



# Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España

L. Barriuso Lapresa<sup>a</sup>, F. Sánchez-Valverde Visus<sup>a</sup>, C. Romero Ibarra<sup>a</sup> y J.C. Vitoria Comerzana<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

<sup>b</sup>Servicio de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

(An Esp. Pediatr. 2000; 52: 225-231)

## Objetivos

Se estudia la influencia que ejercen las pautas hospitalarias en la incidencia y prevalencia de la lactancia materna en las 15 maternidades más importantes del centro-norte de España.

## Métodos

La investigación se ha llevado a cabo en un total de 1.175 niños seleccionados en el período comprendido entre octubre y diciembre de 1992. Se realizó un estudio prospectivo a lo largo de los primeros 12 meses de vida. Se diseñó una base de datos en DBase-IV exportándose posteriormente al paquete estadístico SPSS para Windows 6.0. El estudio estadístico asociativo se realizó mediante el test de la  $\chi^2$ .

## Resultados

La presencia del marido en el parto no influye en la prevalencia de la lactancia materna. El *rooming-in* la dificulta. Los partos distócicos, y en especial las cesáreas, dificultan la lactancia materna. La entrega de suero glucosado y la puesta al pecho tardía también la dificulta.

## Conclusiones

Las pautas empleadas en las maternidades del centro-norte de España se alejan del decálogo de la Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños. La puesta al pecho precoz y la restricción de suplementos glucosados favorecen la lactancia materna. Las distocias la dificultan.

## Palabras clave:

*Pautas hospitalarias. Lactancia materna. Pactos distócicos. Cesáreas.*

## MATERNITY PROTOCOLS ABOUT BREASTFEEDING IN THE NORTH-CENTER OF SPAIN

## Objectives

To investigate the influence of the maternity protocols on frequency and prevalence of breastfeeding in the 15 most important maternity units from the north-center region of Spain.

## Methods

From October 1992 to December 1992 we collected 1175 newborn babies and we followed them up for 12 months. A protocol study was designed to collect the data in DBase IV format and the statistical study was done with SPSS version Window 6.0.  $\chi^2$  test was applied.

## Results

The presence of the father at the delivery did not influence breastfeeding. The rooming-in was an adverse factor. Instrumental delivery and specially cesarean section act as an adverse factor for breastfeeding. To feed the baby with glucose or water and to delay the breast exposure was also negative to breastfeeding.

## Conclusions

The protocols used in the Spanish north-center maternity units are at a distance from those of Baby-friendly-Hospital Initiative. The early exposure to the breast and the restriction of bottle-feed with glucose in the early hours of life favours breast feeding. Instrumental delivery act as an adverse factor for breastfeeding.

## INTRODUCCIÓN

El primer año de vida es una época fundamental en el desarrollo del niño: es la fase de mayor crecimiento. Para que así sea, es preciso que la alimentación del niño se adecue a sus necesidades. Pero ni el recién nacido ni el lactante decide cómo alimentarse, es su familia y en último término la sociedad quién decide cómo hacerlo. Sin duda, la sociedad influye directa o indirectamente, imponiendo modelos de alimentación. Así, en las últimas décadas la lactancia materna (LM) ha sufrido diversos vaivenes en función de los cambios vividos en la sociedad, y nuestro país no ha sido ajeno a ellos.

Los distintos estudios epidemiológicos realizados sobre la LM, además de darnos a conocer su incidencia y

**Correspondencia:** Dra. L. María Barriuso Lapresa. Pío XII, 18, 9.º C, esc. izq. 31008 Pamplona. Navarra.

Recibido en octubre de 1998.

