

# Actualización de conocimientos para la promoción y manejo de la lactancia materna (I)

MT. Hernández Aguilar<sup>1</sup>, JJ. Lasarte Velillas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Fuente de San Luís. Valencia

<sup>2</sup>Centro de Salud de Zuera. Zuera. Zaragoza.

*Si estuviera disponible una nueva vacuna capaz de evitar más de un millón de muertes infantiles que además fuera barata y segura, se administrara oralmente y no necesitara cadena de conservación en frío, seguro sería proclamada una prioridad de salud pública. La lactancia materna puede hacer todo eso y más, pero necesita una “cadena de calor”; necesita el cuidado necesario para reforzar la confianza en las madres, que las ayude a establecer una lactancia feliz y que evite prácticas nocivas. Y si la cadena se ha perdido o no existe, entonces los servicios de salud deben encargarse de establecerla.*

Nelson EA<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

Al amamantar a sus hijos, las madres les ofrecen el mejor inicio en la vida, el desarrollo psicofísico más adecuado y la mejor protección frente a problemas de salud. Esto puede afirmarse con un grado de evidencia y una fuerza de recomendación elevadas, mucho mayores que las que apoyan el uso de muchos tratamientos y vacunas de uso regular en nuestras consultas de pediatría.

A pesar de ello nuestra sociedad carece de una cultura de lactancia, las instituciones y las administraciones públicas no la apoyan ni la promueven adecuadamente y los profesionales implicados en la asistencia del dúo madre-lactante no incluyen la lactancia materna entre las prioridades de sus agendas.

Las bajas tasas de inicio y el abandono precoz de la lactancia materna en España y en muchos países europeos, constituyen ocasiones perdidas de protección y promoción de la salud y tienen consecuencias adversas importantes, desde el punto de vista social y sanitario, para mujeres, ni-

ños, la comunidad y el entorno. Además de aumentar el gasto sanitario innecesariamente e incrementar las desigualdades en salud.

Este tema, analiza el problema y sus condicionantes y busca actualizar el conocimiento de las recomendaciones vigentes así como el de las herramientas y estrategias disponibles para un apoyo adecuado desde Atención Primaria.

En esta primera parte revisaremos la situación de la lactancia materna, las recomendaciones más actuales, y nos aproximaremos a la evaluación de la toma y cómo favorecer un feliz inicio de la lactancia.

En la segunda parte se revisarán las estrategias para abordar los problemas que con más frecuencia se presentan en la práctica clínica en pediatría de Atención Primaria.

## SITUACIÓN DE LA LACTANCIA Y RECOMENDACIONES ACTUALES

La lactancia materna es por naturaleza el método ideal de alimentación y crianza del lactante y el niño pequeño. Alimentar a los bebés con leche materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y después complementarla con otros alimentos oportunos, adecuados, seguros y correctamente preparados hasta los 2 años o más, es la mejor vía para conseguir una salud y desarrollo óptimos en el lactante, promover la salud de la madre y de sus hijos y ahorrar costes innecesarios a las familias, a la sociedad y al medio ambiente.

Las bajas tasas de amamantamiento y su interrupción precoz por causas innecesarias o por falta de apoyo exponen a madre e hijo a riesgos para la salud que podrían evitarse y acarrear perjuicios no nimios a la sociedad y al medio ambiente.

Sabiendo que el amamantamiento podría mejorar la salud de madres e hijos, es irónico que sea precisamente en Europa donde este potencial esté aún por reconocer y en donde las tasas de prevalencia continúan siendo las más bajas del mundo como región, encontrándose España entre los países de la cola<sup>2</sup>.

### Prevalencia y duración de la lactancia materna en España

En España no se cumplen las políticas y Recomendaciones de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño que se suscribieron durante la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002<sup>3</sup>, ni las metas de la Declaración de Innocenti, y la formación de los profesionales sanitarios que a menudo no es suficiente y suele estar poco actualizada<sup>4,5</sup>.

No existe un sistema de monitorización oficial adecuado, por lo que para evaluar la incidencia y prevalencia de la lactancia materna o de las diversas intervenciones de promoción o apoyo, a nivel nacional, debemos recurrir a las publicaciones procedentes de investigaciones locales o a los datos de las Encuestas de Salud realizadas por el INE ([www.ine.es](http://www.ine.es)). La más reciente es del año 2006 y los datos están disponibles, desagregados por sexos, Comunidad Autónoma, origen y nivel socio cultural materno.

