

Investigación en nutrición

Prácticas de lactancia materna en los primeros seis meses en un hospital con 15 años de práctica del programa Hospital Amigo

María Irene Santos-Torres,*‡ Edgar Manuel Vásquez-Garibay,‡ Rogelio Troyo-Sanromán,‡
Emma Méndez-de León‡

* Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud.

‡ Instituto de Nutrición Humana, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México.

Resumen

Introducción: La OMS recomienda la LM exclusiva los primeros 6 meses. Los hospitales Amigos del Niño y de la Madre promueven estas recomendaciones.

Objetivo: Describir las prácticas de lactancia materna en los primeros seis meses en dyadas madre/hijo.

Población y métodos: Durante el puerperio se reclutaron al azar 125 madres con RN sanos y se evaluaron a los 60, 120 y 180 días para investigar las prácticas de alimentación infantil.

Resultados: Se otorgaron 378 consultas de seguimiento a la población total ($\bar{X} = 3.01 \pm 0.77$). Se cuenta con información completa sobre prácticas de alimentación en 100% de los casos a los 2 meses, 98% a los 4 meses y 95.2% a los 6 meses; 54, 50 y 49% de los lactantes recibieron leche humana como única fuente de leche a los 60, 120 y 180 días. Además, 35, 29 y 23% recibieron LM parcial en los mismos períodos. La LM exclusiva estuvo presente en sólo 45, 32 y 12% a los 2, 4 y 6 meses, respectivamente. Se introdujeron alimentos complementarios a 0.8, 43 y 76% a los 60, 120 y 180 días. 10, 20 y 28% de los lactantes fueron destetados a los 2, 4 y 6 meses, respectivamente.

Conclusiones: Las prácticas de lactancia han mejorado en los últimos 15 años, aunque la LM exclusiva es todavía infrecuente. La introducción temprana de alimentos complementarios continúa, a pesar de las actuales recomendaciones. La LM exclusiva durante los primeros seis meses debe ser enfatizada en los distintos niveles de atención de los sistemas de salud.

Palabras clave: Lactancia materna, Programa Hospital Amigo, alimentación infantil, alimentos complementarios.

Abstract

Introduction: WHO recommends exclusive breastfeeding during the first 6 months. Baby Friendly Hospitals also promote these recommendations.

Objective: To describe breastfeeding practices during the first six months in dyads mother/infant attended in a 15 year-Baby Friendly Hospital.

Population and methods: 125 healthy mothers with a single term infant exposed to Baby Friendly Hospital Program during puerperium were randomly recruited and evaluated at 60, 120 and 180 days looking for infant feeding practices.

Results: 378 follow-up visits were given to the whole population ($\bar{X} = 3.01 \pm 0.77$). Information about infant feeding practices is available for 100% at 2 months, 98% at 4 months and 95.2% at 6 months.

54, 50 and 49% of infants received breastfeeding as the only source of milk at 60, 120 and 180 days. An additional 35, 29 and 23% were partially breastfed at same time-points. Exclusive BF was offered to only 45, 32 and 12%. Complementary solid foods were offered to 0.8, 43 and 76% at 60, 120 and 180 days. 10, 20 and 28% of infants were weaned at 2, 4 and 6 months respectively.

Conclusions: Breastfeeding practices have improved during the past 15 years but exclusive breastfeeding is still uncommon. Early complementary feeding continues in opposition to actual recommendations. Exclusive BF during six months need to be emphasized in BF promotion programs all over health systems.

Key words: Maternal milk, Baby Friendly Hospitals, infant feeding, complementary solid foods.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna había sido la forma natural y tradicional de alimentación del lactante humano desde la aparición de la especie. Sin embargo, durante el siglo XX los avances científicos y tecnológicos crearon otras opciones de alimentación infantil, mientras que sucedían profundos cambios

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/pediatriademexico>

en el estilo de vida occidental: alta migración a las zonas urbanas, separación de las familias, aspiraciones sociales de las mujeres, nacimiento en hospitales y gran confianza en la ciencia moderna, publicidad comercial de fórmulas infantiles a madres y a médicos, así como la utilización masiva de anticonceptivos orales (Apple, 1986; Coates, 2005; Walker, 2001). A diferencia de los tiempos anteriores, cuando la vista de una mujer amamantando era familiar, la sociedad ha cambiado de muchas maneras que desalientan

la lactancia: un creciente número de mujeres trabaja fuera del hogar, el consumismo es la regla, los sistemas de salud están típicamente enfocados al tratamiento de enfermedades, más que a promover conductas saludables, y muchas mujeres carecen de modelos, de experiencia y de apoyo social para lograr una lactancia exitosa (Rea, 2004).