Aceptado para su publicación en enero de 2000.

prevalencia, también han investigado sus posibles asociaciones estadísticas con diversas variables (maternas, culturales, sociales). En las últimas décadas se han publicado numerosos artículos que demuestran que las pautas de la maternidad ejercen una clara influencia sobre la prevalencia de la LM, especialmente durante las primeras semanas. A lo largo de estos primeros días la madre está muy receptiva a cualquier información que pueda recibir sobre su hijo. Reiff et al<sup>1</sup> consideran que las rutinas hospitalarias y todo su *staff* ejercen una gran influencia sobre las prácticas de alimentación del bebé por medio de una enseñanza verbal y de otra no verbal (modelo hospitalario, actitudes, etc.). Según estos autores es mayor la influencia no verbal que la verbal. La actitud positiva del personal del hospital hacia la LM la favorece<sup>1-4</sup>, mientras que la ausencia de una opinión favorable o su ignorancia la dificulta<sup>5-7</sup>.

Tras revisar la bibliografía, a continuación, exponemos las pautas que se consideran más influyentes sobre la LM.

**Presencia del marido en el parto.** Favorece la LM<sup>8,9</sup>. Tal vez, el marido que voluntariamente desea acompañar a su mujer durante el parto sea un hombre más implicado en la maternidad. Además, se ha demostrado que su presencia disminuye la ansiedad materna y las necesidades de analgesia, lo cual favorece la LM.

**Entrega de muestra-regalo.** La entrega de muestras gratuitas de leche artificial (LA), ya sea en el momento del alta de maternidad o previamente, tiene un efecto controvertido. Algunos autores consideran que dificulta la LM<sup>10</sup>, mientras que para otros no la modifica<sup>11</sup>.

**Puesta al pecho.** El momento de la puesta al pecho es muy importante para iniciar y continuar con éxito la LM. La puesta al pecho y la succión precoz favorecen la misma<sup>12-15</sup>, mientras que la puesta tardía la dificulta<sup>16</sup>.

**Ayudas.** La entrega rutinaria en maternidad de ayudas de LA o suero glucosado dificulta la LM<sup>7,12,17-19</sup>, mientras que su restricción la favorece<sup>13,20</sup>.

**Rooming-in.** La interacción continua y frecuente entre madre e hijo, al igual que la succión frecuente, favorece la secreción de leche materna ya que eleva las concentraciones séricas de prolactina<sup>21-23</sup>. Por tanto, cualquier método de cohabitación entre madre e hijo que permita que ésta sea permanente, la favorece<sup>12,15,20,24</sup>.

**Días de estancia hospitalaria.** Su efecto sobre las cifras de LM es controvertido. Para algunos autores un mayor número de días la favorece, mientras que para otros tiene un efecto contrario<sup>7,25</sup>.

**Alimentación con horario.** La alimentación con un horario rígido dificulta la LM<sup>7,26</sup> mientras que la alimentación a demanda la favorece<sup>10,13</sup>.

**Separación madre-hijo.** La separación madre-hijo dificulta la LM. Esta interferencia es mayor cuanto más prolongada y precoz sea la misma<sup>27,28</sup>. Hay que evitar las separaciones prolongadas e innecesarias para favorecer la LM<sup>29</sup>.

Otros aspectos importantes asociados a la estancia hospitalaria, aunque no propiamente considerados pautas, son la asistencia a clases de preparación al parto y la depresión posparto. La asistencia a clases de preparación en las que se informe sobre la LM la favorece. Señalar las ventajas de la LM, enseñar la técnica de amamantamiento, resolver dudas a las madres, etc. en períodos ajenos al estrés del ingreso, promueven, sin duda alguna, la LM<sup>15,23,30</sup>. Sin embargo, el estado de depresión frecuente en muchas mujeres tras el parto la dificulta<sup>31</sup>.

Cada vez conocemos mejor las ventajas que tiene la LM para la salud del niño a corto y largo plazo. Asimismo, también evidenciamos que las cifras actuales de LM están muy alejadas de las idóneas. Por tanto, es obvio que la promoción de la LM es una necesidad urgente. En esta línea se encuentra la Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños, promulgada en 1989 por la OMS y la UNICEF para promocionar la LM desde la misma maternidad (tabla 1).

