



Lecturas Lactancia

Junio 2003 No. 36

Contaminación de Fórmulas infantiles con Enterobacteria

La mayoría de las madres y profesionales de la salud, estarían seguros de que la fórmula infantil en polvo es estéril. Los productores y distribuidores no advierten espontáneamente a los/as consumidores/as de que éste no es el caso. Según pruebas de laboratorio recogidas en 52 países, 52.5% de las 141 muestras de fórmula infantil revisadas, estaban contaminadas con enterobacteria¹. Esto sucedió primero en 1988. El reporte no creó preocupación porque el nivel de contaminación de la bacteria estaba bajo los estándares de la legislación internacional. Desde entonces -y aún antes- se han dado una serie de reportes sobre casos y brotes infecciosos (sepsis, meningitis, diarrea, enterocolitis necrotizante, infecciones urinarias) causados por bacterias encontradas en las fórmulas infantiles. La contaminación parece haberse dado con enterobacteria antes de que las latas se abrieran, en oposición a la muy conocida contaminación que ocurre después (en el 92% de las muestras)².

Los casos y brotes fueron causados por salmonella y muy a menudo, por *Enterobacter sakazakii* (conocida anteriormente como *Enterobacter cloacae*), casi siempre en las unidades de cuidados intensivo neonatal, por ejemplo entre infantes enfermos o de pretérmino. Este fue el caso, por ejemplo, con el brote reportado en Tennessee, Estados Unidos, donde se enfermaron 49 infantes en unidad de cuidados intensivos³, murió uno de meningitis, dos tuvieron infecciones y otros fueron colonizados por *Enterobacter sakazakii*. Otros reportes de Bélgica⁴, España e Israel, aseguraron lo mismo. La mayor alarma se dio en el año 2002, porque esta misma infección se dio en un bebé de cinco días, saludable y de término, que murió de meningitis en Bélgica. Esto mismo se había reportado en Islandia en 1987⁵. No se sabe si este caso es más común

¹ Muytjens HL, Roelofs-Willems H, Jaspars GH. Quality of powdered substitutes for breastmilk with regard to members of the family Enterobacteriaceae. *J Clin Microbiol* 1988;26:743-6

² Suthienkul O et al. Bacterial contamination of bottle milk in infants under six months in Children's Hospital, Bangkok, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1999;30:770-5

³ Centers for Disease Control and Prevention. *Enterobacter sakazakii* infections associated with the use of powdered infant formula – Tennessee, 2001. *MMWR* 2002;51:298-300

⁴ See the IBFAN Press Release of 10 May 2002 at <http://www.ibfan.org/english/news/press/press10may02.html>

⁵ Biering G et al. Three cases of neonatal meningitis caused by *Enterobacter sakazakii* in powdered milk. *J Clin Microbiol* 1989;27:2054-6

de lo que se ha reportado, especialmente en aquellos países donde la mortalidad infantil es alta, porque la capacidad de diagnosticar la *Enterobacter sakazakii* es casi nula y el sistema de reporte es muy pobre.

La alarma que produce la contaminación de la fórmula infantil en polvo y la alta tasa de casos de fatalidad (del 33 al 75%) llevó a examinar la fórmula infantil de Nestlé en Bélgica y la de Mead Johnson en Estados Unidos. En noviembre 2002, Wyeth retiró un lote completo de productos (de once diferentes marcas) manufacturados en una de sus fábricas en los Estados Unidos porque lo encontró contaminado. La alarma también hizo que las autoridades de salud de Bélgica⁶ y de Estados Unidos definieran estándares de seguridad para los profesionales de la salud, sobre todo al preparar, manejar, almacenar y administrar la fórmula infantil en polvo en las unidades de cuidados intensivos y guarderías. Estas precauciones también se hicieron en otros países, sobre todo a través de la prensa y boletines de las sociedades profesionales.

