42 días *** (prueba de la mediana)	Duración mediana de la lactancia materna: 95 días ***	Mayor duración de la LM al suprimir la doble pesada y los suplementos de leche
Gray-Donald 1985 (Canadá)	Salas cuna, población variada socioeconómica y culturalmente.	Control: tomas cada 4 horas, leche después de la LM a discreción de enfermería Int: se capacita al personal de enfermería sobre la norma que restringe la leche artificial Ambos: suero glucosado sin restricción Estudio 2 semanas después de la formación (capacitación)	Cont: 393 Int: 388 n = 781	No tomaron leche artificial en el hospital: 59 (15 %) *** 278 (71 %) LM completa a las 4 semanas 215 (55 %) LM completa a las 9 semanas	No tomaron leche artificial en el hospital: 244 (63 %) *** 263 (68 %) LM completa a las 4 semanas 210 (54 %) LM completa a las 9 semanas	Se redujo el uso de leche artificial, pero no el de suero glucosado. La LM completa no cambió a las 5 y 9 semanas
Nylander 1991 (Noruega) [4 ^a , 6, 8]	Recién nacidos sanos a término, peso al nacer entre 2.500 y 4.500 g	Control: cuidados habituales antes de la intervención Int: formación del personal para evitar los suplementos rutinarios de leche y suero glucosado + contacto precoz (Paso 4) + lactancia a demanda (Paso 8)	Seguimiento Cont: 106 Int: 126 n = 232	Duración media de la LM completa: 3,5 ± 2,1 meses *** 13 (12 %) LM completa a los 6 meses **; 50 (47 %) siguen LM a los 9 meses **	Duración media de la LM completa: 4,5 ± 1,8 meses *** 28 (22 %) LM completa a los 6 meses **; 78 (62 %) siguen LM a los 9 meses **	La duración media de la LM completa aumentó de 3,5 a 4,5 meses al dejar de dar suplementos (+ Pasos 4 y 8)
Martín-Calama 1997 (España) [2 ^a]	Madres sanas con intención de dar el pecho ≥ 3 meses, con recién nacidos sanos a término sin indicaciones médicas para recibir suero glucosado	Control: suero glucosado <i>ad libitum</i> con biberón, después de las mamadas, durante los primeros 3 días Int: LM exclusiva en los primeros 3 días	Cont: 83 Int: 87 n = 170	A las 4 semanas 34 % ^b habían introducido leche artificial * A las 16 semanas 36 (43 %) seguían LM **	A las 4 semanas 18 % ^b habían introducido leche artificial * A las 16 semanas 58 (67 %) seguían LM **	Los lactantes que recibían suero glucosado en el hospital tenían menos probabilidades de continuar la LM a las 16 semanas

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001 a: Pérdidas de seguimiento analizadas por separado
 LM: lactancia materna Cont: grupo de control Int: grupo de intervención

b: Datos recalculados

CUADRO 6.2. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Suplementos en el hospital: hyperbilirbinamia

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Verronen 1980 (Finlandia) [6]	Recién nacidos sanos sin riesgo de hipoglucemia	Control (pre-int): sin alojamiento conjunto, mamadas con horario, suplementos Intervención: alojamiento conjunto, LM a demanda, se evitan los suplementos de leche	Cont: 574 Int: 551 n = 1125	292 (51 %) tenían ictericia clínica 96/292 (33 %) tenían niveles de bilirrubina total > 205 µmol/L	325 (59 %) tenían ictericia clínica 104/325 (32 %) tenían niveles de bilirrubina total > 205 µmol/L **	Los cambios en las rutinas de alimentación no aumentaron el riesgo de hiperbilirrubinemia
De Carvalho 1981 (Inglaterra)	Recién nacidos sanos a término amamantados con ictericia fisiológica	Control: agua <i>ad libitum</i> tras cada mamada Int: LM exclusiva (sin agua ni otros líquidos)	Cont: 120 Int: 55 n = 175	Pico medio de bilirrubina en el hospital: 260 µmol	Pico medio de bilirrubina en el hospital: 264 µmol	Los suplementos de agua no redujeron los niveles de bilirrubina
Nicoll 1982 (Inglaterra)	Recién nacidos a término amamantados con peso entre los percentiles 10 y 90	Control I: suplementos de agua Control II: suplementos de suero glucosado Int: sin suplementos de agua ni suero glucosado	Cont I: 15 Cont II: 17 Int: 17 n = 49	Bilirrubina media en plasma el día 6: Cont I: 93,5 ± 13,8 µmol/L Cont II: 80,8 ± 8,8 µmol/L	Bilirrubina media en plasma el día 6: 67,7 ± 6,7 µmol/L	Los suplementos de agua o suero glucosado no redujeron los niveles de bilirrubina

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

LM: lactancia materna

Cont: grupo de control

Int: grupo de intervención

CUADRO 6.3. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS LONGITUDINALES
Administración de suplementos

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Tamaño muestral	Exposición	Resultados		Análisis estadístico	Conclusión
				Expuestos	No expuestos		
Kuriniy 1984 (EE.UU.) Blomquist 1994 (Suecia)	Primíparas urbanas que amamantan, recién nacidos no gemelares con > 2.000 g. Seguimiento durante 6 o 7 meses	109	Administración de agua en el hospital Administración rutinaria de leche artificial desde el alta hasta el mes de edad	23/40 (58 %) ^a tomaron LM más de 4 meses 8/28 (29 %) ^a tomaron LM más de 4 meses OR = 3,9 (IC 95 %: 2,3 - 6,5)	51/69 (74 %) ^a tomaron LM más de 4 meses 66/81 (81 %) ^a tomaron LM más de 4 meses	Análisis unifactorial: no significativo Regresión logística múltiple * Análisis unifactorial *** Análisis multifactorial ***	La administración de agua en el hospital se asoció con LM más corta El riesgo de terminar la LM antes de los 4 meses se asoció con la administración de leche artificial durante el primer mes
	Recién nacidos sanos prematuros y a término. Seguimiento 4 meses	521	Administración en el hospital de leche artificial o de leche humana donada	102/156 (65 %) toman LM a los 3 meses OR = 3,51 (IC 95 %: 2,26 - 5,47) OR ajustado = 3,9 (IC 95 %: 2,1 - 7,2)	292/336 (87 %) toman LM a los 3 meses	Análisis unifactorial Regresión logística múltiple	La administración de leche artificial o de donante se asoció con un mayor riesgo de suspender la LM
Martines 1989 (Brasil)	Recién nacidos sanos no gemelares con > 1.500 g, familias urbanas de bajos ingresos, seguimiento 6 meses	538	Ingesta de leche artificial a 1 semana Ingesta de leche artificial a los 3 meses	RR de terminar la LM al mes: 3,7 (IC 95 %: 1,04-13,15) RR de terminar la LM a los 6 meses: 3,85 (IC 95 %: 2,34-6,32)	RR = 1,00 RR = 1,00	Regresión logística * Regresión logística ***	La administración de leche artificial a la semana y a los 3 meses aumentó el riesgo de abandonar la lactancia materna

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.
 Int: grupo de intervención

a: Datos recalculados
 OR: Odds ratio

LM: lactancia materna
 RR: Riesgo relativo

Cont: grupo de control

CUADRO 6.4. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Obsequios comerciales – meta análisis

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Obsequios comerciales (OC)/ Obsequios no comerciales (ONC)	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Bergevin 1983 (Canadá)	Primíparas y multíparas urbanas blancas con estudios	OC: recibieron 1 biberón, 1 lata de leche artificial líquida, 1 lata de leche artificial en polvo, 1 tetina y 3 folletos con anuncios de leche artificial ONC: no recibieron muestras de leche	OC: 212 ONC: 194 n = 406	165 (78 %) daban LM al mes	163 (84 %) daban LM al mes (p = 0,07)	Ver Pérez-Escamilla 1994
Guthrie 1985 (Filipinas)	Mujeres urbanas de bajos ingresos con una paridad media de 2,5 a 3,0. Hospitales A y B	OC A y B: recibieron una lata de leche artificial en polvo ONC A y B: no recibieron muestras de leche	OC A: 78 ONC A: 56 OC B: 23 ONC B: 56 n = 213	OC A: 53 (69 %) daban LM al mes LM menos probable (mismos datos ^a) *	ONC A: 45 (80 %) daban LM al mes LM más probable los primeros 8 meses (mismos datos ^a) *	Ver Pérez-Escamilla 1994
Evans 1986 (EE.UU.)	Primíparas y multíparas urbanas, en su mayor parte blancas, con alto riesgo obstétrico, con recién nacidos normales	OC: recibieron un lote con 1 biberón de leche artificial lista para su uso, 1 lata de leche artificial concentrada y 1 lata de leche artificial en polvo ONC: recibieron un lote sin muestras de leche artificial	OC: 55 ONC: 40 n = 95	36 (65 %) daban LM al mes; 30 (55 %) daban LM (≤ 1 biberón de leche artificial/día) al mes	30 (75 %) daban LM al mes; 23 (56 %) daban LM (≤ 1 biberón de leche artificial/día) al mes	Ver Pérez-Escamilla 1994
Feinstein 1986 (EE.UU.)	Primíparas y multíparas urbanas, en su mayor parte negras, con intención de amamantar	OC: recibieron 1 lata de leche artificial líquida, 2 biberones de agua y 3 folletos educativos. ONC: recibieron 2 biberones de agua y 3 folletos educativos. Administración muy frecuente de leche artificial en el hospital	OC: 76 ONC: 90 n = 166	64 (84 %) daban LM al mes	79 (88 %) daban LM al mes	Ver Pérez-Escamilla 1994

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

a: Datos del Hospital A reanalizados por Pérez-Escamilla y cols. (1994) mediante análisis de supervivencia

LM: lactancia materna

CUADRO 6.4. (CONTINUACIÓN) RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Obsequios comerciales – meta análisis

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Obsequios comerciales (OC)/ Obsequios no comerciales (ONC)	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Frank 1987 (EE.UU.)	Primíparas y multíparas urbanas, multiétnicas, de bajos ingresos	OC: recibieron 2 biberones de agua estéril, 2 tetinas y folletos comerciales ONC: recibieron absorbentes para el sujetador (corpiño) y folletos educativos sobre LM	OC: 167 ONC: 157 n = 324	Duración media de la LM completa: 42 días ** 92 (55 %) daban LM a los 4 meses	Duración media de la LM completa: 60 días ** 101 (65 %) daban LM a los 4 meses *	Ver Pérez-Escamilla 1994
Dungy 1992 (EE.UU.)	Mujeres urbanas y rurales, con estudios, de clase media, en su mayoría blancas, con recién nacidos sanos	OC: recibieron leche artificial y otros artículos no especificados ONC: recibieron un sacaleches manual, empapadores para el sujetador (corpiño) y una crema para el pecho	OC: 44 ONC: 43 n = 87	Duración media de la LM completa: 2,78 semanas *	Duración media de la LM completa: 4,18 semanas *	Ver Pérez-Escamilla 1994
Pérez-Escamilla 1994	Meta análisis de los estudios precedentes				Más probabilidad de LM completa al mes * Más probabilidad de LM a los 4 meses *	Los obsequios comerciales redujeron significativamente la probabilidad de LM completa al mes y de LM a los 4 meses

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

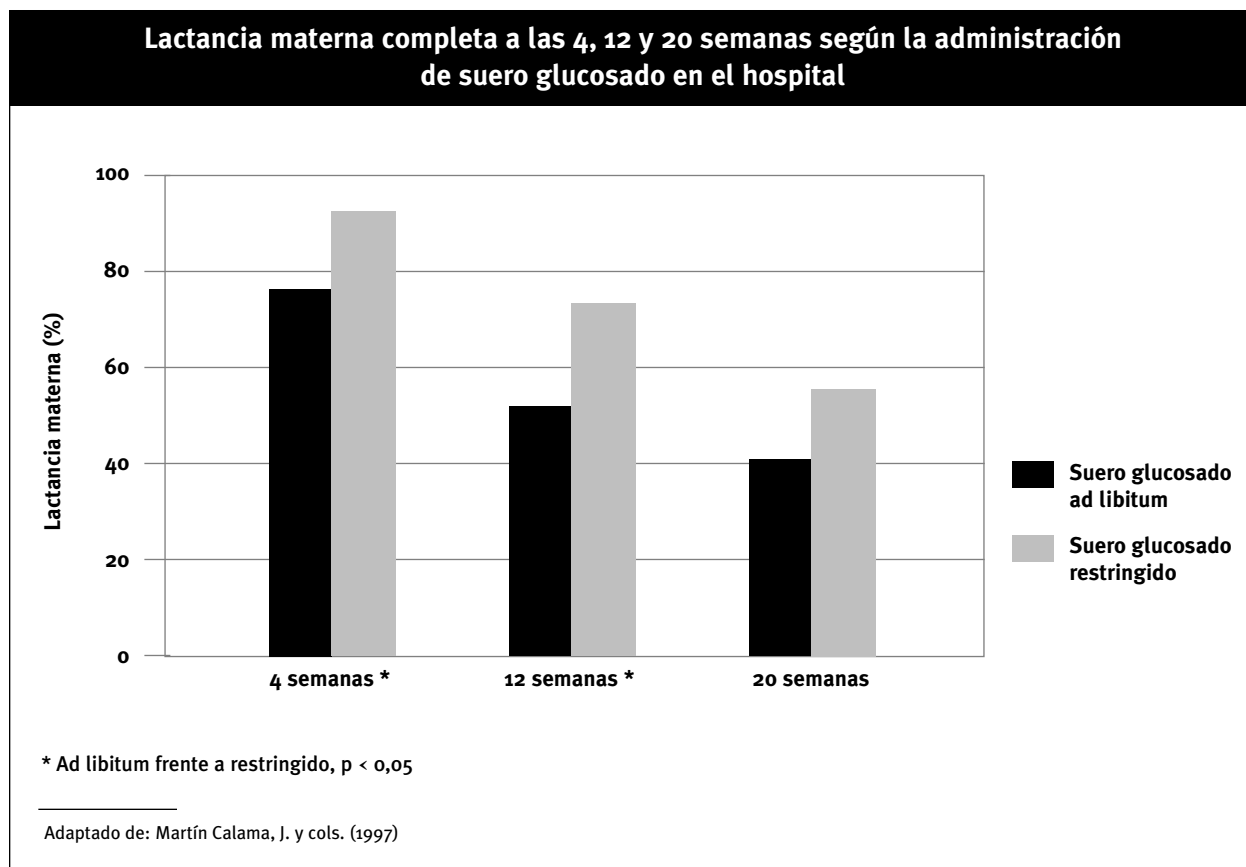
LM: lactancia materna

CUADRO 6.5. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Obsequios comerciales

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Obsequios comerciales (OC)/ Obsequios no comerciales (ONC)	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Snell 1992 (EE.UU.) [2, 8]	Madres lactantes hispanas de bajos ingresos, con recién nacidos sanos a término y que tienen teléfono	OC: recibieron una muestra de leche artificial y artículos no especificados ONC: no recibieron obsequio comercial	OC: 33 ONC: 47 n = 80	A las 3 semanas **: LM: 24 (72 %) LM completa: 11 (33 %) 33 (100 %) daban biberones a las 3 semanas **	A las 3 semanas **: LM: 41 (87 %) LM completa: 32 (68 %) 35 (75 %) daban biberones a las 3 semanas **	Entre las hispanas de bajos ingresos, las que no habían recibido obsequios comerciales tuvieron menos probabilidades de dar biberones y más probabilidades de dar pecho a las 3 semanas
Bliss 1997 (EE.UU.) [1, 2]	Madres lactantes de habla inglesa, dadas de alta de una unidad postparto de bajo riesgo, con acceso al teléfono Subgrupo analizado: madres que pensaban amamantar durante al menos 6 meses (n = 688)	OC 1: 1 lata de leche artificial en polvo OC 2: leche artificial y un sacaleches ONC 1: ni leche ni sacaleches ONC 2: sacaleches + manual de uso del sacaleches Todas recibieron folletos de lactancia escritos por el personal del hospital	OC 1: 192 OC 2: 184 ONC 1: 145 ONC 2: 167 n = 688	LM completa a las 6 semanas **: OC 1: 64 % OC 2: 64 %	LM completa a las 6 semanas **: ONC 1: 72 % ONC 2: 78 %	La distribución de leche artificial, con o sin un sacaleches, redujo la prevalencia de lactancia materna completa a las 6 semanas (importantes limitaciones metodológicas)
Dungy 1997 (EE.UU.) [2, 4, 5, 8]	Madres con estudios, de ingresos medios, en su mayoría blancas, con intención de amamantar, con recién nacidos sanos a término	OC 1: leche artificial OC 2: leche artificial + sacaleches ONC: sacaleches manual	OC 1: 240 OC 2: 245 ONC: 240 n = 725	El 18 % del grupo OC 1 (sólo leche artificial) y el 16 % del OC 2 (leche y sacaleches) daban LM completa durante todo el periodo de seguimiento de 16 semanas	El 16,7 % de las madres en el grupo ONC (sólo sacaleches) daban LM completa durante todo el periodo de seguimiento de 16 semanas	Niveles similares de LM completa durante las 16 semanas en grupos de mujeres blancas de ingresos medios que habían recibido muestras de leche, sacaleches o ambos (importantes limitaciones metodológicas)

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

LM: lactancia materna



Paso 7:

ALOJAMIENTO CONJUNTO

7.1 «Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día»

Las madres de bebés normales (incluyendo las que han dado a luz por cesárea) deben permanecer con ellos en la misma habitación día y noche, desde el momento en que vuelven a su habitación después del parto (o desde que son capaces de responder a sus hijos, en caso de cesárea), excepto por periodos de menos de una hora para procedimientos hospitalarios. Este alojamiento conjunto debe empezar antes de una hora tras los partos vaginales normales. Las púerperas normales deben tener a sus hijos con ellas o en una cuna junto a su cama, a no ser que esté indicada una separación. (Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992).

7.2 Introducción

A principios del siglo XX, cuando aumentó el número de madres que daban a luz en los hospitales, se adoptó la práctica de tener a los bebés en una sala cuna. Una de sus consecuencias fue un aumento de las infecciones cruzadas, lo que produjo epidemias de diarrea (McBryde y Durham, 1951) y de infecciones cutáneas estafilocócicas entre los recién nacidos (Rush, Chalmers y Enkin, 1989). Más recientemente, algunos hospitales han instituido el alojamiento conjunto, y esta práctica se ha extendido, produciendo habitualmente un descenso de las infecciones (Mapata, Djauhariah y Dasril, 1988; Suradi, 1988).

Sin embargo, muchas maternidades, sobre todo centros privados, siguen teniendo salas cuna para los recién nacidos sanos fruto de un parto normal. Otras tienen alojamiento conjunto parcial, manteniendo a madres e hijos juntos durante el día, pero poniendo a los bebés en la sala cuna por la noche. A veces se despierta a las madres para dar pecho; pero con frecuencia se da a los bebés leche artificial o agua mientras están en la sala cuna. Por el contrario, el alojamiento conjunto permite a las madres responder siempre que sus bebés dan señales de querer comer, y esto les ayuda a establecer una buena producción de leche. Es difícil, por lo tanto, separar el Paso 7 del Paso 8, referente a la lactancia a demanda. La sala cuna interfiere con la lactancia a demanda, y aumenta la probabilidad de dificultades con la lactancia.

Entre los motivos que se suelen aducir para no establecer el alojamiento conjunto están: que la sala cuna permite una mejor supervisión de los bebés, que las madres no pueden dormir tranquilas si el bebé está en su habitación, que las madres piden que se lleven a sus hijos a la sala cuna para poder descansar, o que el diseño de la unidad hace difícil el alojamiento conjunto y que los cambios arquitectónicos resultarían caros. En los hospitales privados, el alojamiento conjunto puede dificultar el cobro de un servicio de sala cuna.

Ninguno de estos motivos justifica el mantenimiento rutinario de salas cuna. Las salas cuna consumen más tiempo del personal, y restringen la interacción entre madre e hijo, lo que puede dificultar el vínculo afectivo y disminuir la confianza de la madre. El alojamiento conjunto es necesario para todos los recién nacidos y todas las madres, independientemente del tipo de alimentación que reciba el bebé.

7.3 Efecto del alojamiento conjunto sobre la lactancia

Varios estudios pioneros, prospectivos y retrospectivos, encontraron una fuerte asociación entre el alojamiento conjunto y el aumento de la lactancia materna (McBryde y Durham, 1951; Jackson, Wilkin y Auerbach, 1956; Bloom y cols., 1982; Elander y Lindberg, 1984). Se han identificado seis estudios experimentales o cuasiexperimentales específicamente relacionados con la lactancia.

Procianoy y cols. (1983) realizaron un estudio cuasiexperimental, comparando los efectos del alojamiento conjunto sobre la intención de lactancia al momento de ser dados de alta en un hospital del Brasil. Las madres fueron asignadas al azar (según la disponibilidad de camas) a un grupo con alojamiento conjunto o a otro con sala cuna. La elección del tipo de lactancia al ser dada de alta fue significativamente diferente: el 73 % de las madres en el grupo con alojamiento conjunto, y el 43 % en el grupo con sala cuna, pensaban continuar dando pecho ($p < 0,001$). Las diferencias siguieron siendo significativas, incluso después de ajustar por atención prenatal e instrucciones de alimentación en el hospital. El estudio no midió la duración de la lactancia, pero sugiere que el alojamiento conjunto puede afectar a las actitudes maternas respecto a la lactancia, y a sus sentimientos y confianza.