Los objetivos del presente trabajo son:

1. Conocer las pautas de las 15 maternidades más importantes del centro-norte de España con respecto a la lactancia materna.
2. Conocer la influencia que ejercen dichas pautas sobre la prevalencia de la LM en esta región.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La zona de estudio está comprendida por Aragón, Navarra, La Rioja, País Vasco, Cantabria y Soria. Han colaborado los pediatras adscritos a las unidades de gastroenterología y nutrición de los hospitales referidos en la

**TABLA 1. Decálogo de la Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural</li> <li>2. Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica dicha política</li> <li>3. Informar a todas las embarazadas sobre las ventajas de la lactancia natural</li> <li>4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia natural en la media hora siguiente al parto</li> <li>5. Enseñar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño</li> <li>6. Dar únicamente a los recién nacidos leche materna sin ningún otro alimento salvo por indicación médica</li> <li>7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 h del día</li> <li>8. Fomentar la lactancia natural cada vez que lo pida el niño</li> <li>9. No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes</li> <li>10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos</li> </ol>
---

TABLA 2. Distribución de casos por hospitales

Hospital	Provincia	Comunidad	N.º de niños	Total (%)	Partos totales (%)
Miguel Servet	Zaragoza	Aragón	143	12,2	75
Clínico	Zaragoza	Aragón	67	5,7	
SS Calatayud	Zaragoza	Aragón	20	1,7	
SS Alcañiz	Teruel	Aragón	28	2,4	90
SS Teruel	Teruel	Aragón	30	2,6	
SS Huesca	Huesca	Aragón	39	3,3	53,7
SS Jaca	Huesca	Aragón	10	0,9	
Virgen del Camino	Navarra	Navarra	122	10,4	67
SS Logroño	La Rioja	La Rioja	66	5,6	98
Txagorritxu	Álava	País Vasco	78	6,6	90
Aránzazu	Guipúzcoa	País Vasco	149	12,7	62
Cruces	Vizcaya	País Vasco	201	17,1	78
Basurto	Vizcaya	País Vasco	51	4,3	
Valdecilla	Cantabria	Cantabria	131	11,1	90
SS Soria	Soria	Soria	40	3,4	93,4

\*Porcentaje de partos sobre el total provincial anual.

tabla 2. Dada la variación que existe con respecto a la proporción estimada de madres que pudieran estar dando el pecho a sus hijos cada mes, se calculó el número de sujetos necesario para la estimación de una proporción, tomando la hipótesis más desfavorable de una proporción esperada de 0,50, un nivel de confianza de  $(1-\alpha) = 95\%$  y un error beta o precisión de  $\pm 3\%$ . El número de sujetos necesarios era de 1.067. Finalmente, el trabajo se realizó con 1.175 niños. A cada zona y hospital se le asignó el número de niños que tenían que aportar proporcionalmente a la cifra de partos de cada comunidad autónoma o área estudiada. El reparto del número de niños estudiados en cada centro lo podemos observar en la tabla 2. En todos los casos, el porcentaje de partos de estos hospitales era superior al 50% de los de su provincia. Esto nos hace considerar que los resultados obtenidos en nuestro estudio son representativos de toda el área geográfica.

Los niños se seleccionaron en el momento del nacimiento por muestreo consecutivo. Se excluyeron los partos gemelares, los recién nacidos de bajo peso, los prematuros, los que habían ingresado en el servicio de neonatología y aquellos que pertenecían a grupos marginales. Al alta se rellenaban los datos de la encuesta correspondientes a la identificación y a la situación de la lactancia en dicho momento. El seguimiento se realizaba telefónicamente, siempre por la misma persona en cada zona, mediante llamada mensual para conocer la situación de la lactancia. Cuando se abandonaba completamente la LM se cerraba el caso. Como casos control se emplearon muestras seleccionadas de dichas encuestas en las que se comprobó la veracidad de los datos

acudiendo a sus historias clínicas del centro de salud, observándose una concordancia del 98%. El estudio se realizó en el período comprendido entre octubre de 1992 y diciembre de 1993. Previamente, se celebró una fase piloto para comprobar las diversas dificultades de la metodología y verificar el grado de adhesión al estudio por parte de los seleccionados. La encuesta que se realizaba a las madres se representa en la tabla 3.