Pero, hay diversas razones que indican que esto no es suficiente. Primero, la proporción de profesionales de salud que están informados es muy baja, especialmente en los países en desarrollo. Segundo, estas advertencias pueden conducir a mejorar las prácticas en la preparación y manejo de las fórmulas infantiles pero no reducen su amplio uso innecesario. Tercero, para beneficio de los productores, las advertencias pueden conducir a reemplazar la fórmula en polvo por la fórmula líquida, que es estéril. Si esto pasara, implicaría un aumento en el costo para las familias y para los servicios de salud y quizás conduciría a una nutrición más pobre para los bebés de pre-término (existe evidencia de que la fórmula líquida puede ser menos nutritiva que la fórmula en polvo para este grupo). También puede conducir a que profesionales de salud y madres descuiden las prácticas adecuadas sobre cómo utilizar las fórmulas en polvo, aumentando el riesgo en el caso de que necesiten utilizarlas.

Más importante aún es que las advertencias no se han dirigido a los/as consumidores/as, quienes tienen el derecho a saber si los productos que reciben en hospitales y sistemas de salud -o que compran en farmacias y supermercados- no son estériles y que conllevan un pequeño, pero significativo riesgo de contaminación. Estas advertencias deben señalarse en las etiquetas y en todos los materiales promocionales. Los/as consumidores/as y sus organizaciones de protección a la lactancia materna deben presionar a la industria y a los gobiernos para que las reglas del Codex Alimentarius cambien e incluyan estas provisiones. Además, las reglas Codex deben bajar los niveles aceptables de contaminación por bacterias de la fórmula en polvo para estimular prácticas mucho más estrictas y seguras de producción.

Finalmente, tal como lo declararon las autoridades belgas, los hospitales no deben aceptar donaciones gratuitas de fórmula y no deben dar muestras gratuitas a las madres. El uso de las fórmulas debe restringirse a una poca cantidad de bebés que

⁶ Inspection Générale des Denrées Alimentaires. Circulaire pour les hôpitaux généraux du 29 août 2002 (DA35157/L31/PVDM). Mesures d'hygiène pour l'alimentation des nourrissons et mise à disposition d'aliments pour nourrissons dans les maternités.

puedan necesitarlas (con severa enfermedad de la madre, uso de drogas absolutamente contraindicadas en la lactancia materna, enfermedades muy raras metabólicas y congénitas de recién nacido, muy bajo peso al nacer e inmadurez). Todos los/as demás bebés pueden ser exclusivamente amamantados. De hecho, todas estas provisiones se aplican a todos los hospitales y servicios de maternidad para que se conviertan en amigables de la niñez, tal y como lo recomiendan UNICEF y la OMS.

Lactancia Materna, por qué...

CÁNCER DE PECHO

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;360:187-95

Se realizó una revisión sistemática de 47 estudios en 30 países que mostró que entre más amamanten las mujeres, mejor están protegidas contra el cáncer de pecho. Las mujeres con cáncer de pecho tuvieron en promedio, menos partos que el grupo de control (2.2 vs. 6.6); 71% nunca había amamantado mientras que las mujeres sin cáncer habían amamantado en un 79%. Además, entre las madres que amamantaron, el porcentaje de duración de la lactancia fue menor en aquellas que desarrollaron luego el cáncer (9.8 versus 15.6 meses). El riesgo relativo de cáncer de pecho disminuyó en un 4.3% por cada 12 meses de lactancia. Además, hubo un declive del 7% por cada parto adicional. Esta baja en el riesgo relativo de cáncer de pecho se asoció con la lactancia y fue comparable para mujeres en países desarrollados o en desarrollo y no varió significativamente ni por edad, estado de la menopausia, origen étnico, número de hijos, la edad de la madre cuando tuvo el primer parto o ninguna de nueve otras características personales examinadas. Se estima que en los países desarrollados, la incidencia de cáncer de pecho podría reducirse a más de la mitad (de 6.3 a 2.7 por cada 100 mujeres a la edad de 70 años) si las mujeres tuvieran el promedio de nacimientos y de duración de la lactancia materna que ha prevalecido hasta ahora recientemente en los países en desarrollo. La lactancia materna podría convertirse en un reductor de casi dos tercios de incidencia de cáncer de pecho.