El resultado neto fue una declinación en la prevalencia de la lactancia en Occidente a partir de 1940; las cifras más bajas se observaron en la década de los 70 en países desarrollados y diez años después en países en desarrollo, con resultados desastrosos en la morbilidad y mortalidad infantiles (Cunningham, 1991).

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de la vida y continuarla hasta los dos años, con la introducción de alimentos adecuados a partir de los seis meses (WHO, 2002). Existe amplia evidencia epidemiológica que indica que la lactancia materna tiene múltiples ventajas para el niño y para la madre: al lactante lo protege de infecciones diarreicas y respiratorias, con un efecto directamente proporcional a su duración y exclusividad y se estima que más de un millón de muertes al año pueden ser prevenidas por la protección efectiva de la lactancia materna (Betrán, 2001; Macías-Carrillo, 2005; WHO, 2001).

La alimentación con leche humana le asegura al lactante crecimiento linear y neurodesarrollo óptimos (Villalpando, 2000) y puede tener efectos protectores a largo plazo vs enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial (Martín, 2004), sobrepeso y obesidad (Grummer-Strawn, 2004), atopia y asma (Oddy, 1999), así como algunos tipos de cáncer (Davis, 1998). Las madres que lactan exclusivamente por seis meses presentan amenorrea más prolongada, pérdida de peso postparto en forma más temprana (Kramer, 2004) y menor riesgo de anemia (WHO, 1999), de cáncer de mama y de ovario (Tryggvadóttir, 2000).

Aunque la prevalencia de lactancia materna ha aumentado en los últimos años debido a la estrategia conjunta OMS/UNICEF «Hospital Amigo del Niño» (Vittoz, 2004; Philipp, 2004), la práctica de lactancia materna completa (LMC) y LME durante seis meses es más bien rara. En un análisis reciente de la OMS en países en desarrollo se encontró que la adhesión a las recomendaciones son muy bajas, con apenas 39% de los niños de 6 meses o menores con LME (Lauer, 2004). En México se han reconocido varios problemas relativos a la lactancia como el abandono y destete precoz, así como un gran número de mujeres que ofrecen al lactante diversos líquidos diferentes de la leche mientras amamantan (Ysunza, 1986; Santos-Torres, 1990; González-Cossío, 2003); en nuestro país de 23 a 25% de los lactantes menores de seis meses son alimentados con LME (Betrán, 2001).

La lactancia materna es un comportamiento complejo que se ve influenciado en su inicio y duración por múltiples factores inherentes a la madre y al padre, características

del recién nacido, factores relacionados con la atención del embarazo y del parto, experiencias previas de amamantamiento, otras prácticas de alimentación del lactante y factores sociales o comunitarios.

El hospital sede del estudio atiende alrededor de 5,000 partos al año, practica el alojamiento conjunto desde su fundación hace 26 años y se designó Hospital Amigo del Niño y Subsede del Centro Nacional de Lactancia Materna (CENLAM) en 1993.

Sus objetivos primordiales son: a) Proteger, promover y apoyar la LM y b) Capacitar a profesionales de salud en contacto con mujeres en edad fértil en la promoción y apoyo a la LM, para disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil en nuestra población. Sus actividades son asistenciales, de docencia y de investigación.

La clínica de lactancia da seguimiento y asesoría a pares madre/hijo hasta los 18 meses posteriores a su egreso, con un promedio de diez consultas al día.

