

LO MEJOR ES LA LACTANCIA MATERNA LLEVEMOSLO A LA PRACTICA

* Dra. Maricela Jáquez de Gutiérrez

** Dra. Mirna Barinas

** Dr. Persio Romero

** Dra. Betzaida Acosta.

INTRODUCCION:

Para tener una idea de la situación de la lactancia materna en grupos de clase media y alta, quisimos hacer una encuesta de sondeo entre pediatras y madres de centros privados. La finalidad de hacerla a ambos fue la de valorar la retroalimentación que esas madres recibían de sus pediatras, y la de tener una idea de la profundidad de conocimientos que sobre lactancia materna tenían los pediatras encuestados. Reportamos lo encontrado, para que ésto sirva de incentivo en nuestra lucha por la implementación del estribillo tan conocido: "Lo mejor es la lactancia materna", y para que superemos nuestras deficiencias individuales sobre este tema.

MATERIAL Y METODO

Se elaboraron dos cuestionarios, uno para ser aplicado a 38 pediatras con más de dos años de ejercicio profesional, que contenía catorce preguntas, las cuales estaban orientadas a evaluar el conocimiento y los motivos que llevan al pediatra a la implementación de la lactancia materna.

Otro fue aplicado a 35 madres primíparas, las cuales eran pacientes de los mismos pediatras y contenía doce preguntas formuladas con el propósito de evaluar el grado de orientación sobre lactancia materna que habían recibido de sus pediatras. Se utilizaron exclusivamente madres primíparas con el objetivo de que la experiencia no fuera un elemento distorsionador de los conocimientos que estas madres tenían sobre el tema. Esto favorecía que dichos conocimientos hubieran sido proveídos mayormente por los pediatras encargados de la orientación de esas madres.

Es importante aclarar que la pregunta número dos del cuestionario materno, que se refiere al inicio de la lactancia incluyó a madres que amamantar exitosamente, madres que intentaron amamantar pero fracasaron y madres que desde un inicio lactaron artificialmente.

La encuesta fue realizada durante los meses de enero a mayo de 1981, a pediatras del área urbana de Santo Domingo, que laboraban en las Clínicas Gómez Patiño, Centro de Pediatría y Especialidades, Centro Médico Dr. Betances y Policlínico Naco, que representaron el 35 o/o de pediatras del total (102) del área mencionada.

Las preguntas fueron hechas directamente por los investigadores, requiriéndose una respuesta inmediata de los encuestados (Pediatras y madres) limitándose a lo señalado en el cuestionario, y modificando muy poco la orientación de la pregunta cuando éstas se hacían a las madres en términos de lo que le recomendó o aconsejó su pediatra.

Se tuvo muy presente no agregar argumentos o conocimientos que distorsionan la autenticidad de las respuestas del encuestado.

La proporción de un pediatra a una madre no fue lograda el

100 o/o de las veces, dado que al momento de la encuesta tres de los pediatras no tenían práctica privada.

Las preguntas 13 y 14 sobre ventajas y contraindicaciones de la lactancia materna solo fueron formuladas a los pediatras pues solo nos interesó la profundidad de conocimientos que en esos aspectos tenían los pediatras. Hay que aclarar que la pregunta número cuatro, pasada a los pediatras y a las madres no suman el total del número de encuestados debido a que una misma persona daba más de una respuesta.

CUESTIONARIO

- 1.— ¿Usted aconseja la leche materna o artificial?
- 2.— ¿A qué tiempo de nacido el niño usted aconseja comenzar la lactancia materna?
- 3.— ¿Qué tipo de alimentación recomienda a la madre?
- 4.— ¿Prohíbe usted algunos alimentos, medicamentos o bebidas a la madre?
- 5.— ¿Qué tipo de higiene recomienda para el seno materno?
- 6.— ¿Si usted tuviese oportunidad de hacer una consulta prenatal a la madre de su paciente, qué le aconsejaría?
- 7.— ¿Qué técnica para alimentar al niño usted aconseja a la madre?
- 8.— ¿Cómo usted espera que evacue el niño alimentado al seno?
- 9.— ¿Hasta qué tiempo recomienda el seno?
- 10.— ¿Cómo retira el seno materno?
- 11.— ¿Cuándo comienza a introducir otro alimento?
- 12.— ¿Si sale embarazada, aconseja la suspensión de la lactancia? Si o No, ¿Por qué tiempo?
- 13.— ¿Porqué usted prefiere la leche materna?
- 14.— ¿En qué situaciones usted contraindicaría el seno materno?

RESULTADOS:

En relación a las preferencias de los pediatras por el seno materno, todos contestaron que lo preferían. Si embargo, sólo 6 (17.1 o/o) de las madres alimentó al niño exclusivamente con leche materna; 16 (45.7 o/o) usó alimentación combinada, y 13 (37 o/o) usó leche artificial. Los pediatras iniciaron el seno materno, 28 de ellos (73.6 o/o) de 0 a 6 horas; 4 (10.5 o/o) entre 6 y 12 horas; 5 (13 o/o) después de 12 horas, ninguno entre 24 a 48 horas.

Las madres señalaron que iniciaron o trataron de iniciar la lactancia, 13 de ellas (37.1 o/o) luego del tercer día; 12 (34.2 o/o) entre 24 y 48 horas; 8 (22.8 o/o) antes de 24 horas, y 2 (5.7 o/o) no les interesó comenzarlo.

Sobre el tipo de alimentación recomendada a la madre por los pediatras, 18 de ellos (47.3 o/o) indicaban dieta balanceada y 14 (36.6 o/o) abundantes líquidos. En orden de frecuencia decrecientes, indicaron también dieta corriente rica en proteínas, minerales y carbohidratos.

Al encuestar a las madres si el pediatra le había recomendado alguna alimentación especial, éstas contestaron que las recomendaciones fueron: balanceada en dos casos (10 o/o); abundantes líquidos, 9 casos (40 o/o) y no aconsejaron nada en 11 casos (50 o/o).

Los pediatras prohibieron las bebidas alcohólicas en 21 ocasiones (55.3 o/o); cigarrillo en 11 ocasiones (28.9 o/o), igual porcentaje hubo para ninguna prohibición.

En orden de frecuencia decreciente, fueron prohibidos también, picantes, condimentos, tetraciclina, penicilina ningún medi-

* Médico Ayudante Consulta Externa Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Profesor de Pediatría UNPHU.

** Médicos Residentes Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral.

caemento y café. Las madres respondieron que no se les prohibió nada en 18 casos (81.7 o/o); picantes, antibióticos, alcohol y anticonceptivos en igual número de casos 2 (9.8 o/o).

