Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (7): 551-558.

https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.7682

Repercusiones de la alimentación temprana en la lactancia materna exclusiva

Impact of early initiation of breastfeeding on exclusive breastfeeding.

Guillermo R Franco-del Río,[1] Nicolás Paredes-Melesio[2]

Resumen

OBJETIVO: Comparar el efecto de la alimentación temprana y su repercusión en la lactancia materna exclusiva con los cuidados neonatales convencionales en un hospital privado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio comparativo, observacional, de cohortes, prospectivo y analítico llevado a cabo en el Hospital Ángeles de Querétaro de abril 2015 a octubre de 2021. *Criterios de inclusión:* madres con periodos intraparto y posparto inmediato, cualquier vía de nacimiento y aplicación o no de anestesia y neonatos de uno y otro sexo, de término, sin patología neonatal o malformaciones congénitas, Apgar a los 5 minutos más o menos mayor a 7 y peso mayor de 2500 g.

Criterios de exclusión: embarazos múltiples, recién nacidos con algún padecimiento después del nacimiento o condiciones que impidieron la lactancia. Para la comparación entre grupos de las variables cualitativas se aplicó la prueba de χ^2 y, en su caso, corrección de Yates con estimaciones de riesgo.

RESULTADOS: Se analizaron 1175 madres de las que 687 (58.4%) recién nacidos tomaron lactancia exclusiva y 488 (41.6%) no lo hicieron. Las características clínicas y sociodemográficas entre los dos grupos de comparación fueron similares. Sobresalió que las madres y neonatos que lograron lactancia materna exclusiva exitosa fueron los del grupo de alimentación temprana en comparación con quienes no la hicieron (91.9 *vs* 52.6%; $p < 0.001$, RR 4.85, IC95%: 3.80-6.18).

CONCLUSIONES: La alimentación temprana, en la primera hora de vida, tiene un efecto benéfico, protector y positivo en la lactancia exclusiva, incluso de hasta casi cinco veces más que cuando no se consigue.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna exclusiva; neonatal; hospital privado; posparto; anestesia; neonatos.

Abstract

OBJECTIVE: To compare the effect of early feeding and its impact on exclusive breastfeeding with conventional neonatal care in a private hospital.

MATERIALS AND METHODS: Comparative, observational, cohort, prospective and analytical study conducted at the Hospital Ángeles de Querétaro from April 2015 to October 2021. Inclusion criteria: mothers with intrapartum and immediate postpartum periods, any birth route and application or not of anesthesia and neonates of either sex, term, without neonatal pathology or congenital malformations, Apgar at 5 minutes plus or minus greater than 7 and weight greater than 2500g.

Exclusion criteria: multiple pregnancies, newborns with any condition after birth or conditions that prevented breastfeeding. For the comparison between groups of qualitative variables, the 2's test was applied and, if necessary, Yates' correction with risk estimates.

[1] Médico cirujano, pediatra, alumno de la Maestría en Investigación Médica en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro.
[2] Médico cirujano, pediatra, jefe de la División de Pediatría, Hospital Ángeles de Querétaro, México.

Recibido: abril 2022

Aceptado: mayo 2022

Correspondencia
Guillermo R Franco del Río
guillermo@pediatraenlinea.mx

Este artículo debe citarse como: Franco-del Río GR, Paredes-Melesio N. Repercusiones de la alimentación temprana en la lactancia materna exclusiva. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (7): 551-558.

RESULTS: We analyzed 1175 mothers of whom 687 (58.4%) newborns were exclusively breastfed and 488 (41.6%) were not. The clinical and sociodemographic characteristics between the two comparison groups were similar. It stood out that mothers and infants who achieved successful exclusive breastfeeding were those in the early feeding group compared to those who did not (91.9 vs 52.6%; p < 0.001, RR 4.85, 95%CI: 3.80-6.18).

CONCLUSIONS: Early feeding, in the first hour of life, has a beneficial, protective and positive effect on exclusive breastfeeding even up to almost five times more than when it is not achieved.

