

Hablemos de...

Lactancia materna. Últimas evidencias

MARÍA TERESA HERNÁNDEZ-AGUILAR^a Y JOSEFA AGUAYO-MALDONADO^b

^aComité de Lactancia Materna de la AEP. Pediatra de Atención Primaria. Área 09 de Valencia. Valencia. España.

^bComité de Lactancia Materna de la AEP. Pediatra Neonatóloga. Hospital de Valme. Sevilla. España.



Áxel Oliveres

Puntos clave

- La lactancia materna proporciona a los lactantes amamantados, también en los países desarrollados, un riesgo menor de morbilidad y mortalidad infantil y mejora la salud de la madre que amamanta, además de proporcionar beneficios sociales y económicos a la familia y a la nación.
- Todos los niños tienen derecho a ser amamantados con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada con otros alimentos hasta los 2 años.
- Las tasas de amamantamiento en Europa son bajas y mejoran muy lentamente en países como España, donde la tasa de amamantamiento a los 6 meses es inferior al 10%.
- La adopción de los “diez pasos hacia una feliz lactancia natural” y del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna que promueve la IHAN, es necesaria para apoyar y promocionar la lactancia materna en nuestras maternidades y aumentar la incidencia y duración de la lactancia materna.
- Es hora de que los pediatras reconozcamos que la lactancia materna es la norma biológica para la alimentación y crianza del lactante.

Introducción

Pocos discuten en la actualidad que la leche humana protege a los lactantes del mundo en desarrollo de la malnutrición y de diversas enfermedades infecciosas agudas, como la diarrea o las enfermedades respiratorias. Sin embargo, la magnitud de los beneficios de la alimentación con pecho materno (y el impacto nocivo de la alimentación con sustitutos artificiales) sobre la salud de los lactantes de los países con grados de desarrollo adecuados, no son tan evidentes para

muchos científicos, agentes de salud y público en general. Con este artículo, desde el Comité de Lactancia Materna de la AEP queremos, a la luz de la evidencia científica más reciente, destacar los beneficios que la lactancia materna ofrece a nuestros lactantes, sus madres, sus familias y a la sociedad en general. Además, se recogen las recomendaciones internacionales para la promoción y apoyo de la lactancia materna en hospitales y centros de salud.



Beneficios de la lactancia materna

En 1991, Cunningham y Jelliffe¹ publican un resumen de la evidencia científica disponible, que demuestra la superioridad de la leche materna frente a los sustitutos artificiales, incluso en aquellos países en los que no existen problemas de saneamiento de las aguas y en los que los servicios sanitarios permiten la supervivencia de grandes prematuros. Posteriormente, Bick et al², en 1999, confirman el papel protector de la ingesta de leche materna contra las infecciones gastrointestinales, la otitis media y la enterocolitis necrosante en diversos países del mundo desarrollado. De forma similar, en una revisión Cochrane de 2002, Kramer³ afirma que existe evidencia de que la lactancia materna disminuye el riesgo de dermatitis atópica y enfermedades alérgicas en los neonatos con historia familiar de atopia, así como el riesgo de muerte súbita del lactante.

La lactancia materna, frente a los sustitutos artificiales, es el alimento ideal para el lactante, incluso en países desarrollados, por contribuir a un mejor crecimiento y desarrollo, disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad infantil, mejorar la salud de la madre que amamanta y proporcionar beneficios sociales y económicos a la familia y a la nación.

La leche materna previene las infecciones gastrointestinales, la otitis media y la enterocolitis necrosante y disminuye el riesgo de dermatitis atópica, enfermedades alérgicas, enfermedad celíaca, diversas enfermedades autoinmunitarias, algunos cánceres infantiles y el riesgo de hospitalización por enfermedad respiratoria grave en los lactantes del mundo desarrollado.