Se diseñó un registro mediante codificación numérica de todas las variables estudiadas (tabla 3). La recogida de datos se centralizó en uno de los hospitales colaboradores, el Hospital Virgen del Camino de Pamplona, donde un solo observador introdujo todos los datos en una base de datos diseñada en el programa Database-IV. A continuación se depuró y se explotó tras su exportación al paquete estadístico SPSS para Windows 6.0. El estudio estadístico asociativo se realizó mediante la aplicación del test de la  $\chi^2$ . En las tablas expuestas se indica la significación estadística de las comparaciones realizadas. Se rechazó la hipótesis nula cuando el valor de  $p$  era menor o igual a 0,05.

## RESULTADOS

En la tabla 4 podemos observar los resultados con respecto a las rutinas de maternidad estudiadas. Las cifras se refieren siempre a los registros válidos para dicha variable. Se consideró *rooming-in* cuando el niño durante los primeros días de vida estaba dentro de la habitación de la madre. Se incluían los casos en que la cuna del recién nacido disponía de un mecanismo giratorio hacia una *box* interior accesible al personal de enfermería.

La puesta al pecho se investigó a través de una variable con las siguientes categorías:

- Categoría 1. Inferior a 30 min (38 casos; 3,4%).
- Categoría 2. De 30 a 60 min (22 casos; 2 %).
- Categoría 3. De 60 a 120 min (49 casos; 4,4%).
- Categoría 4. De 120 a 240 min (120 casos; 10,7%).
- Categoría 5. Superior a 240 min (890 casos; 79,5%)

En total, respondieron a esta pregunta 1.119 madres, ya que 56 de ellas (4,8%) decidieron no iniciar la LM o, por diversos condicionantes, no la pudieron iniciar. Posteriormente, se generó una nueva variable sobre la puesta del niño por primera vez al pecho, con las siguientes categorías: precoz (categorías 1 y 2), media (categorías 3 y 4) y tardía (categoría 5).

El perfil medio del parto en estas maternidades fue el siguiente: se trataba de un parto eutócico, en donde la madre no estuvo acompañada por su marido; el bebé se puso tardíamente al pecho y se le ofreció casi sistemáticamente suero glucosado o agua; el recién nacido cohabitaba con la madre, generalmente, según el método *rooming-in*, y la estancia media fue de 4,2 días, siendo la más frecuente de 3 días.

**TABLA 3. Variables incluidas en el registro**

Identificación materna
Zona
Provincia
Hospital
Medio Geográfico
Edad de la madre
Nivel de estudios de la madre
Situación laboral madre
Número de hijos
Identificación perinatal
Días de estancia hospitalaria
Peso natal
Preparación del parto
Muestra-regalo
Tipo de parto
Presencia del marido en el parto
Rooming-in
Tiempo de puesta al pecho
Suero glucosado
Prevalencia de lactancia materna, mixta y artificial
Al alta hospitalaria
1 mes
2 meses
3 meses
4 meses
5 meses
6 meses
Edad de introducción de la lactancia materna
Causa identificada para el abandono de la lactancia materna (pregunta abierta; admite respuesta múltiple)
Decisión materna
Pauta hospitalaria
Indicación hospitalaria
Hipogalactia
Escasa ganancia ponderal
Separación materno-infantil
Trabajo materno
Persona que indica la introducción de leche artificial (pregunta abierta; admite respuesta múltiple)
Iniciativa propia
Pediatra
Familiar
Amistades
Farmacéutico
Otros sanitarios
Controles periódicos del niño (pregunta abierta; admite respuesta múltiple)
Centro de salud
Ambulatorio
Consulta privada
Médico general
Enfermera y/o comadrona

Una vez realizado el estudio descriptivo de la muestra, desglosamos la prevalencia de la LM según las diversas pautas investigadas. Al emplear el término LM siempre nos referimos al porcentaje de madres que sólo dan LM, es decir, a la lactancia materna exclusiva. Los resultados se presentan en las tablas 5 a 8.