KEYWORDS: Exclusive brestfeedig; Neonatal; Private Hospital; Pospartum; Anesthesia; Neonates.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y continuarla hasta los dos años, acompañada de los alimentos apropiados.[1] Se estima que con esta medida podrían evitarse más de 823,000 muertes al año de menores de cinco años, y más de 20,000 muertes de mujeres por cáncer de mama.[2]

En el 2012, la resolución 65.6 de la Asamblea Mundial de la Salud propuso un plan global para incrementar, al menos, en 50% la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses.[3] Además, para apoyar a las madres y optimizar las oportunidades de una lactancia exitosa en las unidades de salud, hospitales y maternidades, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), impulsaron la iniciativa Hospital Amigo que, en México, se llama Hospital Amigo del Niño y Niña.[4]

Esta iniciativa ha tenido una repercusión positiva en la mejora de las tasas de lactancia materna. Efecto que también se observa en grupos poblacionales urbanos de nivel socioeconómico alto[5] y en hospitales con personal parcialmente adiestrado para estos fines.[6]

La atención neonatal tradicional, convencional, se lleva a cabo en muchos hospitales públicos y privados en el mundo y consiste en colocar al recién nacido en una cuna térmica, cerca de su madre, para iniciar la alimentación 1 a 3 horas después del parto. En el marco de las recomendaciones de los organismos internacionales se encuentran dos acciones: el contacto piel con piel y la alimentación temprana en el trascurso de la primera hora de vida,[7] con lo que se ha reportado mayor probabilidad de prolongar el amamantamiento incluso hasta los cuatro meses.[8]

Estas estrategias se han implementado en varios países. En México se han establecido políticas públicas[9] aplicadas a hospitales de la seguridad social con buenos resultados. Sin embargo, las usuarias de la medicina privada, que representan el 33.4% de la población, según datos de la Encuesta Nacional de Nutrición de Salud y Nutrición,[10,11] en su mayoría, continúan recibiendo la atención tradicional neonatal sin el apoyo explícito a la lactancia materna al nacimiento.

https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.7682

El objetivo del estudio fue comparar el efecto de la alimentación temprana y su repercusión en la lactancia materna exclusiva con los cuidados neonatales convencionales en un hospital privado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio comparativo, observacional, de cohortes, prospectivo y analítico llevado a cabo en el Hospital Ángeles de Querétaro de abril 2015 a octubre de 2021. *Criterios de inclusión:* madres con periodos intraparto y posparto inmediato, cualquier vía de nacimiento y aplicación o no de anestesia y neonatos de uno y otro sexo, de término, sin patología neonatal o malformaciones congénitas, Apgar a los 5 minutos más o menos mayor a 7 y peso mayor de 2500 g.

Criterios de exclusión: embarazos múltiples, recién nacidos con algún padecimiento después del nacimiento o condiciones que impidieron la lactancia. Para la comparación entre grupos de las variables cualitativas, se aplicó la prueba de χ^2 y, en su caso, corrección de Yates con estimaciones de riesgo.

Grupo de alimentación temprana: asistencia del médico o la enfermera para colocar al recién nacido en el pecho de la madre a fin de iniciar el amamantamiento en el transcurso de la primera hora de vida luego de determinar la condición clínica de estabilidad y bajo riesgo.

Grupo de cuidados convencionales: los neonatos se colocaron envueltos en los brazos de su madre o en cunas térmicas o calentadores radiantes enseguida de haber determinado su condición clínica de estabilidad y bajo riesgo. La alimentación se inició 1 hora después del nacimiento con leche humana, sucedáneos de leche materna (fórmula) o una combinación de ambas.[8,12]

Efectos medibles al egreso hospitalario (lactancia materna exclusiva): neonatos alimentados con leche humana desde su nacimiento hasta la salida del hospital sin la adición de cualquier otro líquido o fórmula infantil.

Lactancia no exclusiva: neonatos alimentados en cualquier momento de su estancia hospitalaria con leche humana o fórmula.

Para la comparación entre grupos de las variables cualitativas se aplicó la prueba de χ^2 y, en su caso, corrección de Yates con estimaciones de riesgo. Para la comparación de medias de variables cuantitativas se recurrió a la t de Student para muestras independientes. Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS v25 IBMÔ y se estableció un nivel de significación estadística de $p < 0.05$.