OBJETIVO

Describir las prácticas de alimentación infantil en los primeros seis meses de vida en una muestra de recién nacidos atendidos en un Hospital Amigo del Niño y de la Madre.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Durante el puerperio se incluyeron al azar 125 mujeres sanas con un RN de término, eutrófico y sano. Se completó una encuesta inicial que comprende factores sociodemográficos, antecedentes gineco-obstétricos y de lactancia, características del embarazo y del parto, planes de alimentación para el recién nacido y mediciones antropométricas de ambos. Se citaron a consulta externa para su seguimiento a los 60, 120 y 180 días postparto en donde se completaron encuestas relativas a las prácticas de alimentación del lactante, mediciones somatométricas secuenciales de ambos y presencia de enfermedades infecciosas agudas en el lactante. Se utilizaron las siguientes definiciones para categorizar las prácticas de lactancia materna.

La LM completa es cuando el lactante no recibe leche de ninguna otra fuente además de la madre y puede ser exclusiva y casi exclusiva. La LM exclusiva se refiere a la alimentación con leche humana sin ofrecer ningún otro líquido o sólido (aún agua), con excepción de gotas de vitaminas, minerales o medicamentos. La LM casi exclusiva es en la que además de la leche humana se ofrecen otras bebidas como agua endulzada, té o jugos.

La LM parcial es cuando además del pecho se ofrece fórmula y de acuerdo a la cantidad de leche humana se clasifica en tres niveles: alta (> 80%), media (20 a 80%) y baja (< 20%). Destete: la alimentación al pecho materno no se ha realizado por una semana o más y sin intención de volver a amamantar (Labbok, 1997; AAP, 2006).

RESULTADOS

La edad media de la madre fue de 24.14 y DE de 6.53 años (límites 14 a 40), con 29% menores de 20 años, residentes de la ZMG, en unión libre 48.8% y católicas 95%. Se dedican al hogar 84.6%, 9% tienen un empleo fuera del hogar y 3% son estudiantes. El 45% terminaron la secundaria y 13% el bachillerato, con algún grado de tabaquismo 10%, alcoholismo 1% y drogadicción 0%. El 49% conforman familias nucleares, 41% ampliadas y 10% compuestas. El ingreso familiar mensual fue de 5,464 y DE de 3,293 pesos y el gasto en alimentación per cápita como porcentaje del salario mínimo fue de 28.7%. De las familias, 24% cuenta con casa propia, 26% rentada y 50% prestada, todas con los servicios básicos.

El número de partos fue de 1.54 ± 1.61 y de hijos vivos 2.98 ± 1.32 . 87% de las madres que habían tenido un hijo previo reportaron haberlo amamantado, aunque en 23% la duración fue menor a 4 meses. El 97% asistió a consulta prenatal con una media de 6.3 consultas y en 67% en Centros de Salud. Solamente el 41% recibió algún tipo de educación sobre LM durante el control prenatal y a sólo 25% se les exploró el pecho. El 68% fueron partos y 32% cesáreas. En 81% el tiempo de separación entre la madre y el hijo en el postparto fue < 30 minutos y en 81% se ofreció el pecho por vez primera dentro de la primera media hora después del parto. En 19.2% se ofrecieron al RN otros líquidos diferentes de la LH en el hospital y solamente en 29% había una indicación médica escrita. El 98% de las madres reportó la solución de sus dudas sobre LM por el médico y la enfermera.

La edad gestacional media de los RN fue de 39.15 ± 1.13 semanas, y el peso al nacer de $3,250 \pm 422$ g. En el sexo femenino $3,198 \pm 423$ g y en el masculino $3,300 \pm 418$ g; la longitud en productos femeninos fue de 47.9 ± 1.6 cm y en masculinos de 48.5 ± 1.6 cm. El peso de las madres en el puerperio inmediato fue de 67.212 ± 6.42 kg y la talla de 156.9 ± 12.8 cm.

El número de consultas para cada par madre/hijo fue variable entre 1 y 4 con $\bar{X} = 2.11$ y DE de 0.96. En 362 ocasiones (95.8%) las consultas de seguimiento se realizaron como estaba planeado dentro de los primeros 6 meses y 16 (4.2%) se otorgaron después: 10 (2.6%) a los 7 meses y 6 (1.6%) a los 8 meses.