Estos datos y los publicados por diversos investigadores muestran que los índices de Lactancia Materna (LM) son bajos y que el abandono precoz es la norma. A los 6 meses, tan sólo entre un 7-28% de madres alimentan a sus hijos al pecho.

### Recomendaciones internacionales y nacionales sobre lactancia materna

Desde 2002, la OMS mantiene como recomendación de salud pública mundial (tanto para los países en vías de desarrollo como para los más desarrollados) que:

*Los lactantes, para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos, deben ser alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida. A partir de este momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deben recibir alimentos complementarios adecuados, seguros, oportunos e inocuos desde el punto de vista nutricional, y no abandonar la lactancia natural hasta los 2 años de edad o más.*

Estas recomendaciones, contenidas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño (EMALNP)<sup>3</sup>, fueron aceptadas por los países miembros en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud.

La EMALNP se basa en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche materna<sup>6</sup>, la Declaración de Innocenti sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia, la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños de OMS/UNICEF y las Recomendaciones para la Alimentación Complementaria del lactante y Niño Pequeño<sup>7</sup>, entre otros.

Especialmente dirigido a los países de Europa, la oficina europea de la OMS en el primer Plan de Acción para la Alimentación y Nutrición 2000-2005 señala la lactancia materna como un tema prioritario en política de salud europea.

Recogiendo estas recomendaciones, y auspiciado por la UE, en mayo 2004, se hace público en Dublín, el Plan para la Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna en Europa. El Plan se prueba en fase piloto en diversos países europeos y en 2008 se publica la revisión del mismo y las conclusiones finales. Como complemento y en desarrollo de este plan se publican en 2006 las Recomendaciones Estándar para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño en la Unión Europea<sup>8</sup>.

El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría publica, en octubre 2005, un documento guía para los pediatras españoles con recomendaciones para la promoción y apoyo a la lactancia materna<sup>9</sup> en el que se asumen para los lactantes españoles las recomendaciones de la OMS y se recomienda: *Ofrecer leche materna exclusiva desde el nacimiento hasta alrededor de los 6 meses e introducir la alimentación complementaria a partir de entonces mientras se continúa el amamantamiento frecuente y a demanda hasta los 2 años o más.*

### Barreras para el amamantamiento

En nuestra sociedad ha desaparecido la cultura del amamantamiento y los factores y circunstancias que influyen negativamente en la instauración y el mantenimiento de la lactancia son diversos:

- El apoyo social y familiar a la madre que amamanta es escaso.
- La alimentación con biberón se utiliza como norma de alimentación infantil en medios de comunicación y publicaciones para niños y para padres.
- Se distribuyen sin problema alguno, muestras de leche artificial, tetinas o chupetes en farmacias y comercios e incluso en centros sanitarios.
- Hay escasez de medidas de apoyo a la madre lactante con trabajo remunerado, en la legislación y en los lugares de trabajo.

- Existen demasiados mitos sociales que dificultan la lactancia, y la mujer teme perder su libertad y su figura, al amamantar.

En determinados grupos sociales el riesgo de pérdidas de lactancia es mayor:

- Determinados grupos sociales que ven en la alimentación artificial un signo externo de progreso o riqueza.
- Progenitores con bajo nivel de estudios o con trabajos precarios.
- Familias sin figura paterna (madres adolescentes o solteras).

A pesar de todo ello, a menudo, que las mujeres continúan amamantando a sus hijos o que abandonen precozmente depende más de la influencia positiva o negativa del personal sanitario que atiende a madre e hijo, que de la presencia o no de problemas. La influencia negativa puede ejercerse de modo pasivo adoptando una actitud de neutralidad en los momentos oportunos y críticos:

- Con falta de información y apoyo pre y postnatal a la madre y su familia.
- Con publicidad encubierta de sucedáneos de leche materna en instituciones sanitarias o con distribución de muestras de leche artificial, tetinas o chupetes en centros de salud y maternidades.
- Con falta de formación para ofrecer soluciones adecuadas a problemas en el inicio y sobre todo en el mantenimiento de la lactancia al pecho.

Y de forma activa con:

- Recomendaciones inadecuadas y no actualizadas.
- Retirada de lactancias por motivos injustificados.
- Rutinas de asistencia equivocadas en las instituciones sanitarias.
- Uso indiscriminado de tetinas y chupetes.
- Limitación de la alimentación a demanda.

## GRÁFICAS DE CRECIMIENTO

En abril de 2006, la OMS publica los nuevos estándares de crecimiento infantil, basados en lactantes y niños de diversas zonas del mundo.