Todas las madres o representantes legales recibieron una explicación detallada, para su firma del consentimiento informado e inclusión al estudio. Además, fueron informados de cada uno de los procedimientos a llevar a cabo de acuerdo con el Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki) y fue respetada su decisión de continuar o abandonar, sin detrimento de la atención médica. El protocolo fue autorizado por los comités de enseñanza e investigación, bioética y pediatría del hospital, sin asignar número de registro.

RESULTADOS

Recibieron alimentación temprana 1194 neonatos hijos de igual cantidad de madres. Se eliminaron, por petición de los padres o enfermedad hemolítica, 19 recién nacidos; al final se analizaron 1175 de los que 687 (58.4%) tomaron lactancia exclusiva y 488 (41.6%) no lo hicieron.

En el **Cuadro 1** se describe la cohorte global, la vía de nacimiento y el tipo de alimentación a su

alta del hospital. El 34.1% (n = 571) nació por parto y el 65.9% (n = 1102) por cesárea.

Se implementó la alimentación temprana en el 70.2% (n = 1175). La lactancia materna exclusiva en el 44.6% (n = 747) y no exclusiva en el 55.4% (n = 926), de este último grupo de pacientes solo 16 (0.9%) recibieron fórmula exclusiva. Al comparar los grupos según la maniobra de exposición, las características sociodemográficas y clínicas se muestran en el **Cuadro 2.** Puede observarse que fueron similares en uno y otro grupo, excepto la alimentación temprana, que fue más frecuente en los nacimientos por parto que en los de cesárea ($p < 0.001$). En estos últimos fue más frecuente la recomendación del médico tratante de continuar con los cuidados tradicionales ($p < 0.001$).

Se encontró un efecto positivo del parto en el establecimiento de la alimentación temprana (RR = 2.92, IC95%: 2.3-3.6) mientras que el nacimiento por cesárea no pareció tener un efecto similar (RR = 0.7, IC95%: 0.66-0.74).

Algunas madres con parto prefirieron anestesia local o, incluso, sin aplicación de anestésicos y fue en quienes se observó más frecuente la alimentación temprana ($p < 0.001$).

Cuadro 1. Tipo de alimentación y vía de nacimiento en 1673 madres y recién nacidos

Característica	n	%
Grupo de alimentación temprana	1175	70.2
Grupo de cuidado neonatal convencional	498	29.8
Lactancia materna		
Exclusiva	747	44.6
No exclusiva	926	55.4
Vía de nacimiento		
Parto	571	34.1
Cesárea	1102	65.9

La repercusión de la alimentación temprana puede observarse en el **Cuadro 3**. Sobresale que las madres y neonatos que lograron la lactancia materna exclusiva exitosa durante su estancia hospitalaria fueron las del grupo de alimentación temprana, 687 en comparación con 747 del grupo de cuidados convencionales, 60 de 747 (91.9 en comparación 8.1%; $p < 0.001$, RR 4.85; IC95%: 3.80-6.18).

DISCUSIÓN

En este estudio se confirma el efecto de la alimentación temprana y su repercusión en la lactancia. La probabilidad de amamantar exclusivamente con leche humana a los recién nacidos es casi cinco veces mayor cuando se aplica un procedimiento sencillo y de bajo riesgo, como la alimentación temprana. Lo aquí encontrado coincide con lo reportado en otras revisiones.[8] En nuestra opinión la alimentación temprana, por sí sola, sin desestimar el valor del contacto piel con piel, es el factor más relevante para asegurar el éxito de la lactancia exclusiva dentro del hospital, como se ha reportado en otras revisiones.[13]

Un aspecto relevante de este estudio es que no hay reportes similares en usuarias de medicina privada porque gran parte de los estudios publicados se han efectuado en pacientes de instituciones de seguridad social. Las acciones de promoción y apoyo a la lactancia materna en este grupo de población y, sobre todo los desenlaces, son escasos en la bibliografía médica, lo que resalta aún más la relevancia de este reporte.