Elander y Lindberg (1986) estudiaron a 29 recién nacidos que recibían fototerapia en Suecia, y que eran asignados alternativamente a un grupo separado o no separado (éstos permanecían con sus madres durante el día, y en la mayoría de los casos también durante la noche). La prevalencia de lactancia materna era mayor en el grupo no separado durante las 12 semanas de seguimiento, y la diferencia era significativa a las 4 semanas (87 frente a 50 %, $p < 0,05$).

Strachan-Lindenberg, Cabrera y Jiménez (1990) siguieron durante 4 meses a 375 primíparas nicaragüenses de clase pobre urbana. Hubo varias intervenciones, cuya metodología se ha descrito en el Paso 4. Una semana después del parto, el porcentaje de madres con lactancia materna completa era más alto en el grupo que había tenido alojamiento conjunto y había recibido mensajes experimentales sobre la lactancia (63 %) que en los grupos que habían estado separados y habían recibido la atención habitual (32 %) o bien los mensajes experimentales (53 %, $p < 0,001$). A los 4 meses, la prevalencia de lactancia materna era más alta en el grupo con alojamiento conjunto e información experimental (61 %) que en los otros grupos combinados (51 %, $p < 0,05$).

Pérez-Escamilla y cols. (1992), en México, siguieron a 165 mujeres urbanas pobres que querían dar el pecho. El método se ha descrito en el Paso 5. Las mujeres dieron a luz en dos hospitales, uno con sala cuna y otro con alojamiento conjunto; un subgrupo tenía sólo alojamiento conjunto, y el otro alojamiento conjunto y orientación sobre la lactancia. Las mujeres en el hospital con alojamiento conjunto estuvieron en contacto antes con sus hijos y les dieron pecho antes, pasaron más tiempo con ellos y dieron pecho más a menudo. Los recién nacidos en el hospital con sala cuna tomaron menos suero glucosado, porque había una norma que restringía su uso.

Entre las primíparas en los dos subgrupos con alojamiento conjunto, la prevalencia de la lactancia materna completa al mes era significativamente más alta que en el grupo con sala cuna. A los 4 meses, la diferencia sólo seguía siendo estadísticamente significativa para el subgrupo que había tenido alojamiento conjunto y orientación sobre la lactancia. Los autores sugieren que el alojamiento conjunto tiene un efecto beneficioso a corto plazo sobre la lactancia materna, que sólo se mantiene si va acompañado de orientación sobre la lactancia.

El alojamiento conjunto puede facilitar la producción inicial de leche. Mapata, Djauhariah y Dasril (1988), en Indonesia, estudiaron a 414 madres que eligieron entre el alojamiento conjunto o permanecer separadas de sus hijos. En el grupo con alojamiento conjunto, la producción de leche materna madura empezó antes ($1,85 \pm 0,84$ días) que en el grupo con sala

cuna ($3,07 \pm 0,93$ días, $p < 0,001$), y la ictericia clínica era menos frecuente (13 frente a 26 %, $p < 0,05$).

Yamauchi y Yamanouchi (1990), en una revisión de 204 madres, encontraron que los recién nacidos con alojamiento conjunto mamaban con más frecuencia que los de la sala cuna entre los días 2 y 7, y que ganaban más peso cada día. Se recomendaba a las madres en alojamiento conjunto dar pecho a demanda.

7.4 Otros resultados

Además de la lactancia materna, la relación madre-hijo puede verse afectada por el alojamiento conjunto. Incluso el alojamiento conjunto parcial (diurno) puede ser beneficioso en este aspecto.

O'Connor y cols. (1980), en un estudio cuasiexperimental, encontraron más casos de malos tratos o negligencia importantes por parte de los padres en un grupo sin alojamiento conjunto que en el grupo que había tenido alojamiento conjunto durante 8 horas al día; independientemente de la intención de la madre de dar pecho o no. Norr y cols. (1989) encontraron, en una población de bajos ingresos en los EE.UU., que un grupo de madres que habían permanecido en alojamiento conjunto con sus recién nacidos durante el día tenía puntuaciones de apego materno más altas a los 2 o 3 días que los dos grupos de control: uno anterior al establecimiento del alojamiento conjunto, y otro formado por madres que querían alojamiento conjunto pero no pudieron conseguirlo. Buranasin (1991) encontró, en un estudio retrospectivo, que la tasa de abandono de recién nacidos en un hospital bajó de 1,8 a 0,1 por 1.000 nacidos vivos dos años después de implantar el alojamiento conjunto.

7.5 Validez de los argumentos para no aplicar el alojamiento conjunto

Los motivos aducidos para no aplicar el alojamiento conjunto no son necesariamente válidos, ni siquiera para madres que no quieran dar pecho. Un argumento frecuente es que las madres necesitan descansar, y que no podrán dormir si los bebés permanecen junto a ellas durante la noche. Waldenström y Swenson (1991) estudiaron el efecto de animar a las madres a quedarse con

sus bebés por la noche, cuando ya se practicaba el alojamiento conjunto diurno. La presencia del bebé durante la noche no afectó al número de horas de sueño o al estado de alerta de las madres durante el día, aunque por la noche dieron pecho con más frecuencia.

Keefe estudió el sueño nocturno de las madres (1988) y los patrones de sueño de los niños (1987) en un grupo con alojamiento conjunto durante las 24 horas y otro grupo con alojamiento conjunto de 7:00 a 23:00 horas, en que los bebés pasaban la noche en la sala cuna. No se encontraron diferencias significativas en el número de horas que dormían las madres ni en la calidad de su sueño. Siete de las 10 madres en el grupo con sala cuna tomaron somníferos al menos una vez durante las 2 noches del estudio, frente a ninguna en el grupo con alojamiento conjunto.

Para estudiar a los recién nacidos se usó una cuna con monitor de sueño durante dos noches consecutivas después del parto. En la sala cuna había más ruido ambiental ($p < 0,01$) y más luz que en la habitación de la madre; los episodios de llanto fueron más numerosos y las cuidadoras respondieron con menor frecuencia. Los recién nacidos que dormían en la habitación de su madre pasaron el 33 % del tiempo en sueño tranquilo, frente al 25 % en la sala cuna ($p < 0,05$).

En conjunto, estos resultados indican que la presencia del recién nacido en la habitación de la madre no altera mucho el sueño de la madre, pero mejora el sueño del niño.

7.6 Efecto del colecho o cama compartida en la lactancia materna y otros resultados

La lactancia nocturna se ha asociado con el colecho (dormir madre e hijo en la misma cama). McKenna, Mosko y Richard (1997) estudiaron la conducta nocturna de parejas madre-hijo sanas de origen hispano que habitualmente dormían juntos ($n = 20$) o separados ($n = 15$). Los bebés tenían 3 o 4 meses, y tomaban lactancia materna exclusiva por la noche. Los lactantes que habitualmente dormían con su madre mamaron tres veces más tiempo durante la noche que los que solían dormir separados, lo que sugiere que el colecho favorece la lactancia materna. Los autores sugieren que, al aumentar la lactancia materna, el colecho podría prote-

ger contra el síndrome de la muerte súbita infantil. No existen pruebas concluyentes de esta hipótesis. Clements y cols. (1997) encontraron en un estudio longitudinal que el colecho se asociaba con una mayor duración de la lactancia, incluso tras ajustar por posibles factores de confusión.

7.7 Conclusiones

En años recientes se ha acumulado una considerable experiencia con el alojamiento conjunto, y, una vez instituido, el personal y las madres suelen afirmar que lo prefieren a la sala cuna. Los argumentos habitualmente aducidos para no practicarlo, como la posible interferencia con el sueño de la madre, no parecen ser válidos. El alojamiento conjunto tiene efectos beneficiosos, tanto para la lactancia como para la relación entre madre e hijo. El efecto sobre la lactancia puede deberse en parte a que el alojamiento conjunto facilita la lactancia a demanda. La lactancia a demanda es difícil cuando el bebé está en una sala cuna, mientras que la restricción de las mamadas es difícil en el alojamiento conjunto. El efecto sobre la relación madre-hijo parece ser independiente del tipo de alimentación.

Los recién nacidos en la sala cuna lloran más, y sus cuidadores no responden tan a menudo como las madres que están en la misma habitación. Por tanto, los recién nacidos, amamantados o no, deben permanecer en la habitación con sus madres las 24 horas, salvo que exista un motivo médico insuperable para llevarlos a la sala cuna.

CUADRO 7.1. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Alojamiento conjunto

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Procianoy 1983 (Brasil) [9]	Madres sanas urbanas de bajos ingresos, sin educación prenatal sobre alimentación infantil. Recién nacidos sanos a término, LM al alta	Ambos: 5 min de contacto inicial piel con piel, luego 6 a 8 h de separación Control: 1 hora de contacto cada intervalo de 4 horas Int: Alojamiento conjunto las 24 horas, tomas cada 4 horas	Cont: 75 Int: 81 n = 156	32 (43 %) pensaban continuar la LM*** al ser dadas de alta	59 (73 %) pensaban continuar la LM*** al ser dadas de alta	Con alojamiento conjunto, más madres tuvieron planes de seguir dando pecho
Elander 1986 (Suecia) [8]	Recién nacidos sanos a término con ictericia, tratados con fototerapia	Control: Separación completa Int: Alojamiento conjunto las 24 horas y 1 o 2 horas de orientación sobre cuidados del bebé	Cont: 14 Int: 15 n = 29	LM a las 4 semanas ^a : 7 (50 %) * LM a las 12 semanas ^a : 3 (21 %)	LM a las 4 semanas ^a : 13 (87 %) * LM a las 12 semanas ^a : 8 (53 %)	El alojamiento conjunto aumentó la LM a las 4 semanas
Mapata 1988 (Indonesia) [3]	Recién nacidos sanos a término, fruto de embarazos y partos normales	Control: contacto cada 3 horas para LM Int: alojamiento conjunto continuo, lactancia a demanda, contacto piel con piel en sala de partos	Cont: 161 Int: 253 n = 414	Bajada (subida) de la leche a los 3,07 días ***	Bajada (subida) de la leche a los 1,85 días ***	La bajada (subida) de la leche fue más precoz en el grupo con alojamiento conjunto
Yamauchi 1990 (Japón) [6]	Recién nacidos sanos a término amamantados	Control: rutinas pre-intervención, 30 minutos de contacto cada 3 o 4 horas Int: alojamiento conjunto las 24 horas y lactancia a demanda (Paso 8)	Cont: 112 Int: 92 n = 204	7,85 mamadas el día 6 (media) *** Aumento peso (del mínimo al día 7): 31 ± 15 g/día **	9,72 mamadas el día 6 (media) *** Aumento peso (del mínimo al día 7): 39 ± 21 g/día **	Mayor frecuencia de las mamadas y aumento de peso con alojamiento conjunto
Strachan-Lindenberg 1990 (Nicaragua) [8]	Primíparas sanas urbanas de bajos ingresos con intención de amamantar, partos normales	Control I (pre-int): separación y mensajes rutinarios sobre LM Control II (pre-int): contacto precoz y mensajes específicos sobre LM Int: AC 24 horas + mensajes específicos	Control (I+II): 259 Int: 116 n = 375	111 (43 %) LM completa a la semana *** 131 (51 %) LM a los 4 meses *	73 (63 %) LM completa a la semana *** 71 (61 %) LM a los 4 meses *	La LM a los 4 meses aumentó con el alojamiento conjunto y los mensajes específicos
Pérez-Escamilla 1992 (México)	Primíparas sanas urbanas pobres con intención de amamantar, recién nacidos sanos a término	Control: separación completa, sin orientación sobre LM Int I: alojamiento conjunto 24 horas Int II: AC 24 horas y orientación sobre lactancia materna	Cont: 17 Int I: 15 Int II: 22 n = 54	LM completa a los 30 días 2 (12 %) ^a * (frente a Int II) LM completa a los 90 días 0 (0 %) ^a * (frente a Int II)	LM completa a los 30 días Int I: 6 (40 %) ^a Int II: 11 (50 %) ^a * LM completa a los 90 días Int I: 1 (8 %) ^a Int II: 6 (27 %) ^a *	En primíparas, la LM completa hasta los 90 días aumentó con el alojamiento conjunto y la orientación

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

a: Datos del Hospital A reanalizados por Pérez-Escamilla y cols. (1994) mediante análisis de supervivencia

LM: lactancia materna

CUADRO 7.2. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Alojamiento conjunto, otros resultados

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
O'Connor 1980 (EE.UU.)	Primíparas sanas de bajos ingresos con recién nacidos sanos	Control: contacto después de 12 horas, sólo para las tomas Int: contacto después de 7 a 21 horas, alojamiento conjunto 11,4 horas al día (media)	Cont: 158 Int: 143 n = 301	9 casos de abuso o abandono importante hasta los 17 meses*	1 caso de abuso o abandono importante hasta los 17 meses *	Las madres con alojamiento conjunto (parcial) tuvieron menor riesgo de desarrollar maltrato o abandono
Norr 1989 (EE.UU.) [6]	Primíparas médicamente indigentes con parto normal y recién nacidos sanos a término, la mayoría con lactancia artificial	Control I: contacto de 45 min., 4 veces al día, pre-intervención Control II: lo anterior, a pesar del deseo materno de alojamiento conjunto Int: alojamiento conjunto diurno	Cont I: 72 Cont II: 35 Int: 77 n = 184	Puntuación de apego materno el día 2 o 3 (media $\pm$ DE): Cont I: 82,2 $\pm$ 21 * Cont II: 80,2 $\pm$ 19,9	Puntuación de apego materno el día 2 o 3 (media $\pm$ DE): 88,9 $\pm$ 21 *	Las madres con alojamiento conjunto tuvieron más apego con sus hijos
Keefe 1987 y 1988 (EE.UU.) [3]	Múltiparas con partos normales, recién nacidos a término de bajo riesgo amamantados	Control: alojamiento conjunto desde las 7 h a las 23 h Int: alojamiento conjunto las 24 horas	Cont: 10 Int: 11 n = 21	Sueño materno en las noches 1 y 2: 5,35 h Tiempo que pasa el bebé en la cuna en sueño tranquilo: 25%* Tiempo que pasa el bebé llorando por noche: 20,8 min ***	Sueño materno en las noches 1 y 2: 5,55 h Tiempo que pasa el bebé en la cuna en sueño tranquilo: 33%* Tiempo que pasa el bebé llorando por noche: 1,4 min ***	El alojamiento conjunto nocturno no disminuyó el sueño materno; los bebés tenían más sueño tranquilo y lloraban menos
Waldenström 1991 (Suecia) [6]	Parto normal, recién nacido sano	Control (pre-int):alojamiento conjunto de 6 h a 22 h Int: lo anterior + fomentar el alojamiento conjunto nocturno (capacitación del personal, información prenatal)	Cont: 104 Int: 111 n = 215	1,5 mamadas en la 3ª noche (media) * La madre durmió 5,7 horas el día 3 (media)	1,8 mamadas en la 3ª noche (media) * La madre durmió 5,6 horas el día 3 (media)	El alojamiento conjunto nocturno no disminuyó el sueño materno; ligero aumento del número de tomas la 3ª noche

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

a: Datos del Hospital A reanalizados por Pérez-Escamilla y cols. (1994) mediante análisis de supervivencia

LM: lactancia materna

Paso 8:

LACTANCIA A DEMANDA

8.1 «Fomentar la lactancia materna a demanda»

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

8.2 Introducción

La idea de que dar pecho según un horario prefijado es mejor para el niño y la madre se introdujo a comienzos del siglo XX, en un intento por hacer la alimentación infantil «científica» y segura (Fisher, 1985; Klaus, 1987; Inch y Garforth, 1989). Sobre bases puramente teóricas, se supuso que el estómago del bebé necesitaba un cierto tiempo (3 o 4 horas) para vaciarse, que había que evitar las tomas nocturnas, y que las mamadas prolongadas producían vómitos, diarrea, retraso del crecimiento y dolor de los pezones. Estas ideas están todavía en boga en algunos sitios. Pero, en general, hoy se acepta que los horarios causan problemas en la lactancia y producción insuficiente de leche, lo que hace que las madres inicien la lactancia artificial. La restricción en la duración de la toma puede hacer que el bebé obtenga menos de la leche final, rica en calorías (Woolridge y Baum, 1993).

Puede existir, sin embargo, un abismo entre la teoría y la práctica. Aunque la lactancia a demanda sea la norma, a veces el personal sugiere «enseñar» al recién nacido un horario antes de que deje el hospital (Garforth y García, 1989), o acortar las mamadas al principio para prevenir el dolor en los pezones.

Con la lactancia a demanda (también llamada «irrestringida», «guiada por el bebé» o «en respuesta a las señales del bebé»), la frecuencia y duración de las tomas varía de un niño a otro y de un día a otro. Muchos lactantes maman cada 2 o 3 horas o más a menudo, con intervalos más largos entre algunas tomas. El número total de mamadas al día suele ser superior a las 6 u 8 que permitían los tradicionales horarios de los hospitales.

En el hospital, la auténtica lactancia irrestringida sólo es posible con alojamiento conjunto las 24 horas, lo que permite a la madre responder cuando su hijo parece dispuesto a mamar. Por lo tanto, es difícil evaluar el efecto de la lactancia a demanda independientemente del Paso 7.

8.3 Frecuencia y duración de las tomas en el postparto inmediato

El alumbramiento de la placenta produce una caída de los niveles de estrógenos y progesterona en la sangre de la madre, lo que permite a la prolactina actuar sobre la glándula mamaria y comenzar la producción de leche. La cantidad de leche producida se adapta durante las primeras semanas a las necesidades del lactante, en parte por la prolactina que se secreta en respuesta a la succión, y en parte por los efectos locales de la extracción de la leche sobre la glándula, ambos determinados en su mayor parte por el apetito del lactante (Woolridge y Baum, 1993; Wilde, Prentice y Peaker, 1995; Hartmann y cols., 1996). El pedir a las madres que restrinjan la frecuencia o la duración de las mamadas puede interferir con el proceso de adaptación, y llevar a la ingurgitación, la producción insuficiente de leche y otros problemas.

Cuando no hay restricciones, la frecuencia y duración de las mamadas varía ampliamente. Howie y cols. (1981) observaron a 50 madres durante dos tomas consecutivas, a los 5 o 7 días postparto. La duración de las mamadas variaba entre 7 y 30 minutos, el flujo inicial de leche entre 1 y 14 g/min, y la ingesta total de leche entre 42 y 125 g por toma. De Carvalho y cols. (1982a), en los Estados Unidos, estudiaron a 46 parejas madre-hijo mamando a demanda, sin suplementos. La frecuencia de las tomas variaba en las primeras 2 semanas entre 6,5 y 16,5 tomas/24 horas, y al mes entre 5 y 11 tomas/24 horas. El tiempo total de succión en 24 horas fue respectivamente de 86 a 304 minutos y de 75 a 405 minutos. La ingesta diaria de leche al mes variaba entre 395 y 1.011 ml, y no mostraba correlación con la frecuencia o duración de las tomas.

No es raro dar pecho 10 a 15 veces al día. En Chile, Díaz y cols. (1995) siguieron a 1.217 madres sanas que amamantaban a demanda, y encontraron que la frecuencia de las tomas al mes era de $8,0 \pm 2,7$ mamadas durante el día y $3,5 \pm 2,2$ durante la noche. A los 6 meses, la frecuencia era de $7,7 \pm 2,7$ y $2,6 \pm 1,7$ respectivamente.

8.4 Efectos de la lactancia materna irrestricta

Se han identificado cuatro estudios cuasiexperimentales sobre el efecto de la lactancia irrestricta (Illingworth y

Stone, 1952; Slaven y Harvey, 1981; de Carvalho y cols., 1983 y 1984). Otro estudio (Salariya, Easton y Cater, 1978) comparó el efecto de las tomas cada 2 horas o cada 4 horas, pero las diferencias no fueron significativas.

Illingworth y Stone (1952) compararon el aumento de peso y la incidencia de lactancia materna completa en lactantes asignados al azar a distintas unidades de maternidad. En una unidad, 106 recién nacidos fueron amamantados con un horario rígido (cada 4 horas, 6 veces al día). En la otra, 131 recién nacidos fueron amamantados a demanda.

La lactancia a demanda comenzaba en el día 3. El número medio de tomas en el grupo a demanda fue de 6,4 por 24 horas. Al noveno día, el 49 % de los que mamaban a demanda había recuperado el peso del nacimiento, frente al 36 % de los que mamaban con horario. Entre las madres que seguían un horario fue significativamente más alta la incidencia de dolor en los pezones (27 frente a 13 %) y de ingurgitación mamaria (34 frente a 17 %). Al mes, la prevalencia de lactancia materna completa era más alta en el grupo con lactancia a demanda (80 frente a 65 %).

Slaven y Harvey (1981) estudiaron el efecto de restringir la duración de las tomas, cuando la frecuencia era a demanda. Se recomendó al grupo de intervención que diesen el pecho «durante el tiempo que les pareciera adecuado». Al grupo de control se le recomendó amamantar 3 minutos de cada pecho el primer día, 5 minutos el segundo, 7 el tercero y 10 minutos en días sucesivos. A las 6 semanas, la prevalencia de la lactancia materna era significativamente más alta en el grupo con lactancia ilimitada ($p < 0,0005$). No hubo diferencias en la incidencia de dolor en los pezones o de ingurgitación mamaria.