La presencia del marido en el parto no influye en las cifras de LM a lo largo del primer semestre de vida (tabla 5).

**TABLA 4. Variables de identificación perinatal**

	N.º de casos	totales	n (%)
Marido en el parto			
Sí	1.167		364 (31,2)
No			803 (68,8)
Tipo de parto			
Normal	1.174		935 (79,6)
Cesárea			141 (12)
Otras distocias			98 (8,3)
Rooming-in			
Sí	1.168		954 (81,7)
No			214 (18,3)
Puesta al pecho			
Precoz	1.119		60 (5,4)
Media			169 (15,1)
Tardía			890 (79,5)
Suero glucosado y/o agua			
Sí	1.120		1.086 (97)*
No			34 (3)
Estancia media del niño	1.162		4,2 días

\*47 niños recibieron agua.

**TABLA 5. Prevalencia de lactancia materna según la presencia del marido en el parto (%)**

	Categoría		p (χ²)
	Sí	No	
LI	81,3	79,2	NS
L1	51,1	54,1	NS
L2	39	41,3	NS
L3	26,4	27,6	NS
L4	16,9	17,6	NS
L5	8,8	11,6	NS

LI: Lactancia al alta de maternidad; L1: al mes de vida; L2: a los 2 meses; L3: a los 3 meses; L4: a los 4 meses; L5: a los 5 meses; L6: a los 6 meses.

**TABLA 6. Prevalencia de lactancia materna según la realización de rooming-in (%)**

	Categoría		p (χ²)
	Sí	No	
LI	77,9	87,9	NS
L1	52,2	61,5	NS
L2	38,6	48,1	0,0466
L3	25,1	35,1	0,0108
L4	15,9	22,4	0,0379
L5	9,8	14,2	NS

LI: Lactancia al alta de maternidad; L1: al mes de vida; L2: a los 2 meses; L3: a los 3 meses; L4: a los 4 meses; L5: a los 5 meses; L6: a los 6 meses.

La realización del rooming-in la dificulta (tabla 6). También se investiga la prevalencia de la LM en función del tipo de parto (tabla 7). Aunque se objetivan pocas diferencias significativas, las cesáreas parecen ser los partos más desfavorables para la consecución de una LM prolongada. Si agrupamos todas las distocias, observamos que las cifras de LM son significativamente mayores en los partos eutócicos que en los distócicos en el momen-

TABLA 7. Duración de la lactancia materna según el tipo de parto (%)

	Tipo de parto			p ( $\chi^2$ )	Cesárea + otras distocias	p ( $\chi^2$ )
	Eutócico	Cesárea	Otras distocias			
L1	82,4	66	73	NS	68,6	0,0336
L1	55,6	45,7	48,9	0,0899	46,9	NS
L2	41,8	36,2	33,7	NS	35,1	0,0998
L3	28,8	19,1	22,8	0,0806	20,5	NS
L4	17,9	14,2	15,3	NS	14,6	0,0284
L5	11,2	7,4	9,8	NS	8,4	NS

L1: Lactancia al alta de maternidad; L1: al mes de vida; L2: a los 2 meses; L3: a los 3 meses; L4: a los 4 meses; L5: a los 5 meses; L6: a los 6 meses.

to del alta de maternidad y al tercer mes de vida. La no administración de suero glucosado y la puesta al pecho precoz incrementan significativamente las cifras de LM durante el segundo trimestre de vida (tabla 8).