Se cuenta con datos de prácticas de alimentación infantil de la totalidad de las madres a los 2 meses (125, 100%), 122 a los 4 meses (97.6%) y 119 (95.2%) a los 6 meses. Prácticamente la mitad de las madres ofrecieron el pecho materno como única fuente de leche a sus hijos durante este periodo de la vida: 54, 50 y 48% a los 2, 4 y 6 meses, respectivamente. Además, 35, 29 y 23% recibieron LM parcial en los mismos puntos en el tiempo. La LM exclusiva estuvo presente sólo en 45, 32 y 12% a los 2, 4 y 6 meses respectivamente. El número de tetadas por día fue de 8 en

promedio para los tres periodos de estudio. El 59, 49 y 55% de las madres ofrecieron otro líquido diferente de la leche humana a los 60, 120 y 180 días; fue la madre quien tomó esta decisión en la mitad de los casos (48, 44 y 49% a los 2, 4 y 6 meses), seguida del médico del Centro de Salud (17, 17 y 14%) y el médico particular (19, 26 y 28% a los 2, 4 y 6 meses), mientras que las abuelas los recomendaron en una menor proporción: 14, 9 y 9% a los 2, 4 y 6 meses, respectivamente. Los lactantes destetados fueron 10, 20 y 28% a los 60, 120 y 180 días. El uso de chupón se observó en 15, 18 y 15% a los 2, 4 y 6 meses, respectivamente.

Se introdujeron alimentos sólidos complementarios a 0.8, 43 y 76% de los lactantes a los 60, 120 y 180 días ($\bar{X} = 125 \pm 32$ días), por decisión propia de la madre (44 y 49% a los 4 y 6 meses), por consejo de las abuelas (33 y 24% a los 4 y 6 meses) o del médico (17 y 19% a los 4 y 6 meses). Se ofrecieron alimentos industrializados a 0.9, 32 y 62% de los lactantes a los 2, 4 y 6 meses, respectivamente.

DISCUSIÓN

Se conocen los datos de las prácticas de lactancia materna y de alimentación infantil de una proporción mucho mayor a 80% en todos los puntos en el tiempo: 100% a los 2 meses, 97.6% a los 4 meses y 95.2% a los 6 meses, cifras que son apropiadas.

Se trata de madres jóvenes, dedicadas al hogar, con escolaridad aceptable ($65\% \geq$ secundaria completa), nacidas en la zona metropolitana de Guadalajara y residentes en ella, católicas y prácticamente libres de adicciones. Este tipo de población materna posiblemente represente a las madres no empleadas de estrato socioeconómico medio-bajo residentes en áreas urbanas del Estado de Jalisco y del país, cuyos hijos nacen en un Hospital Amigo del Niño. La gran mayoría se dedica al hogar, condición muy ventajosa para la práctica de la lactancia materna al prevenir la separación cotidiana entre la madre y el lactante.

Aunque la mayoría de las madres acuden a consulta prenatal un buen número de veces durante el embarazo (≥ 5 ocasiones), el sistema de salud en general y la Secretaría de Salud en particular, que atiende al 80% de ellas en el control prenatal, presentan un déficit importante en la educación respecto a la lactancia materna en este periodo, con cobertura de apenas 40%. En cuanto a la exploración física del pecho la cobertura es aún menor, de sólo 25%.

Respecto a la cobertura del programa en el hospital, se observa que el tiempo de separación madre-hijo durante el postparto inmediato es adecuado para casi la totalidad de las díadas, así como la edad del recién nacido en que se le ofrece el pecho por vez primera. A 19% de los recién nacidos les fue ofrecido otro líquido diferente de la leche humana en el hospital. En la cuarta parte por anomalías del pezón y en casi la mitad de ellos por razones inaceptables

tratándose de recién nacidos normales («la madre no tenía leche», «el niño llora»), el flujo de leche se espera hasta las 46-60 horas postparto (Neville, 2001).

La acción más difícil de cumplir del programa Hospital Amigo se refiere a la consejería en lactancia materna y la existencia de grupos de apoyo disponibles para las madres a su egreso del hospital. En este renglón, el hospital cuenta con una voluntaria, líder de La Liga de la Leche, que brinda consejería y apoyo a las madres puérperas durante la mañana un día por semana y les ofrece el grupo de apoyo más cercano al hospital y con reuniones mensuales, así como los teléfonos de varias líderes para consultas por esa vía (Chapman, 2004; Anderson, 2005).