De Carvalho y cols. (1983) siguieron durante 35 días a un grupo de control con un horario fijo y a un grupo experimental con lactancia a demanda. En el día 15, la ingesta de leche en el grupo experimental fue significativamente mayor (725 frente a 502 ml/24 horas, $p < 0,0002$), y los bebés habían ganado más peso desde el nacimiento (561 g frente a 347 g, $p < 0,02$). Sin embargo, la ingesta de leche y el aumento de peso no fueron significativamente diferentes a los 35 días, y el seguimiento posterior fue inútil por el gran número de pérdidas.

De Carvalho y cols. (1984) compararon también el dolor en los pezones en 17 madres de un grupo control (horario fijo), y en 15 madres de un grupo experimental (lactancia a demanda), durante los 10 primeros días. El número de tomas fue significativamente mayor en el grupo experimental (10 frente a 7,4 tomas/24 horas, $p < 0,0001$). El dolor en los pezones no aumentó con las tomas más largas o más frecuentes.

En Brasil, un estudio prospectivo de cohortes entre lactantes urbanos pobres menores de 6 meses (Martines, Ashworth y Kirkwood, 1989) encontró que la lactancia frecuente tras la dada de alta de la maternidad (más de 6 veces al día, al mes de edad) se asociaba con una duración mayor de la lactancia con respecto al horario fijo. Incluso ajustando por lactancia mixta, el efecto de las tomas frecuentes seguía siendo significativo a los 3 y 6 meses.

8.5 Otros resultados

Como se explicó en el Paso 6, muchas veces se recomienda administrar más líquidos para el tratamiento de la ictericia fisiológica. Los suplementos de suero glucosado no son eficaces, pero la lactancia materna más frecuente aparentemente sí. De Carvalho (1982b) encontró una asociación significativa entre la lactancia frecuente en el hospital (más de 8 veces en 24 horas) durante los primeros 3 días y los niveles séricos de bilirrubina al tercer día ($p < 0,01$), aunque la pérdida de peso era similar e independiente de la frecuencia de las tomas.

Yamauchi y Yamanouchi, en un estudio prospectivo de 140 lactantes (1990), encontraron una fuerte correlación entre la mayor frecuencia de las tomas durante los primeros días y niveles más bajos de bilirrubina al sexto día. La mayor frecuencia de las tomas también se correlacionaba fuertemente con un aumento en la ingesta de leche en los días 3 y 5 ($p < 0,05$) y una disminución en la pérdida de peso desde el nacimiento hasta el séptimo día ($p < 0,01$).

8.6 Conclusiones

La pauta de lactancia, es decir, el número de tomas y la duración total en 24 horas, varía ampliamente de una pareja madre-hijo a otra y a lo largo del tiempo, de

forma que la lactancia auténticamente irrestricta no puede ajustarse a normas basadas en valores medios.

La lactancia a demanda tiene ventajas claras. El miedo a posibles efectos perjudiciales, como el mayor riesgo de dolor en los pezones, carece de fundamento. Se sabe ahora que el dolor en los pezones se debe sobre todo a una mala colocación del niño al pecho, sin relación con la duración de las tomas (Woolridge, 1986b).

Entre las ventajas de la lactancia a demanda para el lactante están una menor pérdida de peso en el postparto inmediato y una mayor duración de la lactancia. Las tomas frecuentes se asocian con niveles de bilirrubina más bajos durante el periodo neonatal. Para las madres, la lactancia a demanda ayuda a prevenir la ingurgitación, y el establecimiento de la lactancia materna es más fácil. En los hospitales en que se ha instaurado la lactancia a demanda suelen explicar que la ingurgitación y otros problemas asociados disminuyen, aunque estas observaciones raramente se publican. Pocos miembros del personal que hayan sido testigos de la transición quieren volver a los horarios fijos, con la consiguiente necesidad de consolar a los bebés que lloran mientras esperan la hora de mamar, y la frustración de intentar poner a un bebé desesperado en el pecho ingurgitado de una madre preocupada.

CUADRO 8.1. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Lactancia a demanda

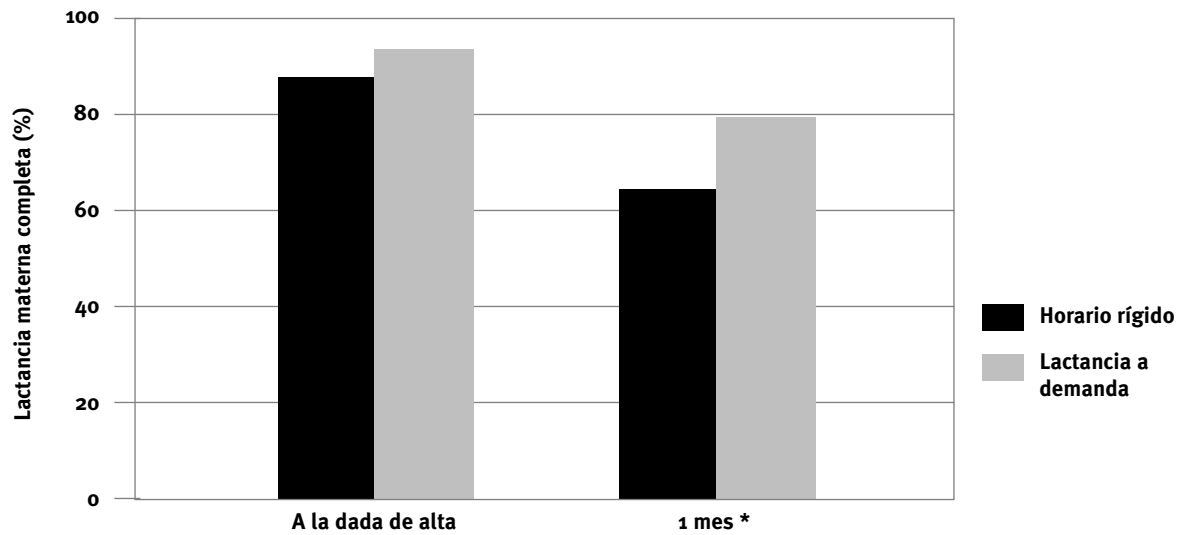
Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Illingworth 1952 (Inglaterra) [2]	Recién nacidos sanos a término	Control: tomas cada 4 horas Int: LM a demanda después del día 2	Cont: 96 Int: 122 n = 218	62 (64.5 %) LM completa al mes **	98 (80.3 %) LM completa al mes **	La lactancia a demanda pareció beneficiosa (LM completa) al mes
Salariya 1978 (Escocia) [8]	Madres primíparas con intención de amamantar, recién nacidos sanos a término	Ambos: alojamiento conjunto 24 horas Control I: LM cada 4 h. + contacto precoz Control II: LM cada 4 h. + contacto tardío Int I: LM cada 2 h. + contacto precoz Int II: LM cada 2 h. + contacto tardío	Cont I: 27 Cont II: 26 Int I: 29 Int II: 27 n = 109	LM a las 6 semanas: 20 (74 %) en Cont I 14 (54 %) en Cont II 34 (64 %) en Cont I+II	LM a las 6 semanas: 20 (69 %) en Int I 19 (70 %) en Int II 39 (70 %) en Int I+II	Aumento no significativo de la LM a las 6 semanas cuando mamaban cada 2 horas
Slaven 1981 (Inglaterra) [2]	Primíparas y multíparas con intención de amamantar, con teléfono en casa	Control: duración limitada de las tomas (3, 5, 7 y 10 minutos cada pecho los días 1 a 4, luego 10 minutos) Int: tiempo de succión ilimitado Ambos: frecuencia de las tomas ilimitada	Cont: 100 Int: 100 n = 200	57 % LM a las 6 semanas *** 37 % ingurgitación mamaria, 33 % dolor de los pezones	80 % LM a las 6 semanas *** 27 % ingurgitación mamaria, 38 % dolor de los pezones	Las que amamantan a demanda tuvieron más probabilidad de continuar la LM, e incidencias similares de ingurgitación y dolor del pezón
De Carvalho 1983 (EE.UU.) [1, 4]	Madres urbanas con parto normal e intención de dar el pecho, recién nacidos a término	Control (pre-int): LM cada 3-4 horas Int: se recomienda amamantar cuando el bebé parezca tener hambre Ambos: una clase sobre LM en el hospital, incluyendo técnicas básicas de cuidado del pecho	Cont: 24 Int: 20 n = 44	Media de tomas /24 horas (días 1 a 14): 7,3 ± 1,4 *** Aumento de peso del bebé hasta el día 15: 347 g * Ingesta de leche materna el día 15: 502 ml/24 horas ***	Media de tomas /24 horas (días 1 a 14): 9,9 ± 1,9 *** Aumento de peso del bebé hasta el día 15: 561 g * Ingesta de leche materna el día 15: 725 ml/24 horas ***	La lactancia a demanda favoreció el aumento de la frecuencia de las tomas, del peso y de la ingesta de leche en el día 15
De Carvalho 1984 (EE.UU.)	Madres con embarazo a término sin complicaciones y parto normal, LM completa	Control (pre-int): LM cada 3-4 horas Int: dar el pecho en cuanto el bebé proteste, se chupe los dedos o busque Ambos: 1 clase de LM, sin suplementos de agua o leche	Cont: 17 Int: 15 n = 32	7,7 ± 1,4 tomas al día (días 6-10) *** Puntuación de dolor en el pezón (días 6-10): 0,75 ± 0,73 puntos	10 ± 2,3 tomas al día (días 6-10) *** Puntuación de dolor en el pezón (días 6-10): 0,44 ± 0,5 puntos	Las que daban el pecho a demanda lo hicieron con más frecuencia, pero no hubo diferencias en el dolor de los pezones

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

Cont: grupo de control

Int: grupo de intervención

LM: lactancia materna

Lactancia materna completa al ser dados de alta y a la edad de 1 mes, según la pauta de lactancia en el hospital

* Horario rígido frente a lactancia a demanda, $p < 0,01$

Adaptado de: Illingworth, R.S. y Stone, D.H.G. (1952)

Paso 9:

TETINAS Y CHUPETAS

9.1 «No dar a los niños alimentados a pecho tetinas o chupetes artificiales»

No se debe alimentar a los lactantes con biberones y tetinas, ni se les debe permitir usar chupetes. (Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992).

9.2 Introducción

Los chupetes se usan en todo el mundo, y con frecuencia los profesionales de salud y el público en general creen que son inofensivos e incluso necesarios y beneficiosos para el desarrollo del lactante (Victora y cols., 1997). Algunos piensan que los biberones con tetina son el único método de alimentación alternativo cuando el bebé no puede tomar pecho directamente. Sin embargo, tanto los chupetes como las tetinas pueden ser perjudiciales, pues transmiten infecciones, reducen el tiempo de succión en el pecho interfiriendo con la lactancia a demanda, y posiblemente alteran la dinámica oral. Se usan por distintos motivos, y hasta cierto punto actúan de distinta forma, por lo que los analizaremos por separado. Las tetinas están reguladas por el Código, al igual que los sucedáneos de la leche materna, con el objetivo de restringir su promoción al público.

La alternativa para los lactantes que no pueden mamar directamente es el vaso. Éste se recomienda especialmente para los lactantes que se supone que van a mamar más tarde, y en situaciones en que la higiene de los biberones y tetinas resulta difícil. La alimentación con vaso con una técnica correcta (de forma que el bebé controle la ingesta, sin «volcar» la leche en su boca) surgió de los trabajos pioneros de Musoke (1990) en Kenia, que encontró más fácil establecer la lactancia en prematuros cuando no se usaban biberones.

9.3 Efecto de las tetinas sobre la lactancia materna

Muchas madres y profesionales de salud han destacado las dificultades de poner al pecho a los lactantes que han tomado biberones (Musoke, 1990; Mohrbacher y Stock, 1991; Riordan, 1991). Se han descrito varias diferencias, mecánicas y dinámicas, entre la succión del pecho o de una tetina (Ardran, 1958a y 1958b; Woolridge, 1986a; Nowak, Smith y Erenberg, 1994). Ello sugiere que el uso de una tetina puede interferir con el aprendizaje de succión. Esto es independiente del efecto del suplemento sobre el apetito del bebé. Algunos lactantes parecen desarrollar preferencias por las tetinas artificiales, aunque el mecanismo todavía no se ha explicado por completo (Neifert, Lawrence y Seacat, 1996). Con tiempo y habilidad se puede ayudar a un lactante a dejar el biberón y volver a tomar pecho (Fisher e Inch, 1996); pero habitualmente no hay ni tiempo

ni habilidad, y el uso rutinario de tetinas puede reducir las tasas de lactancia materna.

Sólo se han identificado dos estudios experimentales, y ambos tienen limitaciones. Cronenwett y cols. (1992) siguieron a 121 lactantes, asignados al azar a un grupo «totalmente amamantado» (que recibió 2 biberones o menos por semana entre la segunda y la sexta semana) o a un grupo «con biberón planificado» (que tomaba un biberón de leche materna cada día, al menos 5 días por semana, durante el mismo periodo). A las 12 semanas, el 93 % del primer grupo seguía mamando, frente al 83 % del grupo con biberones. A los 6 meses, seguían mamando el 69 y el 59 %, respectivamente. La tendencia podría haber sido significativa si la muestra hubiera sido más grande. Había también cierta tendencia a una relación dosis-respuesta: la lactancia era más probable cuando se habían usado menos biberones.

Cerca del 76 % de los lactantes habían recibido biberones en el hospital, en ambos grupos. El análisis de regresión logística múltiple mostró que un 30 % de todas las madres cuyos hijos habían recibido biberones en el hospital tuvieron problemas importantes con la lactancia, frente a sólo el 14 % de aquellas cuyos hijos no habían recibido biberones ($p = 0,05$).

Schubiger y cols. (1997), en un estudio multicéntrico en Suiza, asignaron al azar a 602 madres a un grupo de intervención (que durante su estancia en el hospital debía recibir sólo suplementos médicamente indicados, administrados con vaso, sin tetinas ni chupetes), o a un grupo de control. A los 6 meses, no se observaron diferencias en la prevalencia de la lactancia entre el grupo sin tetinas (57 %) o el de control (55 %). Varias importantes limitaciones metodológicas (ver Tabla 9.1) reducen la validez interna del estudio. Por ejemplo, las madres no estaban en diferentes habitaciones, lo que hacía probable la «contaminación», y una proporción importante del grupo de intervención (46 %) no siguió el protocolo (la mayoría por introducir biberones o chupetes). Sólo el 8,3 % de los niños en el grupo de intervención no tomaron ningún suplemento.

Jones (1994), en un pequeño estudio en el Reino Unido, encontró que los prematuros alimentados con un vaso cuando sus madres no estaban presentes para darles pecho tenían más probabilidades de continuar la lactancia que aquellos que habían recibido biberones.

Lang, Lawrence y Orme (1994) observaron las pautas de lactancia de 85 lactantes que habían sido alimentados con vaso en el hospital, pues a causa de enfermedad o prematuridad sus madres no habían podido amamantarlos directamente en algún momento. Los compararon con 372 lactantes (365 madres) que, en similares circunstancias, habían recibido biberones, pero cuyas madres tenían intención de amamantar. Ambos grupos tenían características demográficas, socioeconómicas y postnatales similares. Al ser dados de alta tomaban lactancia materna exclusiva el 81 % de los bebés alimentados con un vaso cuyas madres habían tenido la intención de dar pecho, y el 63 % de los alimentados con biberón; mientras que la prevalencia de lactancia artificial exclusiva era respectivamente del 5 y del 17 %. Como reconocen los autores, la naturaleza del estudio no permitía probar una relación de causa y efecto, pero sugería que la alimentación con vaso puede prevenir el uso de biberones y ayudar al establecimiento de la lactancia materna.

9.4 Efecto de los chupetes sobre la lactancia materna

Los chupetes suelen usarse para calmar al lactante sin darle de comer, y los bebés que usan chupete pueden mamar menos veces al día (Victoria y cols., 1997). Al disminuir la estimulación del pecho y la extracción de la leche, la producción de la misma disminuye, lo que puede llevar al abandono precoz de la lactancia materna.

Righard y Alade (1997) reanalizaron los resultados de un estudio previo sobre la técnica de succión (ver Paso 5) y el uso de chupetes. Se observó a 82 bebés con lactancia materna completa, a los que se siguió por teléfono a las 2 semanas, y a la edad de 1, 2, 3 y 4 meses. En la mayor parte de los casos (94 %), el uso del chupete comenzó antes de las 2 semanas y de que se hubieran presentado problemas de lactancia. Los problemas de lactancia fueron más comunes entre las madres que usaban el chupete más de 2 horas al día (83 %) que entre las que lo usaban ocasionalmente o nunca (53 %, $p < 0,05$). La prevalencia de lactancia a los cuatro meses era más alta entre los que no usaban chupete (91 frente a 44 %, $p < 0,03$).

Los niños que usaban chupete y habían sido dados de alta con una técnica de succión incorrecta tenían menos probabilidades de estar mamando a los 4 meses que aque-

llos dados de alta con una técnica de succión correcta (7 frente a 59 %). Entre los que no usaban chupete, en cambio, no había diferencia a los 4 meses entre los que mataban correcta o incorrectamente al ser dados de alta (90 y 82 % respectivamente seguían mamando). Por lo tanto, el uso de chupete parece complicar y aumentar el problema de succión que de otro modo podría ser superado.

Se han realizado tres estudios sobre el uso de chupete en Brasil (Victora y cols., 1993; Barros y cols., 1995a; Victora y cols., 1997). Victora y cols. (1993) encontraron que, de 249 niños que todavía mataban al mes de edad, el 72 % de los que usaban continuamente chupete y el 59 % de los que sólo lo usaban parte del tiempo habían abandonado la lactancia antes de los 6 meses, en comparación con el 24 % de los que no usaban nunca chupete al mes ($p < 0,001$). Esto sugiere una posible relación dosis-respuesta. Las diferencias seguían siendo significativas tras ajustar por posibles factores de confusión.

El estudio de Barros y cols. (1995a) incluyó a 605 recién nacidos brasileños. Al mes de edad, el 23 % usaban el chupete continuamente (todo el día y la noche), y el 32 % lo usaban parte del tiempo. A los 4 meses la prevalencia de lactancia materna exclusiva era más alta entre los que no usaban chupete (45 %) que entre los que lo usaban continuamente (17 %) o parte del tiempo (26 %)($p < 0,001$).

Los que usaban chupete tenían casi 4 veces más probabilidades de abandonar la lactancia entre el mes y los 6 meses de edad que los que no lo usaban (riesgo relativo 3,84; IC del 95 % 2,68–5,50; $p < 0,001$). Incluso tras ajustar por los posibles factores de confusión, como la sensación de no tener suficiente leche, el rechazo del pecho por el bebé o la introducción de otros alimentos, el riesgo relativo seguía siendo alto (odds ratio 2,87, IC del 95 % 1,97–4,19) y significativo ($p < 0,001$).

En una combinación de estudios epidemiológicos y etnográficos, Victora y cols. (1997) visitaron a 650 madres y a sus hijos poco después del parto y al cabo de 1, 3 y 6 meses; y visitaron 3 a 10 veces (media 4,5) a una submuestra ($n = 80$) para realizar entrevistas en profundidad y observaciones directas. Casi la mitad de las madres llevaron chupetes al hospital, y al mes el 85 % lo estaban usando; pero los cambios en el patrón de uso del chupete eran frecuentes entre el mes y los 3 meses. Los 450 niños que tomaban pecho al mes y

cuyas madres decían no tener problemas con la lactancia fueron analizados por separado. El patrón de uso del chupete al mes se asociaba fuertemente ($p < 0,001$) con la duración de la lactancia: los que no lo usaban tenían cuatro veces más probabilidades de seguir mamando a los 6 meses que los que lo usaban continuamente. El riesgo no ajustado de abandonar la lactancia entre 1 y 6 meses era alto entre aquellos que al mes tomaban leche no humana (4,32, IC del 95 % 3,31–5,64) o usaban el chupete continuamente (4,02, IC del 95 % 2,46–6,56). Usando análisis multifactorial, incluso tras ajustar por los posibles factores de confusión (incluyendo la opinión materna sobre si los chupetes afectan o no a la lactancia), el riesgo seguía siendo alto para los que tomaban leche no humana (4,14, IC del 95 % 3,09–5,54) o usaban chupete continuamente (2,37; IC del 95 % 1,40–4,01); y los efectos eran independientes.

El estudio etnográfico mostró que el uso del chupete es visto como una conducta normal y deseable. Las madres que más usaban el chupete eran también las que ejercían un mayor control sobre la conducta de lactancia de su hijo, tenían mayores expectativas sobre aspectos objetivos del crecimiento y desarrollo infantil, y reaccionaban con ansiedad al llanto de sus hijos. Posteriores análisis mostraron que parecían más preocupadas con su ambiente social y más sensibles a las críticas del entorno, lo que sugiere falta de confianza en sí mismas. Los autores concluyeron que los chupetes suelen usarse como un mecanismo para acortar y espaciar las mamadas, especialmente entre las madres que tienen dificultades con la lactancia y falta de confianza en sí mismas. Las madres que sienten confianza en la lactancia parecen menos afectadas por el uso del chupete. Los resultados también sugieren que los chupetes pueden interferir con la fisiología de la lactancia, pero que también pueden ser un marcador del deseo de destetar pronto más que la causa del destete. Si es así, estas madres pueden necesitar más apoyo y asesoramiento (consejería) para ayudarlas a continuar dando el pecho; y sin este apoyo las campañas destinadas a reducir el uso de chupetes tienen probabilidades de fracasar.