## DISCUSIÓN

Como ya hemos comentado en la introducción, los primeros días posparto son muy decisivos con respecto al tipo de lactancia escogida. Durante esos días, la madre es muy receptiva a toda la información que le pueda llegar y unas adecuadas pautas hospitalarias pueden ser determinantes en la prevalencia y duración de la LM. En nuestro estudio únicamente 56 madres (4,8%) decidieron no iniciar la lactancia materna, o bien no pudieron hacerlo por diversos condicionantes. Este dato es completamente concordante con la bibliografía. En España, aproximadamente el 90% de las madres considera la LM el modo idóneo para alimentar a su bebé, y así desean hacerlo<sup>7,32,34</sup>.

En nuestro estudio, la presencia del marido en el parto no influyó en las cifras de LM. En la bibliografía se recogen muchos artículos que contemplan el efecto positivo

de dicha presencia<sup>8,9</sup>. Posiblemente, en nuestro caso su presencia no haya resultado beneficiosa, ya que el hecho de que el padre esté o no presente no depende de su voluntad sino de las normas vigentes en cada maternidad. El padre que desea asistir, en ocasiones no podrá acompañar a la madre durante el parto por estar así establecido.

Además, en nuestro estudio se pone de manifiesto que los partos distócicos, dificultan la LM. Este dato es concordante con muchos trabajos que evidencian que los partos distócicos, y en especial las cesáreas, dificultan la LM<sup>8,35-37</sup>. El empleo de anestesia general, la necesidad de observar a la madre en la sala de despertar con la consiguiente separación de madre e hijo, el mayor malestar de la madre tras este tipo de parto, etc., dificultan la LM. En nuestro trabajo, las cesáreas no han presentado diferencias significativas con los partos eutócicos, posiblemente porque el número recogido es pequeño (12% de los partos). Pensamos que el motivo radica en los criterios de exclusión. Al eliminar los partos gemelares, los prematuros, los recién nacidos de bajo peso y los neonatos que han precisado ingreso, posiblemente estemos reduciendo considerablemente la proporción de cesáreas.

En nuestro trabajo se ha puesto de manifiesto que la puesta al pecho precoz favorece la LM.

Este resultado concuerda con muchos trabajos publicados con anterioridad, tal y como se ha descrito en la introducción<sup>12-15</sup>. Sin embargo, en nuestro caso el *rooming-in* no favorece la LM. Este dato contradice a los de muchos trabajos publicados con anterioridad, de ahí que nos hayamos planteado la posibilidad de que ésta pudiera ser una variable de confusión. Quizás la realización de *rooming-in* en realidad enmascare otro tipo de condición que influya negativamente en las cifras de LM.

Nuestro estudio objetiva que el empleo sistemático de suplementos o de pacificantes dificulta la LM, lo cual es completamente concordante con lo publicado hasta la actualidad. Los suplementos al saciar al bebé disminuyen la succión y, por consiguiente, la secreción de prolactina y, en último término, de leche<sup>7,12,17-19</sup>.

TABLA 8. Duración de la lactancia materna según otras rutinas de maternidad (%)

	Variable									
	Suero glucosado			Puesta al pecho				Puesta al pecho		
	Sí	No	p ( $\chi^2$ )	Precoz (< 60 min)	Media (60-120 min)	Tardía (> 120 min)	p ( $\chi^2$ )	Precoz (precoz + media)		p ( $\chi^2$ )
								(< 120 min)	(> 120 min)	
L1	80,1	75,3	NS	90	93,9	82,6	NS	91,7	82,6	NS
L1	53,5	61,8	NS	66,1	67,4	54,4	NS	64,2	54,4	NS
L2	39,9	52,9	NS	50,8	54,3	41,4	NS	50,4	41,4	NS
L3	27,1	35,3	NS	35,6	41,3	26,3	NS	36,7	26,3	0,0476
L4	16,5	32,4	0,0269	27,1	32,6	16,9	0,0244	28,4	16,9	0,0073
L5	10,4	20,6	NS	16,9	26,1	9,4	0,0020	20,2	9,4	0,0010
			0,0741							