Este trabajo ha sido diseñado y realizado con los mejores y más estrictos métodos desde el punto de vista epidemiológico. Se seleccionaron madres sanas y bien nutridas, pertenecientes a clases altas de diferentes partes del mundo, asesoradas y apoyadas por nutricionistas, con seguimiento estrecho del crecimiento y la alimentación de los niños. Estos fueron

alimentados con leche materna, exclusiva hasta los 6 meses y complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más.

Estas gráficas demuestran que todos los niños de las principales regiones del mundo pueden alcanzar una estatura, peso y desarrollo similares si se les proporciona una alimentación adecuada, una buena atención de salud y un entorno saludable.

El resultado es un instrumento robusto desde el punto de vista técnico que define el patrón oro con el que comparar el crecimiento y realizar la evaluación y seguimiento, con máximas garantías, de todos los niños y niñas sanos, nacidos a término, con peso adecuado para su edad gestacional. Es decir, nos proporcionan información acerca de “cómo debe de crecer un niño”.

Todas las gráficas y un programa gratuito para el cálculo automático de percentiles pueden descargarse en la página de la OMS <http://www.who.int/childgrowth/en/> y de la página [www.ihan.es](http://www.ihan.es) en el link denominado iHAN.

## PERJUICIOS DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

El interés científico por la leche humana ha permitido acumular suficiente evidencia científica en los últimos años para afirmar que:

- Está adaptada específicamente a las características digestivas y metabólicas del lactante humano.
- Aporta nutrientes y otras sustancias en cantidades óptimas.
- Posee funciones biológicas únicas y sus nutrientes establecen interacciones que les añaden funcionalidades específicas, únicas e irrepetibles a muchos de ellos (células vivas, enzimas digestivas, inmunomoduladores, factores de crecimiento, receptores análogos, anticuerpos antiidiotipo y linfocitos).

Gracias a ello la alimentación al pecho promueve un crecimiento óptimo, el mejor desarrollo psicomotor y social, el mayor coeficiente intelectual y óptimo desarrollo de la agudeza visual.

Además, la alimentación al pecho materno procura un efecto protector esencial que se traduce en una menor incidencia de enfermedades o en una menor gravedad y duración de las mismas, no sólo durante la época de lactancia, sino muchos años después.

No ser amamantado supone un aumento de riesgo de muerte súbita del lactante, de mortalidad postneonatal y

de mortalidad infantil, también en los países desarrollados como el nuestro.

Los lactantes no amamantados padecen más procesos infecciosos (diarreas, infecciones respiratorias y de orina) y sufren más hospitalizaciones.

Los niños no amamantados padecen más dermatitis atópica, asma y enfermedad celiaca, enfermedades autoinmunes, Diabetes Mellitus tipo I y cáncer.

El riesgo de obesidad y el nivel de riesgo cardiovascular son menores en adolescentes que han sido amamantados y sus cifras de TA arterial en la edad adulta también son más bajas.

La lactancia artificial se asocia a más caries, peor desarrollo orofacial y mandibular y mayor necesidad de correcciones ortodónticas.

Por otra parte, amamantar asegura a la madre una mejor recuperación postparto y protección frente a la hemorragia uterina y la anemia, asegura una recuperación del peso pregestacional más rápida, mejora su autoestima y disminuye el riesgo de fractura espinal y de caídas postmenopáusicas, de cáncer de ovario y de cáncer de mama (disminución de riesgo un 4,6% por cada 12 meses de amamantamiento), de artritis reumatoide y de obesidad. Le permite dormir más horas durante el primer año y una recuperación mamaria más estética.

La sociedad que protege el amamantamiento obtiene además otros beneficios, ya que el abandono de la lactancia materna origina un importante gasto sanitario y desigualdades en salud, provoca un aumento en el absentismo laboral de madres y padres e incrementa el gasto familiar.

Por último, el amamantamiento evita la generación de basura y la contaminación medioambiental que se deriva del uso de los sucedáneos en la alimentación infantil.

## TÉCNICA DE LA LACTANCIA

Aunque en algunos casos, determinadas condiciones de la madre o el hijo pueden requerir la intervención activa y la modificación de la técnica habitual de enganche y postura, la mejor manera de conseguir lactancias felices es permitir al recién nacido el contacto piel con piel inmediato tras el parto.