9.5 Otros efectos de las tetinas y chupetes

Hay varios resultados a corto y largo plazo asociados con el uso de tetinas y chupetes en la infancia. Las teti-

nas alteran las pautas de respiración y succión, tanto si se administra leche artificial como leche materna extraída (Mathew y Bhatia, 1989). Al tomar un biberón, la espiración se alarga, y la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno disminuyen, en relación con lo observado al tomar pecho.

Meier (1988) encontró que los prematuros mostraban más signos de sufrimiento, como la disminución de la pO₂ transcutánea, cuando tomaban un biberón que cuando mamaban del pecho; ello indica que la práctica de «enseñar» al prematuro a tomar el biberón antes de iniciar la lactancia materna es inapropiada.

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

La maloclusión dental se ha visto que es más frecuente en niños que toman el biberón, siendo mayor el efecto cuanto más prolongada la exposición. Labbok y Hendershot (1987) encontraron en un estudio retrospectivo de cohortes con más de 9.000 sujetos que los niños de 3 a 17 años que habían tomado biberón tenían un riesgo 1,84 veces mayor de maloclusión que los que habían tomado pecho. La mayor parte de los estudios comparativos identificados en una revisión de la literatura (Drane, 1996) hallaron una mayor probabilidad de maloclusión cuando se usaban tetinas o chupetes. Estos hallazgos pueden explicarse por un trabajo de Inoue, Sakashita y Kamegai (1995), que encontraron que la actividad de los músculos maseteros, registrada por electromiografía, era significativamente menor en niños de 2 a 6 meses que tomaban biberón que entre los amamantados. El masetero es el principal músculo involucrado en la masticación.

Se ha observado una mayor incidencia de otitis media aguda y recurrente y de sus secuelas, tanto con la lactancia artificial (Williamson, Dunleavy y Robinson, 1994) como con el uso de chupetes (Niemelä, Uhari y Möttönen, 1995). Los timpanogramas anormales de lactantes de 7 a 24 meses que tomaban el biberón en posición supina sugieren una alteración dinámica de la presión en el oído medio (Tully, Bar-Haim y Bradley, 1995). Los autores sugieren que el efecto es debido a la alteración funcional de la trompa de Eustaquio, y al reflujo de líquido hacia el oído medio.

Otros posibles peligros incluyen la mayor incidencia de candidiasis oral (Manning, Coughlin y Poskitt, 1985; Sio y cols., 1987); el uso de materiales potencialmente cancerígenos en la fabricación de tetinas y chupetes (Westin, 1990), y la sofocación con partes sueltas de goma.

9.6 Conclusiones

Existen pruebas crecientes de que el uso de tetinas y chupetes se asocia con un abandono precoz de la lactancia, así como con otros problemas. Varios estudios muestran sólo los efectos de su uso después del periodo perinatal. Sin embargo, el uso de tetinas y chupetes en las maternidades transmite la impresión de que los profesionales sanitarios los consideran seguros, aumentando la probabilidad de que los padres los introduzcan o los sigan usando. Su uso debería ser minimizado, y completamente evitado si es posible, para dejar de transmitir mensajes contradictorios a las familias. En un servicio de maternidad, los chupetes no deberían ser nunca necesarios.

Las pruebas del Paso 9 deben analizarse conjuntamente con las del Paso 6, relativo a los alimentos suplementarios. Los suplementos se suelen dar con biberón, y es difícil separar el efecto de la tetina del de su contenido, que puede llenar el estómago del bebé y reducir su deseo de mamar. Sin embargo, las aparentes ventajas de la alimentación con vaso sugieren que la tetina tiene un efecto independiente sobre la lactancia.

Aunque las dificultades para poner al pecho a un lactante que ha tomado biberones pueden superarse con suficiente ayuda de una persona capacitada, dicha ayuda suele ser imposible de encontrar. Por lo tanto, los lactantes no deben ser expuestos innecesariamente al riesgo de necesitar tal ayuda. Cuando el lactante va a ser posteriormente amamantado, o cuando es difícil la esterilización adecuada, los vasos son preferibles a los biberones y tetinas.

Incluso si el uso de chupetes y biberones es un marcador de las dificultades con la lactancia, tanto como la causa de las mismas, la conclusión es la misma: los profesionales de salud han de adquirir las habilidades necesarias para ayudar adecuadamente a las madres (ver Paso 2 y Paso 6), tanto con la técnica de la lactancia como infundiéndoles confianza en sí mismas.

**CUADRO 9.1. RESULTADOS DE ESTUDIOS EXPERIMENTALES:
Uso de biberones**

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Cronenwett 1992 (EE.UU.)	Primíparas blancas casadas que asistieron a las clases prenatales, con intención de amamantar, con el apoyo de una consultora de lactancia y seguimiento telefónico	Control: las madres darían, en lo posible, un biberón de leche materna o artificial al día, al menos 5 días por semana. Int: las madres darían, en lo posible, no más de 2 biberones por semana Ambos: biberones sin restricción hasta las 2 semanas	Cont: 63 Int: 58 n = 121	En la semana 6 toman 9.4 biberones ^a 52 (83 %) de LM a las 12 semanas	En la semana 6 toman 2 biberones ^a 54 (93 %) de LM a las 12 semanas	Los que han recibido 9 biberones tienen más probabilidades de destetarse antes de la semana 12 que los que han tomado 2 biberones (no significativo)
Schubiger 1997 (Suiza) [1, 2, 3]	Madres que prevén estar 5 días en el hospital, piensan amamantar ≥ 3 meses, recién nacidos sanos a término. Diez hospitales con programas de LM en funcionamiento y una norma que limita el uso de suplementos de leche	Control: se ofrecen biberones y chupetes a todos los recién nacidos sin restricción Int: solución de dextrinomaltosa (DM) con vaso o cuchara por indicación «médica», prohibidas las tetinas artificiales (Pasos 6 y 9); 114 madres no cumplieron el protocolo por usar chupete (70), biberón (19), no usar cuchara o vaso (9) y otros motivos (16)	Cont: 291 Int: 180 n = 471	7,3 (0-24) tomas de DM durante los primeros 5 días * 55 % siguen LM a los 6 meses 69-76 % usaban chupete a los 2 y 4 meses	6,1 (0-18) tomas de DM durante los primeros 5 días * 57 % siguen LM a los 6 meses 69-76 % usaban chupete a los 2 y 4 meses	El uso de tetinas artificiales en el hospital no aumentó la probabilidad de abandonar la LM antes de los 6 meses.

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.
Int: grupo de intervención

a: Datos obtenidos de gráficos
LM: lactancia materna.

Cont: grupo de control
DM: dextrinomaltosa

CUADRO 9.2. ESTUDIO LONGITUDINAL SOBRE EL USO DE VASOS

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Población	Tamaño muestral	Exposición	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Lang 1994 (Inglaterra)	Recién nacidos prematuros y a término (< 28 a 36 semanas) cuyas madres querían amamantar pero estaban en situaciones en que la LM no era posible	Expuestos: 76 No exp.: 372 n = 448	Alimentación con vaso (los otros tomaban biberón)	62 (81 %) de LM exclusiva al alta	231 (63 %) de LM exclusiva al alta	La alimentación con vaso se asoció a una mayor probabilidad de lactancia materna exclusiva al ser dados de alta

LM: lactancia materna

CUADRO 9.3. RESULTADOS DE ESTUDIOS EXPERIMENTALES Y TRANSVERSALES
Uso de chupetes

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características	Tamaño muestral	Exposición	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Victora 1993 (Brasil)	Todas las madres con niños menores de 2 años que habitan en 2 áreas periurbanas pobres; bebés todavía con LM al mes; se dispone de información completa	Exp: 119 No exp: 67 n = 186	Uso de chupete al mes	Terminan la LM antes de 6 meses: 77 (65 %) *** Riesgo relativo ajustado: 3,0 (IC del 95 % 1,9-4,6)	Terminan la LM antes de 6 meses: 16 (24 %) *** Riesgo rel. ajustado: 1,0	El uso de chupete se asoció con un mayor riesgo de terminar la lactancia materna antes de los 6 meses
Barros 1995 (Brasil)	Recién nacidos sanos con alojamiento conjunto, de madres urbanas de bajos ingresos, con LM al mes de edad. Se sigue al 85,5 % de la muestra inicial (n = 605) durante 6 meses con visitas a domicilio	Exp I: 104 Exp II: 159 No exp: 242 n = 505	Uso de chupete al mes: Exp I: Todo el día y la noche Exp II: Uso parcial	LM exclusiva a los 4 meses: Exp I: 18 (17 %) *** Exp II: 42 (26 %) *** RR crudo de terminar LM entre 1 y 6 meses = 3,84 *** (IC 95 % 2,68-5,50) RR = 2,87 *** (regresión de Cox)	LM exclusiva a los 4 meses: 108 (45 %) *** RR = 1,00 ***	El uso de chupete se asoció con un mayor riesgo de terminar la lactancia materna entre 1 y 6 meses
Victora 1997 (Brasil)	Madres de bajos ingresos de una ciudad de tamaño medio en el sur del Brasil, que dicen no tener problemas con la lactancia y todavía dan pecho al mes de edad	Exp I: 46 Exp II: 323 No exp: 81 n = 450	Uso de chupete al mes: Exp I: Todo el día y por la noche Exp II: Uso parcial	Exp I: 16 % LM a los 6 meses *** (OR de terminar LM antes de 6 meses = 2,37; IC 95 % 1,4-4,01) Exp II: 40 % LM a los 6 meses *** (OR = 1,74; IC 95 % 1,15-2,63)	65 % LM a los 6 meses *** (OR = 1,00)	El uso de chupete se asoció con un mayor riesgo de terminar la LM a los 3 y 6 meses; afectó más a las madres con menos confianza en sí mismas
Righard 1997 (Suecia)	Madres que dan LM completa a sus hijos sanos a término. Seguimiento telefónico durante 4 meses después del parto	Exp: 48 No exp: 34 n = 82	«Usaban mucho el chupete»: más de 2 horas al día después de ser dados de alta «Usaban poco el chupete»: menos de 2 horas al día (n = 24)	20/24 (83 %) de las que usaban mucho el chupete dijeron haber tenido problemas con la LM * 21/48 (44 %) daban LM a los 4 meses **; según técnica de succión al ser dadas de alta: - correcta: 59 % LM - incorrecta: 7 % LM *	31/58 (53 %) de las que usaban poco o nada el chupete dijeron haber tenido problemas con la LM * 31/34 (91 %) daban LM a los 4 meses **; según técnica de succión al ser dadas de alta: - correcta: 96 % LM - incorrecta: 82 % LM *	Los que usaban chupete tuvieron mayor riesgo de terminar la lactancia antes de los 4 meses; el riesgo aumentaba si la técnica de succión al ser dadas de alta no era correcta

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

LM: lactancia materna

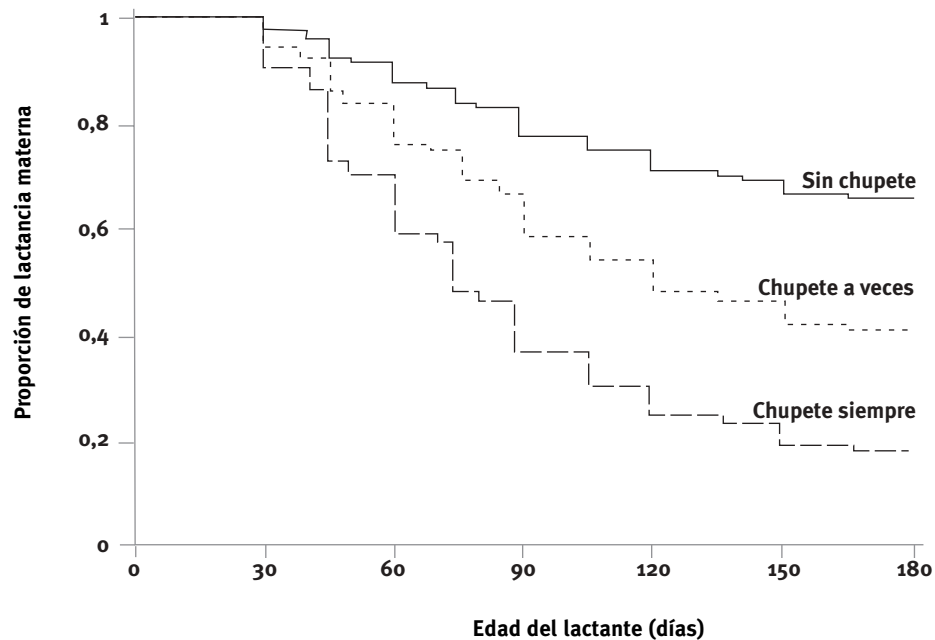
Exp: grupo expuesto

No exp: grupo no expuesto

RR: Riesgo relativo

OR: Odds ratio

Proporción de lactantes amamantados hasta los 6 meses según la frecuencia de uso del chupete al mes



<<Sin chupete>> frente a <<chupete a veces>>: $p < 0,001$

<<Sin chupete>> frente a <<chupete siempre>>: $p < 0,001$

Reproducido de *Early Human Development*, 31, Pérez- Escamilla et al, Effect of the maternity system on the location success of low-income urban Mexican women, pp. 25-40, Copyright (1992), con autorización de Elsevier Science.

Paso 10:

APOYO A LA MADRE

10.1 «Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.»

Se debe preguntar a las madres lactantes por sus planes sobre la alimentación de sus hijos después de ser dadas de alta. También deben ser capaces de describir algo que les hayan recomendado para ponerse en contacto con un grupo de apoyo a la lactancia (si no disponen del apoyo adecuado en sus propias familias), o explicar que el hospital ofrece si es preciso apoyo continuado con la lactancia.

La enfermera a cargo del servicio de maternidad debe conocer los grupos de apoyo a la lactancia en la zona, si existen, y describir la forma en que se recomienda a las madres que se pongan en contacto con ellos. Alternativamente, debe ser capaz de describir un sistema de apoyo continuado después del alta para todas las madres lactantes (visita postnatal precoz, consultorio de lactancia, visita a domicilio, llamada telefónica). (Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, 1992).

10.2 Introducción

Las madres suelen tomar sus decisiones sobre la lactancia antes de dar a luz (Sección 3.3). Varios factores, como las normas sociales, que están presentes incluso antes del embarazo, son los principales determinantes. Sin embargo, las prácticas hospitalarias pueden influir sobre la decisión final de la mujer, incluso si la estancia es corta, y otros factores pueden tener un papel importante tras el alta de la maternidad. Suele haber un fuerte descenso de la lactancia, sobre todo de la lactancia exclusiva, en las semanas y meses que siguen al parto. Los motivos aducidos por las madres para introducir suplementos o para abandonar precozmente la lactancia suelen ser las «dificultades con la lactancia», en especial la percepción de «falta de leche». Puesto que, fisiológicamente, la mayoría de las madres pueden producir cantidades de leche adecuadas a las necesidades de sus hijos (Woolridge, 1996), es probable que la falta de un apoyo continuado adecuado sea un factor subyacente habitual.

El apoyo para continuar la lactancia materna puede ofrecerse de varias maneras. Tradicionalmente, en la mayoría de las sociedades, la familia y el grupo social ofrecen a la madre la ayuda que necesita, aunque las prácticas a este respecto no siempre son óptimas. A medida que las sociedades cambian, sobre todo por la industrialización, se hace más importante el apoyo de los profesionales sanitarios, de amigas que también son madres y del padre del niño. Pérez-Escamilla y cols. (1993), en un estudio de 165 mujeres mexicanas de bajos ingresos, encontró que la lactancia materna completa hasta los 4 meses se asociaba con el apoyo y aprobación del compañero varón o de la abuela materna. Bryant (1982) sugiere que «la proximidad geográfica de los miembros de la red [de

apoyo social] tiene un efecto significativo sobre el papel de los parientes, amigos y vecinos en materia de lactancia materna. La importancia relativa de los profesionales de salud como fuente de información depende de la localización y accesibilidad de los miembros de la red.»

En algunos países, por ejemplo en los escandinavos, los grupos de apoyo de madre a madre han tenido un papel primordial en la promoción de la lactancia. En otros países, tales grupos apenas existen o pueden no ser adecuados. Debe pues interpretarse que este paso incluye todas las formas de apoyo continuado existentes o que puedan desarrollarse en el futuro.

A los profesionales de la salud les es difícil, tanto en los países industrializados como en desarrollo, proporcionar un seguimiento adecuado; y las madres pueden ser reacias a buscar ayuda en el sistema de salud formal si surgen dificultades con la lactancia. Existe por tanto la necesidad de que la comunidad se involucre apoyando a la madre.

10.3 Efecto del apoyo tras el alta sobre la lactancia: Servicios de salud

Se han identificado trece estudios controlados aleatorios o comparativos que miden el efecto sobre la lactancia del apoyo precoz después de la dada de alta (con o sin otras intervenciones) a través de los servicios de salud. Ocho de los estudios encontraron diferencias significativas en los resultados, medidos entre las 4 semanas y los 6 meses (Houston y cols., 1981; Saner y cols., 1985; Jones y West, 1986; Frank y cols., 1987; Jenner, 1988; Saunders y Carroll, 1988; Neyzi y cols., 1991a y 1991b); un estudio encontró diferencias en el límite de la significación (Bloom y cols., 1982b, $p = 0,05$); y cuatro no encontraron ningún efecto (Hall, 1978; Grossman, Harter y Kay, 1987; Grossman y cols., 1990; Chung-Hey, 1993).

Houston y cols. (1981) estudiaron el apoyo postnatal en Escocia. El grupo de control recibió una media de 2,7 visitas domiciliarias de rutina por las enfermeras visitadoras. El grupo de intervención recibió además una visita en el mismo hospital y una media de 11,5 visitas a lo largo de 24 semanas, así como un número de teléfono para contactar en caso de dificultad. La prevalencia de la lactancia fue significati-

vamente más alta en el grupo de intervención a las 12 y a las 20 semanas.

Jones y West (1986), en Gales, asignaron a las madres que querían dar el pecho a un grupo de intervención ($n = 228$) o de control ($n = 355$). El grupo de intervención fue visitado por una enfermera especializada en lactancia, en el hospital y en casa, un número indeterminado de veces. A las 4 semanas, la prevalencia de lactancia materna era mayor en el grupo de intervención, ($p < 0,005$), sobre todo entre madres de bajo nivel socioeconómico.

Frank y cols. (1987), en los Estados Unidos, evaluaron dos intervenciones: el apoyo postnatal y los lotes de regalo no comerciales (ver Paso 6). Dos grupos recibieron en el hospital una sesión de 20 a 40 minutos con una consejera de lactancia, y 8 llamadas telefónicas. Los otros dos grupos recibieron la atención de enfermería habitual después del parto y una sesión de educación antes del alta en la que se hablaba algo de lactancia. La lactancia materna completa a los 2 meses y la lactancia materna (en general) a los 3 meses eran significativamente más prevalentes en los grupos que habían recibido el apoyo extra.

En Bangladesh, un estudio controlado aleatorio de lactantes hasta las 12 semanas midió el efecto del asesoramiento (consejería) sobre lactancia en un hospital de enfermedades diarreicas (Haider y cols., 1996). Los consejeros fueron formados usando el curso de 40 horas de la OMS y el UNICEF Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación (OMS, 1993). Las madres de 250 lactantes parcialmente amamantados, ingresados para el tratamiento de la diarrea, fueron asignadas al azar a recibir tres sesiones individuales de asesoramiento, dos en el hospital y otra una semana más tarde en su casa (grupo de intervención); o bien la educación sanitaria en grupo habitual en el hospital (control). Dos semanas más tarde, el 75 % de los lactantes en el grupo de intervención tomaban lactancia materna exclusiva, frente a sólo el 8 % del grupo de control ($p < 0,001$).

Un estudio de cohortes en Brasil se centró en el asesoramiento sobre lactancia en los centros de salud. Barros y cols. (1995b) siguieron hasta los 6 meses a 605 madres de ingresos medios y bajos. Los lactantes que asistieron a centros de lactancia (el 73 % acudieron tres veces o más) tenían más probabilidades que los que

no lo hicieron de tomar lactancia materna exclusiva a los 4 meses (43 frente a 18 %) y a los 6 meses (15 frente a 6 %). También sufrieron menos episodios de enfermedad, y ganaron más peso.

10.4 Efecto del apoyo tras el alta sobre la lactancia: Grupos de madres

Se han publicado pocos estudios sobre los grupos de apoyo de madre a madre. Un estudio transversal (Meara, 1976), realizado en los Estados Unidos, encontró que las madres afiliadas a la Liga de la Leche (LLL) tenían más probabilidades que las no afiliadas de dar el pecho a demanda en el hospital (60 frente a 29 %) y de retrasar la introducción de la alimentación complementaria hasta los 4 o 6 meses (87 frente a 31 %). Sin embargo, el efecto del grupo de apoyo no puede ser evaluado debido a la inevitable autoselección.