El cumplimiento cabal de todas las acciones del Programa Hospital Amigo del Niño es crucial; la capacitación al personal produjo mejoras susceptibles de medición (Cattaneo, 2001).

Se requieren todavía numerosas acciones para asegurarles a las madres el acceso a información objetiva y completa acerca de la lactancia de parte de un equipo de salud bien preparado, capacitado y coordinado; que el PHAN se lleve a cabo en forma completa, que sea implantado en la mayoría de hospitales que resuelven embarazos, que la información ofrecida a las madres esté libre de influencias comerciales, que la disponibilidad de consejería experta antes y después del parto sea universal, y que los ambientes laboral y social sean solidarios con las necesidades específicas maternas para aspirar a aumentar la práctica de la lactancia materna en forma significativa, y por ende sus beneficios para la salud materno-infantil en la población general.

Con respecto a las prácticas de lactancia materna y de alimentación infantil en los primeros seis meses, al nacimiento se ofreció lactancia materna al 100% de los recién nacidos en el presente estudio, y durante el seguimiento se encontraron varios aspectos que deben ser enfatizados. Primeramente, los patrones de lactancia materna encontrados difieren en forma significativa de los reportados previamente, al observarse que casi la mitad de las madres ofrecieron el pecho materno como única fuente de leche (lactancia materna completa) durante todo el primer semestre de la vida.

Estas cifras son totalmente distintas de las estadísticas locales y nacionales reportadas anteriormente. Por ejemplo, al final de la década de los 80, en madres de áreas marginadas de la ZMG se encontraron cifras muy bajas de lactancia, de apenas 57% al nacer y con un descenso muy importante a 40% a los 3 meses y a 20% a los 6 meses (Santos-Torres, 1990), y en una muestra muy similar a la del presente estudio al final de la década de los 90, en alrededor de 500 madres expuestas al mismo programa de apoyo a la lactancia se encontró en su primera cita antes de los 45 días postparto que 72% ofrecía LMC (31% LM exclusiva y 41% LM casi exclusiva por la introducción temprana de agua y té en la alimentación del lactante) y

17% LMP (Santos-Torres, 2003), y que a los 2, 4 y 6 meses la práctica de la lactancia había descendido a 67, 54 y 38% (datos de archivo), mientras que en estadísticas nacionales de la ENN 1999 se encontró que la LM declina rápidamente con la edad y el mayor descenso se da precisamente en los primeros seis meses, y en las que la categoría de lactancia materna completa solamente estuvo presente en 62% al nacer, 40% a los dos meses, 23% a los 4 meses y 12% a los seis meses (González-Cossío, 2003).

Sin embargo, aunque la LMC permanece constante en 50% de la muestra durante seis meses, con la introducción temprana de otros líquidos y de alimentos complementarios en la dieta del lactante, la práctica de la LM exclusiva desciende a 45% a los 2 meses, 32% a los cuatro meses y a sólo 12% a los seis meses.

En el presente estudio se observó también que una proporción muy alta de lactantes continúan recibiendo alguna cantidad de leche humana (LM completa más LM parcial) durante este periodo: 89% a los 2 meses, 81% a los 4 meses y 72% a los seis meses, cifras mucho mejores que los datos nacionales de la ENN 1999 de 87% al nacimiento, 75% a los 2 meses, 68% a los 4 meses y 55% a los seis meses. La proporción de lactantes destetados en el primer semestre de la vida de 10 a 28% de los 2 a los 6 meses en este estudio sugiere que la práctica de la lactancia en nuestro medio es más común que lo observado previamente.