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y DIARREA

Arifeen S, Black RE, Antelman G, Baqui A, Caulfield L, Becker S. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhoea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics* 2001;108:e67

Se realizó un estudio observando un grupo de 1,677 recién nacidos, en Bangladesh, con un seguimiento de 12 meses. La mayoría de los bebés recibieron agua, agua azucarada, miel y otros líquidos durante varios días después del nacimiento y sólo el 6% recibió lactancia materna exclusiva al comienzo; la lactancia fue aumentada a un 53% al primer mes y luego gradualmente decreció a un 5% a los seis meses. La lactancia materna predominante declinó en un 60% desde el inicio y a un 4% a los 12 meses de edad. Muy pocos/as infantes no fueron amamantados mientras que la proporción de parcialmente amamantados/as aumentó con la edad. Las tasas generales

de mortalidad infantil fueron de 114 por cada 1000 nacimientos vivos. Comparado con la lactancia materna durante los primeros meses de vida, la lactancia parcial o la no lactancia se asoció con un 2.23 mayor riesgo de muerte infantil por todas las causas y 2.4 mayor riesgo de muertes atribuidas a infecciones respiratorias agudas y 3.94 atribuidas a diarrea.

TRANSMISIÓN VERTICAL VIH

Miller M, Iliff P, Stoltzfus RJ, Humphrey J. Breastmilk erythropoietin and mother-to-child HIV transmission through breastmilk. Lancet 2002;360:1246-8

¿Qué protege de no ser infectados al 85% de bebés amamantados/as por madres infectadas con VIH? El artículo sugiere la hipótesis de que erythropoietin (EPO), una hormona en la leche materna, puede tener el rol de prevenir la transmisión de VIH a través de la leche materna. Esta hormona puede mantener el epitelio mamario íntegro, reduciendo las cargas virales de la leche y manteniendo la integridad del epitelio del intestino en neonatos amamantados/as, y por lo tanto, previniendo que el virus se convierta en infeccioso con la ingesta de leche. Esta hipótesis necesita ser probada por estudios experimentales más sólidos.

HEPATITIS C

European Paediatric Hepatitis C Virus Network. Effects of mode of delivery and infant feeding on the risk of mother-to-child transmission of hepatitis C virus. European Paediatric Hepatitis C Virus Network, BJOG 2001;108:371-7

Los resultados de este estudio sugieren que las mujeres infectadas con VIH deberían realizarse cesáreas y evitar la lactancia materna si también están infectadas con el virus de hepatitis C. Por otra parte, si están sólo infectadas con hepatitis C, podrían determinar el modo del parto y la forma en que alimentarán a sus bebés. Data sobre 1.474 mujeres infectadas con el virus de hepatitis C (503, 35%, co-infectadas con VIH), mostraron que las mujeres co-infectadas son más de la mitad, más propensas a transmitir el virus de hepatitis C a sus hijos/as en comparación con las mujeres que solo tienen el virus de hepatitis C. Entre las madres con sólo la infección del virus de hepatitis C se realizó un estudio multi-variable, que no mostró un significativo efecto en el modo de parto o de amamantar. Sin embargo, las mujeres de cesárea, co-infectadas con VIH, fueron 60% menos propensas a infectar a sus hijos/as en comparación con aquellas que tuvieron parto vaginal y aquellas que amamantaron mostraron cuatro veces mayor propensión a infectar a sus hijos. Los/as niños/as infectados/as con VIH tuvieron de tres a cuatro veces más propensión a contraer también la infección del virus de hepatitis C (con relación a aquellos/as niños/as sin infección de VIH).

GOURMET

Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. Pediatrics 2001;107:e88

Mennella JA, Beauchamp GK. Flavor experiences during formula feeding are related to preferences during childhood. Early Human Development 2002;68:71-82