Un estudio en Guatemala (Maza y cols., documento no publicado, 1997) mostró que las actividades de un proyecto de promoción de la lactancia y apoyo de madre a madre de la Liga de la Leche de Guatemala, realizado en áreas periurbanas, se mantenían incluso cuando cesó la financiación. Las consejeras de lactancia ofrecían apoyo individual y en grupo, y parecían ser eficaces para ayudar a madres individuales. Sin embargo, como reconocen las autoras, sólo el 30 % de la población diana o blanco (embarazadas, madres con hijos menores de 24 meses y otras mujeres en edad reproductiva) conocía la existencia de los grupos de apoyo, y de estas sólo el 37 % había asistido a alguna reunión.

10.5 Efecto del apoyo tras el alta sobre la lactancia: Promotoras de la comunidad

Hasta la fecha, nueve estudios han evaluado el efecto sobre la lactancia materna del apoyo por consejeras o promotoras de salud de la comunidad (apoyo entre pares), a veces en conjunción con profesionales de la salud (Burkhalter y Marin, 1991; R. Lundgren, documento no publicado, 1992; Kistin, Abramson y Dublin, 1994; Mongeon y Allard, 1995; Long y cols., 1995; Alvarado y cols., 1996; Davies-Adetugbo, 1996; A.L. Morrow y cols., documento no publicado, 1996; Leite y cols., 1998). Todos los estudios excepto el de

Mongeon y Allard (1995) hallaron un aumento de la lactancia materna exclusiva o parcial, medida hasta los 6 meses después del parto.

Burkhalter y Marin (1991) estudiaron tres grupos de madres suburbanas en Chile, con niveles socioeconómicos variados; un grupo antes y dos después de la intervención. Los grupos de intervención recibieron apoyo prenatal y postnatal, pero los autores consideraron que el postnatal era el más importante. Consistió en un seguimiento mensual en el consultorio del niño sano, con protocolos específicos para las madres que estaban pensando en empezar a dar biberones; ocho visitas a domicilio de un miembro del personal del programa, apoyo en grupos de iguales y visitas semanales adicionales cuando surgían dificultades. A los 6 meses, los grupos de intervención tenían tasas significativamente más altas de lactancia materna completa ($p < 0,001$).

Davies-Adetugbo (1996), en Nigeria, evaluó un programa de educación para la salud basado en la comunidad que incluía carteles y folletos para las madres, charlas en los consultorios y en casa, y asesoramiento (consejería) individual por agentes de salud de la comunidad especialmente formados. La prevalencia de lactancia materna completa a los 4 meses era significativamente mayor en el grupo de intervención (40 %, IC 30–50 %) que en el de control (14 %, IC 8–21 %).

Un estudio de México (A.L. Morrow y cols., documento no publicado, 1996) encontró que las madres que recibían 6 visitas domiciliarias por promotoras no profesionales especialmente formadas tenían más probabilidades de estar dando lactancia materna exclusiva a los 3 meses (72 %) que las que recibían sólo 3 visitas por las mismas promotoras (50 %, $p < 0,001$). En el grupo de control, sólo el 7 % ($p < 0,001$) daban lactancia materna exclusiva a los 3 meses.

En una comunicación breve, Fukumoto y Creed (1994) observaron que un programa comunitario en el Perú, que incluía educación prenatal y postnatal, aumentaba la proporción de lactantes de 2 a 4 meses con lactancia materna exclusiva. El efecto de la educación se debía a la disminución en el uso de infusiones y agua; pero no hubo cambios en el número de madres que usaban otras leches, lo que sugiere que la intervención no logró un aumento suficiente de la confianza de las madres en su propia leche.

Los resultados preliminares de un estudio controlado en Fortaleza, Brasil (Leite y cols., 1998), indican que las promotoras de la comunidad pueden aumentar las tasas de lactancia materna predominante al mes. Las madres y sus hijos, cuyo peso medio al nacer fue de 2.690 g (entre 1.770 y 2.900 g), fueron asignadas al azar a un grupo de intervención (n = 385), visitado por las promotoras tres veces durante el primer mes, o a un grupo de control (n = 455). Al mes, la prevalencia de lactancia materna predominante era más alta en el grupo de intervención (65 % frente a 51 %).

10.6 Conclusiones

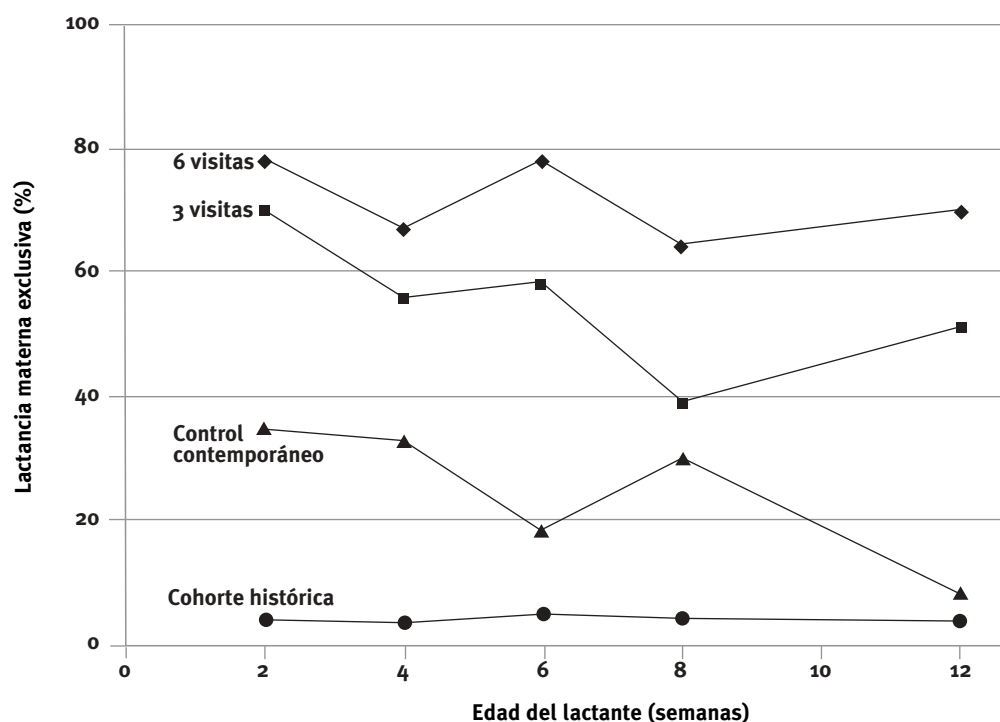
Varios tipos de apoyo postnatal a la lactancia parecen ser eficaces para mantener la lactancia hasta los 3 o 4 meses, y en un estudio hasta los 6 meses. Es probablemente ventajoso que el apoyo comience antes de la dada de alta en la maternidad, para permitir a las madres establecer la lactancia y prevenir las dificultades. Probablemente, la combinación de apoyo prenatal, hospitalario y postnatal actúa de forma sinérgica. Convendría involucrar a la familia inmediata de la madre, especialmente a su compañero y a las abuelas del bebé, y a las amigas cercanas, porque pueden tener una importante influencia sobre la lactancia.

No es posible decir cuántas horas de apoyo se necesitan para conseguir un efecto determinado; pero los estudios parecen indicar que los contactos más frecuentes tienen más efecto.

Tampoco está claro qué tipo de intervención es más eficaz. El consejo individual y la ayuda dirigida a dificultades específicas o a crisis en la confianza de la madre podría ser lo más útil. Las llamadas telefónicas no parecen ser útiles por sí mismas.

Es urgente estudiar con mayor detalle el potencial de los grupos de madres y de las promotoras comunitarias. Puede que sean más capaces que los servicios de salud formales de ofrecer la ayuda personal y frecuente que las madres necesitan para aumentar su confianza y superar las dificultades. Posiblemente, una combinación de apoyo día a día en la comunidad, respaldado por una atención más especializada en los servicios de salud cuando sea necesario, podría ser más eficaz que cualquiera de ellos por separado.

Lactancia materna exclusiva en la semana anterior, en los grupos de intervención (3 o 6 visitas) y de control



Grupos intervención de con 3 visitas y con 6 visitas frente a control contemporáneo: $p < 0,001$

Grupo con 6 visitas frente a grupo con 3 visitas: $p < 0,001$

Control contemporáneo frente a cohorte histórica: $p < 0,001$

Fuente: Morrow et al (1996) The effectiveness of home-based counseling to promote exclusive breastfeeding among Mexican mothers. En: *Exclusive breastfeeding promotion: a summary of findings from EPB's applied research program (1992-1996)*. Wellstart International's Expanded Promotion of Breastfeeding (EPB) Program (documento no publicado)

CUADRO 10.1. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Apoyo continuo – Servicios de salud

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Hall 1978 (EE.UU.)	Madres casadas de clase media que dan pecho por primera vez	Control I: atención hospitalaria habitual Control II: lo anterior + pase de diapositivas + folleto. Int: como control II + visitas en el hospital + 2 llamadas telefónicas + consejera disponible por teléfono si la necesita	Cont I: 12 Cont II: 13 Int: 15 n = 40	Cont I: 6 (50 %) LM a las 6 semanas Cont II: 6 (50 %) LM a las 6 semanas	12 (80 %) LM a las 6 semanas	Aumento no significativo de la LM a las 6 semanas
Houston 1981 (Escocia)	Madres lactantes urbanas con recién nacidos sanos a término	Control: atención habitual de los servicios de la comunidad Int: visita en el hospital + 11 visitas a domicilio + consejera disponible por teléfono si la necesita	Cont: 52 Int: 28 n = 80	40 (78 %) LM a las 12 semanas 33 (64 %) LM a las 20 semanas	28 (100 %) LM a las 12 semanas ** 25 (88 %) LM a las 20 semanas *	El apoyo a domicilio favoreció la LM a las 20 semanas
Bloom 1982 (Canadá) [8]	Primíparas casadas con hijos sanos, Apgar superior a los 5 minutos, parto vaginal	Control: folleto sobre técnicas de LM Int: lo anterior + 3 llamadas de teléfono (1 por semana, 5 a 10 min) ofreciendo consejo desde el día 10 + consulta especializada si se solicita	Cont: 49 Int: 50 n = 99	Duración media de la LM: 21,0 días	Duración media de la LM: 28,6 días	La duración de la lactancia materna aumentó 1 semana (p = 0,05)
Saner 1985 (Turquía) [5, 8]	Madres sanas de bajos ingresos con recién nacidos a término, con poca información sobre nutrición infantil	Control: contacto al mes Int I: 3 charlas en el hospital sobre ventajas de la LM + visitas mensuales Int II: 1 charla en el hospital sobre ventajas de la LM + 1 visita 3 meses después del parto	Cont: 35 Int I: 40 Int II: 14 n = 89	20 % LM completa a los 3 meses ***	Int I: 95 % LM completa a los 3 meses *** Int II: 50 % LM completa a los 3 meses ***	La LM completa aumentó con la información post-parto sobre las ventajas de la LM
Jones 1986 (Gales)	Primíparas y multíparas que intentan dar el pecho	Control: atención hospitalaria habitual Int: visitas en el hospital y a domicilio de una enfermera de lactancia para ofrecer asesoramiento	Cont: 355 Int: 228 n = 583	256 (72 %) LM a las 4 semanas*** 99 (28 %)ª LM a los 6 meses **	192 (84 %) LM a las 4 semanas ** 87 (38 %)ª LM a los 6 meses **	Las visitas a domicilio favorecieron la LM a los 6 meses

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

LM: lactancia materna

Cont: grupo de control

Int: grupo de intervención

a: datos recalculados

CUADRO 10.1. (CONTINUACIÓN) RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Apoyo continuo – Servicios de salud

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Frank 1987 (EE.UU.)	Madres lactantes urbanas, en su mayoría de bajos ingresos y raza no blanca, recién nacidos sanos	Control: atención habitual + lote regalo comercial Int I: apoyo experimental (en el hospital + 8 llamadas por teléfono + servicio de información por teléfono las 24 horas) + lote regalo de LM Int II: apoyo experimental + lote regalo comercial Int III: atención habitual + lote regalo de LM	Cont: 83 Int I: 79 Int II: 84 Int III: 78 n = 324	LM completa 2 meses: 17 (20 %)	LM completa 2 meses: Int I: 34 (43 %) ** Int II: 24 (29 %) Int III: 22 (28 %)	El apoyo adicional favoreció la LM completa cuando se añadieron lotes regalo de LM
Grossman 1987 (EE.UU.) [1, 2, 5]	Mujeres de bajos ingresos que recibieron educación prenatal y tenían intención de amamantar	Control: atención habitual a la LM en el hospital Int: asesoramiento intensivo en el hospital + contacto telefónico en los días 2, 4, 7 o 10, y a las 3 y 6 semanas para apoyo y orientación + consulta telefónica posible las 24 horas	n = 76 Grupos no especificados	LM a las 6 semanas: 77 %	LM a las 6 semanas: 73 %	El apoyo después del parto sólo por teléfono no fue beneficioso
Jenner 1988 (Inglaterra)	Primíparas casadas de raza blanca y clase obrera con intención de amamantar	Control: una entrevista prenatal estructurada en domicilio + breve visita en el hospital Int: lo anterior + 2 visitas prenatales en domicilio + 2-3 visitas postnatales a domicilio + teléfono disponible para contactos	Cont: 19 Int: 19 n = 38	LM completa a los 3 meses: 4 (21 %)	LM completa a los 3 meses: 13 (68 %) **	Las visitas prenatales y postnatales aumentaron la LM completa
Saunders 1988 (EE.UU.) [1, 6]	Mujeres rurales de bajos ingresos, en su mayoría hispanas, atendidas en un programa de distribución de alimentos	Control (pre-int): atención habitual Int I: 1 visita en el hospital + 1 llamada telefónica 4 o 5 días tras el parto + 1 clase de apoyo a las 2 semanas Int II: sólo 1 o 2 de las intervenciones anteriores	Cont: 75 Int I: 36 Int II: 44 n = 155	LM a las 16 semanas: 35 (47 %)	LM a las 16 semanas: Int I: 24 (67 %) * Int II: 16 (37 %) ^a	El apoyo combinado después del parto aumentó la LM a las 16 semanas

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

LM: lactancia materna

Cont: grupo de control

Int: grupo de intervención

a: datos recalculados

CUADRO 10.1. (CONTINUACIÓN) RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Apoyo continuo – Servicios de salud

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Grossman 1990 (EE.UU.) [4]	Mujeres de bajos ingresos con recién nacidos sanos a término, que en el momento del parto tienen intención de amamantar	Control: educación habitual antes de la dada de alta, por el personal de enfermería obstétrica Int: 1 visita en el hospital + llamadas a los 2, 4 y 7 o 10 días y a las 3 semanas postparto	Cont: 48 Int: 49 n = 97	Duración mediana de la LM: 14,8 semanas LM a los 6 meses: 10/44 (23 %)	Duración mediana de la LM: 8 semanas LM a los 6 meses: 7/49 (14 %)	Las llamadas telefónicas no fueron eficaces (lactancia materna)
Neyzi 1991a (Turquía) [4]	Primíparas urbanas con parto vaginal, recién nacidos sanos de más de 2.500 g, en un hospital de la seguridad social	Control: visita a domicilio el día 5 o 7 (higiene y cuidados del bebé en general) Int: 1 sesión en el hospital, incluye película sobre LM y 40 minutos de educación sobre la práctica de la LM; visita a domicilio de 20-30 minutos el día 5 o 7 + librito Ambos: 1 sesión en grupo en el hospital con película sobre la diarrea; seguimiento mensual	Cont: 442 Int: 499 n = 941	LM exclusiva: 1 semana: 12 % *** 2 meses: 2 % *	LM exclusiva: 1 semana: 47 % *** 2 meses: 4,3 % *	El apoyo (película, visita a domicilio) aumentó la LM exclusiva a la semana
Neyzi 1991b (Turquía) [4]	Igual que el anterior	Control: Igual que el anterior Int: lo anterior + control por un residente de pediatría a las 2 semanas y a 1, 2, 3 y 4 meses (con pariente cercano)	Cont: 442 Int: 96 n = 538	LM completa 1 mes: 61 % *** 4 meses: 5 % ***	LM completa 1 mes: 85 % *** 4 meses: 68 % ***	El apoyo continuado aumentó la LM completa a los 4 meses
Chung-Hey 1993 (Taiwan, China)	Madres de recién nacidos sanos a término, LM a la dada de alta, saben leer chino	Control: ninguna intervención Int I: visitas a domicilio por una enfermera 1, 2, 4 y 8 semanas tras ser dadas de alta Int II: llamadas telefónicas por una enfermera 1, 2, 4 y 8 semanas tras ser dadas de alta	Cont: 60 Int I: 60 Int II: 60 n = 180	Duración media de LM: Cont: 3,35 semanas El motivo para terminar la LM fue «falta de leche» en 40 %	Duración media de LM: Int I: 4,1 semanas Int II: 3,6 semanas El motivo para terminar LM fue «falta de leche»: Int I: 43 % Int II: 38 %	Las visitas a domicilio y las llamadas de teléfono no afectaron a la duración de la lactancia materna
Haider 1996 (Bangladesh)	Lactantes de ≤ 12 semanas de edad, con diarrea de menos de 5 días de duración, peso para la talla > 60 % de la mediana del NCHS, todavía maman	Control: consejos habituales de LM durante la estancia en el hospital Int: 3 sesiones de asesoramiento (consejería) sobre LM mientras está en el hospital para tratamiento de la diarrea + 1 sesión en casa 1 semana después de la dada de alta	Cont: 125 Int: 125 n = 250	LM exclusiva a la dada de alta: 7 (6 %) *** LM exclusiva 2 semanas después de la dada de alta: 8/103 (8 %) ***	LM exclusiva a la dada de alta: 74 (60 %) *** LM exclusiva 2 semanas después de la dada de alta: 78/104 (75 %) ***	El asesoramiento favoreció la lactancia materna exclusiva 2 semanas después de la dada de alta

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

LM: lactancia materna

Cont: grupo de control

Int: grupo de intervención

a: datos recalculados

CUADRO 10.2. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Apoyo continuo – Consejeras de la comunidad

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Burkhalter 1991 (Chile) [1, 6]	Todos los partos registrados en la zona de un centro de salud suburbano con variado nivel socioeconómico	Control (pre-int): cuidados prenatales habituales, consultorio del niño sano Int I: 4 conferencias prenatales + controles mensuales + 8 visitas a domicilio en 6 meses + apoyo en un grupo de iguales (pares) Int II: lo anterior, 1 año después de los cambios	Cont: 137 Int I: 115 Int II: 117 n = 369	LM completa a los 6 meses: 46 (34 %) ***	LM completa a los 6 meses: Int I: 74 (64 %) *** Int II: 64 (55 %) ***	El apoyo prenatal y postnatal fue beneficioso (LM completa) a los 6 meses
Lundgren 1992 (Honduras) [1]	Poblaciones rurales con acceso limitado a agua, letrinas y servicios de salud	Control: actividades de promoción de la LM (reuniones mensuales, distribución de materiales educativos) realizadas por los Comités de Salud Rural en 20 pueblos Int: las mismas actividades de promoción de la LM, realizadas por voluntarios de la comunidad formados para asesorar sobre LM, en 20 pueblos Grupo de control (ambos): embarazadas y madres con niños menores de 1 año	Cont (pre): 209 Cont (post): 226 Int (pre): 207 Int (post): 221 n = 863	Duración media de la LM exclusiva (pre/post-estudio): 1,3 / 1,2 meses LM exclusiva a los 2 meses (pre/post): 20 % / 18 % (Cont respecto a Int) **	Duración media de la LM exclusiva (pre/post-estudio): 1,2 / 3 meses LM exclusiva a los 2 meses (pre/post): 20 % / 50 % (Cont respecto a Int) **	La LM exclusiva aumentó en los pueblos en que los voluntarios capacitados ofrecían apoyo
Kistin 1994 (EE.UU.)	Mujeres urbanas de bajos ingresos con intención de amamantar, que solicitaron apoyo	Control: sin consejera Int: llamadas telefónicas de una consejera de la comunidad (≥ 2/semana hasta que la LM está establecida, luego cada 1-2 semanas)	Cont: 43 Int: 59 n = 102	Duración media de la LM: 8 semanas * LM completa: 4 sem.*	Duración media de la LM: 15 semanas * LM completa: 8 sem.*	Las madres que recibieron apoyo de sus iguales dieron pecho más tiempo

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

LM: lactancia materna

Cont: grupo de control

Int: grupo de intervención

CUADRO 10.2. (CONTINUACIÓN) RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Apoyo continuo – Consejeras de la comunidad

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Mongeon 1995 (Canadá) [7]	Embarazadas sin experiencia previa de lactancia, con intención de amamantar	Control: sin apoyo adicional Int: 1 visita a domicilio (preparto) + seguimiento telefónico cada semana (6 semanas) y luego cada 2 semanas por una voluntaria Ambos: 1 visita a domicilio por una enfermera comunitaria, otros contactos a petición de la madre	Cont: 100 Int: 100 n = 200	«Falta de leche»: 45 % (no están claros otros datos)	«Falta de leche»: 37 %	El apoyo por voluntarios no fue beneficioso
Long et al 1995 (EE.UU.) [4]	Indígenas americanas embarazadas de bajos ingresos	Control (pre-int): atención prenatal habitual Int: contacto telefónico prenatal y postnatal (1, 2 y 4 a 6 semanas postparto) con una consejera de la comunidad; visitas a domicilio, en el consultorio o ambas	Cont: 67 Int: 41 n = 108	De las madres seguidas hasta los 3 meses: 70 % iniciaron LM; 36 % LM a los 3 meses	De las madres seguidas hasta los 3 meses: 84 % iniciaron LM (p = 0,05); 49 % LM a los 3 meses	El apoyo de las promotoras aumentó la LM a los 3 meses
Alvarado 1996 (Chile) [1, 6, 8]	Mujeres de bajos ingresos en condiciones inadecuadas de sanidad ambiental, en una zona periurbana	Control: atención a enfermedades agudas por un médico, y control (1, 2, 4 y 6 meses) por la enfermera en el centro de salud Int: visitas a domicilio por promotoras de salud de la comunidad, educación en grupo (preparto y después cada mes) + 8 contactos con el médico y la matrona en el centro de salud hasta los 6 meses	Cont: 66 Int: 62 n = 128	LM completa a los 4 meses **: 8 % LM completa a los 6 meses **: 0 %	LM completa a los 4 meses **: 90 % LM completa a los 6 meses **: 42 %	La LM completa fue más probable hasta los 6 meses con el apoyo de las promotoras de salud