Sin interferencias clínicas o medicamentosas, la mayoría de los recién nacidos, puestos sobre el abdomen materno, alcanzan el pecho espontáneamente en los primeros 60 minutos de vida y este “imprinting” es el mejor método para evitar problemas de agarre posterior.

## Buscando el pecho

Los bebés humanos nacen con la capacidad y los reflejos necesarios para, a los pocos minutos de nacer, reptando sobre su abdomen, encontrar el pecho de su madre, mirarla, agarrarse y mamar. Para ello sólo necesitan que se los coloque en estrecho contacto piel con piel sobre el abdomen materno inmediatamente después del parto. Y mantienen esta habilidad durante muchas semanas después del nacimiento. Desde las primeras descripciones realizadas por Widstrom del Instituto Karolinska en 1987 y los trabajos de Klaus y Klaus de los 70, numerosos autores han descrito y probado con éxito este comportamiento en el que queda patente, que tras el nacimiento, es la nueva criatura la que dirige el amamantamiento, porque es ella la que sabe cómo buscar, reptar, alcanzar, estimular, masajear, agarrar y finalmente succionar del pecho materno. Y esta experiencia, casi mágica y siempre conmovedora, puede ser también sanadora, cuando se pone en práctica aún semanas después.

## Cómo favorecer que el bebé encuentre el pecho materno nada más nacer

- Secar bien al recién nacido (RN), excepto las palmas.
- Enseñar el bebé a su madre y permitirle que lo vea y lo bese.
- Colocarlo desnudo, en prono sobre el abdomen materno descubierto (o cruzado sobre el tórax en las cesáreas).
- Cubrir a ambos con un paño seco.
- Tomar las precauciones necesarias para que el recién nacido no se caiga ni se enfríe.
- Permitir y animar a la madre y al padre, a tocar a su hija y acariciarla directamente (por debajo del paño).
- Estar preparado para observar y apoyar sin interferir.
- Evitar la realización de rutinas antes de que el bebé haya alcanzado el pecho y haya realizado la primera toma (vitamina K, identificación, peso y otras medidas, profilaxis ocular).
- Siempre que sea posible, elevar la cabeza de la madre sobre una almohada o dejar un espejo que le permita ver a su hijo mientras repta y busca el pecho.
- Cuando el bebé se acerca al pezón inicia movimientos de chupeteo y salivación.
- El bebé busca mediante el tacto, el olfato y la vista. La mano del bebé con olor a líquido amniótico le ayuda a acercarse al pezón que también huele a líquido amniótico. La criatura mira y es capaz de distinguir la areola y la cara de su madre.

Figura 1. Amamantamiento en postura de crianza biológica. Todo el cuerpo del bebé está contra el de la madre en estrecho contacto. La madre está recostada sobre su espalda en ángulo de entre 15 a 64°



Figura 2. Amamantamiento en postura de crianza biológica parcial. Existe un espacio de separación parcial entre el cuerpo del bebé y su madre, recostada con un ángulo de entre 0 y 14° (tumbada boca arriba o de lado)



Cedida por el Concurso Fotográfico Lactancia Materna. Hospital Marina Alta de Denia (Comunidad Valenciana).

Figura 3. Amamantamiento en posición de crianza no biológica. El único contacto entre madre y bebé es el existente entre el pecho-boca y el cuerpo de la madre se coloca en un ángulo mayor de 65°



Cedida por el Concurso Fotográfico Lactancia Materna. Hospital Marina Alta de Denia (Comunidad Valenciana).

- Finalmente el bebé encuentra el pecho y tras unos cuantos cabeceos se engancha.
- Sus patadas durante la reptación estimulan la contracción uterina. Sus masajes sobre el pezón antes de agarrarse provocan la erección del mismo y facilitan el agarre.
- La succión provoca una descarga de oxitocina y los primeros mililitros de calostro le proporcionan al bebé inmunoglobulinas a la vez que establecen la colonización intestinal por flora bifidógena.
- Es preferible retrasar el primer baño del RN hasta pasadas las primeras 24 horas.
- No se debe aspirar de rutina la vía orofaríngea en el RN.
- No separar hasta después de finalizada la primera toma y no trasladar al dúo madre-hijo a otra sala hasta que finalice esa primera toma.