El efecto combinado de alimentación temprana y del contacto piel con piel entre la madre y su recién nacido tiene ventajas importantes.[8,14,15] Nosotros no pudimos evaluar este efecto combinado debido a: *1)* dificultades técnicas para su aplicación en el quirófano o en la sala de recuperación, *2)* resistencia del personal de

https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.7682

Cuadro 2. Características sociodemográficas y clínicas entre los grupos de comparación en 1673 madres y recién nacidos

Variables	Alimentación temprana n = 1175 %	Cuidados convencionales n = 498 %	Valor de p **
Edad de la madre (años)	31.9 (4.6)*	32.7 (4.8)*	
Escolaridad			
Posgrado	174 (14.8)	56 (11.2)	
Licenciatura	838 (71.4)	372 (74.7)	
Bachillerato	114 (9.7)	51 (10.2)	
Otra	49 (4.1)	19 (3.9)	
Embarazos	1.94 (1.00)*	1.99 (1.01)*	
Trabajo actual	525 (44.7)	215 (43.2)	
Vía de nacimiento			
Parto	497 (42.3)	74 (14.8)	< 0.001
Cesárea	678 (57.7)	424 (85.2)	<0.001
Tipo de anestesia			
General	3 (0.3)	4 (0.8)	
Regional	1007 (86.0)	482 (97.2)	
Local	57 (4.9)	2 (0.4)	<0.001
Sin anestesia	104 (8.9)	8 (1.6)	<0.001
Semanas de embarazo	38.5 (1.04)*	38.1 (1.19)*	
Peso al nacer (gramos)	3147 (343)*	3170 (399)*	
Talla al nacer (cm)	50.1 (1.7)*	49.9 (1.7)*	
Días de hospital	2.1 (0.9)*	2.3 (1.1)*	
Tipo de lactancia materna			
Exclusiva (%)	687 (58.4)	60 (12.0)	<0.001
No exclusiva (%)	488 (41.6)	438 (88.0)	<0.001

* Los datos son medias y (desviación estándar).
** Celda en blanco es igual a p > 0.05 (diferencia no significativa).

Cuadro 3. Repercusión de la alimentación temprana en el tipo de lactancia (n = 1673)*

Variables	Lactancia exclusiva	Lactancia no exclusiva	Total
Alimentación temprana	687	488	1175
Cuidados convencionales	60	438	498

* Efecto protector benéfico: (p < 0.001, RR = 4.8; IC95% = 3.80-6.18).

salud al cambio atribuyendo riesgos en la madre anestesiada o la posibilidad de infecciones. Este último punto fue el más complejo de superar.

En este estudio, la mayor parte de los embarazos culminó en cesárea y se logró la alimentación temprana en el 57.7% (678 de 1175 pacientes) y, de este grupo, el 48.2% (327 de 678) lograron amamantar exclusivamente. Se han reportado estudios exitosos de contacto piel con piel inmediato (primera hora) o temprano (1 a 23 h) en pacientes con cesárea pero sin un análisis pormenorizado y mucho menos comparativo con otras opciones; es nuestra intención lograr este último propósito en otra investigación.[16,17,18]

La importancia del inicio temprano de la alimentación quedó de manifiesto en una revisión sistemática y metanálisis[19] en donde se encontró que los recién nacidos que amamantaron más o menos hasta 24 horas después del nacimiento tuvieron mayor riesgo de mortalidad neonatal que quienes iniciaron la lactancia antes de 24 horas (RR: 1.70; IC95%: 1.44 a 2.01; 6 estudios, n = 142,729).

Nosotros encontramos que el 70.2% de la cohorte global recibió alimentación temprana, muy por encima del promedio nacional que es del 46%.[10] En nuestro estudio sobresale la repercusión de este recurso en el establecimiento de la lactancia materna exclusiva ($p < 0.001$, RR 4.85, IC95%: 3.80-6.18).

En otro reporte,[20] proveniente de una población semirrural de México en donde se evaluó el efecto combinado de ambos procedimientos en la lactancia exclusiva en neonatos nacidos por parto, se encontraron desenlaces similares con el aquí comunicado. Si bien a diferencia de nuestro estudio, aquí se incluyeron los nacimientos por cesárea, muy frecuentes en el medio privado.