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

LM: lactancia materna

Cont: grupo de control

Int: grupo de intervención

CUADRO 10.2. (CONTINUACIÓN) RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Apoyo continuo – Consejeras de la comunidad

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Características de población	Control/Intervención	Tamaño muestral	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Davies-Adetugbo 1996 (Nigeria) [6]	Embarazadas en el tercer trimestre de 6 comunidades agrícolas, de etnia predominantemente yoruba	Control: atención habitual en consultas prenatales de atención primaria, visitas a domicilio (problemas de LM se remiten a otro nivel). Pérdidas: 21 (pérdidas de seguimiento, nacidos muertos o muertes en la infancia) Int: ≥ 3 sesiones de asesoría pre-parto + visitas mensuales a domicilio postparto (reforzar mensajes, se solucionan la mayoría de problemas de LM). Pérdidas: 28 (pérdidas de seguimiento, nacidos muertos o muertes en la infancia)	Cont: 130 Int: 126 n = 256	Comenzaron a mamar antes de 30 minutos tras el parto: 6/108 (6 %) LM completa a los 4 meses: 15/108 (14 %)	Comenzaron a mamar antes de 30 minutos tras el parto: 31/98 (32 %) LM completa a los 4 meses: 39/98 (40 %)	El apoyo prenatal y post-natal aumentó la lactancia materna completa a los 4 meses
Morrow 1996 (México)	Embarazadas de una zona periurbana de Ciudad de México, en su mayoría de bajos ingresos	Control contemporáneo (CC): atención habitual en la clínica Cohorte histórica (CH): pre-intervención Int I: 1 visita a domicilio al final del embarazo + 1 visita poco después del parto + 1 visita al final de la semana 2, por promotoras capacitadas (formadas) por LLL (México) Int II: 2 visitas a domicilio durante el embarazo + 4 visitas a domicilio, poco después del parto y a las 2, 4 y 8 semanas, por las mismas promotoras	[CH: 316] CC: 15 Int I: 40 Int II: 25 n = 80	LM exclusiva en CC: a las 2 semanas, 35 % a las 12 semanas, 7 % *** (CC frente a CH, CC frente a Int I + II) Sólo 3-6 % de HC dan LM exclusiva en la semana previa a la entrevista ***	LM exclusiva en Int I: a las 2 semanas, 70 % a las 12 semanas, 50 % *** (Int I frente a Int II) LM exclusiva en Int II: a las 2 semanas, 79 % a las 12 semanas, 72 %***	Las visitas a domicilio por promotoras capacitadas tuvieron un efecto favorable y dependiente de la dosis sobre la LM exclusiva, al menos en los 3 primeros meses
Leite 1998 (Brasil)	Madres con recién nacidos sanos con peso al nacer < 3.000 g en 8 maternidades	Control: atención habitual en los servicios de salud Int: 3 visitas a domicilio (días 5, 15 y 30 tras el parto) por consejeras no profesionales	Cont: 455 Int: 385 n = 840	LM predominante al mes: 51 %	LM predominante al mes: 65 % (RR = 0,56 IC del 95 % 0,42-0,75)	3 visitas por consejeras no profesionales aumentaron la LM predominante al mes

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

LM: lactancia materna

Cont: grupo de control

Int: grupo de intervención

LLL: Liga de la Leche

**CUADRO 10.3. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS
LONGITUDINALES Y TRANSVERSALES**
Apoyo continuo

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Población	Tamaño muestral	Exposición	Resultados		Conclusión
				Control	Intervención	
Meara 1976 (EE.UU.) [9]	Miembros de la Liga de la Leche (en su mayoría amas de casa con educación superior e ingresos medios), cuya experiencia con la lactancia tuvo lugar sólo antes (no expuestas) o sólo después (expuestas) de su afiliación	Exp: 436 No exp: 117 n = no se especifica claramente	Afiliación a la Liga de la Leche antes de la lactancia. No expuestas: en su mayoría embarazadas que acuden a las reuniones para prepararse para una nueva lactancia	LM a demanda en el hospital: 34/117 (29 %) Introdujeron otros alimentos entre 4 y 6 meses: 13/42 (31 %)	LM a demanda en el hospital: 262/436 (60 %) Introdujeron otros alimentos entre 4 y 6 meses: 379/436 (87 %)	La afiliación a la Liga de Leche se asoció con mejores conocimientos, actitudes y prácticas
Barros 1995 (Brasil)	Recién nacidos sanos de madres urbanas de ingresos medios y bajos con alojamiento conjunto. Seguimiento 6 meses	Exp: 289 No exp: 246 n = 535	Asistencia a un centro de lactancia	LM exclusiva a los 4 meses: 44 (18 %) *** A los 6 meses ***: LM 135 (55 %) LM exclusiva 15 (6%)	LM exclusiva a los 4 meses: 124 (43 %) *** A los 6 meses ***: LM 197 (68 %) LM exclusiva 43 (15%)	La asistencia a un centro de lactancia se asoció significativamente en la LM exclusiva a los 4 meses

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

LM: lactancia materna

Exp: expuestos

INTERVENCIONES COMBINADAS

11.1 Introducción

Las secciones precedentes han revisado las pruebas de cada uno de los Diez Pasos, considerado en la medida de lo posible como una intervención aislada. Sin embargo, como ya se habrá observado, varios estudios combinan varios pasos a la vez, y parecen indicar que las intervenciones combinadas pueden tener más efecto sobre la lactancia que cada paso por separado. A efectos prácticos, ésta debe ser considerada una de las conclusiones más importantes de esta revisión.

11.2 Efecto sobre la práctica de la lactancia

Se han identificado siete estudios en los cuales podía diferenciarse el efecto de más de una intervención de promoción de la lactancia. Seis de ellos mostraron un aumento significativo de la lactancia materna (Frank y cols., 1987; Saunders y Carroll, 1988; Strachan-Lindenberg, Cabrera y Jiménez, 1990); Altobelli y cols, 1991; Pérez-Escamilla y cols., 1992; Pugin y cols., 1996).

Un estudio pionero de Salariya, Easton y Cater (1978) en el Reino Unido encontró que las madres que iniciaban la lactancia inmediatamente después del parto y continuaban dando el pecho cada 2 horas tenían más probabilidades de dar el pecho a las 12 semanas que las madres que empezaban más tarde y amamantaban cada 4 horas. Sin embargo, los números eran pequeños y los resultados no alcanzaron significación estadística.

Frank y cols., en los EE.UU. (1987), encontraron que las madres que habían recibido un lote regalo de promoción de la lactancia en el hospital y asesoramiento adicional sobre la lactancia, tanto en el hospital como en casa, tenían más probabilidades de estar amamantando al mes que las que sólo habían recibido una de las intervenciones. Saunders y Carroll (1988) observaron que tres sencillas intervenciones combinadas (una sesión de orientación en el hospital, una llamada telefónica y una clase de lactancia después de ser dada de alta) tenían un efecto significativo sobre la lactancia, pero ninguna de las intervenciones tenía un efecto por separado.

Pérez-Escamilla y cols. (1992), en México, encontraron un aumento de la lactancia materna completa a los 4 meses cuando se combinaban el alojamiento conjunto y la orientación sobre la lactancia; mientras que el efecto del alojamiento conjunto aislado sólo duraba un mes. Del mismo modo, Strachan-Lindenberg, Cabrera y Jiménez (1990) observaron que la combinación de orientación sobre la lactancia y alojamiento conjunto

producía un aumento de la lactancia materna a la semana y a los 4 meses, pero que la combinación de orientación sobre la lactancia y contacto precoz sólo tenía un efecto significativo a la semana.

Pugin y cols., en Chile (1996), compararon un grupo de control antes de la intervención con un grupo expuesto a un programa de promoción de la lactancia que incluía cinco intervenciones (Valdés y cols., 1993): capacitación (formación) del equipo de salud, actividades en la consulta prenatal y en el hospital (primer contacto más temprano, orientación sobre la lactancia, reducción de los suplementos, refuerzo del alojamiento conjunto), creación de una consulta externa de lactancia y ofrecimiento del método de la lactancia y la amenorrea (MELA) como forma inicial de planificación familiar. Seis meses después del parto, la lactancia materna completa era significativamente mayor en el grupo de intervención (67 %) que en el de control (32 %, $p < 0,0001$), incluso después de ajustar por la paridad. Un subgrupo que había recibido educación prenatal adicional mostraba una mayor prevalencia de lactancia materna completa (80 %) que el subgrupo con las mismas intervenciones pero sin educación adicional (65 %, $p < 0,005$) (comentado en el Paso 3).

Se han identificado otros 10 estudios comparativos en los que se medía el efecto de varias intervenciones juntas sobre la lactancia. Ciertas pautas comunes surgen de estos estudios: el apoyo o asesoramiento después de ser dada de alta, combinado con el asesoramiento prenatal o en el hospital, es particularmente eficaz para aumentar la lactancia materna. Algunos autores consideran que el apoyo postnatal, a través de grupos de iguales, visitas a domicilio o seguimiento en un consultorio, fue el componente más importante (Burkhalter y Marin, 1991).

También son posibles las interacciones negativas cuando se mantienen prácticas nocivas como el uso de leche artificial. Reiff y Essock-Vitale (1985) estudiaron las prácticas alimentarias de 77 madres que dieron a luz en un hospital en que los materiales educativos, el asesoramiento, el apoyo y las normas eran en general favorables a la lactancia materna, pero en el que se seguía usando leche artificial. Las actitudes del personal de enfermería hacia la lactancia eran positivas: más del 80 % decían comentar de forma rutinaria las ventajas de la

lactancia materna con las madres. Sin embargo, 59 madres (77 %) habían introducido biberones 2 o 3 semanas después del parto, la mayoría (93 %) recordaba qué marca se había usado en el hospital, y 52 (88 %) estaban usando la misma marca. Los padres pueden interpretar el uso rutinario de leche artificial en el hospital como un respaldo a la lactancia artificial por parte del personal, a pesar de los claros mensajes verbales en favor de la lactancia materna.

De este modo, unas pocas intervenciones, en condiciones experimentales, pueden mejorar en alguna medida las prácticas y actitudes hacia la lactancia materna (Houston y cols., 1981; Jones y West, 1986; Jenner, 1988; Long y cols., 1995; Davies-Adetugbo, 1996). Las intervenciones parecen ser más efectivas, sin embargo, cuando forman parte de un programa bien establecido (Hardy y cols., 1982; Popkin y cols., 1991; Nylander y cols., 1991; Burkhalter y Marin, 1991; Lutter y cols. (1997). Es más probable alcanzar el éxito cuando las intervenciones tienen el respaldo de las normas de la institución, y cuando se abandonan las prácticas nocivas. En Brasil, Lutter y cols. (1997) compararon un hospital con un programa activo de promoción de la lactancia con otro hospital cercano de control en que se practicaba el alojamiento conjunto y se restringía el uso de leche artificial, pero las actividades de información y apoyo tenían una menor cobertura. Las mujeres en el hospital con programa tenían más probabilidades de recibir información y apoyo, y la duración mediana de la lactancia materna exclusiva era de 75 días (53 días más que en el hospital de control).

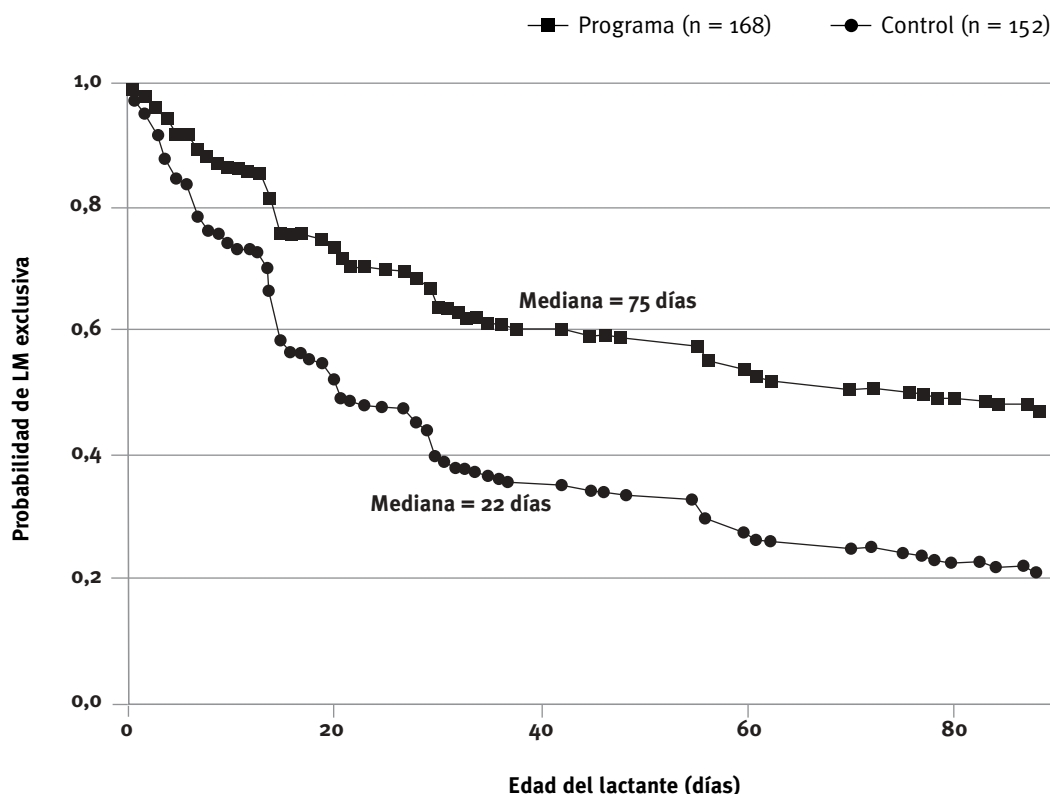
11.3 Efecto de las intervenciones combinadas sobre la rentabilidad y morbilidad

Los programas de promoción de la lactancia realizados a través de los servicios de maternidad pueden ser una de las intervenciones de salud más rentables para ganar años de vida ajustados en función a la discapacidad (AVAD), prevenir casos de diarrea y prevenir muertes por diarrea (Horton y cols, 1996). Se evaluaron programas realizados en Brasil, Honduras y México, y se encontró que la rentabilidad era mayor cuando los programas incluían dejar de usar leche artificial y reducir el uso de fármacos durante el parto. Esto se debe en parte

a que el costo de estas intervenciones es mínimo, y puede incluso constituir un ahorro. Invertir en educación en el hospital y en apoyo a las madres seguía siendo extremadamente rentable, aunque menos que suprimir la leche artificial; porque la educación requiere más tiempo y personal preparado, y por lo tanto es más cara. El apoyo, la educación y el asesoramiento para las madres se introducen más lentamente que otras inter-

venciones, y se requiere un esfuerzo adicional para llevarlos a la práctica. Mientras que la supresión de la leche artificial y el alojamiento conjunto pueden ser requisitos esenciales para el inicio de la lactancia, las actividades relacionadas al apoyo directo y a la información tienen el mayor impacto para alargar la duración de la lactancia materna exclusiva (Lutter y cols., 1997).

Lactancia materna exclusiva: curvas de prevalencia en dos hospitales. Santos, Brasil, 1992-93



Hospital con programa frente a hospital de control: $p < 0,0001$

Fuente: Morrow et al (1996) The effectiveness of home-based counseling to promote exclusive breastfeeding among Mexican mothers. En: *Exclusive breastfeeding promotion: a summary of findings from EPB's applied research program (1992-1996)*. Wellstart International's Expanded Promotion of Breastfeeding (EPB) Program (documento no publicado)

CUADRO 11.1. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Intervenciones combinadas – Efectos diferenciados

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Control	Intervención ^a	Resultado general	Cuadro
Salariya 1978 (Escocia) [8]	Contacto tardío, lactancia cada 4 horas	I: 4 + 8 parcial (contacto precoz, lactancia cada 2 horas) II: 4 (contacto precoz) III: 8 parcial (lactancia cada 2 horas)	Aumento (estadísticamente no significativo) de la LM al combinar el contacto precoz y las tomas cada 2 horas	4.1 8.1
Frank 1987 (EE.UU.)	Consejos habituales + obsequio comercial	I: 5+10 (orientación sobre LM) + obsequio comercial II: 5+10 + obsequio LM III: consejos habituales + obsequio LM	Efecto significativo al mes (LM completa) de las intervenciones combinadas. Efecto significativo de cada intervención por separado	6.4 10.1
Saunders 1988 (EE.UU.) [1, 6]	Sin intervención	5+10: orientación sobre LM en el hospital, una llamada a los 4 o 5 días o una clase estructurada a las 2 semanas	La duración de la LM aumentó significativamente hasta las 16 semanas, sólo cuando se combinaban las 3 actividades	10.1
Strachan-Lindenberg 1990 (Nicaragua) [8]	Separación completa entre madre e hijo hasta ser dados de alta	I: 4+5 (contacto precoz y mensajes normalizados sobre LM). II: 5 (mensajes sobre LM) +7.	Efecto significativo a la semana (LM completa) con cualquiera de las intervenciones. Efecto (LM) a los 4 meses sólo significativo con alojamiento conjunto y orientación sobre la lactancia	4.1 5.1 7.1
Altobelli 1991 (Perú)	Alojamiento conjunto parcial	Hospitales A y B: 2 + 5 (capacitación + desarrollo de mensajes normalizados sobre LM). Los pasos 6 a 9 ya se aplicaban parcialmente en ambos	Aumento significativo de la LM exclusiva a las 4 semanas en los hospitales en que se formó al personal. Efecto significativamente mayor a largo plazo (12 semanas) en el hospital A (exposición intensiva a mensajes sobre LM) que en el hospital B (exposición moderada)	2.1 5.1
Pérez-Escamilla 1992 (México)	Se entregaron algunas muestras gratuitas de leche artificial	I: 7 (alojamiento conjunto), sin muestras gratuitas II: 5+7 (orientación sobre LM [mensajes normalizados] y alojamiento conjunto). Sin muestras gratuitas	Efecto significativo a largo plazo (LM completa) del alojamiento conjunto con orientación sobre la LM entre las primíparas; pero aisladamente el alojamiento conjunto sólo tuvo efecto a corto plazo. No hubo efecto en las múltiparas	5.1 7.1
Pugin 1996 (Chile) [6]	Pre intervención: alojamiento conjunto parcial	I: 1 a 3 y 5 a 10 (+ primer contacto más precoz) II: lo anterior + paso 3 intensivo	Al aplicar los 9 pasos se observó un aumento significativo de la LM completa a los 6 meses. Al añadir la educación prenatal intensiva se produjo un nuevo aumento significativo	3.1

a: Los números se refieren a los Diez Pasos
 LM: lactancia materna

CUADRO 11.2. RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Intervenciones combinadas – agrupadas

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Control	Intervención ^a	Resultado general	Cuadro
Houston 1981 (Escocia)	Visitas habituales por personal de salud comunitaria	5+10: asesoramiento sobre LM en el hospital y después de la dada de alta	Aumento significativo en la prevalencia de LM a las 12 y 20 semanas en el grupo de intervención	10.1
Hardy 1982 (Brasil) [6]	Sin intervenciones, no había alojamiento conjunto	2+5+10: capacitación, asesoramiento sobre LM en el hospital y después de ser dada de alta. Ya se practicaba el alojamiento conjunto	Aumento significativo de la LM completa y de la LM completa o parcial en el grupo de intervención hasta los 9 meses. No hubo cambios entre las menores de 25 años, las menos educadas o las que tenían parejas de edad inferior a 30 años	No
Jones 1986 (Gales)	Sin intervenciones	5+10 (asesoramiento sobre LM en el hospital y después de ser dada de alta)	La LM a las 4 semanas fue significativamente mayor en el grupo de intervención	5.1 10.1
Jenner 1988 (Inglaterra)	1 visita prenatal a domicilio + 1 breve visita tras el parto	Como el control + otras 2 visitas prenatales a domicilio + 2 o 3 visitas a domicilio tras el parto (Paso 10)	Las visitas a domicilio antes y después del parto se asociaron con más LM completa a los 3 meses ($p \leq 0,01$)	10.1
Burkhalter 1991 (Chile) [1, 4b, 6]	Pre intervención: no hubo intervenciones; no se describen las prácticas hospitalarias	Después: 3 + 10 (preparación prenatal y asesoramiento sobre LM tras ser dada de alta)	Aumento significativo en la LM completa en los grupos de intervención, especialmente a los 5 y 6 meses	10.2
Nylander 1991 (Noruega) [4b, 6, 8]	Pre intervención: no habían empezado las intervenciones	Después: 2+4+5+6 parcial (restricción de suero glucosado y leche artificial) +8	Aumento significativo en la LM completa a los 6 meses, tras el comienzo del programa	6.1
Popkin 1991 (Honduras)	Pre intervención: uso habitual de alimentos prelácteos y suplementos de leche artificial, separación entre madre e hijo	Campaña en los medios de comunicación y programa de promoción de la LM en 3 grandes hospitales: pasos 1 + 2 + 4 a 9	Aumento significativo en el inicio y duración de la LM, sobre todo en zonas urbanas, pese a los cambios en las características de la población que hubieran disminuido las tasas de LM	2.1
Long y cols. 1995 (EE.UU.) [4]	Pre intervención: atención prenatal habitual	3 + 10: asesoramiento prenatal y postnatal por promotoras capacitadas	Aumento de la LM al nacimiento y a los 3 meses (no significativo)	10.2

a: Los números se refieren a los Diez Pasos
LM: lactancia materna

CUADRO 11.2. (CONTINUACIÓN) RESULTADOS COMPARADOS DE LOS ESTUDIOS EXPERIMENTALES
Intervenciones combinadas – agrupadas

Estudio [Limitaciones metodológicas]	Control	Intervención ^a	Resultado general	Cuadro
Alvarado 1996 (Chile)	Control de salud en un centro de salud	3+10: visitas a domicilio y educación en grupo por promotoras capacitadas no profesionales	Aumento significativo de la LM exclusiva a los 4 meses	10.2
Davies-Adetugbo 1996 (Nigeria)	Atención habitual en consultas prenatales de atención primaria, visitas a domicilio (se remiten a otro nivel los problemas de LM)	3+10: orientación prenatal + visitas mensuales a domicilio después del parto (se solucionan la mayoría de los problemas de LM) I: 3+10, 3 visitas a domicilio por promotoras capacitadas no profesionales (al final del embarazo, poco después del parto y al final de la segunda semana)	Mejores conocimientos y actitudes hacia la LM, aumento de la LM completa a los 4 meses	10.2
Morrow 1996 (México)	Atención habitual en la clínica (controles contemporáneos e históricos)	II: 3+10, 6 visitas a domicilio por las mismas promotoras capacitadas no profesionales (2 en el embarazo, 1 poco después del parto y a las 2, 4 y 8 semanas)	La LM exclusiva a los 3 meses es significativamente mayor en los grupos de intervención que en los de control, y significativamente mayor con 6 visitas a domicilio que con sólo 3	10.2
Lutter 1997 (Brasil)	En general, pocas actividades de promoción de la LM	4 a 7, 10 (posiblemente 1, 2, 8, 9)	La LM exclusiva fue 53 días más larga, según el análisis de supervivencia	No

a: Los números se refieren a los Diez Pasos
 LM: lactancia materna

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las pruebas en favor de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural son abundantes, incluso cuando se considera cada paso por separado, y a pesar de lo difícil que resulta distribuir los grupos al azar cuando se ha de respetar la libertad de elección de la madre.