La mayoría de los pediatras (29), recomendaron agua hervida y jabón para el aseo del seno materno (52.6 o/o); usaron agua hervida solo, 16 (42.1 o/o). Otros utilizaron agua, bicarbonato, alcohol, jabón y lubricantes del pezón. Tres de las madres (13.6 o/o) no tuvieron ninguna información; 9 (40.9 o/o) se lavaron con agua; 7 (31.8 o/o) usaron agua y jabón, y 3 (13.6 o/o) agua y alcohol.

Si los pediatras tuvieran la oportunidad de hacer consulta prenatal, aconsejarían sobre las ventajas que ofrece la alimentación al seno en 21 ocasiones (52.2 o/o); les hablarían sobre las ventajas de la alimentación, dieta balanceada e higiene 9 ocasiones (23.6 o/o). En orden decreciente también aconsejaron consulta obstétrica prenatal, no fumar, y en 5 casos (13.1 o/o) no recomendarían nada. Sólo 6 (27.1 o/o) madres asistieron antes del parto a su pediatra y el mayor número 16 (72.7 o/o) no tuvo consulta pediátrica prenatal.

Las técnicas de alimentación recomendada por la mayoría de los pediatras en 18 ocasiones (47.36 o/o) fue un ambiente tranquilo; 11 (28.9 o/o) amamantar cada 2-3 horas y pegando el niño al regazo 6 (15.7 o/o).

Tres de los médicos encuestados dieron la respuesta correcta (7.9 o/o). Esta misma pregunta hecha a las madres, se notó que sólo dos (9 o/o) tenían un conocimiento correcto sobre la técnica. En 10 casos (45.5 o/o) la información fue incorrecta. En igual número de casos no hubo explicación.

En cuanto a las características de las evacuaciones, 26 pediatras (68.4 o/o) señalaron a las madres que esas eran pastosas y con olor peculiar; 10 (26.3 o/o) señalaron un aumento en el número de evacuaciones, y 2 (2.5 o/o) no advertían diferencias. La mayoría de las madres 12 (54.5 o/o) no fueron alertadas sobre las características de las evacuaciones, mientras 10 (45.2 o/o) se les indicó que serían más blandas y frecuentes.

Con relación al tiempo en que debían mantenerse la alimentación al seno, 17 pediatras (44.7 o/o) recomendaron hasta los 6 meses; 15 (39.5 o/o) de 6 a 12 meses y otros 6 (15.7 o/o) hasta el tercer mes; uno les recomendó de 1 a 2 años; 13 de las madres encuestadas (59 o/o) lactaban hasta que los niños quisieran; el 27 o/o no se les habló sobre ello; 2 (9 o/o) hasta 6 meses, y una (4.5 o/o) por un año.

Los pediatras señalaron que el destete debe hacerse de manera gradual en 27 ocasiones (71.1 o/o); sustituyendo una tetada por biberón en 5 ocasiones (13.1 o/o); bruscamente en 4 ocasiones (19.5 o/o). Sólo uno dió la respuesta correcta 2.6 o/o. En 20 casos (90.9 o/o) los pediatras no les indicaron a la madre como iniciar el destete; en un solo caso (4.5 o/o) se le explicó correctamente, y en otro caso (4.5 o/o) se le dijo que poco a poco.

La adición de otros alimentos a la leche materna fue respondida por los pediatras así: 24 (63.3 o/o) de 0-2 meses; 8 (21 o/o) de 2-4 meses, y 6 (15.7 o/o) 4-6 meses. Las madres que alimentaban al seno exclusivamente iniciaron la ablactación 1 (16.6 o/o) a los 6 meses; 1 (16.6 o/o) a los 4 meses; 1 (16.6 o/o) se desconocía.

La mayoría de los pediatras 20 (52.6 o/o) consideraron no suspender la lactancia en caso de que la madre quedase embarazada, 13 de ellos (34.2 o/o) la suspendía, y 5 (13.1 o/o) respondieron con ambigüedad.

El 100 o/o de las madres que amamantaban no quedaron embarazadas durante la lactancia y no tuvieron ninguna respuesta.

Las razones que dieron los pediatras para preferir la alimentación al seno estuvieron basadas en la protección inmunológica que ella confería. Esta respuesta fue dada en 22 ocasiones (60.5 o/o). El hecho de considerar esta leche más económica se respondió en 20 ocasiones (52.6 o/o). Otras razones que se alegaron fueron: la mejor en 13 ocasiones (34.1 o/o). Luego aparecieron en orden de frecuencia decreciente, más higiénica, propia de la especie, favorece lazos afectivos entre madre e hijo, menos trastornos gastrointestinales, mayor contenido calórico, más fácil administración, previene el cáncer mamario.

La tuberculosis pulmonar fue la enfermedad que determinó la prohibición de la lactancia materna con mayor frecuencia, ocu-

rriendo ésto 17 veces (44.7 o/o), seguida de absceso mamario y mastitis en 9 ocasiones (23.6 o/o).

Las enfermedades mentales crónicas y contagiosas en 9 ocasiones (23.6 o/o). Otros en orden de frecuencia decreciente: desnutrición materna y enfermedades maternas no especificadas, eclampsia, sífilis y las madres que toman drogas anti tiroideos.

La mayoría de los pediatras encuestados (27) tenían más de 3 años de ejercicio profesional, o sea, un 71 o/o.

COMENTARIOS:

Todos los pediatras dicen preferir la alimentación al seno y lograron que la mayor parte de las madres amamantaran, aunque con más frecuencia lo hicieron de forma mixta (materna y artificial). Así se observa como desde el 1971 en la clase media y alta de nuestro país ha ido en aumento progresivo la frecuencia de madres que lactan, (ver Cuadros 1,2,3). Creemos que ésto es debido a que ya se está superando la influencia propagandística masiva a favor de las leches artificiales que existió mayormente para la década del 60 y comienzos del 70. Asimismo algunos pediatras se han motivado más en el uso de la lactancia materna.⁴

CUADRO No. 1-A

PREFERENCIA DE MADRES Y PEDIATRAS CON RELACION A LA LACTANCIA MATERNA.

Tipo de Lactancia	Pediatras		Madres	
	No.	Frec.	No.	Frec.
Materna	38	100 o/o	6	7.1 o/o
Mixta			16	45.7 o/o
Artificial			13	37 o/o

CUADRO No.1-B

FRECUENCIA DE LACTANCIA MATERNA EN DIFERENTES PERIODOS Y ZONAS DE LA REPUBLICA DOMINICANA.