Es evidente que las pautas que existían en las maternidades del centro-norte de España en el momento del estudio se alejaban de las estipuladas en el decálogo de la Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños. De modo casi sistemático, a los neonatos se les administraba ayudas pacificantes, la puesta al pecho se realizaba mayoritariamente de modo tardío y con frecuencia se establecían horarios rígidos de amamantamiento. Además, el *rooming-in* no estaba lo suficientemente generalizado, por lo que las madres no convivían de modo continuado con su hijo y difícilmente podían lactarlo sin horario. Diversos estudios han evidenciado que la implantación de las pautas promulgadas por la OMS-UNICEF consiguen un importante incremento en la tasa de LM en el momento del alta hospitalaria<sup>38,39</sup>. En la actualidad, en el centro-norte de España se están realizando serios esfuerzos por aproximar nuestras pautas a éstas. Sin embargo, aún estamos lejos de que el decálogo sea una realidad cotidiana en nuestras maternidades.

En conclusión, podemos extraer los siguientes puntos: *a)* en este período de tiempo las pautas vigentes en las maternidades del centro-norte de España se alejaban de las promulgadas por la Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños; *b)* la presencia del marido en el parto no influenciaba la lactancia materna; *c)* los partos distócicos dificultaban la lactancia materna, y *d)* la entrega de suero glucosado y la puesta al pecho tardía dificultaban la lactancia materna.

## BIBLIOGRAFÍA

- Reiff MI, Essock-Vitale SM. Hospital influences on early infant-feeding practices. *Pediatrics* 1985; 76: 872-879.
- Verkasalo M. Recent trends in breast feeding in Southern Finland. *Acta Paediatr Scand* 1980; 69: 89-91.
- Jones DA, West RR. Lactation nurse increases duration of breast feeding. *Arch Dis Child* 1985; 60: 772-774.
- Winikoff B, Myers D, Laukaran VH, Stone R. Overcoming obstacles to breast-feeding in a large municipal hospital: applications of lessons learned. *Pediatrics* 1987; 80: 423-433.
- Hung BK, Ling L, Ong SG. Sources of influence on infant feeding practices in Hong-Kong. *Soc Sci Med* 1985; 20: 1143-1150.
- Aberman S, Kirchoff KT. Infant-feeding practices. Mothers' decision making. *J Pediatr* 1985; 14: 394-398.
- Temboury MC, Otero A, Polanco I, Tomás M, Ruiz F, García MC. La lactancia materna en un área metropolitana. (I). Análisis de la situación actual. *An Esp Pediatr* 1992; 37: 211-214.
- Tamminem T, Verronem S, Saarikoski S, Goransson A, Toumiranta H. The influence of perinatal factors on breast-feeding. *Acta Paediatr Scand* 1983; 72: 9-12.
- Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progression and perceptions of labour and breastfeeding. *Br J Obst Gynaecol* 1991; 98: 756-764.
- Strembel S, Sass S, Cole G, Hartner J, Fischer C. Breast-feeding policies and routines among Arizona hospitals and nursery staff: results and implications of a descriptive study. *J Am Diet Assoc* 1991; 91: 923-925.
- Guthrie GM, Guthrie HA, Fernández TL, Eestrera NO. Infant formula samples and breastfeeding among Philippine urban poor. *Soc Sci Med* 1985; 20: 713-717.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. Modalidades de lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural. Ed. OMS. Ginebra; 1981.
- Helsing E, Kjaernes U. A silent revolution-changes in maternity ward routines with regard to infant feeding in Norway 1973-1982. *Acta Paediatr Scand* 1985; 74: 332-337.
- Taylor PM, Maloni JA, Taylor FH, Campbell SB. Extra-early mother-infant contact and duration of breast-feeding. *Acta Paediatr Scand* 1985; 316: 15-22.
- Gupta A, Gupta R. Obstetric and infant feeding practices in Punjab: effect of educational intervention. *Indian Pediatr* 1992; 29: 333-335.
- Hossain MM, Reves RR, Radwan MM, Habib M, Du Pont HL. The timing of breastfeeding initiation and its correlates in a cohort of rural Egyptian infants. *J Trop Pediatr* 1995; 41: 354-359.
- Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr Int J Paediatr* 1994; 83: 1122-1126.
- Fleischer Michaelsen K, Sauer Larsen P, Likke Ttomsen B, Samuelson G. The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breast feeding and influencing factors. *Acta Paediatr* 1994; 83: 565-571.
- Barros FC, Victora CG, Semer TC, Filho ST, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics* 1995; 95: 497-499.
- Sánchez-Valverde Visus F. Promoción de la Lactancia Materna (LM). *Pediatr Rural Extrahospital* 1994; 223: 328-334.
- Hennart P, Hofvander Y, Vis H, Robyn C. Comparative study of nursing mothers in Africa (Zaire) and in Europe (Sweden): breast feeding behaviour, nutritional status, lactational hyperprolactinaemia and status of the menstrual cycle. *Clin Neuro-pathol* 1985; 22: 179-187.
- Cable TA, Rothenberger LA. Breast-feeding behavioral patterns among La Leche League mothers: a descriptive survey. *Pediatrics* 1984; 73: 830-835.
- Cutting WA, Ludlam M. Making the best of breast-feeding. *Fam Pract* 1984; 1: 69-78.
- Kasemsarn P, Ngarmpiyasakul C, Phongpanich S, Pulkasiri N. Baby-friendly hospital: how to sustain? *J Med Assoc Thai* 1995; 78: 362-368.
- Meyer HF. Breast-feeding in the United States. Extend and possible trends. A survey of 1904 hospitals with two and quarter million births in 1956. *Pediatrics* 1958; 22: 16-21.
- Lindenberg CS, Aartola RC, Estrada VJ. Determinants of early infant weaning: a multivariate approach. *Int J Nurs Stud* 1990; 27: 35-41.
- Elander G, Lindberg T. Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr Scand* 1984; 73: 237-240.
- Elander G, Lindberg T. Hospital routines in infants with hyperbilirubinemia influence the duration of breast feeding. *Acta Paediatr Scand* 1986; 75: 708-712.
- Winikoff B, Laukaran VH, Myers D, Stone R. Dynamics of infant feeding: mothers, professionals, and the institutional context in a large urban hospital. *Pediatrics* 1986; 77: 357-365.
- Wiles LS. The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant. *JONG Nurs* 1984; 13: 253-257.