### Crianza biológica (*biological nurturing*)

El estudio de los reflejos neonatales y del comportamiento materno durante el amamantamiento en diversas posiciones llevó a Colson et al<sup>10</sup> a describir el comportamiento instintivo de amamantamiento en madre e hijo. Esta autora describe 3 posiciones para madre y bebé en función de la posición de cada uno de ellos:

- Crianza Biológica: todo el cuerpo del bebé está encarrado al de la madre y permanece en estrecho contacto con él y la madre está recostada sobre su espalda en ángulo de entre 15 y 64 grados con la horizontal (figura 1).
- Crianza Biológica Parcial: existe un espacio de separación parcial entre el cuerpo de la madre y su bebé y el cuerpo materno está recostado con un ángulo de entre 0 y 14 grados con respecto a la horizontal (tumbada boca arriba o de lado) (figura 2).
- Crianza No Biológica: el único contacto entre madre y bebé es el existente entre pecho-boca y el cuerpo de la madre se coloca en un ángulo mayor de 65 grados con la horizontal (sentada) (figura 3).

Se describen hasta 20 reflejos neonatales primitivos (endógenos, antigraavedad, motores y rítmicos) agrupados alrededor de 2 comportamientos: 1: buscar-y-encontrar-el-pecho y 2: agarrarse-succionar-y-obtener-leche.

Se observa que cuando la madre ofrece el pecho en posición semi-reclinada, con el bebé pegado a ella completamente (posición de crianza biológica), la interacción que se establece entre madre e hijo permite la liberación de comportamientos instintivos maternos y estimula mayor número

ro de reflejos primitivos neonatales que facilitan el amamantamiento. En esta posición, si se permite el tiempo necesario, normalmente el bebé mueve la cabeza y repta hacia el pecho, encontrándolo y agarrándose espontánea y correctamente, incluso en madres que no consiguen fácilmente un agarre en otras posiciones.

Además, se observa que en posición de crianza no biológica algunos de estos reflejos neonatales primitivos aparecen como obstáculo al amamantamiento en lugar de facilitarlos.

## EVALUACIÓN DE LA TOMA

Es importante realizar una o varias evaluaciones de la toma al pecho, especialmente en los primeros días. Siempre debe realizarse si la madre expresa problemas o hay signos de que la lactancia no está bien establecida. Para la evaluación de la toma puede utilizarse el esquema publicado por la Comisión Europea<sup>7</sup>.

Existen diversas posturas que pueden asegurar un correcto amamantamiento, pero todas ellas deben permitir que la madre esté cómoda antes de ponerse el bebé al pecho.

Tanto si la madre está sentada o tumbada es importante asegurar que su espalda, hombros y brazos tienen el apoyo necesario para una postura relajada y cómoda. En las posturas sentadas, puede ser útil un taburete que le permita alzar los pies, y en las tumbadas, almohadas que procuren el apoyo adecuado de cuello y cabeza maternos.

En cualquier caso, si la postura es la adecuada, el clínico podrá constatar que:

- Madre e hijo están relajados y cómodos durante la toma (la espalda, brazos y cuello de la madre tienen el suficiente apoyo y no están en posturas forzadas) (figura 4).
- La cabeza, cuello y cuerpo del lactante se mantienen en un único plano, encarados hacia el pecho de la madre y el cuello está ligeramente deflexionado (hacia atrás), “barriga con barriga, barbilla con tetilla” (figura 5). El plano puede mantenerse en paralelo con el eje del cuerpo materno, en diagonal o en transversal, esto no es importante.
- Pueden observarse signos de buen agarre: la boca del lactante está ampliamente abierta (el ángulo que forma la comisura bucal es mayor de 120 grados) y abarca una amplia zona de areola, mantiene la barbilla pegada al pecho, el labio inferior evertido y las mejillas redondeadas (figura 6).

Figura 4. La espalda, brazos y cuello de la madre tienen el suficiente apoyo y no están en posturas forzadas; madre e hijo están cómodos durante la toma



Cedida por el Concurso Fotográfico Lactancia Materna. Hospital Marina Alta de Denia (Comunidad Valenciana).

Figura 5. “Barriga con barriga, barbilla con tetilla”. La cabeza, cuello y cuerpo del lactante se mantienen en un único plano, frente al pecho de la madre, y el cuello está ligeramente deflexionado (hacia atrás)



Tabla 1. Signos de correcta posición y buen agarre: garantía de éxito en la lactancia materna

Posición correcta del bebé al pecho	Signos de buen agarre
Cabeza y cuerpo en línea recta	El mentón toca el pecho
La cara mira hacia el pecho, la nariz frente al pezón	La boca está muy abierta
Madre y bebé muy juntos	Labios evertidos (hacia fuera)
Apoyo a las nalgas, no sólo a la cabeza y cuerpo	Mejillas redondas o aplanadas contra el pecho
	Más areola visible por encima de la boca
	El pecho se ve redondeado

