

Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva en el Servicio de Neonatología de un Hospital Pediátrico de Sonora, México.

Paulina Blanco-Cervantes*
Elizabeth Hoyos-Loya*
Gerardo Álvarez-Hernández**
Carlos Arturo Ramírez-Rodríguez***

RESUMEN

Introducción: La leche materna (LM) constituye la nutrición óptima para prematuros y niños enfermos hospitalizados en salas de neonatología, pues se sabe que reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad durante y después de su hospitalización. Estimar la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) puede orientar estrategias que fomenten su práctica.

Objetivo: Determinar la prevalencia de LME en el servicio de neonatología de un hospital pediátrico.

Material y métodos: Estudio transversal en una serie consecutiva de 177 lactantes hospitalizados en el servicio de neonatología de un hospital pediátrico por el periodo de mayo-octubre 2014.

Resultados: Se encontró una prevalencia de LME de 3.4%. La alimentación mixta fue la más prevalente 71.8%, mientras que 24.9% recibió solamente fórmula ($p < 0.01$). La sala de hospitalización de los neonatos influyó significativamente en la prevalencia de LME.

Conclusión: La prevalencia de LME que se documentó en neonatos hospitalizados está por debajo de recomendaciones de la OMS. Estrategias que podrían incrementar la prevalencia de LME es fortalecer la capacitación del personal de salud en contacto con neonatos, así como mejorar el apego a las políticas internacionales que se han recomendado para hospitales amigos del niño y de la madre.

Palabras Clave: Lactancia materna, recién nacido, prevalencia, México.

ABSTRACT

Background: Breastfeeding (BF) is the optimal nutrition for premature and sick infants hospitalized at neonatal care units, because of its association with a reduction of morbidity and mortality rates during and after hospitalization. By estimating prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) can help to delineate strategies to foster its practice.

Objective: To determine prevalence of EBF in a neonatal care unit of a public pediatric hospital.

Methods: We carried out a cross-sectional design on a non-probabilistic sample of 177 hospitalized infants throughout the period of May to October 2014.

Results: The prevalence of EBF was 3.4%. The mixed feeding had the highest (71.8%) prevalence, while 24.9% received

* Lic. en Ciencias Nutricionales, Universidad de Sonora.

** Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Sonora.

*** Jefe del Servicio de Neonatología del HIES.

Correspondencia: Dr. Gerardo Álvarez Hernández. galvarez@guayacan.uson.mx, Blvd. Luis Donaldo Colosio SN, Col. Centro, Hermosillo, Sonora, C.P. 83000, Tel. (662) 112-60-80.

only formula ($p < 0.01$). A significant difference in EBF was observed according to the neonatal unit where the patient was hospitalized.

Conclusion: The prevalence of EBF in this study was below the WHO recommendations. Strategies that may increase the prevalence of EBF is to strengthen the training of health personnel in contact with infants and to improve the adherence to international policies that have been recommended for Baby-Friendly hospital.

Key Words: Breastfeeding, newborn, prevalence, Mexico.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la alimentación ideal para el recién nacido¹⁻². Se conoce como leche materna (LM) al líquido producido por la glándula mamaria durante el embarazo y después del parto. La LM tiene características que la hacen nutricional e inmunológicamente apta para que un niño sea alimentado de forma exclusiva³. Diversas organizaciones internacionales recomiendan la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida⁴⁻⁵.

La LM constituye la nutrición óptima para prematuros y niños enfermos ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)⁶, pues se sabe que alimentarlos con LM reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad durante y después de su hospitalización en la UCIN¹. No obstante esto, la producción de LM puede ser especialmente difícil para las madres de lactantes hospitalizados⁶⁻⁷, entre otras cosas porque suelen presentar problemas debido a la dependencia de extractores a largo plazo, el volumen de leche suele ser afectado, existe dificultad en la transición a la alimentación al seno materno y falta de apoyo de familiares y amigos¹. Más del 50% de las madres en los Estados Unidos dejan de extraer su leche antes del alta de su bebé de la UCIN⁸.

La LME se ha asociado con diversos factores maternos como la edad, la educación, etnicidad, estatus socioeconómico, madres solteras y la situación laboral; así como características infantiles como edad, sexo y manejo hospitalario (p.e. tiempo de permanencia y suplementación de fórmula). Las prácticas tempranas de lactancia materna también se relacionan con la duración y prevalencia de la LME. Hay evidencia que indica que los problemas de lactancia temprana están asociados con las prácticas de lactancia subsiguientes⁹.