Año e Investigador	Zona Rural	Zona Urbana		
		Baja	Media	Alta
1964-Suero y Col.	100 o/o			
1971-Mendoza y Col.	100 o/o	100 o/o	20 o/o	4o/o
1977-Rondón y Col.		93 o/o		37.5 o/o
1981-Tavárez y Col.		63.5 o/o		

A pesar de que los pediatras prefieren iniciar la lactancia entre 0 a 6 horas, la mayoría de las madres comenzaron a lactar luego de 72 horas o entre 24 a 48 horas. Es-

tos hallazgos no se han modificado desde el 77 cuando Rondón encontró que un 20 o/o y 17 o/o de las madres iniciaban la lactancia al tercer o segundo día, respectivamente,³. Sobre ésto se recomienda que los niños sean lactados en la primera hora de vida, pues ésto favorece mayores posibilidades de éxito de la lactancia.⁵

CUADRO No.2

INICIO DE LA LACTANCIA, SEGUN LO EXPRESADO POR LOS PEDIATRAS Y SEGUN LO REALIZADO POR LAS MADRES.

Tiempo	Pediatra		Madre	
	No.	Frec.	No.	Frec.
0-6 Horas	28	73.6		
6-12 Horas	4	10.5		
12-24 Horas	5	13	8	22.8
24-48 Horas			12	34.2
48 Horas	1	2.6		
72 Horas			13	37.1
NO INTERESADO			2	5.7

CUADRO No.3

ALIMENTACION RECOMENDADA POR LOS PEDIATRAS Y ALIMENTACION PRACTICADA POR LA MADRE DURANTE EL PERIODO DE LACTANCIA.

Tipo de Dieta	Pediatra		Madre	
	No.	Frec.	No.	Frec.
Balanceda	18	47.3o/o	2	10 o/o
Abundantes Líquidos	14	36.8 o/o	9	40 o/o
Corriente	11	28.9 o/o		
Proteínas, Vitaminas y Minerales	8	21.1 o/o		
Ninguna			11	50 o/o

Por otra parte, el lactar temprano es útil en las contracciones uterinas mediadas por la oxitocina, pues favorece la involución más rápida. Además es importante en iniciar la inducción del flujo de leche.⁵

En cuanto al tipo de dieta recomendado a la madre, el término "balanceado" fue el más usado por los pediatras, terminología ésta muy ambigua para orientar a las

madres. Una tercera parte, tanto de las madres como de los pediatras enfatizó la necesidad de la abundancia de

CUADRO No.4

PROHIBICIONES HECHAS POR LOS PEDIATRAS A LAS MADRES QUE AMAMANTAN EN COMPARACION CON LO PRACTICADO POR ELLAS.

Prohibiciones	Pediatra		Madre	
	No.	Frec.	No.	Frec.
Bebidas Alcohólicas	21	55.3 o/o	1	4.5 o/o
Cigarrillo	11	28.9 o/o		
Tetraciclina	7	18.4o/o		
Picantes y Condim.	8	21 o/o	2	9.8 o/o
Otros (Penicilina, Café, Ningún Medicamento)	6	15.7 o/o		
Anticonceptivos			2	9.8 o/o
Antibióticos			2	9.8 o/o
Ninguna	11	28.9 o/o	18	81.7 o/o

CUADRO No.5

TIPO DE HIGIENE PARA EL SENO RECOMENDADA POR EL PEDIATRA Y TIPO DE HIGIENE EFECTUADA POR LA MADRE.

Tipo de Higiene	Pediatra		Madre	
	No.	Frec.	No.	Frec.
Agua Hervida y Jabón	20	52.6 o/o		
Agua Hervida	16	42.1 o/o		
Agua, Bicarbonato, Alcohol, Lubricantes	2	5.3 o/o		
Agua			9	40.9 o/o
Agua y Jabón			7	31.8 o/o
Agua y Alcohol			3	13.6 o/o
Ninguna			3	13.6 o/o

líquidos. Creemos que el término balanceado debe ser ampliado especificando los alimentos que ella necesita, aquellos que contengan proteínas, minerales (calcio, fós-

foro, magnesio, zinc, yodo), y vitaminas lipó e hidro solubles. Algunos recomiendan que toda mujer post-parto debe ser suplementada con hierro por 2 a 3 meses, esté o no lactando.^{6,7}

CUADRO No.6-

CONSEJOS QUE DARIAN LOS PEDIATRAS A LAS MADRES SI PUDIESEN REALIZAR UNA CONSULTA PRE-NATAL.

Consejos	No.	Frec.
Ventajas de la Alimentación al Pecho	21	52.2 o/o
Alimentación Balanceada e Higiene	9	23.6 o/o
Chequeos obstétricos Periódicos	5	13.1 o/o
No Fumar	3	7.9 o/o
Otros	3	7.9 o/o
Ninguna	5	13.1 o/o

CUADRO No.7

TECNICAS DE ALIMENTACION AL PECHO ACONSEJADAS POR LOS PEDIATRAS EN COMPARACION POR LO REALIZADO POR LA MADRE.

Técnica	Pediatra		Madre	
	No.	Frec.	No.	Frec.
Ambiente Tranquilo	18	47.36o/o		
Sentado, Acostado, Cada 2-3 Horas	11	28.9o/o		
Pegado el Niño al Regazo	6	15.7o/o		
Resp. Correcta	3	7.9o/o	2	9 o/o
Incorrecta			10	45.5 o/o
No se Explicó			10	45.5 o/o

Es de suma importancia la ingestión de líquidos abundantes, no necesariamente en forma de leche, después de todo, las vacas forman leche y nunca la ingieren.⁷ En nuestras zonas rurales de bajo ingreso se rechazan diversos tipos de alimentos de mucha importancia en este pe-

ríodo, como son: mondongo, pescado, hígado, huevos, víveres blancos y frutas.⁸

A pesar de que los pediatras decían prohibir el alcohol, las madres no mostraron tener en cuenta esa información y en la mayor parte de los casos no practicaron ningún tipo de prohibición porque la desconocían.

CUADRO No.8

CONOCIMIENTOS DE LOS PEDIATRAS SOBRE EL TIPO DE EVACUACIONES DEL NIÑO AMAMANTADO E INFORMACION TRANSMITIDA A LAS MADRES POR ELLOS.

Tipo de Evacuación	Pediatra		Madre	
	No.	Frec.	No.	Frec.
Amarillo Pastosa, de Olor Peculiar y Más Frecuentes	26	68.4o/o		
Aumento en el Número	10	26.3o/o		
No Hay Cambios	2	5.2o/o	12	54.5o/o
Más Blanda y Fcte.			10	45.2o/o

CUADRO No.9

RECOMENDACIONES DE LOS PEDIATRAS EN LA DURACION DE LA LACTANCIA EN COMPARACION CON LO INFORMADO A LA MADRE.