La exposición pre y post natal a sabores, refuerza en los niños/as el gusto por determinados sabores durante la introducción de alimentos sólidos. Experiencias con

sabores a edades muy tempranas pueden ser la base de las diferencias culturales y étnicas culinarias. Estas conclusiones se derivan de dos estudios. En el primero, las mujeres embarazadas se asignaron a tres grupos. Las madres en el grupo uno tomaron jugo de zanahoria durante el embarazo y agua durante la lactación; las mujeres en el grupo 2 tomaron agua durante el embarazo y jugo de zanahoria durante la lactación, mientras que las mujeres del grupo 3 tomaron agua durante el embarazo y la lactación. Aproximadamente cuatro semanas después, las mujeres comenzaron la alimentación complementaria de sus infantes con cereales. Los/as bebés nunca antes habían recibido alimentos o jugos con sabores de zanahoria. Los/as infantes fueron grabados con video mientras recibieron en una primera sesión de prueba, los cereales preparados con agua y en otra sesión, cuando recibieron los cereales preparados con jugo de zanahoria. Inmediatamente después de cada sesión, las madres calificaron la satisfacción de sus hijos/as en una escala de nueve puntos. Los resultados mostraron que los/as infantes que fueron expuestos/as al sabor de la zanahoria, sea con el fluido amniótico o con la leche materna, tuvieron menos expresiones negativas faciales mientras recibieron jugo de zanahoria con cereal en comparación con quienes recibieron el solo cereal, mientras que los/as infantes del grupo de control, cuyas madres bebieron agua durante el embarazo y la lactancia, no mostraron esta diferencia. En el segundo estudio, los/as infantes recién nacidos/as de madres que escogieron alimentar con biberón e expusieron a diferentes tipos de fórmulas infantiles. La preferencia por distintos sabores fue examinada a los 4 y 5 años de edad. Cuando se compararon los/as niños/as que recibieron fórmula infantil (n = 27), b) los/as que fueron alimentados/as con fórmulas de proteína hidrolizanda (n = 50) prefirieron los jugos con sabor ácido. Los/as que recibieron fórmula de soya (n = 27) prefirieron el agrio del jugo de manzana. Las madres también reportaron que los/as niños/as alimentados/as con hidrolizadas o con fórmulas de soya significativamente prefirieron el brócoli.

Lactancia Materna, cómo...

CONTACTO TEMPRANO PIEL A PIEL

Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltrusko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91:1301-6

El contacto temprano piel a piel fue seguido a los 3 años en un grupo de 1,250 niños/as polacos/as y aumentó significativamente la duración de la lactancia materna exclusiva. Los/as infantes que estuvieron con sus madres por lo menos durante 20 minutos fueron exclusivamente amamantados/as por un 1.35 meses más y destetados/as 2.10 meses después en comparación con aquellos/as que no tuvieron contacto piel a piel después del parto.

PACIFICADORES

Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, DeBlieck EA, Oakes D, Lawrence RA. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511-8

Un estudio previo sobre el efecto de los pacificadores en la lactancia materna (ver Lecturas Lactancia No. 33, Kramer et al. JAMA 2001;286:322-6) sugirió que -más que ser causa de destete temprano- los pacificadores son un indicador de dificultades durante la lactancia y pueden reducir la motivación a amamantar. Este estudio, por el

contrario, concluyó que el uso de pacificadores en el periodo neonatal va en detrimento de la lactancia exclusiva y general. Un total de 700 recién nacidos/as amamantados/as (36 - 42 semanas, con peso de 2200 gramos al nacer y más) fueron asignados al azar a uno de cuatro grupos de intervención: biberón - pacificador temprano (n = 169), biberón - pacificador tardío (n = 167) taza - pacificador temprano (n = 185), taza - pacificador tardío (n = 179). Taza vs. biberón se aplicó a los/as infantes que recibieron alimentación suplementaria. De esta forma se pudo evaluar el efecto de los dos tipos de pezón artificial durante la duración de la lactancia materna: a) la provisión de suplementos durante la estadía en el hospital, con taza vs. alimentación con biberón y, b) la introducción de pacificadores, temprano (dos a cinco días) vs. tardío (más de cuatro semanas). La data fue recogida durante el parto y a la semana post parto 2, 5, 10, 16, 24, 38 y 52. La alimentación suplementaria, independientemente del método (taza o biberón) tuvo un efecto negativo en la duración de la lactancia materna. La lactancia materna exclusiva a las cuatro semanas fue menor entre los/as infantes expuestos/as a pacificadores. La introducción de pacificadores, temprana vs. tardía, disminuyó la duración general de la lactancia materna, pero no afectó la exclusividad o duración total. Estos resultados apoyan las recomendaciones que indican que hay que evitar el exponer a los/as bebés amamantados/as al uso de pezones artificiales durante el periodo neonatal.