La documentación de las prácticas de alimentación infantil es importante, ya que permite conocer el estado de salud de una población, evaluar la eficacia de diversas intervenciones dirigidas a mejorar la salud infantil y materna, o planificar futuras actividades de protección y promoción¹⁰. En este sentido, en México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del año 2012 mostró que la prevalencia de LME en niños sanos menores

de 5 años de edad disminuyó a 14.4% en comparación del año 2006, la cual era del 22.3%¹¹. En tanto en Sonora, un estudio reportó una prevalencia de LME de 82% en niños atendidos en consulta externa de un hospital pediátrico¹². No obstante, a pesar de conocer los beneficios de la LME, para nuestro conocimiento no hay datos actualizados sobre su uso en el recién nacido hospitalizado en el servicio de neonatología de un hospital pediátrico del estado de Sonora, por lo que el objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de LME en el servicio de neonatología de dicho hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal en una serie de lactantes que estuvieran hospitalizados en el servicio de neonatología de un hospital pediátrico, durante el periodo comprendido entre Mayo y Octubre de 2014. Todos los procedimientos del estudio recibieron la aprobación por parte del Comité de Ética del sitio de estudio antes de su ejecución.

El sitio de estudio consta de 62 camas censables y en promedio registra 1884 egresos cada año. Está conformado por la UCIN, Unidad de Terapia Intermedia (UTIN) y la sala de Crecimiento y Desarrollo (CYD). La muestra, fue basada en una distribución de la respuesta de 0.14, un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. El tamaño de la muestra constó de 177 lactantes de las 3 salas de hospitalización del servicio, los cuales fueron alimentados con leche materna humana y/o fórmula. Se tomó en cuenta a todos los lactantes con alimentación indicada, independientemente de la vía de administración, así como a su madre. Para que un sujeto fuera incluido debió contar con un consentimiento informado y signado por las madres de los lactantes seleccionados. Fueron excluidos los lactantes que no recibieron visitas de sus madres durante el periodo de estudio.

Las variables maternas de interés incluidas fueron aspectos sociodemográficos como la edad, número de gestación, estado civil, escolaridad, residencia, ocupación, ingreso semanal familiar. Las variables evaluadas de los lactantes fueron servicio de procedencia, sexo, edad

gestacional, peso al nacer y tipo de alimentación recibida. Para fines prácticos de la investigación se utilizaron los criterios empleados por Parker y colaboradores (2013)⁶ quienes definieron como LME a aquella en la cual los lactantes hubieran recibido todas las tomas de leche materna en un período de 48 horas. Por alimentación mixta se entendió a los lactantes que recibieron leche materna y al menos una toma de fórmula. En tanto por alimentación con fórmula se categorizó a los lactantes que recibieron todas las tomas de fórmula en un período de 48 horas.

Las variables del lactante como sexo, peso al nacer y edad gestacional fueron recolectadas del expediente clínico, mientras que el alimento que recibió el lactante en cada toma fue recolectado mediante un formato usado rutinariamente en el sitio de estudio y que detalló el tipo de alimentación otorgada. El formato fue llenado por enfermeras adiestradas en los procedimientos del estudio pero cegadas a los propósitos del mismo.

El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva. Las diferencias fueron examinadas mediante prueba de χ^2 para las variables categóricas y dado que la muestra no tuvo una distribución normal, se comparó la mediana mediante la prueba de Kruskal-Wallis. Se probaron hipótesis a dos colas y valores de $p < 0.05$ fueron considerados estadísticamente significativos. El paquete estadístico empleado fue el NCSS® 8.0.

RESULTADOS

La muestra de estudio incluyó a 177 sujetos. Se encontró una prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) de 3.4%. La alimentación mixta fue la más prevalente 71.8%, mientras que 24.9% recibió solamente fórmula, tal diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.01$). (Figura 1).

Al interior de las salas de neonatología, se apreció que la prevalencia de LME en la UCIN fue de 7.8%, mientras que en la UTIN fue de 1.9%, no se encontró ningún reporte de LME en la sala de CYD, la diferencia de esta prevalencia fue significativa ($p < 0.001$). Se observó que la alimentación mixta fue la predominante en las tres salas estudiadas, con prevalencias que oscilaron entre 65.6 y 86.5%, (Figura 2).