Duración de la Lactancia	Pediatra		Madre	
	No.	Frec.	No.	Frec.
6 Meses	17	44.7o/o	2	9 o/o
6-12 Meses	15	39.5 o/o		
Otros	6	15.7 o/o	1	4.5o/o
Hasta que Quiera			13	59 o/o
Ninguna			6	27 o/o

Nuestras recomendaciones sobre los medicamentos o tóxicos que deben ser evitados son los siguientes: Cloranfenicol, salicilatos (dosis elevadas), isoniazidas, barbitúricos, purgantes drásticos (sen), hormonas (píldoras anticonceptivas, entre otros), hormonas tiroideas y tirostáticas, alcohol, nicotina, antimetabólitos, fármacos radioactivos,

drogas liposolubles (DDT), hexacloro benceno y la margarina, pues contienen DDT,^{9,10,11}. La atropina está contraindicada para la mujer que lacta, pues disminuye la producción de leche y causa intoxicación del lactante. El cigarrillo puede reducir el volumen de leche excretado. Cualquier droga en dosis excesivas debe evitarse o de lo contrario suspender la lactancia.¹²

CUADRO No.10

OPINION QUE SOBRE DESTETE DIERON PEDIATRAS E INFORMACION RECIBIDA POR LAS MADRES

DESTETE	PEDIATRIA		MADRE	
	No.	Frec.	No.	Frec.
De Manera Gradual	27	71.1o/o	1	4.5 o/o
Sustituyendo Tetada por Biberón	5	13.1o/o		
Bruscamente	4	10.5o/o		
Respuesta Correcta	2	5.3o/o	1	4.5 o/o
Ninguno			20	90.9 o/o

CUADRO No.11

PERIODO DE INTRODUCCION DE ALIMENTOS SOLIDOS

PERIODO MESES	PEDIATRA		MADRE	
	No.	Frec.	No.	Frec.
0-2	24	63.3o/o	10	44.3o/o
2-4	8	21 o/o	7	34.1 o/o
4-6	6	15.7o/o	2	9.1 o/o
DESCONOCIDO			3	13.6o/o

La mayoría de los pediatras recomendaron agua hervida y jabón, y la mayor parte de las madres usaron agua o agua y jabón. Es importante señalar que el uso del jabón puede ser dañino al pezón y contribuir a agrietarlo.⁷ Re-

comendamos asear el pezón solo con agua hervida antes y después de lactar, y sólo usar jabón en sus baños regulares.

CUADRO No.12

EMBARAZO Y LACTANCIA. RESPUESTA DE PEDIATRAS Y MADRES.

Suspender	Pediatra		Madre	
	No.	Frec.	No.	Frec.
No	20	52.6o/o		
Si	13	34.2 o/o		
Ambigua	5	13.1 o/o		
Ninguna			22	100 o/o

CUADRO No.13

VENTAJAS QUE SEGUN LOS PEDIATRAS PRESENTA LA LECHE MATERNA.

Ventajas	No.	Frec.
Protección Inmunológica	22	60.5 o/o
Más Económica	20	52.6 o/o
Es la Mejor	13	34.1 o/o
Más Higiénica	10	26.3 o/o
Propia de la Especie	9	23.6 o/o
Favorece Lazos Afectivos	8	21 o/o
Menos Trast. Gastroint.	6	15.7 o/o
Mayor Cont. Calórico-Protéico	5	13.1 o/o
Otros: Fácil Administ., Previene Ca Mamario, Menos Trast. Alerg.	5	13.1 o/o

La mayoría de los pediatras se limitaron a hablar a las madres de las ventajas de la alimentación al pecho y descuidaron al parecer por falta de conocimientos, las indicaciones sobre preparación prenatal del seno para una lactancia exitosa. Estas indicaciones son:

- 1) Explicaciones sencillas y claras sobre la fisiología y anatomía del seno.
- 2) Ejercicios del seno (movimientos rotatorios del pe-

zón y estiramiento), expresión manual y masajes.

3)— Cuidado del pezón (evitar jabón y usar cremas con lanolina y unguento A y D.

CUADRO No. 14

CONTRAINDICACIONES A LA LACTANCIA MATERNA SEGUN LOS PEDIATRAS.

Situaciones	No.	Frec.
Tuberculosis	17	44.7 o/o
Abceso Mamario/Mastitis	9	23.6 o/o
Enfermedades Mentales	9	23.6 o/o
Enfermedades Crónicas o Contagiosas no Especificadas	9	23.6 o/o
Desnutrición Materna	7	18.4 o/o
Enfermedades Maternas no Especificadas	5	13.1 o/o
Medicamentos que Pasan a la Leche Materna	3	7.9 o/o
Eclampsia	3	7.9 o/o
Otros (No Tomar Alcohol, etc.)	3	7.9 o/o

4)— Evaluación del seno (inversión, color, etc.^{13,14}

Es bien conocida la ausencia de consultas pediátricas prenatales, fenómeno probablemente debido a la falta de interés de los obstetras de inducir las madres a la lactancia materna y a una relación temprana con su pediatra. El obstetra juega un importante papel en la motivación que sobre lactancia materna puedan tener sus pacientes.^{9,15}

En cuanto a la idea de los pediatras sobre las técnicas de alimentar al lactante, ellos enfatizaron la necesidad de que, al lactar hubiese un ambiente tranquilo en posición sentada o acostado, pero las madres prácticamente en su totalidad respondieron que no se les explicó o dieron respuestas incorrectas. Es cierto que el ambiente debe ser tranquilo, pero ésto no satisface los lineamientos de lo que debe ser la técnica correcta, la cual debe incluir también poner al niño a chupar cada vez que desee, y puesto que el reflujo de eyección de leche requiere al menos 3 minutos para iniciarse, debe el primer día dejarlo 5 minutos en cada seno y se va aumentando en los días subsiguientes.

Los pediatras tenían conciencia sólo de algunos aspectos de la técnica y ésto repercutió desfavorablemente en las madres, las cuales en su mayoría dieron respuestas incorrectas, o sencillamente mostraron un desconocimiento total sobre la técnica. Para seguir una correcta técnica, recomendamos que la madre en el momento de lactar se encuentre en una habitación cálida, tranquila, sin ruidos, la

piel del bebé pegada a la de la madre, sentada con la espalda pegada al respaldo de la silla o mecedora. También podría ser acostada en posición decúbito lateral. Luego de terminar de lactar, el niño debe ser colocado en posición decúbito lateral o prona.^{5,13,16,18,19}

Debe iniciar la lactancia a la hora e incluso en la sala de parto si todo ha sido normal. El primer día serán cinco minutos en cada seno y se irá aumentando los días sucesivos. Debe tomar toda areola en la boca a fin de vaciar todos los conductos. Si la areola está muy tensa, lo cual aplana el pezón, debe suavizarla ordeñándose un poco por expresión manual colocando el pulgar y el índice al borde de la areola y presionando hacia atrás contra la pared torácica y comprimiendo ambos dedos como si hicieran una letra C. Puesto que los conductos están dispuestos en circunferencia, el pezón podría ser comprimido en el mismo arco a menos que se cambie regularmente de posición. Esto evita el dolor y promoverá el drenaje. Estos cambios deben hacerse en las primeras semanas. En caso de que a pesar de haber preparado adecuadamente el seno se produce plétora, pueden usarse paños tibios húmedos o duchas calientes para aliviar el dolor. Así también los masajes, que ayudan a abrir los conductos obstruidos. A mayor frecuencia de la lactancia habrá menos plétora y dolor en los senos.