Los pasos más claramente establecidos son los tres relativos a la orientación y apoyo a la madre: el Paso 3, educación prenatal; el Paso 5, mostrar a las madres cómo dar pecho, y el Paso 10, apoyo continuo después de ser dada de alta. Son los pasos que pueden resultar más difíciles de aplicar adecuadamente, y con frecuencia se introducen con lentitud. Estos requieren un personal capaz, y por lo tanto formado; y consumen tiempo del personal, por lo que hay que revisar las descripciones de los puestos de trabajo. Sin embargo, juntos están entre las intervenciones en salud más rentables, y se deben reforzar los esfuerzos para dar apoyo adecuado a las madres que lactan aunque los recursos sean limitados.

Hay bastantes pruebas en principio del Paso 4, relativo al contacto precoz, aunque probablemente el momento óptimo para la primera mamada del recién nacido no es tan restrictivo como sugiere la redacción original del paso. La parte más importante del procedimiento es que el bebé tenga contacto piel con piel con su madre desde el momento mismo del nacimiento hasta que espontáneamente dé muestras de querer mamar. Esto suele ocurrir en el curso de la primera hora, aunque podría suceder en cualquier momento de las primeras dos horas, o más tarde incluso si la madre ha recibido petidina.

Las pruebas a favor del Paso 7, alojamiento conjunto, y del Paso 8, lactancia a demanda, que son fáciles de aplicar pero difíciles de separar el uno del otro, son altamente sugestivas. No hay ninguna prueba a favor de las prácticas opuestas, la lactancia con horario o la separación entre madre e hijo. La lactancia a demanda no aumenta el riesgo de dolor en los pezones; y el alojamiento conjunto no interfiere necesariamente con el descanso de la madre, ni aumenta las infecciones cruzadas.

El Paso 6, sobre el uso de suplementos, y el Paso 9, sobre el uso de tetinas y chupetes, también están estrechamente relacionados. Aunque muchos estudios muestran una estrecha asociación entre el uso de suplementos y tetinas o chupetes y el abandono precoz de la lactancia, no es fácil demostrar una relación causal, principalmente por la dificultad de la asignación aleatoria. Sin embargo, si el uso de suplementos, tetinas y biberones es en parte un marcador de las madres que tienen dificultades con la lactancia o escasa confianza en sí mismas, entonces también constituye una indicación de que los agentes de salud necesitan más conocimientos y habilidades

para ayudar a las madres más eficazmente. Sin una orientación adecuada y un apoyo continuo, no podrá abandonarse el uso de suplementos.

Sigue siendo probable que las tomas de leche artificial, las tetinas y los chupetes interfieran con la fisiología de la lactancia, y que su fácil disponibilidad y uso socaven la confianza de la madre. Raramente deberían ser necesarios los chupetes y tetinas en una maternidad; y existe una amplia justificación para no administrar suplementos a los lactantes a no ser que haya un motivo médico insuperable, y para darlos, cuando sean necesarios, con un vaso y no con un biberón. Algunos estudios sugieren que, cuando existe una indicación médica clara, los suplementos pueden interferir menos con el establecimiento de la lactancia que cuando se administran sin motivo justificado.

A este respecto, otros dos puntos resultan claros. Primero, la distribución de lotes de regalo comerciales que contienen muestras de sucedáneos de la leche materna afecta negativamente a la lactancia materna, y no hay justificación para darlos. Segundo, dejar de dar leche artificial en los servicios de maternidad ha resultado ser una de las intervenciones de salud más rentables que se conocen.

Quedan los Pasos 1 y 2, sobre normas y capacitación, que son necesarios para la aplicación de todos los demás. La experiencia muestra que sin normas estrictas y una buena formación del personal, no es posible cambiar las prácticas.

Con la llegada de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño se ha adquirido una amplia experiencia con diferentes tipos de formación. Aunque todos ellos pueden tener algún efecto, cabe hacer algunas observaciones. Dieciocho horas de capacitación parece ser un mínimo absoluto, y probablemente se necesita más tiempo para aumentar las habilidades y cambiar las actitudes. La formación ha de incluir un fuerte componente práctico y clínico, y no basarse únicamente en explicaciones y clases teóricas. Parece que la práctica clínica bien organizada es más eficaz que las conferencias para cambiar las actitudes hacia la lactancia.

En conclusión, la premisa básica de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, que requiere que todos los servicios de maternidad cumplan los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural, es válida. Sin embargo, la aplica-

ción selectiva de sólo algunos pasos puede ser ineficaz y decepcionante. La lactancia materna exclusiva aumentará y se mantendrá de forma más eficaz cuando las normas consensuadas y la capacitación adecuada del personal se dirijan al cumplimiento de los diez pasos a la vez, incluyendo el apoyo continuo a las madres en la comunidad y la restricción del uso de leche artificial a las situaciones en que hayan motivos médicos claramente definidos.

Recomendaciones

1. Existen suficientes pruebas de la eficacia de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural para justificar plenamente la extensión de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, que se basa en ellos, a todos los servicios de maternidad. Ya no puede considerarse aceptable que los servicios de maternidad no sean amigos del niño.
2. Los Diez Pasos deben aplicarse juntos, y no se debe esperar que sean eficaces cuando se introducen incompleta o aisladamente.
3. Las instituciones de salud deben desarrollar normas estrictas, que abarquen todos los Diez Pasos e incluyan la restricción de las muestras gratuitas de sucedáneos de la leche materna, con provisiones adecuadas para su aplicación y supervisión.
4. La capacitación de los profesionales de la salud en relación con los Diez Pasos debe ser de duración adecuada, y debe incluir un fuerte componente práctico para garantizar la mejora de las habilidades clínicas y de asesoramiento (consejería). La formación debe abarcar también las actitudes hacia la lactancia de los agentes de salud y el uso de suplementos.
5. Deben hacerse esfuerzos renovados para fortalecer los pasos relativos a la educación, orientación y apoyo para las madres antes y después del parto, incluso después de ser dada de alta hospitalaria, pues son las intervenciones más claramente eficaces. Sin educación, orientación y apoyo para las madres, la aplicación de los pasos organizativos, como el alojamiento conjunto, es posible que tengan sólo un efecto limitado. Todas las madres deberían tener acceso a la orientación y el apoyo apropiados durante todo el periodo de lactancia.

B I B L I O G R A F Í A

- Alexander JM, Grant AM, Campbell MJ (1992) Randomised controlled trial of breast shells and Hoffman's exercises for inverted and non-protractile nipples. *British medical journal*, 304:1030-1032.
- Ali Z, Lowry M (1981) Early maternal-child contact: Effects on later behaviour. *Developmental medicine and child neurology*, 23:337-345.
- Altobelli L, Baiocchi-Ureta N, Larson E (1991) A controlled trial to extend the duration of exclusive breastfeeding among low income mothers in Lima, Peru. Final report (unpublished). The Johns Hopkins University (Baltimore), Cayetano Heredia University (Lima) and The Population Council (New York).
- Alvarado R et al (1996) Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters' participation. *Food and nutrition bulletin*, 17(1):49-53.
- Ardran GM, Kemp FH, Lind J (1958a) A cineradiographic study of bottle feeding. *British journal of radiology*, 31:11-22.
- Ardran GM, Kemp FH, Lind J (1958b) A cineradiographic study of breast feeding. *British journal of radiology*, 31:156-162.
- Armstrong HC (1990) Breastfeeding promotion: training of mid-level and outreach health workers. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (Suppl. 1):91-103.
- Ashraf RN et al (1991) Breast feeding and protection against neonatal sepsis in a high risk population. *Archives of disease in childhood*, 66:488-490.
- Avoa A, Fischer PR (1990) The influence of perinatal instruction about breast-feeding on neonatal weight loss. *Pediatrics*, 86(2):313-315.
- Baranowski T et al (1983) Social support, social influence, ethnicity and the breastfeeding decision. *Social science and medicine*, 17(21):1599-1611.
- Barros FC et al (1995a) Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics*, 95(4):497-499.
- Barros FC et al (1995b) The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta paediatrica*, 84:1221-1226.
- Bathija CG, Anand RK (1987) Effect of perinatal motivation on breastfeeding in educated mothers. *Indian pediatrics*, 24:933-937.
- Becker GE (1992) Breastfeeding knowledge of hospital staff in rural maternity units in Ireland. *Journal of human lactation*, 8(3):137-142.
- Bergevin Y, Dougherty C, Kramer MS (1983) Do infant formula samples shorten the duration of breast-feeding? *Lancet*, I(8334):1148-1151.
- Bliss MC et al (1997) The effect of discharge pack formula and breast pumps on breastfeeding duration and choice of infant feeding method. *Birth*, 24:90-97.
- Blomquist HK et al (1994) Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta paediatrica*, 83:1122-1126.
- Bloom K et al (1982) II. Factors affecting the continuance of breast feeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, Suppl 300:9-14.
- Blum D, Feachem RG (1983) Measuring the impact of water supply and sanitation investments on diarrhoeal diseases: problems of methodology. *International journal of epidemiology*, 12(3):357-365.
- Bradley JE, Meme J (1992) Breastfeeding promotion in Kenya: changes in health worker knowledge, attitudes and practices, 1982-89. *Journal of tropical pediatrics*, 38:228-234.

- Breastfeeding counselling: A training course*. Geneva, World Health Organization, 1993 (unpublished WHO documents WHO/CDR/93.3-6) and New York, UNICEF, 1993 (unpublished UNICEF documents UNICEF/NUT/93.1-4).
- Bryant CA (1982) The impact of kin, friend and neighbor networks on infant feeding practices. *Social science and medicine*, 16:1757-1765.
- Buranasin B (1991) The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. *Asia-Pacific journal of public health*, 5(3):217-220.
- Burkhalter BR, Marin PS (1991) A demonstration of increased exclusive breastfeeding in Chile. *International journal of gynecology and obstetrics*, 34:353-359.
- Christensson K et al (1992) Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta paediatrica*, 81:488-493.
- Christensson K et al (1995) Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta paediatrica*, 84:468-473.
- Chua S et al (1994) Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 101:804-805.
- Chung-Hey C (1993) Effects of home visits and telephone contacts on breastfeeding compliance in Taiwan. *Maternal-child nursing journal*, 21(3):82-90.
- Clements MS et al (1997) Influences on breastfeeding in southeast England. *Acta paediatrica*, 86:51-56.
- Cracking the Code. Monitoring the International Code of Breast-milk Substitutes. Country profiles*. London, The Interagency Group on Breastfeeding Monitoring, 1997.
- Cronenwett L et al (1992) Single daily bottle use in the early weeks postpartum and breast-feeding outcomes. *Pediatrics*, 90(5):760-766.
- Cunningham WE, Segree W (1990) Breast feeding promotion in an urban and a rural Jamaican hospital. *Social science and medicine*, 30(3):341--348.
- Davies-Adetugbo AA (1996) Promotion of breast feeding in the community: impact of health education programme in rural communities in Nigeria. *Journal of diarrhoeal disease research*, 14(1):5-11.
- Davies-Adetugbo AA (1997) Sociocultural factors and the promotion of exclusive breastfeeding in rural Yoruba communities of Osun State, Nigeria. *Social science and medicine*, 45 (1):113-125.
- de Carvalho M, Hall M, Harvey D (1981) Effects of water supplementation on physiological jaundice in breast-fed babies. *Archives of disease in childhood*, 56(7):568-569.
- de Carvalho M et al (1982a) Milk intake and frequency of feeding in breast fed infants. *Early human development*, 7:155-163
- de Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB (1982b) Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *American journal of diseases of children*, 136:737-738.
- de Carvalho M et al (1983) Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics*, 72(3):307-311.
- de Carvalho M, Robertson S, Klaus MH (1984) Does the duration and frequency of early breastfeeding affect nipple pain? *Birth*, 11:81-84.
- de Carvalho M et al (1985) Frequency of milk expression and milk production by mothers of nonnursing premature neonates. *American journal of diseases of children*, 139:483-485.
- de Château P, Wiberg B (1977a) Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum: II. A follow-up at three months. *Acta paediatrica Scandinavica*, 66:145-151.

- de Château P et al (1977b) A study of factors promoting and inhibiting lactation. *Developmental medicine and child neurology*, 19:575-584.
- de Zoysa I, Rea M, Martines J (1991) Why promote breastfeeding in diarrhoeal disease control programmes? *Health policy and planning*, 6(4):371-379.
- Diaz S et al (1995) Breast-feeding duration and growth of fully breast-fed infants in a poor urban Chilean population. *American journal of clinical nutrition*, 62:371-376.
- Dix DN (1991) Why women decide not to breastfeed. *Birth*, 18:222-225.
- Drane D (1996) The effect of use of dummies and teats on orofacial development. *Breastfeeding review*, 4(2):59-64.
- Dungy C et al (1992) Effect of discharge samples on duration of breast-feeding. *Pediatrics*, 90(2):233-237.
- Dungy C et al (1997) Hospital infant formula discharge packages. Do they affect the duration of breast-feeding?. *Archives of pediatric and adolescent medicine*, 151:724-729.
- Elander G, Lindberg T (1984) Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, 73:237-240.
- Elander G, Lindberg T (1986) Hospital routines in infants with hyperbilirubinemia influence the duration of breastfeeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, 75:708-712.
- Entwisle DR, Doering SG, Reilly TW (1982) Sociopsychological determinants of women's breast-feeding behavior: A replication and extension. *American journal of orthopsychiatry*, 52(2):244-260.
- Eregie CO (1997) Impact of the Baby Friendly Hospital Initiative: An observation from an African population. *International child health*, VIII(4):7-9.
- Evans CJ, Lyons NB, Killien MG (1986) The effect of infant formula samples on breastfeeding practice. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, Sept/Oct:401-405.
- Feinstein JM et al (1986) Factors related to early termination of breast-feeding in an urban population. *Pediatrics*, 78(2):210-215.
- Fisher C The puerperium and breastfeeding. In: Marsh GN, ed. *Modern obstetrics in general practice*. Oxford, Oxford University Press, 1985:325-348.
- Fisher C, Inch S (1996) Nipple confusion - who is confused? *Journal of pediatrics*, 129(1):174.
- Fishman C, Evans R, Jenks E (1988) Warm bodies, cool milk: Conflicts in post partum food choice for Indochinese women in California. *Social science and medicine*, 26(11):1125-1132.
- Forman MR. (1984) Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatrics*, 74(4), Supplement:667-694.
- Frank DA et al (1987) Commercial discharge packs and breast-feeding counseling: Effects on infant-feeding practices in a randomized trial. *Pediatrics*, 80(6):845-854.
- Freed G Fraley JK, Schanler RJ (1992) Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics*, 90(2):224-227.
- Freed G Fraley JK, Schanler RJ (1993) Accuracy of expectant mothers' predictions of fathers' attitudes regarding breast-feeding. *Journal of family practice*, 37(2):148-152.
- Fukumoto M, Creed-Kanashiro H (1994) Congratulations to the mothers. *Dialogue on diarrhoea*, 59:4.
- Garforth S, Garcia J (1989) Breast feeding policies in practice - «No wonder they get confused». *Midwifery*, 5:75-83.
- Giugliani ERJ et al (1994) Effect of breastfeeding support from different sources on mother's decisions to breastfeed. *Journal of human lactation*, 10(3):157-161.
- Glover J, Sandilands M (1990) Supplementation of breastfeeding infants and weight loss in hospital. *Journal of human lactation*, 6(4):163-166.

- Gökçay G et al (1997) Ten steps for successful breast-feeding: assessment of hospital performance, its determinants and planning for improvement. *Child: care, health and development*, 23(2):187-200.
- Gonzales RB (1990) A large scale rooming-in program in a developing country: the Dr. Jose Fabella Memorial Hospital experience. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31(Supplement 1):31-34.
- Graffy JP (1992) Mothers' attitudes to and experience of breast feeding: a primary care study. *British journal of general practice*, 42:61-64.
- Gray-Donald K et al (1985) Effect of formula supplementation in the hospital on the duration of breast-feeding: a controlled clinical trial. *Pediatrics*, 75(3):514-518.
- Grossman LK, Harter C, Kay A (1987) Postpartum lactation counseling for low-income women. *American journal of diseases of children*, 141(4):375.
- Grossman LK et al (1990) The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breast-feeding in low-income women. *American journal of diseases of children*, 144:471-474.
- Guthrie GM et al (1985) Infant formula samples and breast feeding among Philippine urban poor. *Social science and medicine*, 20(7):713-717.
- Haider R et al (1996) Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, 74(2):173-179.
- Hall JM (1978) Influencing breastfeeding success. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, Nov-Dec:28-32.
- Hally MR et al (1984) Factors influencing the feeding of first-born infants. *Acta paediatrica Scandinavica*, 73(1):33-39.
- Hardy EE et al (1982) Breastfeeding promotion: Effect of an educational program in Brazil. *Studies in family planning*, 13(3):79-86.
- Hartmann PE et al (1996) Breast development and control of milk synthesis. *Food and nutrition bulletin*, 17(4):292-302.
- Heiberg Endresen E, Helsing E (1995) Changes in breastfeeding practices in Norwegian maternity wards: national surveys 1973, 1982 and 1991. *Acta paediatrica*, 84:719-724.
- Hofmeyr GJ et al (1991) Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 98(8):756-764.
- Hopkinson JM, Schanler RJ, Garza C (1988) Milk production by mothers of premature infants. *Pediatrics*, 81(6):815-820.
- Horton S et al (1996) Breastfeeding promotion and priority setting in health. *Health policy and planning*, 11(2):156-168.
- Høst A (1991) Importance of the first meal on the development of cow's milk allergy and intolerance. *Allergy proceedings*, 12(4):227-232.
- Houston MJ et al (1981) Do breast feeding mothers get the home support they need? *Health bulletin*, 39(3):166-172.
- Howie PW et al (1981) How long should a breast feed last? *Early human development*, 5:71-77.
- Howie PW et al (1990) Protective effect of breast feeding against infection. *British medical journal*, 300:11-16.
- Huffman SL (1984) Determinants of breastfeeding in developing countries: Overview and policy implications. *Studies in family planning*, 15(4):170-182.
- Iker CE, Mogan J (1992) Supplementation of breastfed infants: Does continuing education for nurses make a difference? *Journal of human lactation*, 8(3):131-135.
- Illingworth RS, Stone DGH (1952) Self-demand feeding in a maternity unit. *Lancet*, I(6710):683-687.
- Inch S, Garforth S. Establishing and maintaining breastfeeding. In: Chalmers I, Enkin MW, Kierse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press, 1989:1359-1374.