EMPLEO MATERNO

Noble S; The ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Maternal employment and the initiation of breastfeeding. *Acta Paediatrica* 2001;90:423-8

Este estudio examina si el planificar emplearse después del parto tiene un efecto en la iniciación de la lactancia materna. Los resultados muestran la importancia de que las madres estén protegidas con beneficios laborales y por un adecuado periodo de permiso por maternidad. 10,530 madres de infantes de término suministraron información sobre sus planes de empleo y sobre sus métodos iniciales de alimentación infantil. También se recibió información de 7,642 de estas madres sobre sus planes de empleo post parto. Un total de 8,316 (79%) de las madres iniciaron la lactancia materna. Las madres mayores, más altamente educadas, que habían o planeaban asistir a cursos sobre el parto, que habían sido amamantadas, que no fumaban, y tenían su primer parto fueron significativamente más propensas a iniciar la lactancia materna. La decisión de amamantar no se asoció con ningún plan de trabajo post parto. Sin embargo, las mujeres que planeaban comenzar a trabajar antes de las seis semanas post parto fueron significativamente menos propensas a iniciar la lactancia materna en comparación con aquéllas que no pensaban trabajar después del parto.

VIOLANDO LAS REGLAS

Aguayo VM, Ross JS, Kanon S, Ouedraogo AN. Monitoring compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes in West Africa: multisite cross sectional survey in Togo and Burkina Faso. *BMJ* 2003;326:113-4

Una encuesta cruzada en 43 centros de salud y 66 outlets y centros de distribución, con entrevistas a 186 trabajadores/as de la salud y a 105 madres de infantes menores de seis meses, mostró una vez más, que las violaciones al Código Internacional son sistemáticas. Seis (14%) de los centros de salud habían recibido donaciones de sustitutos de la leche materna. Todas las donaciones se dieron a las madres gratuitamente. Trabajadores/as de la salud de cinco centros (12%) habían recibido

muestras de sustitutos de leche materna con un propósito muy diferente a la investigación o evaluación profesional. Profesionales de la salud de cinco centros de salud (12%) habían recibido regalos promocionales por parte de la industria. Se encontraron materiales promocionales de sustitutos comerciales de la leche materna en siete centros de salud (16%).

Se hallaron estantes especiales para comercializar los sustitutos de la leche materna en 29 (44%) puntos de venta y distribución. Cuarenta sustitutos de la leche materna comerciales violaban las leyes de etiquetado y provisiones del Código: 21% producidos por Danone, 11% por Nestlé y 8% por otras industrias. La mayoría de los centros de salud (90%) nunca había oído hablar del Código y 66 madres (63%) nunca habían recibido consejería sobre lactancia materna en los centros de salud. La implementación del Código sigue siendo un factor esencial en la protección de la lactancia materna contra las prácticas no éticas de comercialización de los sustitutos de la leche materna.

MADRES ADOLESCENTES

Quinlivan JA, Box H, Evans SF. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361:893-900

139 adolescentes que visitaron la clínica de maternidad fueron asignadas a dos grupos. El primero fue visitado cinco veces después del parto por enfermeras o parteras (n = 65) y el otro grupo no recibió visitas (n = 71). Primero, antes del parto, las madres completaron un cuestionario diseñado para conocer lo que sabían sobre contracepción, vacunación infantil y lactancia materna. Luego, fueron visitadas seis meses después del parto. Las visitas se asociaron con una reducción de resultados adversos neonatales y con un incremento significativo en el conocimiento sobre contracepción. Sin embargo no hubo un aumento significativo en el conocimiento con respecto a la lactancia materna o con las rutinas de vacunación infantil.