A pesar de que los pediatras en su mayor parte estaban orientados en el tipo de evacuación del niño amamantado, la mitad de las madres no recibieron muy buena información al respecto, pues no señalaron ningún tipo de cambios en las mismas. En este sentido es importante conocer que lo más esperado es que haya un aumento en el número de las evacuaciones, llegando a ser 15 o más en un día. La consistencia es blanda por su alto contenido en agua. El color puede ser amarillo o verde amarillo. No obstante, el niño amamantado podría tener una sola defecación a intervalos de 36—48 horas y hasta una vez por semana. En esta última situación lo importante es la consistencia para no incurrir en el error diagnóstico de constipación.^{13,20}

Casi la mitad de los pediatras sugirieron que la duración de la lactancia materna debía ser hasta los 6 meses, pero la mayoría de las madres estaban desorientadas al respecto. Es nuestra recomendación, la lactancia materna exclusiva hasta el 6to. mes, para la madre que así lo pueda llevar a cabo, puesto que este es un alimento completo hasta esa edad. Para favorecer esta medida debería ampliarse la licencia por maternidad hasta 6 o 7 meses. Esta medida se ha demostrado en Finlandia aumentó el tiempo de duración de la lactancia de un promedio 1.7 mes en 1971 hasta 3.6 mes en 1980.^{21,22} Otros países como Francia y Chile han prolongado la licencia por maternidad.²³

La influencia de los países industrializados con propagandas de leche artificial en la década del 1970, fue un factor contribuyente en la disminución de la lactancia materna, tal es el caso de Colombia entre los años del 1966—1976.²²

Parece ser que el contacto en los primeros 45 minutos con el niño favorece significativamente la duración de la

lactancia materna,²⁴. Igualmente mantener el niño al alcance de la madre favorece la lactancia materna.²⁵

A pesar que los pediatras recomendaron un destete gradual, casi el 100 o/o de las madres desconocían esta forma de realizar el destete. En el 1971 Mendoza determinó que el destete se producía en madres de clase media antes del tercer mes, y en un grupo de clase alta casi siempre antes del primer mes. En la clase baja de la zona urbana y en la zona rural el destete se produce alrededor del año. Para el 1971 y 1975 en la clase baja de la zona rural, el destete se producía alrededor del año de edad en las dos terceras partes de los casos.^{2,26}

Para el 1977, con el estudio de la Dra. Rondón comprendimos que la situación del destete para clase media y alta continuaba igual, produciéndose antes del tercer mes.³. En 1975 Alvarez señaló que en la zona rural ocurría en 83.7 o/o de los casos después del sexto mes.⁶. Más de la mitad de los pediatras encuestados introducen alimentos sólidos en los primeros dos meses, esto se correlacionó bien con lo expresado por la madre, pues casi la mitad introdujo los alimentos en ese período. Consideramos que si la madre lacta al seno no hay necesidad de introducir los mismos hasta el sexto mes. El introducir solo conlleva a un menor estímulo mediante la succión y como consecuencia menor producción de leche. Si es inevitable la introducción de los mismos siempre se debe procurar que se administren luego de lactar, como complemento, pero nunca como sustituto.¹³. Si la madre tiene que trabajar al segundo y tercer mes después del parto, recomendamos el seno antes de irse a trabajar, igualmente al regresar del mismo. Por suerte nuestro horario de trabajo permite este tipo de medida. También podría ordeñarse antes de salir y dejar la leche en el biberón. En otros países con horarios de trabajo más prolongados, se ha sugerido hacer guarderías cerca del lugar de trabajo para que la madre pueda lactar a su hijo regularmente. De cualquier forma, el alimento sólido no debe ser introducido antes del cuarto mes de edad, que es cuando el niño ha desarrollado más la capacidad de mover el alimento de la boca a la faringe, ó cuando el niño tenga de seis a ocho Kg. de peso. La introducción más temprana solo conlleva a su sobrealimentación o a alergia gastrointestinal, puesto que en la primera semana de vida hay mucho más permeabilidad intestinal,^{27,28,29}. Además aumenta el riesgo de infección.²²

Una tercera parte de los pediatras recomendaron suspender la lactancia si la madre sale embarazada hasta el mes. La madre que sale embarazada mientras lacta puede seguir lactando hasta bien entrado el embarazo cuando ya los requerimientos del feto sean mayores (último trimestre). Los pediatras demostraron tener conocimiento de las ventajas que ofrece la alimentación materna; aunque sus respuestas fueron un tanto superficiales respondiendo, una tercera parte de ellos que recomendaban leche materna porque era la mejor. Más de la mitad tenía conciencia de las ventajas inmunológicas y económicas de esta leche.

En cuanto a las ventajas inmunológicas de la leche materna, sabemos que dependen de las concentraciones de inmuno globulina A, G, M y D, demostrándose que

la IgA está presente en el calostro inicial en concentraciones de 17 mg/ml. y en el calostro de 4 días de concentraciones 1 mg/ml. ó también en concentraciones de 680-6040 mg.o/o¹⁸⁻³⁰. Se sugiere la administración de calostro en niños de alto riesgo para disminuir la frecuencia de diarreas y de enterocolitis necrotizante.³¹. Estos anticuerpos pueden beneficiar al niño puesto que están fijados a coloides de la misma especie y son capaces de atravesar las paredes gastro-intestinales, lo cual no ocurre con los anticuerpos de otras especies,³². Aunque normalmente los anticuerpos del calostro no son absorbidos si tienen un papel importante en la inmunidad local previniendo las infecciones locales intestinales.²⁰. El componente del complemento C3 es importante en la lisis de las bacterias, también puede estar contenido en el calostro. Los niveles de éste, así como de IgG e IgM decaen significativamente dos semanas después del parto. A pesar de ser la IgA la de principal localización de los anticuerpos, también se han demostrado éstos en la IgD. Otros elementos importantes son: La lactoferrina, lisozima, lactoperoxidasa, factor antiestafilocócico, linfocitos, macrófagos y C4.²²