- Inoue N, Sakashita R, Kamegai T (1995) Reduction of masseter muscle activity in bottle-fed babies. *Early human development*, 42:185-193.
- Jackson EB, Wilkin LC, Auerbach H (1956) Statistical report on incidence and duration of breast feeding in relation to personal-social and hospital maternity factors. *Pediatrics*, 17(5):700-715.
- Jamieson L (1994) Getting it together. *Nursing times*, 90(17):68-69.
- Janke JR (1988) Breastfeeding duration following cesarean and vaginal births. *Journal of nurse-midwifery*, 33(4):159-164.
- Janovsky K, Cassels A. Health policy and systems research: Issues, methods, priorities. In: Janovsky K., ed. *Health policy and systems development. An agenda for research*. Geneva, World Health Organization, 1996:11-23 (unpublished document WHO/SHS/NHP/96.1).
- Jenner S (1988) The influence of additional information, advice and support on the success of breast feeding in working class primiparas. *Child: care, health and development*, 14:319-328.
- Jones DA, West RR (1986) Effect of a lactation nurse on the success of breast-feeding: a randomised controlled trial. *Journal of epidemiology and community health*, 40:45-49.
- Jones E (1994) Breastfeeding in the preterm infant. *Modern midwife*, 4(1):22-26.
- Kaplowitz DD, Olson CM (1983) The effect of an education program on the decision to breastfeed. *Journal of nutrition education*, 15(2):61-65.
- Kearney M, Cronenwett LR, Reinhardt R (1990) Cesarean delivery and breastfeeding outcomes. *Birth*, 17:97-103.
- Keefe MR (1987) Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nursing research*, 36(3):140-144.
- Keefe MR (1988) The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, March-April:122-126.
- Kistin N et al (1990) Breast-feeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. *Pediatrics*, 86(5):741-746.
- Kistin N et al (1994) Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *Journal of human lactation*, 10(1):11-15.
- Klaus MH (1987) The frequency of suckling. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 14(3):623-633.
- Koktürk T, Zetterström R (1989) The promotion of breastfeeding and maternal attitudes. *Acta paediatrica Scandinavica*, 78:817-823.
- Kurini N et al (1984) Predicting duration of breastfeeding in a group of urban primiparae. *Ecology of food and nutrition*, 15:281-291.
- Kurini N, Shiono PH (1991) Early formula supplementation of breast-feeding. *Pediatrics*, 88(4):745-750.
- Labbok MH, Hendershot GE (1987) Does breastfeeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey. *American journal of preventive medicine*, 3(4):227-232.
- Labbok MH, Simon SR (1988) A community study of a decade of in-hospital breast-feeding: implications for breast-feeding promotion. *American journal of preventive medicine*, 4(2):62-66.
- Lang S, Lawrence CJ, Orme RL'E (1994) Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Archives of disease in childhood*, 71:365-369.
- Lawrence RA (1982) Practices and attitudes toward breast-feeding among medical professionals. *Pediatrics*, 70(6):912-920.
- Lazzaro E, Anderson J, Auld G (1995) Medical professionals' attitudes towards breastfeeding. *Journal of human lactation*, 11(2):97-101.

- Leefsma M, Habatsky T. The influence of hospital routine on successful breastfeeding. In: Freier S, Eidelman AL, eds. *International Symposium on Breastfeeding. Human milk – It's biological and social value*. Amsterdam, Excerpta Medica, 1980:309-313.
- Leite A, Puccini R, Atallah A, Cunha A, Machado M, Capiberibe A, Rodrigues R. Impact on breastfeeding practices promoted by lay counselors: a randomized and controlled clinical trial. In: Feinstein AR, Vandenbrouke JP, eds. *Abstracts of the Inclen 15th global meeting of the International Clinical Epidemiology Network*. Querétaro, Mexico, Journal of Clinical Epidemiology, 1998, 51(supplement 1):10S.
- Levitt C et al (1996) Breast-feeding policies and practices in Canadian hospitals providing maternity care. *Canadian Medical Association Journal*, 155(2):181-188.
- Lizarraga JL et al (1992) Psychosocial and economic factors associated with infant feeding intentions of adolescent mothers. *Journal of adolescent health*, 13:676-681.
- Long DG et al (1995) Peer counselor program increases breastfeeding rates in Utah native American WIC population. *Journal of human lactation*, 11(4):279-284.
- Long L (1995) Breastfeeding workshops: a focus on knowledge, skills and attitudes. *British journal of midwifery*, 3(10):540-544.
- Lundgren R et al (1992) The promotion of breastfeeding and birth spacing in rural areas. Final technical report (unpublished document). Asociacion Hondureña de Lactancia Materna (AHLACMA) and the Population Council.
- Lutter CK et al (1997) The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *American journal of public health*, 87(4):659-663.
- McBryde A, Durham NC (1951) Compulsory rooming-in on the ward and private newborn service at Duke hospital. *Journal of the American Medical Association*, 145(9):625-628.
- McDivitt JA et al (1993) The impact of the healthcom mass media campaign on timely initiation of breastfeeding in Jordan. *Studies in family planning*, 24(5):295-309.
- McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA (1997) Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics*, 100(2):214-219.
- McLorg PA, Bryant CA (1989) Influence of social network members and health care professionals on infant feeding practices of economically disadvantaged mothers. *Medical anthropology*, 10:265-278.
- MAIN Trial Collaborative Group (1994) Preparing for breastfeeding: treatment of inverted and non-protractile nipples in pregnancy. *Midwifery*, 10:200-214.
- Manning DJ, Coughlin RP, Poskitt EME (1985) Candida in mouth or dummy? *Archives of disease in childhood*, 60:381-382.
- Mapata S, Djauhariah AM, Dasril D (1988) A study comparing rooming-in with separate nursing. *Paediatrica Indonesiana*, 28:116-123.
- Margen S et al. Infant feeding in Mexico. *A study of health facility and mothers' practices in three regions*. Nestlé Infant Formula Audit Commission. California, PRINTEAM, 1991.
- Martin-Calama J et al (1997) The effect of feeding glucose water to breastfeeding newborns on weight, body temperature, blood glucose, and breastfeeding duration. *Journal of human lactation*, 13(3):209-213.
- Martines JC, Ashworth A, Kirkwood B (1989) Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 67(2):151-161.
- Mathew OP, Bhatia J (1989) Sucking and breathing patterns during breast- and bottle-feeding in term neonates. *American journal of diseases of children*, 143:588-592.
- Matich JR, Sims LS (1992) A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed. *Social science and medicine*, 34(8):919-927.

- Maza IC et al (1997) *Sustainability of a Community-Based Mother-to-Mother Support Project in the Peri-Urban Areas of Guatemala City. A La Leche League Study*. Published for La Leche League International and the U.S. Agency for International Development by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) Project. Arlington, Va.
- Meara H (1976) La Leche League in the United States: A key to successful breast-feeding in a non-supportive culture. *Journal of nurse-midwifery*, 21(1):20-26.
- Meier P (1988) Bottle- and breast-feeding: effects on transcutaneous oxygen pressure and temperature in preterm infants. *Nursing research*, 37(1):36-41
- Meier P (1994) Breast feeding the premature baby: a research review. *News brief*, 9(1):2-5.
- Milnes AR (1996) Description and epidemiology of nursing caries. *Journal of public health dentistry*, 56(1):38-50.
- Mohrbacher N, Stock J. *The breastfeeding answer book*, Franklin, Illinois, La Leche League International, 1991.
- Mongeon M et al (1995) Essai contrôlé d'un soutien téléphonique régulier donné par une bénévole sur le déroulement et l'issue de l'allaitement. *Canadian journal of public health*, 86(2):124-127.
- Morrow AL et al The effectiveness of home-based counseling to promote exclusive breastfeeding among Mexican mothers. In: *Exclusive breastfeeding promotion: a summary of findings from EPB's applied research program (1992-1996)*. Wellstart International's Expanded Promotion of Breastfeeding (EPB) Program (unpublished document).
- Morse JM, Jehle C, Gamble D (1992) Initiating breastfeeding: a world survey of the timing of postpartum breastfeeding. *Breastfeeding review*, May:210-216.
- Musoke RN (1990) Breastfeeding promotion: feeding the low birth weight infant. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (Suppl. 1):57-59.
- Neifert M et al (1988) Factors influencing breast-feeding among adolescents. *Journal of adolescent health care*, 9:470-473.
- Neifert M, Lawrence R, Seacat J (1995) Nipple confusion: toward a formal definition. *Journal of pediatrics*, 126:S125-129.
- Neyzi O et al (1991a) An educational intervention on promotion of breast-feeding. *Pediatric and perinatal epidemiology*, 5:286-298.
- Neyzi O et al (1991b) An educational intervention on promotion of breast-feeding complemented by continuing support. *Pediatric and perinatal epidemiology*, 5:299-303.
- Nicoll A, Ginsburg R, Tripp JH (1982) Supplementary feeding and jaundice in newborns. *Acta paediatrica Scandinavica*, 71:759-761.
- Niemelä M, Uhari M, Möttönen M (1995) A pacifier increases the risk of recurrent acute otitis media in children in day care centers. *Pediatrics*, 96(5):884-888.
- Nissen E et al (1995) Effects of maternal pethidine on infants' developing breast feeding behaviour. *Acta paediatrica*, 84:140-145.
- Nissen E et al (1996) Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by Caesarean section or by the vaginal route. *Early human development*, 45:103-118.
- Nissen E et al (1997) Effects of routinely given pethidine during labour on infants' developing breastfeeding behaviour. Effects of dose-delivery time interval and various concentrations of pethidine/norpethidine in cord plasma. *Acta paediatrica*, 86:201-208.
- Norr KF, Roberts JE, Freese U (1989) Early post-partum rooming-in and maternal attachment behaviors in a group of medically indigent primiparas. *Journal of nurse-midwifery*, 34(2):85-91.
- Nowak AJ, Smith WL, Erenberg A (1994) Imaging evaluation of artificial nipples during bottle feeding. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 148:40-42.

- Nylander G et al (1991) Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. Positive long-term effects. *Acta obstetrica gynecologica Scandinavica*, 70:205-209.
- Nyqvist KH, Ewald U (1997) Successful breast feeding in spite of early mother-baby separation for neonatal care. *Midwifery*, 13:24-31.
- O'Connor S et al (1980) Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*, 66(2):176-182.
- Perez-Escamilla R et al (1992) Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early human development*, 31:25-40.
- Perez-Escamilla R et al (1993) Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Social science and medicine*, 37(8):1069-1078.
- Perez-Escamilla R et al (1994) Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *American journal of public health*, 84(1):89-97.
- Perez-Escamilla R, Maulén-Radovan I, Dewey KG (1996) The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. *American journal of public health*, 86(6):832-836.
- Perez-Escamilla R et al (1996) Prelacteal feeds are negatively associated with breast-feeding outcomes in Honduras. *Journal of nutrition*, 126:2765-2773.
- Pichaipat V et al (1992) An intervention model for breast feeding in Maharat Nakhon Ratchasima hospital. *Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*, 23(3):439-443.
- Popkin BM et al (1983) Breast-feeding determinants in low-income countries. *Medical anthropology*, 7(1):1-31.
- Popkin BM, Yamamoto ME, Griffin CC (1985) Breast-feeding in the Philippines: the role of the health sector. *Journal of biosocial science*, Supplement 9:99-125.
- Popkin BM et al (1991) An evaluation of a national breast-feeding promotion programme in Honduras. *Journal of biosocial science*, 23:5-21.
- Powers NG, Naylor AJ, Wester RA (1994) Hospital policies: Crucial to breastfeeding success. *Seminars in perinatology*, 18(6):517-524.
- Procianoy RS et al (1983) The influence of rooming-in on breastfeeding. *Journal of tropical pediatrics*, 29:112-114.
- Promoting breast-feeding in health facilities. A short course for administrators and policy-makers.* Geneva, World Health Organization and Wellstart International, 1996 (unpublished document WHO/NUT/96.3).
- Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services.* A joint WHO/UNICEF statement. Geneva, World Health Organization, 1989.
- Pugin E et al (1996) Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? *Journal of human lactation*, 12(1):15-19.
- Rajan L (1993) The contribution of professional support, information and consistent correct advice to successful breast feeding. *Midwifery*, 9:197-209.
- Rajan L (1994) The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breast feeding. *Midwifery*, 10:87-103.
- Rea MF, Venancio SI (1998) Manejo clínico e aconselhamento em amamentação: avaliação de um treinamento. *Jornal de pediatria*. (submitted).
- Reiff MI, Essock-Vitale SM (1985) Hospital influences on early infant-feeding practices. *Pediatrics*, 76:872-879.
- Relucio-Clavano N (1981) The results of a change in hospital practices. A paediatrician's campaign for breastfeeding in the Philippines. *Assignment children*, 55/56:139-165.

- Righard L, Alade MO (1990) Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 336(8723):1105-1107.
- Righard L, Alade MO (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 19:185-189.
- Righard L, Alade MO (1997) Breastfeeding and the use of pacifiers. *Birth*, 24:116-120.
- Riordan J. *A practical guide to breastfeeding*, Boston, Jones & Bartlett, 1991.
- Rosenblatt JS (1994) Psychobiology of maternal behaviour: contribution to clinical understanding of maternal behaviour among humans. *Acta paediatrica supplement*, 397:3-8.
- Rush J, Chalmers I, Enkin M. Care of the new mother and baby. In: Chalmers I, Enkin MW, Kierse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, 1989:1333-1346.
- Saadeh R, Akre J (1996) Ten steps to successful breastfeeding: A summary of the rationale and scientific evidence. *Birth*, 23:154-160.
- Salariya EM, Easton PM, Cater JI (1978) Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet*, II(8100):1141-1143.
- Saner G et al (1985) Promotion of breastfeeding in the postpartum mother. *Turkish journal of pediatrics*, 27(2):63-68.
- Sanghvi TG. Improving the cost-effectiveness of breastfeeding promotion in maternity services. Summary of the USAID/LAC HNS study in Latin America (1992-1995). (Unpublished document; available on request from WELLSTART, 3333 K Street NW, Washington, DC 20007 USA. Telephone (202) 298-7979.)
- Saunders S, Carroll J (1988) Post-partum breastfeeding support: Impact on duration. *Journal of the American Dietetic Association*, 88(2):213-215.
- Schubiger G, Schwarz U, Tönz O (1997) UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? *European journal of pediatrics*, 156:874-877.
- Simopoulos AP, Grave GD (1984) Factors associated with the choice and duration of infant-feeding practice. *Pediatrics*, 74(4) Supplement:603-614.
- Sio JO et al (1987) Oral candida: is dummy carriage the culprit? *Archives of disease in childhood*, 62:406-420.
- Slaven S, Harvey D (1981) Unlimited suckling time improves breast feeding. *Lancet*, I(8216):392-393.
- Sloper K, McKean L, Baum JD (1975) Factors influencing breast feeding. *Archives of disease in childhood*, 50:165-170.
- Snell BJ et al (1992) The association of formula samples given at hospital discharge with the early duration of breastfeeding. *Journal of human lactation*, 8(2):67-72.
- Sosa R et al. The effect of early mother-infant contact on breast feeding, infection and growth. In: *Ciba Foundation Symposium No. 45 (new series): Breastfeeding and the mother*. Amsterdam, the Netherlands, Elsevier Publishing Co., 1976:179-193.
- Stokamer CL (1990) Breastfeeding promotion efforts: why some do not work. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31(Suppl 1):61-65.
- Strachan-Lindenberg C, Cabrera-Artola R, Jimenez V (1990) The effect of early post-partum mother-infant contact and breastfeeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. *International journal of nursing studies*, 27(3):179-186.
- Suradi R (1988) Rooming-in for babies born by caesarean section in Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital Jakarta. *Paediatrica Indonesiana*, 28:124-132.
- Taylor A (1998) Monitoring the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes: an epidemiological study in four countries. *British medical journal*, 316:1117-1122.

- Taylor PM et al (1985) II. Extra early mother-infant contact and duration of breast-feeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, Suppl 316:15-22.
- Taylor PM, Maloni JA, Brown DR (1986) Early suckling and prolonged breastfeeding. *American journal of diseases of children*, 140:151-154.
- The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative*. In: Baby Friendly Hospital Initiative. Part II. Hospital level implementation. WHO/UNICEF, 1992.
- Thomson ME, Hartsock TG, Larson C (1979) The importance of immediate postnatal contact: its effect on breastfeeding. *Canadian family physician*, 25:1374-1378.
- Tully SB, Bar-Haim Y, Bradley RL (1995) Abnormal tympanography after supine bottle feeding. *Journal of pediatrics*, 126:S105-S111.
- Valdes V et al (1993) The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *Journal of tropical pediatrics*, 39:142-151.
- Valdes V et al (1995) The effects on professional practices of a three-day course on breastfeeding. *Journal of human lactation*, 11(3):185-190.
- Verronen P et al (1980) Promotion of breast feeding: effect on neonates of change of feeding routine at a maternity unit. *Acta paediatrica Scandinavica*, 69:279-282.
- Victora CG et al (1987) Evidence for the protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*, II(8554):319-322.
- Victora CG et al (1990) Caesarean section and duration of breast feeding among Brazilians. *Archives of disease in childhood*, 65:632-634.
- Victora CG et al (1993) Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet*, 341(8842):404-406.
- Victora CG et al (1997) Pacifier-use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 99(3):445-453.
- Waldenström U, Swenson A (1991) Rooming-in at night in the portpartum ward. *Midwifery*, 7:82-89.
- Waldenström U, Nilsson C-A (1994) No effect of birth centre care on either duration or experience of breast feeding, but more complications: findings from a randomised controlled trial. *Midwifery*, 10:8-17.
- Westin JB (1990) Ingestion of carcinogenic N-nitrosamines by infants and children. *Archives of environmental health*, 45(6):359-363.
- Westphal MF et al (1995) Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bulletin of the World Health Organization*, 73(4):461-468.
- Widström A-M et al (1987) Gastric suction in healthy newborn infants. *Acta paediatrica Scandinavica*, 76:566-572.
- Widström A-M et al (1990) Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early human development*, 21:153-163.
- Widström A-M, Thingström-Paulsson J (1993) The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle. *Acta paediatrica*, 82:281-283.
- Wilde CJ, Prentice A, Peaker M (1995) Breast-feeding: matching supply with demand in human lactation. *Proceedings of the Nutrition Society*, 54:401-406.
- Wiles L (1984) The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, July / Aug:253-257.
- Williams AF (1997) Hypoglycaemia of the newborn: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 75(3):261-290.

- Williamson IG, Dunleavy J, Robinson D (1994) Risk factors in otitis media with effusion. A 1 year case control study in 5-7 year old children. *Family practice*, 11(3):271-274.
- Wilmoth TA, Elder JP (1995) An assessment of research on breastfeeding promotion strategies in developing countries. *Social science and medicine*, 41(4):579-594.
- Winikoff B et al (1986) Dynamics of infant feeding: Mothers, professionals, and the institutional context in a large urban hospital. *Pediatrics*, 77(3):357-365.
- Winikoff B et al (1987) Overcoming obstacles to breast-feeding in a large municipal hospital: Applications of lessons learned. *Pediatrics*, 80(3):423-433.
- Woolridge M (1986a) The 'anatomy' of infant sucking. *Midwifery*, 2(4):164-171.
- Woolridge MW (1986b) Aetiology of sore nipples. *Midwifery*, 2(4):172-176.
- Woolridge MW, Baum JD (1993) Recent advances in breast feeding. *Acta paediatrica Japonica*, 35:1-12.
- Woolridge MW (1996) Problems of establishing lactation. *Food and nutrition bulletin*, 17(4):316-323.
- Wright A, Rice S, Wells S (1996) Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics*, 97(5):669-675.
- Yamauchi Y, Yamanouchi I (1990a) Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 86(2):171-175.
- Yamauchi Y, Yamanouchi I (1990b) The relationship between rooming-in / not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta paediatrica Scandinavica*, 79:1017-1022.

LISTA DE LIMITACIONES METODOLÓGICAS

(Ver página 3)

1. Control inadecuado: no hay datos basales, o las diferencias entre grupos no se tuvieron en cuenta durante el análisis
2. Variables de confusión no controladas
3. Autoselección de los participantes
4. Pérdidas de seguimiento elevadas (más del 10 %) distribuidas irregularmente
5. Validez interna indeterminada: pérdidas no especificadas, métodos mal explicados o comunicación breve no publicada
6. Comparación de uno a uno
7. Largo periodo de recuerdo
8. Definición confusa de los indicadores de lactancia
9. Basado en la intención de amamantar y no en la práctica real

TIPOS DE LACTANCIA

Lactancia materna exclusiva: el lactante recibe solamente leche materna (directamente al pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer). Ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua. Puede recibir también gotas o jarabes de vitaminas o medicinas.

Lactancia materna predominante: el lactante recibe leche materna (directamente al pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer) como principal fuente de alimento. Puede recibir agua, infusiones, zumos de fruta, sales de rehidratación oral, líquidos rituales y gotas o jarabes de vitaminas o medicinas. No recibe leche artificial ni ningún otro alimento.

Lactancia materna completa: incluye la lactancia materna exclusiva y la predominante.

Lactancia materna parcial: el lactante recibe leche artificial u otros alimentos además de la leche materna.

Lactancia materna: incluye la lactancia materna completa y la parcial.