Se reconocen los factores que impiden o dificultan la alimentación temprana: nacimiento por cesárea, aplicación de anestesia, limitada capacitación del personal de salud y bajo peso al nacer.[7] Lo aquí encontrado tiene similitud con lo reportado previamente pues con más frecuencia se practica la alimentación temprana y lactancia exclusiva en neonatos de parto y, sobre todo, en las madres sin anestésicos o solo anestesia local, en comparación con el grupo de madres con cesárea.[16]

Otro aspecto relevante es que menos del 1% fueron alimentados solo con fórmula, el resto, con leche humana exclusivamente o con una combinación de ambas, lo que representa la firme convicción de nuestro equipo para fomentar y apoyar la lactancia en nuestras pacientes. En las madres con dificultad para amamantar o sensación de baja producción, sus hijos recibieron alimentación mixta con vaso, jeringa o gotero. El objetivo fue siempre incluir la leche humana y evitar el síndrome de confusión de succión.[21]

La elección de los médicos tratantes para impulsar la alimentación temprana o los cuidados convencionales basados en la posibilidad de riesgos para la madre o su recién nacido pudiera ser un factor de modificación en los desenlaces. Esto parece poco probable porque la proporción de excluidos o eliminados por enfermedad o dificultades para amamantar fue equivalente entre grupos. Esto supone que los riesgos y condiciones clínicas fueron similares antes y después del desenlace.

Ninguno de los neonatos del estudio tuvo deshidratación por hipoalimentación. En cuatro casos se documentó enfermedad hemolítica neonatal y esos pacientes se eliminaron del estudio. **Figura 1**

Desde la mitad del año 2020 y hasta la fecha de envío del manuscrito a publicación, solo ingresaron al hospital madres con prueba negativa PCR-RT o de antígenos para virus SARS-CoV-2. Esto permitió el contacto temprano y la implementación de la habitación conjunta en ambos grupos.[22]

Las madres del grupo de exposición y que amamantaban exclusivamente y que decidieron mantener a sus recién nacidos en el cunero, tuvieron que ser alimentadas con fórmula infantil e incluidos en el grupo de lactancia mixta.

CONCLUSIONES

Un procedimiento sencillo, como la alimentación temprana en la primera hora de vida, tiene una repercusión benéfica, protectora y positiva en la prevalencia de lactancia materna exclusiva

https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.7682

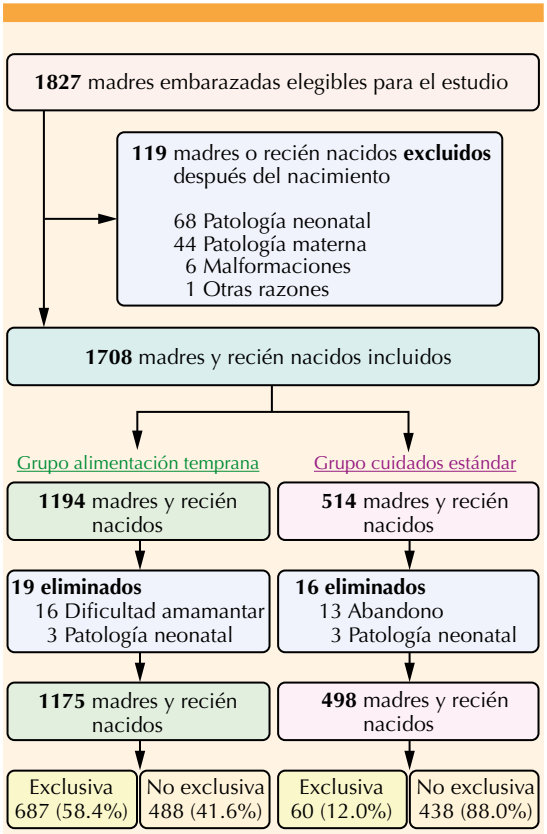


Figura 1. Flujo de participantes en el estudio.

de hasta casi cinco veces más, en comparación con el cuidado neonatal convencional en usuarias de medicina privada, aplicable a cualquier nivel de atención.

Este estudio se presentó en el Foro de Investigación y Posgrado 2022 de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro y fue acreedor al primer lugar en su modalidad oral, en la categoría de posgrado.

Agradecimientos

Al doctor Adrián E. Hernández Muñoz por su asistencia en la revisión final del manuscrito. Al Comité de Pediatría del Hospital Ángeles de Querétaro por su apoyo para llevar a cabo el trabajo y a todo el personal de enfermería del Hospital Ángeles de Querétaro.