Se conoce la habilidad de la lactoferrina para inhibir *in vitro* el crecimiento de ciertos micro-organismos enfatizándose la de *E. coli*, estafilococo albus y aureus, pseudomonas aeruginosa, la candida albicans y otros. Parece que el aumento de saturación de lactoferrina resulta en una disminución de las propiedades bacteriostáticas.^{33,34}

Es bien conocida la disminución de la morbilidad y mortalidad en niños alimentados al seno. Esto incluye también, aunque en menor proporción a las que reciben alimentación mixta. Ha sido demostrado por trabajos hechos en Colombia, Estados Unidos e Inglaterra, entre otros.^{22,59}

McFarland y colaboradores en nuestro país encontraron 23 o/o versus 46 o/o de trastornos gastrointestinales, 22 o/o versus 30 o/o de trastornos respiratorios y 23 o/o versus 31 o/o de enfermedades de la piel en niños lactados al seno y no lactados, respectivamente.¹⁸

La morbilidad en el primer año se incrementa con la extensión de la alimentación artificial y es dos veces mayor en niños no amamantados. En los primeros 4 meses fue 4 veces mayor y los primeros 2 meses 16 veces mayor. La protección conferida es mayor para enfermedades serias que para enfermedades más comunes o triviales.³⁵

Otro factor que influye en la baja de morbilidad y mortalidad es la higiene, ya que los riesgos de infección por manipulaciones de la leche materna se reducen al mínimo,¹³. En los niños de más alto riesgo que no pueden recibir lactancia al seno directamente, ésta debe ser extraída de su madre y dada al niño preferiblemente fresca, o de los bancos de leche cuando lo primero no sea posible, pues esto disminuye la morbilidad y mortalidad de estos grupos de alto riesgo.^{14,36}

La alimentación artificial implica un mayor trabajo en cuanto a la digestión y desintegración de las albúminas, en cambio las albúminas séricas humanas el lactante las absorbe atravesando el epitelio intestinal sin desintegrarse. Esto sucede especialmente en las primeras semanas y

meses de vida debido a la permeabilidad de la membrana celular.

El coágulo de la caseína de la leche humana es más pequeño que el coágulo de la leche de vaca. La permanencia de la leche humana en el estómago es de 2-1/2 horas y de 3-4 horas para la leche de vaca. La pepsina, lipasa y lactosa tienen una más fácil actividad sobre la leche materna. El lactante alimentado con leche artificial debe producir o secretar 3 veces más jugo gástrico que el niño con lactancia materna. Por otra parte la flora bacteriana es escasa a nivel del intestino delgado y en el intestino grueso predomina *Bacilo bífidus* mientras que en las lactadas artificialmente puede predominar *E. Coli*.³²

La leche materna es completa, aportando suficientes nutrientes para el crecimiento y desarrollo del niño hasta los seis meses. La única sustancia que no está en cantidades óptimas es la vitamina D,³⁶ El hierro en leche materna, sobre el que tanto se ha especulado, es suficiente hasta que el niño triplica su peso,^{22,34,35,37}. También se ha visto que la composición de la leche de madres de niños preterminó es apropiada para sus hijos, contiene más proteínas y menos lactasa entre otros.³⁸

Los niños alimentados artificialmente tienen mayor deposición de tejido adiposo subcutáneo,³⁹. Se ha demostrado una mayor liberación de insulina en niños alimentados artificialmente, ésta a su vez estimula más la captación de glucosa e inhibe la lipólisis,⁴⁰. En niños de bajo peso y en niños prematuros, la alimentación natural permite un mejor desarrollo pondo estatural que en los lactados artificialmente en el primer semestre,^{41,42,43}. Otros han encontrado que estas ventajas se extienden hasta los 9 meses y siguen siendo mejores que la artificial, aún cuando la lactancia sea mixta,⁴⁹. Se cree también que la incidencia de enterocolitis necrotizante puede prevenirse en alimentos con calostro,³¹. Los mejores éxitos se logran cuando la lactancia es exclusivamente materna y si es mixta, aún es mejor que la artificial.¹⁴

Los niños alimentados al seno sufren menos de problemas alérgicos y gastrointestinales. Sobre todo los primeros están prácticamente ausentes (urticaria, eczemas, asma),^{2,35}. La alergia gastrointestinal de los lactantes es con frecuencia transitoria debido al aumento de la permeabilidad de la mucosa gastrointestinal a las partículas protéicas grandes en los 3 a 4 primeros meses de la vida y termina a los 6 meses, pudiendo persistir por muchos años,²⁹. Es precisamente esta etapa de la vida en que podemos proteger al niño usando el seno materno y en que la producción de IgA del niño es muy baja hasta el 7mo. mes y no puede neutralizar el efecto del material antigénico ingerido.²⁷

Los beneficios psicológicos para el niño y para la relación madre-hijo han sido múltiples veces enfatizados. La separación de la madre y del infante durante las primeras horas luego del parto hace difícil para la madre la unión con su hijo y puede influenciar en la conducta de la madre hacia su hijo meses y años después. La comunicación entre ambos es mejor si ha habido una relación muy íntima temprana a través de la lactancia,^{45,46,47,48}. Nuestras madres de áreas rurales y urbanas lactan a sus hijos por más tiempo,². Entre otros factores podría influir el hecho de

un contacto temprano con su hijo, ya que sabemos estos niños son entregados a sus madres casi de inmediato luego de nacer, permaneciendo con su madre hasta que se van a sus casas. En el manejo de la lactancia materna intervienen dos mecanismos psicofisiológicos importantes: el reflejo de eyección de leche y la estimulación mediante la succión. Este reflujo de eyección puede ser bloqueado o inhibido en situaciones de stress emocional o ambiental.⁴⁹

La estimulación por la succión es psicológica puesto que produce placer a la madre y esto constituye su refuerzo para volver a poner a chupar al niño.⁵⁰

Se debe enfatizar la importancia en la succión y temprano contacto con el niño como factor beneficioso en la duración y éxito de la lactancia.⁵¹

Otras ventajas, ya más bien para la madre que ofrece el seno materno son: de tipo económica, menos costo (lo cual tiene más valor en esta época inflacionaria),^{13,52}, la administración y transporte es más fácil; la involución del útero por el efecto de la oxitocina es más rápida y la reaparición de los ciclos sexuales y ovulación es más tarde.

Esto último se atribuye al hecho de que la hipófisis está ocupada produciendo prolactina y baja la producción de gonadotropinas. Si una mujer lacta totalmente a su hijo, solo 1 o/o sale embarazada, la menstruación aparece 7 a 15 meses después y una o varias de las primeras menstruaciones son anovulatorias,²⁰. Algunos han encontrado disminución de las incidencias de cáncer de mama.²⁰

Los pediatras contraindicaron el seno materno cuando la madre tuviese también tuberculosis o tuviese infección del seno.