Figura 6. Signos de buen agarre: la boca del lactante está ampliamente abierta (el ángulo de su comisura bucal es mayor de 120°) y abarca una amplia zona de areola, mantiene la barbilla pegada al pecho, el labio inferior evertido y las mejillas redondeadas



También pueden observarse otros signos que indican un amamantamiento adecuado:

- Succión vigorosa en brotes rítmicos.
- Signos visibles y audibles (apropiados para la edad) de deglución.
- Movimientos visibles de oreja y mandíbula durante la succión y la deglución.
- El bebé no escupe leche durante la toma.
- Micciones claras y abundantes (6 ó más a partir del quinto día) y deposiciones adecuadas para la edad.
- Pezones sin alteraciones morfológicas anormales antes ni después de la toma.
- La mama parece más vacía tras la toma.
- El bebé tiene los labios mojados tras la toma.
- El bebé en brazos de su madre, no llora tras la toma.

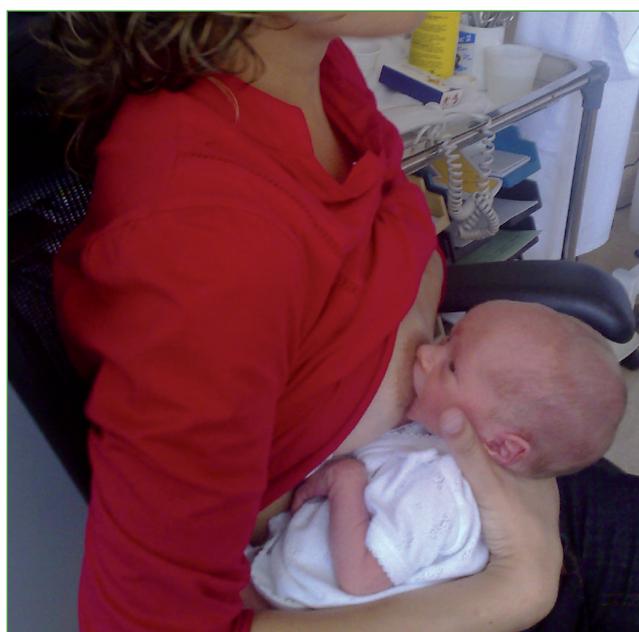
Existen una gran variedad de formas y tamaños de pechos, pezones y de elasticidad del tejido mamario y areolar, así como de bocas de lactantes en cuanto a morfología y función. La mayoría de las combinaciones son funcionales pero ocasionalmente surgen problemas que pueden requerir ayuda.

Las madres de prematuros o niños con problemas de hipotonía pueden encontrar más cómoda la vertical o la posición en “balón de rugby” (figuras 7 y 8).

Figura 7. La postura en “balón de rugby” es muy útil para amamantar a la vez a dos gemelos.



Figura 8. Las madres de prematuros o niños con problemas de hipotonía pueden encontrar más cómoda la vertical o la posición en “balón de rugby”



## BIBLIOGRAFÍA

1. Nelson EA. Warm chain for breastfeeding *Lancet* 1994;344:1701.
2. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr*. 2005;8:39-46.
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra, Suiza: OMS, 2002.
4. Paricio Talayero JM, Santos SL, Fernandez FA, Marti BE, Bernal FA, Ferriol CM, et al. Lactancia materna: conocimiento, actitudes y ambigüedad socio-cultural. *Aten Primaria*. 1999;24:337-43.
5. Tembory Molina MC. Conocimientos sobre lactancia materna entre los residentes de pediatría. *An Pediatr (Barc)* 2003;58:263-7.
6. International code on marketing of breastmilk substitutes adopted by W.H.O. Assembly. *Aust Nurses J* 1981;11:20-2.
7. Saadeh MR. A new global strategy for infant and young child feeding. *Forum Nutr* 2003;56:236-8.
8. European Commission. Directorate of Public Health and Risk Assessment. Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union 2006. [Fecha de consulta 26 de febrero de 2010]. Disponible en: [http://www.burlo.trieste.it/old\\_site/Burlo%20English%20version/Activities/research\\_develop.htm](http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm)
9. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la Práctica Pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. *An Pediatr (Barc)* 2005; 63:340-56.
10. Colson S. Biological nurturing (1). A non-prescriptive recipe for breastfeeding. *Pract Midwife* 2007;10:42-7.