Debe notarse que la muestra estudiada, además de ser expuesta al programa HAN durante el parto y puerperio inmediato, tiene las ventajas adicionales de que las madres permanecen con su hijo durante los primeros seis meses en la gran mayoría de los casos, ya que se trata de madres dedicadas al hogar, sin un empleo fuera de casa, el que tiene 2.4 veces mayor riesgo de no LM (Vandale-Toney, 1997) y que, además, mencionaron haber amamantado a un hijo previo en una gran proporción y tener un ambiente propicio hacia la lactancia y contar entre sus familiares y/o amistades a un menor de 5 años que había sido amamantado. Otras prácticas de alimentación infantil como la adición de líquidos diferentes de la leche humana al lactante y el uso de chupón, aunque menos frecuentes, continúan debiéndose a la percepción materna de que su producción de leche es insuficiente, aunque también aparecen las causas «evitar cólicos» y laboral entre las reportadas con mayor frecuencia. Continúan las propias madres como principales personas que han tomado esta decisión en la mitad de los casos, seguidas inmediatamente por el médico y en forma menos predominante las abuelas, datos similares a estudios previos (Santos-Torres, 1990 y 2003). Estas prácticas —uso de chupón y administración de agua o té— se consideran adversas a la LM, ya que se asocian con la introducción de fórmula y son predictivas de abandono temprano de la LM.

Entre las madres que ofrecieron LM parcial o habían destetado a sus lactantes, se observaron en general buenas prácticas de preparación de la fórmula, con dilución normal en el 90% de los casos, utilización de agua embotellada o hervida en el 100% y esterilización de biberones en cada toma en más de la mitad.

Continúa la introducción temprana de alimentos complementarios, a partir del cuarto mes, como se recomendaba previamente. El alimento inicial más frecuentemente mencionado fue fruta, y las razones principales «porque se le antoja al lactante» o por recomendación de terceros, predominando las abuelas (madres y suegras), y el médico en menor proporción. Es muy alto el consumo de alimentos

industrializados por los lactantes, especialmente en una población de limitados recursos económicos.