La TB en tratamiento en sí misma no parece ser una contraindicación lo que sí es una contraindicación es el uso de isoniazida, que pasa activamente a través de la leche materna y puede ser tóxica al niño,^{9,14}. Se deberían usar entonces otras drogas que fueran inocuas al niño hasta que llegue el destete. Igualmente no debe ser una contraindicación la mastitis o el absceso mamario, sino por el contrario, el niño debe succionar u ordeñarse el seno o los senos afectados, pues las infecciones leves al no seguir lactando se empeoran. También usará calor local (pañales tibios), o sumergir el seno en agua tibia. Se usará un antibiótico, unos sugieren ampicilina y otros una droga antiestafilocócica, pues con frecuencia se trata de un estafilococo resistente a la penicilina,¹⁴. El estreptococo del grupo B se ha implicado en caso de mastitis y en dos casos se ha encontrado infección por el mismo germen en el niño. No obstante, esto no debe ser motivo para contraindicar la lactancia materna.^{53,54}

Cualquier medicamento que pase a través del seno materno no debe ser contraindicado, sino solo aquel que sea dañino al niño. Todo obstetra y pediatra debiera tener a mano una tabla de los medicamentos que son inocuos al niño que es amamantado y puedan ser ingeridos por la madre durante la lactancia.

Parece ser por lo publicado hasta ahora que las enfermedades crónicas no son en sí mismas una contraindicación para amamantar lo que sí puede ser un factor limi-

tante son los medicamentos que la madre esté recibiendo.

La desnutrición materna, como creyeron algunos pediatras no debe ser una contraindicación para dar el seno, es obvio que nuestras madres de zona urbana de clase baja y de zona rural llevan con mucho, un mayor porcentaje de éxitos en la lactancia materna y son mujeres "desnutridas". Algunos estudios han encontrado que los hijos de mujeres delgadas a los 3 meses tenían peso, talla y perímetro del brazo más bajo que hijos de los controles. Sin embargo, la composición de la leche no variaba aunque sí el volumen.^{22,55}

Pero estos hallazgos no constituyen una contraindicación para lactar. También se ha visto en Egipto que la cantidad de leche producida por madres desnutridas excedió a las bien nutridas para el 3ro. a 4to. mes y si se incrementan las calorías o proteínas de la dieta materna, el volumen de la leche también aumenta.⁵⁶ En la segunda guerra mundial las madres que decidieron lactar a sus hijos lo lograron con éxito.⁵⁷

CONCLUSIONES:

1.— En la mayoría de las respuestas⁹ no hubo correlación en lo expresado por los pediatras y lo expresado o realizado por las madres. Y muchas de esas respuestas eran ambiguas. Una respuesta en la que hubo correlación (respuesta madre-pediatra), fue la de introducción de sólidos, la cual desafortunadamente se está llevando a cabo muy precozmente. Otras 4 respuestas podrían catalogarse de regulares a buenas.

2.— Debemos de promover más intensamente la salida de los recién nacidos desde los "nurserys" hacia la habitación de la madre, a fin de aumentar la frecuencia de madres que amamantan en grupos de clase media y alta, ya que en grupos de clases bajas en casi todos los períodos ha sido exitoso.

3.— Los programas son muy positivos. Pero tan importante como éste es el aprendizaje que sobre lactancia materna tenga el estudiante de medicina y más que éste, el adiestrado de post-grado de Obstetricia y Pediatría, los cuales debieran recibir más y profunda información sobre el tema.

4.— Crear como rutina la consulta pediátrica pre-natal, motivando a los obstetras a cooperar en la implementación de esta medida.

5.— Finalmente debemos reforzar y apoyar los esfuerzos que realiza en nuestro país la Liga de Leche Internacional, a fin de crear reuniones periódicas (semanales o quincenales) de madres que lactan o desean lactar a sus hijos, y que muchas veces fracasan porque no encuentran la paciencia y la sapiencia del pediatra para guiarlas acertadamente. Estos grupos permiten el intercambio de ideas y experiencias entre las mujeres que lactan o han lactado a sus hijos y facilitan la labor del pediatra y el éxito de la lactancia.

BIBLIOGRAFIA

1.— Rondón Haydée: Situación actual de la Lactancia Materna en Santo Domingo. Acta Médica Dominicana, Vol. 3 No. 1, 1981.

2.— Mendoza T., Hugo: Algunos Aspectos de la Alimentación Infantil en la República Dominicana. Arch. Dom. Ped., Vol. 7, No.1, 1971.

3.— Rondón, Haydée: Encuesta sobre Alimentación Materna en la Zona Urbana de Santo Domingo. Arch. Dom. Ped. Vol. 13, No.2, 1977.

4.— Jelliffe D. B. et al: Breast Feeding is best for Infants every where (some Factors Reasons) Nutr. Today 13:12, 1978.

5.— Jelliffe D. B. et al: Current Concept in Nutrition. Breast is best. Modern Meaning. Nengl. J. Med. 227:912, 1977.

6.— Food and Nutrition Board: Recommended Dairy Dietary Allowances: Washington National Academy of Sciences, National Research Council, 1980.

7.— La Leche League International: "El Arte Femenino de Amamantar", Cuarta Impresión, 1977.

8.— Alvarez Franco y Col.: Estudios sobre los Hábitos de la Alimentación de la Madre Dominicana, durante el Embarazo y la Lactancia. Arch. Dom. Ped. Vol. 11, No.2, 1975.

9.— Szorady I.: Peligro o Inocuidad de los Medicamentos en la Leche Materna. Hexágono Roche, 6 No.3, 1-6, 1979.

10.— Rasmussen F.: Excretion of Drugs by Milk in Brodie: Concepts in Biochemical Pharmacology. Berlin: Springer-Verlag, 1971, pág. 390.

11.— Bakken A. F.: Insecticides in Human Breast Milk. Acta Paediatrica Scand. 65: 535, 1976.

12.— Arena Jay: Drugs and Chemicals Excreted in Breast Milk. Pediatric Annals 9:12/Dic. 1980.

13.— Méndez, Maricela: Amamantar es lo mejor para tu hijo. Impresos Anmi.

14.— Report of the Elenveth Ross Roundtable on Critical Approaches. Counseling the Mother on Breast Feeding. Ross Laboratories, Abril, 1980.

15.— Winikoff B., Baer E.: The Obstetrician's Opportunity: Translating Breast is Best from Theory to Practice. Am. J. Obstet. Gyneco. Sept. 1980.

16.— Johnson N. W.: Breast Feeding at one Hour of Age. Am. J. Mat. Child. Nurs. 1:12, 1976.

17.— Jorgew, Diaz W.: Bol. Med. Hosp. Inf. Mex., 1980.