Además, la lactancia materna disminuye el riesgo de hospitalización por enfermedad respiratoria. Los niños nacidos en países ricos (no prematuros ni con bajo peso al nacimiento) que no son amamantados tienen un riesgo 3 veces mayor de padecer una enfermedad grave de las vías respiratorias inferiores que precise hospitalización (en comparación con los niños que son alimentados durante al menos 4 meses con lactancia materna exclusiva)⁴. Por otra parte, la lactancia materna, mediante la transferencia de anticuerpos antiidiotipo y linfocitos⁵ aumenta la respuesta inmunitaria tras la vacunación y estimula activamente el sistema inmunitario del recién nacido⁶, lo que explicaría por qué la lactancia materna disminuye el riesgo de desarrollar enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunitarias o la enfermedad de Crohn⁷, diabetes mellitus⁴ o cáncer⁸. Si calculamos el número necesario de casos para tratar (NNT), basán-

donos en el estudio de Kramer⁹, las actuaciones de promoción y el apoyo de la lactancia materna sobre 100 madres consiguen que 2 parejas (madre-hijo) más lacten hasta los 12 meses y habría entre ellos 4 casos menos de diarrea, 10 casos menos de sibilancias y 6 casos menos de infección respiratoria grave. La intervención sobre 2.000 madres prevendría un caso de muerte súbita del lactante y 2 muertes infantiles.

En la actualidad, la OMS trabaja en la confección de nuevos estándares de desarrollo físico¹⁰ tras demostrarse, en estudios recientes, que el crecimiento de los lactantes amamantados es diferente del de sus congéneres alimentados con sustitutos. Los niños amamantados ganan menos peso y son más delgados al final del primer año de vida¹¹. Es posible que ésta sea la causa de la disminución de hasta un 20% del riesgo de obesidad, incluso en la adolescencia, en los niños que fueron amamantados 7 meses o más frente a los que lo fueron 3 me-

Los niños alimentados con leche materna superan en 3,16 puntos (IC del 95%; 2,35-3,98) el coeficiente intelectual de sus congéneres alimentados con leche artificial.

Existe una disminución de hasta un 20% del riesgo de obesidad, incluso en la adolescencia, en los niños que fueron amamantados 7 meses o más frente a los que lo fueron 3 meses o menos.

En breve, la Organización Mundial de la Salud publicará nuevos estándares de desarrollo físico basados en los diferentes patrones de crecimiento de los niños y niñas que han sido amamantados.

El riesgo de padecer cáncer de mama disminuye hasta en un 4,6% por cada 12 meses de lactancia en la mujer que amamanta.

ses o menos¹². Además, el metaanálisis de 20 estudios (1966-1996) de Anderson¹³ concluye que los niños alimentados con leche materna superan en 3,16 puntos (IC del:95%; 2,35-3,98) el coeficiente intelectual de sus congéneres alimentados con leche artificial.

Pero los lactantes no son los únicos que se benefician con el amamantamiento. Las madres reciben también beneficios físicos y hormonales. Amamantar reduce el riesgo de hemorragia uterina posparto, disminuye el tiempo de hemorragia menstrual (a lo largo de la vida de la mujer), reduce el riesgo y la gravedad de diversas infecciones, así como el riesgo de fractura espinal y de cadera posmenopáusicas, mejora el vínculo entre la madre y el hijo, así como la sensación de autoestima como mujer y como madre, por último, también disminuye el riesgo de cáncer de ovario¹⁴. Además, se observa un

riesgo menor, de hasta un 4,6%, de cáncer de mama por cada 12 meses de lactancia, según un metaanálisis reciente (datos de 52 estudios de 30 países: 50.302 mujeres con cáncer y 96.973 controles; efecto independiente de otros factores de riesgo: paridad, edad, menopausia o BMI¹⁵).

Epidemiología de la lactancia materna

Parece, por tanto, evidente la superioridad de la lactancia materna frente a las fórmulas artificiales, también en los países industrializados. Sin embargo, las tasas de amamantamiento en Europa son bajas y mejoran muy lentamente en países como España, Francia, Italia, Holanda, Suiza o el Reino Unido, según los informes de la OMS para la región europea. Aunque no en Suecia, donde desde la década de los 90 la tasa de prevalencia de amamantamiento es del 98% y la tasa de amamantamiento exclusivo a los 4 meses era del 61% en 1993. En España, los datos recogidos en varias comunidades, en la encuesta dirigida por el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría en 1997, obtienen una prevalencia de lactancia materna de alrededor del 20% a los 4 meses¹⁶. Conscientes de la superioridad de la leche de mujer y de la necesidad de su apoyo y promoción, el comité conjunto OMS-UNICEF realizó, en 1989, la Declaración de Innocenti¹⁷, que fue adoptada por la 45 Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1992 (resolución WHA 45.34). En ella se reconoce que la lactancia materna es el alimento ideal para el lactante, por contribuir a su crecimiento y desarrollo saluda-

bles, disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad infantil, promover la salud de la madre que amamanta y proporcionar beneficios sociales y económicos a la familia y a la nación.