REFERENCIAS

1. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2012;129(3):e827-41. https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, Franca GV, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475-90. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7
3. World Health Assembly. Sixty-fifth World Health Assembly: Geneva, 21-26 May 2012: resolutions and decisions, annexes. 2012 Acceso: 10/05/2022; (WHA65/2012/REC/1). https://apps.who.int/iris/handle/10665/80058
4. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Baby-friendly hospital initiative : revised, updated and expanded for integrated care. Genova: World Health Organization; 2009. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43593.
5. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? Pediatrics. 2005;116(5):e702-8. https://doi.org/10.1542/peds.2005-0537
6. Zakarija-Grkovic I, Segvic O, Bozinovic T, Cuze A, et al. Hospital practices and breastfeeding rates before and after the UNICEF/WHO 20-hour course for maternity staff. J Hum Lact. 2012;28(3):389-99. https://doi.org/10.1177/0890334412447079
7. World Health Organization. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Genova: World Health Organization; 2017. https://apps.who.int/iris/handle/10665/259386.
8. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11:CD003519. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4
9. Secretaría de Salud. Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018. 2016. http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM_2014-2018.pdf
10. INEGI, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud México. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018). https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
11. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Censo de población y vivienda. 2020. Querétaro, 2020 http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/queret/poblacion/default.aspx?tema=me.
12. St Clair NE, Batra M, Kuzminski J, Lee AC, O´Callahan C. Global challenges, efforts, and controversies in neonatal

care. Clinics in perinatology 2014; 41 (4): 749-72. https://doi.org/10.1016/j.clp.2014.08.002

13. Raihana S, Alam A, Chad N, Huda TM, Dibley MJ. Delayed initiation of breastfeeding and role of mode and place of childbirth: Evidence from Health Surveys in 58 Low- and Middle- Income Countries (2012-2017). Int J Environ Res Public Health 2021; 18 (11). https://doi.org/10.3390/ijerph18115976
14. Menon G, Williams TC. Human milk for preterm infants: why, what, when and how? Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2013; 98: 559-62. https://doi.org/10.1136/archdischild-2012-303582
15. Kucukoglu S, Yilmaz Kurt F, Aytekin Ozdemir A, Ozcan Z. The effect of kangaroo care on breastfeeding and development in preterm neonates. J Pediatr Nurs 2021; 60: e31-e8. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.019
16. Frederick A, Fry T, Clowtis L. Intraoperative mother and baby skin-to-skin contact during cesarean birth: systematic review. MCN Am J Matern Child Nurs 2020; 45 (5): 296-305. https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000646
17. Thompson NM, Maeder AB. Initiative to increase skin-to-skin contact in the operating room after cesarean. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2021; 50 (2): 193-204. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.10.008
18. Agudelo SI, Gamboa OA, Acuna E, Aguirre L, Bastidas S, Guijarro J, Jaller M, et al. Randomized clinical trial of the effect of the onset time of skin-to-skin contact at birth, immediate compared to early, on the duration of breastfeeding in full term newborns. Int Breastfeed J 2021; 16 (1): 33. https://doi.org/10.1186/s13006-021-00379-z
19. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM, Neovita Study Group. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. PLoS On 2017;12 (7): e0180722. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180722
20. Sánchez-Espino LF, Zúñiga-Villanueva G, Ramírez-García Luna JL. An educational intervention to implement skin-to-skin contact and early breastfeeding in a rural hospital in Mexico. Int Breastfeed J 2019; 14: 8. https://doi.org/10.1186/s13006-019-0202-4
21. Zimmerman E, Thompson K. Clarifying nipple confusion. J Perinatol 2015; 35 (11): 895-9. https://doi.org/10.1038/jp.2015.83
22. Ng CA, Ho JJ, Lee ZH. The effect of rooming-in on duration of breastfeeding: A systematic review of randomised and non-randomised prospective controlled studies. PLoS One 2019; 14 (4): e0215869. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215869

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Guo ZW, Deng CJ, Liang X, Tan GJ, Jiang J, Zhong ZX. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015*

* El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).

https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.7682