18.— McFarlane Cómez A. y Col.: El Amamantamiento: Ventajas de la Lactancia Materna. Vol. 1, No.6, Acta Med. Dom., 1979.

19.— Newton M. et al: The let Down Reflex in Human Lactation. Journ. of Ped. 1968.

20.— Nelson: Text Books of Pediatrics. Eleventh Edition, 1980.

21.— Verkasalo M.: Recents Trends in Breast Feeding in Southern Finland. Acta Paediatr. Scand. 69:89-91, 1980.

22.— Barrera G.: Lactancia Natural Revisión de Algunos Conceptos. Revista Colombiana de Pediatría.

23.— Committee on Nutrition: Commentary on Breast Feeding and Infant Formula Including Proposed Standards for Formula. Pediatrics Vol. 57, No.2, 1976.

24.— Keaos and Kennel: Maternal Infant Bonding. Saint Louis 1976. The C. V. Mosby Company.

25.— Jackson E. B. et al: Statistical Report on Incidence and Duration of Breast Feeding in Relation to Personal, Social and Adspital Maternity Factor. Pediatrics 17:700, 1956.

26.— Alvarez Franco y Col.: Estudio sobre Hábitos de Destete y Ablactación del Niño Dominicano. Arch. Dom. Ped. Vol. 11, No.2, 1975.

27.— Purvis G. y Col.: La Introducción de Alimentos Sólidos en Niños. Acta Médica Dominicana, Vol. 1, No.4, 1979.

28.— Gessell A. et al: Feeding Behavior of Infants. Philadelphia J. B. Lippincott Company, 1937.

29.— Walker W. A.: Antigen Absorption from small Intestine and Gastrointestinal Disease. Pediat. Clin. N. Ame. 22:4 Nov., 1975.

30.— Pérez L. y Col.: Determinación de Inmunoglobulinas en Calostro/Humano. Revista Chilena de Pediatría. Vol. 51, Marzo-Abril, 1980.

31.— Jasso Gutiérrez L.: El Calostro Humano en la Prevención

de las Diarreas y de la enterocolitis Necrotizante. Bol. Med. Hosp. Infant México. Vol. 37, No.1, 1980.

32.— Wiederhold Rotter A.: Lactancia Materna Aspecto Biológico Inmunológico. Revista Chilena de Pediatría. Vol. 51, Enero—Febrero, 1980.

33.— Annotation: Lactoferrin in Human Milk its Role in Iron Absorption and Protection against Enteric Infection in The New Born. Infant. Arch. Disease Child. 55,417—421, 1980.

34.— Gun-Britt F. et al: Iron in Human Milk. The Journal of Ped. Vol. 26, No. 3, 1980.

35.— Cunnighan A. S.: Morbidity in Breastfed and Artificial Fed Infants. II The Journal of Ped. Vol. 95, No.5, 1980.

36.— Ladkwa et al: Vitamin D. in Human Milk. Lancet 1: 167—1977.

37.— McMillan et al: Iron Sufficiency in Breast Fed Infants and the Availability of Iron from Human Milk. Pediatrics, Vol. 58, No.5, 1976.

38.— Gross et al: Nutritional Composition of Milk Produced by Mothers Delivering Preterm. The Journal of Ped. Vol. 96, No.4, 1980.

39.— Oakley et al: Differences in Subcutaneous Fat in Breastand. Formula Fed Infants. Arch. Dis. Child. 52:79—80, 1977.

40.— Lucas A. et al: Breast vs. Bottle: Endocrine Response are Different with Formula Feeding. The Lancet June 14, 1980.

41.— Coronel F. y Col.: Comparación del Crecimiento Pondoestatural en Niños de bajo peso al Nacimiento con Alimentación Natural y Artificial en el Primer Semestre de la Vida. Revista Chilena de Pediatría. Vol. 51—463 Nov.—Dic., 1980.

42.— Cerra E.: Lactancia Materna y Morbilidad. Primer Seminario Nacional sobre Lactancia Materna 78—90 Nov. 1978. Bogotá Impreso V. J.

43.— Senecal: Problemas Dutraitement des Prematures Dans les Pays en Voic de Developpement. Int. Ped. Ass. Seminar on Neonatology. Santo Domingo, Soc. Dom. Ped. Pág. 33, 1976.

44.— López I. y Col.: Lactancia Materna y Aumento de Peso

en el Primer Año de Vida. Revista Chilena de Pediatría, Vol. 51—472 Nov—Dic., 1980.

45.— Klaus M. et al: Maternal Attachment: Importance of the First Postpartum Days. N.Engl. J. Med. 826:460, 1972.

46.— Kennell J. et al: Maternal Behavior One Year After Early and Extended Postpartum Contact. Dev. Med. Child Neuroc 16: 172, 1974.

47.— Ringler N. et al: Mother to Child Speech at 2 Years: Effects of Early Postnatal Contact. J. Pediatr. 86:141, 1975.

48.— O'Connor, Susan y Col.: Reducción de la Incidencia de una Inadecuada Relación Madre-Hijo a consecuencia del "Rooming-in". Pediatrics (ed esp.), Vol. 10, 1980.

49.— Waller H.: Clinical Studies in Lactation. London: William Heineman Medical Publishers.

50.— Newton N. et al: Psychologic Aspects of Lactation. N. Engl. J. Med. 277—1179, 1967.

51.— De Chateau P. et al: Longterm Effect on Mother-Infant Behavior of Extra Contact During the First Hour Postpartum. First Observations at 36 Hours (Part I), A Follow up at 3 Months (Part 2).

52.— Jellife D. B.: La Leche Materna, Un Alimento Descuidado. Arch. Dom. Ped. Vol. 6, No.2, 1970.

53.— Kenny J., Zedd A.: Recurrent Group-B Streptococcal Disease in an Infant Associated with the Ingestion of Infected Mother's Milk. J. Pediatr. 91:158, 1977.

54.— Schreiner R., et al: Possible Breast Milk Transmission of Group-B Streptococcal Infection. Letter J. Pediatr. 91:159, 1977.

55.— Atalah E. y Col.: Correlación entre Estado Nutricional Materno, Calidad de Lactancia y Crecimiento del Niño. Revista Chilena de Pediatría, Vol. 51, Mayo—Junio, 1980.

56.— Hanafy M et al: Maternal Nutrition and Lactation Performance. Journ. Trop. Ped. 18: 187—191, 1972.

57.— Applebaum R.: The Modern Management of Successful Breast Feeding Ped. Clin. N. A. 17: 203—255, 1970.

58.— Fallot M. y Col.: La Lactancia Materna Disminuye la Incidencia de Ingresos Hospitalarios por Infección en los Lactantes. Pediatrics (ed. esp.), Vol. 9, No.6, 1980.