CONCLUSIONES

Las prácticas de lactancia han mejorado en los últimos años en nuestro medio, pero aún se encuentran lejos de las recomendaciones actuales. El PHAN tiene fortalezas que deben conservarse y debilidades que deben corregirse, para asegurar una adecuada promoción de la lactancia. La LM exclusiva durante los primeros seis meses debe constituir una parte central de todo programa institucional que tenga por objeto aumentar la prevalencia de la lactancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics y The American College of Obstetricians and Gynecologists: The Scope of Breastfeeding. En: Richard J. Schanler, Ed. *Breastfeeding Handbook for Physicians*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006: 1-13.
2. Anderson AK, Damio G, Young S, Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding in a predominantly Latina low-income community. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159(9): 836-41.
3. Apple RD. Advertised by our loving friends: The infant formula industry and the creation of new pharmaceutical markets, 1870-1910. *J Hist Med Allied Sci* 1986; 41: 3-23.
4. Betrán AP, de Onís M, Lauer JA, Villar J. Ecological Study of Effect of Breast Feeding on Infant Mortality in Latin America. *BMJ* 2001; 323: 303-306.
5. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on Rates of Breastfeeding of Training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *Br Med J* 2001; 323: 1358-62.
6. Chapman DJ, Damio G, Pérez-Escamilla R. Differential response to breastfeeding peer counseling within a low-income, predominantly Latina population. *J Hum Lac* 2004; 20(4): 389-96.
7. Coates MM, Riordan J. Tides in Breastfeeding Practice. En: *Breastfeeding and Human Lactation*. Jan Riordan Ed. 3rd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2005: 3-29.
8. Cunningham AS, Jellife DB, Jellife EFP. Breast-feeding and health in the 1980s: A global epidemiologic review. *J Pediatr* 1991; 118(5): 659-666.
9. Davis MK. Review of the Evidence for an Association Between Infant Feeding and Childhood Cancer. *Int J Cancer* 1998; II: 29-33.
10. González-Cossío T, Moreno-Macías H, Rivera J. Prácticas de lactancia materna en México: Resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición 1999. *Salud Pública Mex* 2003; 45 Suppl 4: S477-89.
11. Grenier T. The concept of weaning: definitions and their implications. *J Hum Lact* 1996; 12(2): 123-128.
12. Grummer-Strawn LM, Mei Z. Does Breastfeeding Protect Against Pediatric Overweight? Analysis of Longitudinal Data From the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics* 2004; 113(3): e81-6.
13. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. En: Pickering LK, Morrow AL, Ruiz-Palacios GM, Schanler RJ, Eds. *Protecting Infants through Human Milk: Advancing the Scientific Evidence*. Advances in Experimental Medicine and Biology Series. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers; 2004: 121-132.
14. Labbok MH, Belsey M, Coffin CJ. A Call for Consistency in Defining Breast-Feeding. *Am Pub Health Assoc* 1997; 87(6): 1060-1061.
15. Lauer JA, Beltrán AP, Victora CG, de Onís, Barros A. Breastfeeding Patterns and Exposure to Suboptimal Breastfeeding Among Children in Developing Countries : Review and Analysis of Nationally Representative Surveys. *BMC Medicine* 2004; 2 (26): 1-29.
16. Macías-Carrillo C, Franco-Marina F, Long-Dunlap K, Hernández-Gaytán SI, Martínez-López Y, López-Cervantes M. Breastfeeding and the incidence of acute diarrhea during the first three months of life. *Salud Pública Mex* 2005; 47(1): 49-57.
17. Martin RM, Ness AR, Gunnell D, Emmett P, Smith GD. Does Breast-Feeding in Infancy Lower Blood Pressure in Childhood? *Circulation* 2004; 109: 1259-1266.
18. Neville MC. Lactogenesis. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 69-86.
19. Oddy WH, Holt PG, Sly PD, Read AW, Landau LI, Stanley FJ, Kendall G, Burton PR. Association between breastfeeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. *BMJ* 1999; 319: 815-819.
20. Pérez-Escamilla R. Evidence Based Breast-Feeding Promotion: The Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Nutr* 2007; 137: 484-7.
21. Philipp BL, Merewood A. The baby-Friendly way: the best breastfeeding start. *Pediatr Clin North Am* 2004; 51(3): 761-83, xi.
22. Rea MF, Morrow AL. Protecting, promoting and supporting breastfeeding among women in the labor force. En: Pickering LK, Morrow AL, Ruiz-Palacios GM, Schanler RJ, Eds. *Protecting Infants Through Human Milk: Advancing the Scientific Evidence*. Advances in Experimental Medicine and Biology Series. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers; 2004: 121-132.
23. Santos-Torres MI, Vásquez-Garibay EM, Nápoles-Rodríguez F. Hábitos de lactancia materna en colonias marginadas de Guadalajara. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1990; 47(5): 318-323.
24. Santos-Torres MI, Vásquez-Garibay EM. Food taboos among nursing mothers from Mexico. *J Health Popul Nutr* 2003; 21(2): 142-149.
25. Tryggvadóttir L, Tulinius H, Eyfjord JE, Sigurvinsson T. Breastfeeding and Reduced Risk of Breast Cancer in an Icelandic Cohort Study. *Am J Epidemiol* 2000; 154: 37-41.
26. Vandale-Toney S, Rivera-Pasquel ME, Kageyama-Escobar ML, Tirado-Gómez LL. Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. *Salud Pública Mex* 1997; 39: 412-419.

27. Villalpando S, López-Alarcón M. Growth Faltering is Prevented by Breast-Feeding in Underprivileged Infants from Mexico City. *J Nutr* 2000; 130(3): 546-552.
28. Vitzoz JP, Labarere J, Castell M, Durand M, Pons JC. Effect of a training program for maternity ward professionals on duration of breastfeeding. *Birth* 2004; 31(4): 302-7.
29. Walker M. Selling out mothers and babies: marketing of breast milk substitutes. Weston, MA: National Alliance for Breastfeeding Action; 2001.
30. The World Health Organization multinational study of breastfeeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breastfeeding. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertil Steril* 1999; 72(3): 431-40.
31. World Health Organization. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious disease in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2001; 355: 451-455.
32. World Health Organization. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Report of an Expert Consultation. 28-30 March 2001 Geneva. World Health Organization, 2002.
33. Ysunza AO. El abandono de la lactancia en México. Tendencias recientes. *Rev Invest Clin* 1986; 38 (Supl): 41-46.

Correspondencia:

Dra. María Irene Santos-Torres
Hospital General de Occidente,
Secretaría de Salud.
Ave. Zoquipan Núm. 1050.
45170 Zapopan, Jalisco, México.