Por otra parte, se encontró que al comparar el tipo de alimentación otorgada a los lactantes como variable dicotómica (con LME/sin LME) hubo diferencias significativas únicamente en la distribución de la prevalencia de acuerdo a la sala de hospitalización. Así, en las tres salas, fue considerablemente mayor la proporción de RN a los que no se les otorgó LME, algo que fue estadísticamente significativo ($p = 0.043$). No se observaron diferencias significativas en otras variables estudiadas, (Cuadro 1).

Cuando se comparó la edad gestacional y el peso

al nacer del RN, así como la edad y escolaridad maternas de acuerdo al tipo de alimentación otorgado a los RN no se apreciaron diferencias significativas en cada una de las variables analizadas, aunque el peso al nacer de los RN a los que se les brindó LME fue el más bajo (1635.0 ± 572.5 g) (Cuadro 2). Finalmente, cuando se examinaron esas variables de acuerdo a la sala en que los RN fueron hospitalizados, se observó que los RN de la UCIN fueron los de menor edad gestacional 33.0 SDG ($p = 0.011$), en tanto los neonatos de CYD tuvieron el menor peso al nacer (1830.0 ± 1160 g) y sus madres fueron las mujeres más jóvenes (22.0 ± 10.0 años), ambas diferencias fueron significativas, (Cuadro 3).

Figura 1.- Prevalencia del tipo de alimentación, en el Servicio de Neonatología. 2014.

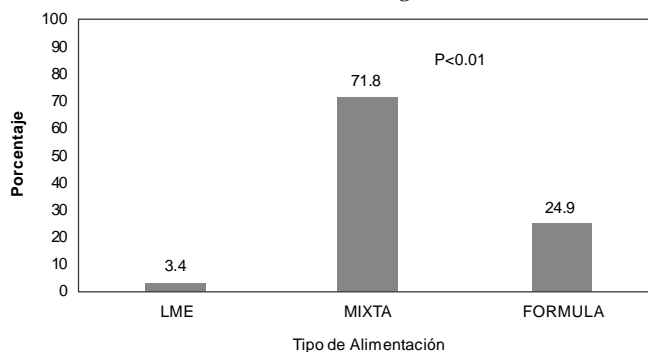
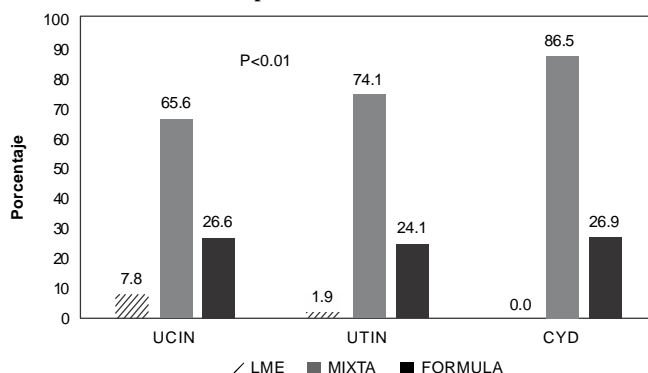


Figura 2.- Prevalencia del tipo de alimentación, según Sala de Hospitalización Neonatal. 2014.



DISCUSIÓN

Este estudio de carácter exploratorio, encontró que la prevalencia 3.4% de LME en neonatos hospitalizados fue menor que la documentada (14.4%) a nivel poblacional en México¹¹, aunque es semejante a reportes previos de otros países, por ejemplo en Croacia, Zakarija observó que sólo 3% de neonatos hospitalizados recibió LME¹⁰. No obstante esto, en otro estudio realizado en la UCIN de un hospital de Estados Unidos, en el cual se tomaron los mismos parámetros que usamos en la