CONSEJERÍA

Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breastfeeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2002;166:21-8

El estudio controló y evaluó el efecto de una temprana relación de apoyo sobre la duración de la lactancia materna en madres que amamantaban por primera vez. Un estudio de 256 madres lactantes en un hospital del área semi-urbana, cerca de Toronto, Canadá, fueron asignadas al azar a un grupo de control (con cuidado convencional) y a un grupo de apoyo (cuidado convencional más apoyo telefónico, iniciado cuarenta y ocho horas después de haber salido del hospital; el apoyo fue suministrado por mujeres con experiencia en lactancia que habían participado en una sesión de orientación de dos a cinco horas). Se estudió la duración de la lactancia materna, la satisfacción materna con el método de alimentación infantil y las percepciones sobre el apoyo temprano. Se evaluó a las 4.8 y 12 semanas post parto. Significativamente, más madres en el grupo de apoyo, que en el grupo de control, continuaban amamantando a los tres meses post parto (81 vs. 67%) y lo hacían exclusivamente (57% vs. 40%). Las tasas de lactancia materna a los 4, 8 y 12 semanas post parto fueron 92%, 85% y 81% respectivamente entre las madres en el grupo de apoyo en comparación con el 84%, 75%, y 67% entre aquellas del grupo de control. Además, cuando se preguntó en general sobre la experiencia de alimentación, significativamente, la mayoría de las madres en el grupo

de apoyo estaban contentas en comparación con el grupo de control (1.5 vs. 10.5%). De las 130 madres que evaluaron la intervención de apoyo, 82% estaba satisfecha con la experiencia temprana voluntaria y 100% sentía que todas las nuevas madres lactantes deberían recibir este apoyo.

LACTANCIA MATERNA EN NORUEGA

Lande B, Andersen LF, Bærug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierød MB, Bjørneboe G-Eaa. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: The Norwegian Infant Nutrition Survey. *Acta Paediatrica* 2003;92:152-61

La mayoría de las mujeres en Noruega reciben consejería sobre lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida de sus infantes. Sin embargo, la duración de la lactancia materna exclusiva es menor. La conclusión fue derivada de unos cuestionarios sobre el suministro de alimentos que fueron completados por 2,383 madres con infantes en edades entre 6 y 36 meses. Sólo 1% de los/as infantes no había sido nunca amamantado/a. La proporción de infantes amamantados/as fue del 96% al primer mes, 85% al cuarto mes y 80% a los seis meses; el 21% de los/as infantes recibió alimentos sólidos antes de los 4 meses. La edad materna, mayor educación y grado de urbanización mostraron una tendencia favorable a lactancia materna exclusiva a los 4 meses, lactancia a los 6 meses e introducción no antes de los 4 meses de alimentos sólidos. Por otro lado, la asociación negativa fue encontrada en madres fumadoras. Finalmente, tanto los grupos de exclusivamente amamantados a los cuatro meses o amamantados a los seis meses incrementaron con el mayor número de niños/as en la familia.

ANÁLISIS DE Cochrane

Simmer K. Longchain polyunsaturated fatty acid supplementation in infants born at term. In: *The Cochrane Library*, 1, 2002. Oxford: Update Software

En los últimos años, algunas industrias han introducido en las fórmulas infantiles ácidos grasos de cadena larga y los han comercializado como ventajosos para el desarrollo infantil. El propósito de este análisis fue conocer si la suplementación con estas fórmulas era segura y beneficiosa para infantes de término. Se organizaron diez grupos al azar de bebés alimentados/as con fórmula especiales, y se revisaron estudios clínicos. Uno de estos estudios se descalificó, ya que la suplementación comenzó después de las tres semanas de edad. Ocho de las nueve pruebas resultaron de buena calidad. La conclusión de la revisión es que a hoy, existe muy poca evidencia que apoye la hipótesis de que los ácidos grasos de larga cadena son beneficiosos para el desarrollo visual, general, y para el crecimiento de los/as infantes de término.

Preparado por Geneva Infant Feeding Association (GIFA), miembro de International Baby Food Action Network (IBFAN). Redacción y edición: Marina Ferreira Rea, Adriano Cattaneo, Bob Peck and Elaine Petitot-Côté.

Traducido y adaptado al español por CEFEMINA / Coordinación IBFAN América Latina y Caribe.

**Puede solicitar copias impresas o electrónicas a cefemina@racsa.co.cr
tel/fax 506 / 224398 Apdo. Postal 5355, San José 1000, COSTA RICA.**