Por todo ello, se reconoce el derecho de todos los lactantes y de sus madres a amamantar o ser amamantados, en exclusiva hasta los 6 meses y con otros alimentos hasta los 2 años.

Si la lactancia materna es importante, ¿por qué muchas madres no amamantan a sus hijos? En la encuesta del Comité de Lactancia de la AEP se objetivan factores de

riesgo para lactancia artificial y lactancias cortas como el bajo grado de estudios, el bajo peso al nacimiento, la prematuridad o el nacimiento por cesárea. Otros estudios describen que ser madre adolescente, ser madre no casada, el miedo a perder la silueta o a la deformación de los senos son factores que influyen negativamente para iniciar la lactancia; o bien que las madres se deciden generalmente antes del parto por un método u otro de alimentación. El apoyo institucional y social con ventajas laborales para que las madres amamanten subyace bajo las altas tasas de amamantamiento en países como Suecia.

Las tasas de amamantamiento en Europa son bajas y mejoran muy lentamente en países como España.

Prácticas de promoción de la lactancia materna

Los “diez pasos hacia una feliz lactancia natural” son la base de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) de la OMS y el UNICEF¹⁸ y engloban las acciones necesarias para apoyar la lactancia materna en las maternidades. La evidencia científica que justifica las acciones de la IHAN quedan recogidas en un documento específico¹⁹. La IHAN se desarrolló para llevar a cabo la segunda meta operacional de la declaración de Innocenti¹⁷: “garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen plenamente la totalidad de los *diez pasos hacia una feliz lactancia natural* (tabla 1) y los aspectos, aplicables a las instituciones, del *Código Internacional de Comer-*

La Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) promueve la adopción en las maternidades de los “diez pasos hacia una feliz lactancia natural” y el respeto al Código de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna.

La adopción de estas estrategias aumentaría la incidencia y duración de la lactancia materna en nuestra población.

cialización de Sucedáneos de la Leche Materna”²⁰ (tabla 2). La IHAN aborda uno de los principales factores que han contribuido a la caída de las tasas de lactancia materna: las prácticas inadecuadas de los primeros días en las maternidades y dirige su mirada hacia el inicio del amamantamiento, porque la gran mayoría de partos se produce en los hospitales y maternidades (por lo que una mejora de las actuaciones en este ámbito beneficiaría a la mayoría de los niños) y porque muchos de los fallos de la lactancia son secundarios a no haber atendido bien el comienzo de la lactancia (promovamos un buen inicio de la lactancia natural y habrá más posibilidades de realizar otros tipos de reforzamientos posteriores).

En 1995, se crea en España el Comité Nacional de la IHAN, con carácter multidisciplinar y representación de todos los eslabones sociosanitarios que trabajan en la promoción y apoyo de la LM, cuya misión fundamental es la promoción institucional. Actitudes y rutinas equivocadas de máxima seguridad (pero máxima comodidad para el personal) normas sin fundamento científico y pautas equivocadas convierten el amamantamiento en una heroicidad. Estas actitudes son antinaturales y deben ser revisadas. A pesar de que se ha avanzado mucho en estos últimos años y de que la mayoría de los hospitales aspira a mejorar sus prácticas en las maternidades, actualmente, sólo 8 hospitales españoles han recibido el galardón²¹.

En la sociedad española actual, un grado sociosanitario alto y la irrupción de la lactancia artificial como alternativa (que ha supuesto, como en otros países, que la lactancia materna no sea una cuestión de supervivencia) han permitido que la forma de alimentar a nuestros niños se convierta en una elección de la madre. Pero la mujer realiza su elección bajo la influencia de los familiares, la publicidad de los fabricantes de sucedáneos, la presión social (condicionantes laborales) y no siempre desde el conocimiento de la superioridad inigualable e inimitable de la lactancia materna. En general, se carece del apoyo de otras mujeres diestras, ya que se ha roto la cadena de transmisión de conocimientos del arte aprendido de amamantar (muchas de las mujeres que actualmente son abuelas no amamantaron). Las mujeres, en esta situación, se encuentran con contradicciones sociales, culturales y sanitarias (que viven con especial ansiedad e inseguridad) y casi ninguna experiencia para enfrentarse a pensamientos irracionales como: “no tener suficiente leche”, “llanto de hambre”, “leche aguada”, “gana poco peso”, etcétera²². Entonces piden ayuda a profesionales con grandes déficit de conocimiento, adiestramiento y asesoramiento en lactancia²³, quienes, ante la mínima dificultad y sin fundamento científico evidente, les prescriben suplementos de fórmula y pautas que interfieren en el proceso de la lactancia.