Cuadro 1-. Características seleccionadas de los sujetos de estudio. 2014

Variable	Grupo de Estudio n (%)		Total (n=177)	p ^{1/}
	LME (n = 6)	SIN LME (n=171)		
Sala de hospitalización				
UCIN	5 (2.8)	59 (33.3)	64 (36.1)	0.043*
UTIN	1 (0.6)	53 (30.0)	54 (30.6)	
CYD	0 (0.0)	59 (33.3)	59 (33.3)	
Sexo				
Masculino	2 (1.1)	92 (52.0)	94 (53.1)	0.421
Femenino	4 (2.3)	79 (44.6)	83 (46.9)	
Edad Gestacional en semanas				
< 28 (Prematuro extremo)	0 (0.0)	13 (7.3)	13 (7.3)	0.070
< 32 (Muy prematuro)	0 (0.0)	26 (14.7)	26 (14.7)	
< 37 (Prematuro)	6 (3.4)	77 (43.5)	83 (46.9)	
> 37 (Término)	0 (0.0)	55 (31.1)	55 (31.1)	
Peso al nacer				
< 1000 g: Extremado bajo peso al nacer	0 (0.0)	16 (9.0)	16 (9.0)	0.096
1000 a 1500 g: Muy bajo peso al nacer	1 (0.6)	30 (16.9)	31 (17.5)	
1501 a 2500 g: Bajo peso al nacer	5 (2.8)	61 (34.5)	66 (37.3)	
> 2500 g: Normopeso	0 (0.0)	64 (36.2)	64 (36.2)	
Número de hijo				
Primero	3 (1.7)	83 (46.9)	86 (48.6)	0.943
Segundo o más	3 (1.7)	88 (49.7)	91 (51.4)	
Estado civil de la madre				
Vive en pareja	5 (2.8)	135 (76.2)	140 (79.1)	0.795
Vive sin pareja	1 (0.6)	36 (20.3)	37 (20.9)	
Ocupación de la madre				
Ama de casa	6 (3.4)	157 (88.7)	163 (92.1)	0.465
Tiene un trabajo remunerado	0 (0.0)	14 (7.9)	14 (7.9)	
Municipio de residencia				
Hermosillo	2 (1.1)	66 (37.3)	68 (38.4)	0.794
Otros	4 (2.3)	105 (59.3)	109 (61.6)	
Ingreso familiar semanal ^{2/}				
Menos de 3 salarios mínimos	3 (1.7)	90 (50.8)	93 (52.5)	0.899
3 y más salarios mínimos	3 (1.7)	81 (45.8)	84 (47.5)	

^{1/} Basado en una prueba de X² para diferencia de proporciones^{2/} UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. UTIN: Unidad de Terapia Intermedia Neonatal. CYD: Sala de Crecimiento y Desarrollo. SM= Salario mínimo \$837.48 M.N. y menos* Estadísticamente significativo al 95% de confianza

Cuadro 2-. Características seleccionadas de la población de estudio, según el tipo de alimentación recibido. 2014

Variable	Mediana ± Rango IQ			Total	p ^{1/}
	LME	MIXTA	FORMULA		
Niño					
Edad gestacional (semanas)	33.0±1.7	34.0±6.0	34.4±6.2	34.0±6.1	0.803
Peso al nacer (gramos)	1635.0±572.5	2060.0±1600.0	1935.0±1250.0	2030.0±1420.0	0.619
Madre					
Edad materna (años)	27.5±7.3	23.0±10.0	23.0±11.5	23.0±10.5	0.403
Escolaridad materna (años)	10.0±7.3	9.0±3.0	9.0±2.9	9.0±3.0	0.719

^{1/} Basado en una prueba de Kruskal-Wallis Test (ANOVA)

Cuadro 3.- Características seleccionadas de la población de estudio, según la sala de hospitalización. 2014

Variable	Mediana ± Rango IQ			Total	p ^{1/}
	UCIN	UTIN	CYD		
<i>Niño</i>					
Edad gestacional (semanas)	33.0±6.9	35.5±6.6	34.2±5.5	34.0±6.1	0.011 *
Peso al nacer (gramos)	1935.0±1436	2580.0±1517	1830.0±1160.0	2030.0±1420.0	0.006*
<i>Madre</i>					
Edad en años cumplidos	24.0±10.0	24.5±13.0	22.0±10.0	23.0±10.5	0.030*
Escolaridad en años terminados	10.0±3.0	9.0±3.0	9.0±3.0	9.0±3.0	0.349

^{1/} Basado en una prueba de Kruskal-Wallis Test (ANOVA)UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. UTIN: Unidad de Terapia Intermedia Neonatal. CYD: Sala de Crecimiento y Desarrollo.* Estadísticamente significativo al 95% de confianza.

presente investigación para categorizar el tipo de alimentación recibido por los bebés, la prevalencia de LME fue de 44%⁶.