31. Tamminent T. The impact of mother's depression on her nursing experiences and attitudes during breastfeeding. *Acta Paediatr Scand* 1988; 344: 87-94.
32. Tejedor V, González D, Perdomo M, Cabello A. Factores que influyen en la elección materna del tipo de lactancia. *An Esp Pediatr* 1991; 35 (Supl 45): 64-65.
33. Moran Rey J. Lactancia materna en España. Situación actual. *An Esp Pediatr* 1992; 36: 45-50.
34. Trias E, Maldonado R, Villalbi JR, Cid I. Lactància natural a Barcelona. Percepció materna i situació actual. *But Soc Cat Pediatr* 1995; 55: 250-253.
35. Lucchini R, Nanei S, Tozzi C, Valletti F, BadII R, Ferraro M. L'allattamento al seno in Roma e provincia 1982. *Pediatr Med Chir* 1984; 6: 655-658.
36. Sachdev HP, Mehrotra S. Predictors of exclusive breastfeeding in early infancy: operational implications. *Indian Pediatr* 1995; 32: 1287-1296.
37. Pérez-Escamilla R, Lutter C, Segall AM, Rivera A, Trevino-Siller S, Sanghvi T. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. *J Nutr* 1995; 125: 2972-2984.
38. Sánchez-Valverde F, Barriuso LM, Urzainki F, Olivera JE, Sartrústegui F, Montesinos J et al. Lactancia materna y pautas hospitalarias: la revolución pendiente. *Rev Esp Pediatr* 1994; 50: 225-229.
39. Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics* 1996; 97: 669-675.