Tabla 1. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer, por escrito, de una política relativa a la lactancia natural, que se pondrá en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud para que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia, incluso si se deben separar de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar el alojamiento conjunto de madre e hijo durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados a pecho tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.

Tabla 2. Algunos artículos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (OMS, 1981).

Artículo 4.2.	Los materiales educativos para gestantes o madres de lactantes deberán incluir: efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón, (...) información sobre los riesgos para la salud del uso innecesario de los sucedáneos(...)
Artículo 5.1.	Los sucedáneos no pueden ser objeto de publicidad directa ni de ninguna otra forma de promoción destinada al público en general.
Artículo 5.2.	Los fabricantes no pueden proporcionar muestras gratuitas, directa o indirectamente, a las gestantes, a las madres o a sus familias.
Artículo 6.3.	Las instalaciones de los sistemas de atención de salud no deben utilizarse para exponer carteles relacionados con los sucedáneos o distribuir material facilitado por un fabricante o distribuidor.
Artículo 7.3.	Los fabricantes no deben ofrecer incentivos financieros o materiales a los agentes de salud o a sus familias y éstos no deben aceptarlos.
Artículo 7.4.	Los fabricantes no pueden facilitar, a los agentes de salud, muestras de sucedáneos de leche materna.
Artículo 7.5.	Los fabricantes deben declarar a la institución a la que pertenezca un agente de salud toda contribución hecha a éste o en su favor para financiar becas, viajes de estudio, investigación, (...) El beneficiario debe hacer una declaración análoga.
Artículo 8.1.	En los sistemas de incentivos de ventas para el personal de comercialización, el volumen de ventas no debe incluirse en el cómputo de las gratificaciones ni deben establecerse cuotas específicas para la venta de estos productos.
Artículo 9.2.	Las etiquetas de los envases no deben contener imágenes de lactantes ni otras imágenes que idealicen la utilización de estos preparados.
Artículo 11.2.	La vigilancia de la aplicación del código corresponde a los gobiernos. Los grupos de profesionales deben colaborar con los gobiernos a este fin.

Por todo ello, a pesar de que la mayoría de las mujeres expresa su deseo de amamantar, la prevalencia de la lactancia es baja y el destete temprano la norma, hecho en el que juega un importante papel la presión comercial. Para controlar las prácticas inadecuadas de comercialización de alimentos infantiles, la OMS elaboró el *Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna* ya mencionado, adoptado por la legislación española (la modificación más reciente es RD 72/1998 del 23 de enero) para proteger la lactancia materna y asegurar el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna. El código (¿qué gran desconocido!) obliga, por ley, al personal sanitario, los fabricantes y los gobiernos a prohibir la publicidad, las muestras gratuitas de preparados para lactantes a las madres y los regalos a los profesionales (tabla 2).

En resumen, determinadas prácticas habituales en los establecimientos sanitarios son peligrosas y deberían ser erradicadas. En las maternidades, la separación de madre e hijo sin justificación médica, la limitación de la lac-

Determinadas prácticas habituales en los establecimientos sanitarios son peligrosas y deberían ser erradicadas, como la separación de madre e hijo sin justificación médica en la maternidad o la introducción injustificada de sucedáneos y la entrega de muestras gratuitas en atención primaria.

Es preciso mejorar la formación del personal sanitario y la adopción de normativas claras y explícitas de apoyo a la lactancia en los centros sanitarios.

La combinación de estrategias en la promoción de la lactancia y la formación de los profesionales en las técnicas de lactancia son eficaces para aumentar la frecuencia y duración del amamantamiento.

tancia a la demanda, la limitación del horario a padres o familiares, los chupetes, tetinas, sueros glucosados y fórmulas adaptadas de distribución gratuita o a bajo coste a las instituciones, la entrega a las madres de regalos de casas comerciales (con chupetes, tetinas y muestras de fórmula); en atención primaria, la introducción temprana de sucedáneos, las muestras gratuitas y, en todos, la falta de asesoramiento en lactancia por personal preparado o de normativa clara de apoyo a la lactancia y a la publicidad gratuita (y, a menudo, inconsciente) de los fabricantes de sucedáneos (carteles, calendarios, bolígrafos y papeles).