Lo anterior parece importante porque en México la LME en lactantes menores de 6 meses de edad permaneció estable desde la década de los 70s hasta el año 2006, pero entre ese año y el 2012 se observó un notable deterioro, pues la prevalencia poblacional disminuyó de 22.3 a 14.4%.¹³ Este fenómeno es contrario al que sucede en regiones Europeas como Gran Bretaña donde la prevalencia oscila entre 63 y 83%¹⁴, mientras en Latinoamérica y el Caribe solamente 38% de los niños reciben LME durante 6 meses, con una amplia variabilidad al interior de la región, con prevalencias bajas que oscilan entre 8% en República Dominicana hasta 60% en Bolivia y 68% en Perú¹⁵.

Aunque no podemos concluir al respecto, una posible explicación a la diferencia que se observó en la prevalencia de nuestro estudio y otros reportes, es que diversos factores pueden influir en la frecuencia con la que se otorga la LME; por ejemplo, el nivel de apego a las políticas que promueven la lactancia materna como las de la estrategia mundial denominada “Hospital Amigo del Niño” de la UNICEF, es un factor poderosamente asociado a la frecuencia de la LME¹⁶⁻¹⁷. La estrategia se basa en diez pasos para tener una LM exitosa, los que han mostrado ser adecuados para tener una mayor efectividad en las UCIN de diferentes países como Suecia, Brasil y Estados Unidos¹⁸.

Entre esas adecuaciones destacan la operación de centros de cuidado familiar, la recomendación de extracciones frecuentes de leche, la promoción del método «mamá canguro», proveer un sala apropiada para la recolección de LM, contar con personal entrenado en LM y otorgar pláticas semanales a las madres acerca de LM¹⁸. En este sentido por ejemplo, en una UCIN en los Estados Unidos, 4 años después de la designación del título “Hospital Amigo del Niño”, se observó un aumento en la

prevalencia de LM del 35% al 74%. Adicionalmente, la proporción de bebés que recibían LM a las dos semanas de vida pasó del 28% al 66% y la LME aumentó del 9% al 39%¹⁷. Este es un ejemplo acerca de que la designación de este título y el cumplimiento de sus políticas pueden tener efectos positivos en la prevalencia de LME en UCIN.

Otros factores que pueden explicar las diferencias en la prevalencia de LME en centros hospitalarios, incluyen a las condiciones clínicas con las que el RN ingresa al hospital¹⁹, la duración de la estancia hospitalaria, así como la variabilidad de los métodos de medición y la ausencia de una técnica validada de monitoreo de la LME²⁰. No obstante estas explicaciones, la prevalencia que observamos en este estudio está por debajo de diversas recomendaciones internacionales²¹ y nacionales¹³, por lo que parece conveniente que se fomenten estrategias que la mejoren, y se desarrollen investigaciones que examinen el papel de variables clínicas, socioeconómicas o políticas en la prevalencia de la LME.

Por otra parte, no encontramos relación entre la LME y variables como peso al nacer del RN, edad gestacional, nivel socioeconómico, estado civil de la madre u ocupación materna, lo que es diferente a reportes previos en donde se les encontró asociadas⁹. No obstante, la sala de hospitalización en que fueron atendidos los neonatos influyó de manera significativa en la distribución de la prevalencia de LME. En este sentido, la sala de crecimiento y desarrollo mostró la menor frecuencia, lo que puede estar relacionado con la falta de estímulo materno para la producción láctea, entre otras cosas, debido a larga estancia hospitalaria como ha sido documentado en reportes previos, en los que se ha señalado que más del 50% de las madres en los Estados Unidos dejan de extraer su leche antes del egreso de su hijo de la UCIN⁸, aunque investigación adicional en este sentido es necesaria en el hospital de estudio.

Nuestros hallazgos sugieren que es importante brindar mayor promoción de la LME, desde la etapa del

embarazo, pues una madre que está familiarizada con el tema antes del nacimiento de su hijo es más proclive a otorgar alimentación exclusiva al seno⁹. También parece conveniente que se realicen actividades de educación continua entre el personal de salud del servicio de neonatología, lo que podría contribuir positivamente a incrementar la prevalencia de LME.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de LME que se documentó en neonatos hospitalizados está por debajo de

recomendaciones de la OMS. En detrimento de la LME, la alimentación mixta es la opción más frecuentemente elegida en el sitio de estudio. Estrategias que podrían incrementar la prevalencia de LME es fortalecer la capacitación del personal de salud en contacto con neonatos, así como mejorar el apego a las políticas internacionales que se han recomendado para hospitales amigos del niño y de la madre. En adición, es conveniente que se realicen estudios que busquen identificar los factores asociados tanto a la prevalencia del evento como a la probabilidad individual de que un recién nacido tenga LME.

REFERENCIAS

- 1.- Meier PP, Engstrom JL, Rossman B. Breastfeeding peer counselors as direct lactation care providers in the neonatal intensive care unit. *J Hum Lact* 2013; 29 (3): 313-22.
- 2.- Tamayo LG, Sáenz de Urturi A, Hernández S, Pedrón CG, García N. Fórmulas infantiles especiales. *An Esp Pediatr* 1997; 47: 455-65.
- 3.- García LR. Composición e inmunología de la leche. *Act Pediatr Mex* 2011; 32(4): 223-30.
- 4.- Organización mundial de la salud. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños. Publicado; 2011 [accesado: 5 abril 2014] Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/
- 5.- Newton KN, Chaudhuri J, Grossman X, Merewood A. Factors associated with exclusive breastfeeding among Latina women giving birth at an inner-city baby-friendly hospital. *J Hum Lact*. 2009; 25(1): 28-33.
- 6.- Parker M, Burnham L, Sanchez E, Philipp BL, Cook J, Merewood A. 10 Years after baby-friendly designation: Breastfeeding rates continue to increase in a US neonatal intensive care unit. *J Hum Lact*. 2013; 29(3): 354-58.
- 7.- Rossman B, Engstrom J, Meier P, Vonderheid S, Norr K, Hill P. "They've walked in my shoes": mothers of very low birth weight infants and their experiences with breastfeeding peer counselors in the neonatal intensive care unit. *J Hum Lact* 2011; 27(1): 14-24.
- 8.- Hurst N, Engebretson J, Mahoney J. Providing mother's own milk in the context of the NICU: A paradoxical experience. *J Hum Lact* 2013; 29 (3): 366-73.
- 9.- Matias S, Nommsen R, Dewey K. Determinants of Exclusive Breastfeeding in a Cohort of Primiparous Periurban Peruvian Mothers. *J Hum Lact* 2012; 28 (1): 45-54.
- 10.- Zakarija G. Exclusive Breastfeeding in the Hospital: How Accurate Are the Data? *J Hum Lact* 2012; 28 (2): 139-44.
- 11.- Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
- 12.- Figueroa-Díaz R, Hurtado-Valenzuela JG. Prevalencia de lactancia materna en el HIES. Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Tesis de especialidad de Pediatría Médica 1997. UNAM. México.
- 13.- González-de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell L, Rivera-Dommarco J. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Pública Mex*. 2013; 55(2): S170-S179.
- 14.- McAndrew F, Thompson J, Fellow L, Large A, Speed M, Rendrew M. Infant Feeding Survey 2010. The Health and Social Care Information Center. 2012.
- 15.- Organización Panamericana de la Salud. Semana mundial de la lactancia materna 2013, Apoyo a las madres que amamantan: cercano, continuo y oportuno. Publicado; 2013. [accesado: 13 enero 2015] Disponible en: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=294&Itemid=263
- 16.- World Health Organization, United Nations Children's Fund. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care. Publicado; 2009. [accesado: 13 enero 2015] Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/
- 17.- Nyqvist K, Haggkvist A, Hansen M, Kylberg E, Frandsen A, Maastrup R et al. Expansion of the baby-friendly hospital

initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. J Hum Lact 2013; 29 (3): 300-9.

18.- Maastrup R, Norby S, Kronborg H, Hallström I. Breastfeeding Support in Neonatal Intensive Care: A National Survey. J Hum Lact 2012; 28 (3): 370-9.

19.- Hajeerhoy N, Nguyen P, Mannava P, Nguyen T, Mai L. Suboptimal breastfeeding practices are associated with infant illness in Vietnam. Int Breastfeeding J 2014; 9: 12. Disponible en: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/9/1/12>

20.- Flaherman V, Chien A, McChulloch C, Dudley R. Breastfeeding Rates Differ Significantly by Method Used: A Cause for Concern for Public Health Measurement. Breastfeeding Med 2011; 6(1): 31-5.

21.- Haroon S, Das J, Salam R, Imdad A, Bhutta Z. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. BMC Public Health 2013; 13(3): S20. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/S3/S20>