Como contrapunto, es necesario destacar la creciente actividad científica, de promoción y apoyo a la lactancia entre diversos grupos de profesionales en los últimos años, que se ha evidenciado en los 2 Congresos de Lactancia Materna (Valencia 2000 y Sevilla 2002 y la Reunión

de Grupos de Madres en Zaragoza). Revisiones recientes demuestran como la combinación de estrategias en la promoción de la lactancia y la formación de los profesionales en

las técnicas de lactancia son eficaces para aumentar la frecuencia y duración del amamantamiento^{24, 25}.

La lactancia materna se halla en el contrapunto de naturaleza y cultura y, aun respetando la decisión de la mujer sobre la forma de alimentar a su hijo, las bajas tasas de prevalencia de la lactancia materna deben ser consideradas como un problema de salud pública y nuestra balanza debe inclinarse, como promotores de salud, a su recuperación progresiva. Esto requiere una combinación integrada de estrategias de promoción, protección y apoyo; políticas de salud que potencien y exijan cambios que conlleven un comienzo más cálido en las maternidades y el mantenimiento de la lactan-

cia exclusiva los primeros 6 meses; un respeto de la legislación sobre la comercialización de fórmulas artificiales; el desarrollo de intervenciones de educación para la salud; desarrollo y potenciación de la formación de los profesionales sanitarios y otras acciones dirigidas a la mejora de la valoración y protección social de la lactancia natural y la crianza, así como de la incentivación de los grupos de apoyo.

Es hora de que los pediatras aceptemos la lactancia materna como la normalidad biológica en lo que a alimentación y crianza del lactante humano se refiere y, en consecuencia, lancemos un mensaje único que favorezca y apoye la lactancia materna y permita a las madres recuperar el placer de amamantar a sus hijos.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

■ Metaanálisis

■ Ensayo clínico controlado

■ Epidemiología

1. Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe P. Breastfeeding and health in the 1980's. A global epidemiological review. *J Pediatr* 1991;118:659-66.
2. Bick D. The benefits of breastfeeding for the infant. *Br J Midwif* 1999;7:312-9.
3. ●● Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, editor. Oxford: Update Software, 2002.
4. Galton V, Schwarz E, Bachrach L. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: A meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:237-43.
5. Hawkes JS, Neumann MA, Gibson RA. The effect of breast feeding on lymphocyte subpopulations in healthy term infants at 6 months of age. *Pediatr Res* 1999;45:648-51.
6. Hanson LA. The mother-offspring dyad and the immune system. *Acta Paediatr* 2000;89:252-8.
7. Hanson LS. Human milk and host defence: immediate and long-term effects. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88:42-6.
8. UK Childhood Cancer Study Investigators. Breastfeeding and Childhood Cancer. *Br J Cancer* 2001;85:1685-94.
9. ●● Kramer M, Chalmers B, Hodnett E, Sevkovskaya Z, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomised trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20.
10. De Onis M, Habicht JP. Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee. *Am J Clin Nutr* 1996;64:650-8.
11. Dewey KG, Peerson JM, Brown KH, Krebs NF, Michaelsen KF, Persson LA, et al. Growth of breast-fed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. *Pediatrics* 1995;96:495-503.
12. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CA Jr, Berkey CS, Frazier AL, Rockett HR, et al. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA* 2001;285:2461-7.
13. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;70:525-35.
14. Labbok MH. Health sequelae of breastfeeding for the mother. *Clin Perinatol* 1999;26:491-503.
15. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease. *Lancet* 2002;20:187-95.
16. ●● Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr* 1999;50:333-40.
17. ●● OMS-UNICEF: Declaración de Innocenti. Florencia: WHO, 1990.
18. World Health Organization: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services (a joint WHO-UNICEF Statement). Genève: WHO, 1989.
19. World Health Organization, Family and Reproductive Health, Division of Child Health and Development: Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Publication WHO/CHD/98.9. Genève: WHO, 1998.
20. ●● OMS. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra: OMS, 1981.
21. Arena Ansotegui J. La lactancia materna en la "estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño". *An Pediatr* 2003;58:208-10.
22. Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Sevilla, 2001.
23. Temboury Molina C. Conocimientos de los profesionales sanitarios en lactancia. *An Pediatr* 2003;58:263-7.
24. NCHS Centre for Reviews and Dissemination. Promoting the initiation of breastfeeding. *Effective Health Care* 2000;6:1-12.
25. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. Health Technology Assessment. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment* 2000;4:1-171.