

Lactancia materna en Navarra siete años después: 1986-1993

Amagandiko edoskitzea Nafarroan zazpi ure geroago: 1986-1993

F. Sánchez-Valverde¹, L.M. Barriuso²,
J.E. Olivera¹, M. Portilla³, I. García³,
M.B. Palacios³, J.M. Retegui³

¹Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. ²Servei de Pediatría. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). Instituto Catalá de la Salut. ³Departamento de Estadística. Universidad Pública de Navarra.

Correspondencia: Dr. F. Sánchez-Valverde Vius, Hospital Virgen del Camino, Servicio de Pediatría (5ª Infantil), Irunlarrea 4, 31008 Pamplona. E-mail: fsanchezvalverde@cin.es.

RESUMEN

Se revisa la situación de la lactancia materna en nuestra comunidad en el intervalo comprendido entre 1986 y 1993. Para ello se estudian dos grupos de neonatos navarros totalmente comparables entre sí, que proceden de nuestra maternidad. Se comparan las cifras de prevalencia de los diversos tipos de lactancia en el momento del alta de maternidad y de modo mensual hasta el sexto mes de vida. Además se investiga el perfil materno, el motivo referido por las madres para introducir la lactancia artificial así como la persona que indicó su introducción.

Esta situación desata la alarma en los organismos sanitarios de índole internacional. En 1981 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica los resultados de su investigación sobre la situación de la LM en los distintos países del planeta. Para ello, a finales de los años 70 realiza un estudio colaborativo sobre un total de 23.000 paremos de madre-neonatos en nueve países: dos desarrollados (Hungria y Suecia) y el resto subdesarrollados o en vías de desarrollo (Etiopía, Nigeria, Chile, India, Filipinas, Guatemala y Zaire). Fundamentalmente investiga la duración y el motivo de abandono de la lactancia natural.

Una de las conclusiones más interesantes de este estudio es el concepto de «categorías de lactancia materna». A la vista de la distinta prevalencia de la LM durante los primeros 18 meses de vida, se observan actitudes homogéneas en los diferentes grupos sociales investigados. De esta manera se definen 3 «categorías» de lactancia materna:

PALABRAS CLAVE

Lactancia materna; Epidemiología; Navarra.

INTRODUCCIÓN

Tras la Segunda Guerra Mundial, en Estados Unidos comienza a abandonarse de modo indiscriminado la lactancia materna (LM). Lo que hasta entonces había sido el modo habitual de alimentar a los niños, se comienza a sustituir por productos farmacéuticos elaborados a partir de la leche de vaca. Pocos años después, esta moda se exporta a Europa Occidental y desde ahí pasa a Europa Oriental alcanzando finalmente a los países del denominado «Tercer Mundo» aproximadamente con un decalaje de unos 15 años. De este modo en la década de los años 60-70 esta moda alcanza a los países más deprimidos del planeta.

Esta innovación tiene su precio y éste es especialmente elevado en los países más pobres. En pocos años la morbilidad infantil se incrementa espectacularmente: aumenta el número de infecciones fundamentalmente digestivas y respiratorias. Además se produce una alta mortalidad como consecuencia de los trastornos hidroelectrolíticos secundarios a la preparación incorrecta de los biberones⁽¹⁾.

Una de las conclusiones más interesantes de este estudio es el concepto de «categorías de lactancia materna». A la vista de la distinta prevalencia de la LM durante los primeros 18 meses de vida, se observan actitudes homogéneas en los diferentes grupos sociales investigados. De esta manera se definen 3 «categorías» de lactancia materna:

- **Categoría I:** propia de los países desarrollados. Se caracteriza por tener unas aceptables cifras de LM al inicio que disminuyen rápidamente durante el primer semestre. A los 6 meses menos del 50% de las madres continúan amamantando a sus hijos. En esta categoría también se incluyen las clases más favorecidas de los países en vías de desarrollo.
- **Categoría II:** representa la situación intermedia entre la I y la III. La prevalencia de la LM tiende a disminuir linealmente hasta pasados los 18 meses de vida.
- **Categoría III:** propia de los países subdesarrollados. Se caracteriza por altísimas cifras iniciales de LM que se prolongan a lo largo del primer año de vida. De este modo a los seis meses de vida más del 90% de las madres siguen amamantando a sus hijos y a los 12 meses más del 75% siguen haciéndolo. A la vista de las graves consecuencias sa-

nitarias que conlleva el abandono indiscriminado de la LM, en EE.UU. y en los países de Europa Occidental se realizan importantes campañas de promoción de la LM⁽²⁾. Éstas no tardarán en dar sus frutos y a mediados de la década de los 70 se produce una importante recuperación de la misma.

España no ha sido ajena a estas fluctuaciones y por supuesto Navarra tampoco. En nuestro país, sin embargo, la promoción de la LM no se ha realizado con el ímpetu de otros países occidentales de ahí que en la actualidad las cifras de LM sean inferiores a las de los países más desarrollados, especialmente en lo concerniente a la duración de la misma a lo largo del primer semestre de vida. En España tal y como se pone de manifiesto en los estudios más recientes, la prevalencia de la LM en el momento del alta de maternidad es aceptable, en torno al 75-80% de la población. Sin embargo, a lo largo del primer semestre de la vida ésta se abandona masivamente, de tal modo que a los seis meses prácticamente es inexistente. Por tanto, en nuestro país el esquema de lactancia vigente es la categoría I de la OMS pero con menor prevalencia a los 3 y 6 meses de vida.

En este panorama... ¿cuál es la situación de Navarra? ¿Se comporta como el resto de España? ¿Ha habido algún cambio significativo en su comportamiento en los últimos años?.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestra Comunidad Autónoma, con aproximadamente medio millón de habitantes tiene unos cuatro mil nacimientos anuales de los cuales el 60-70% se producen en nuestro centro hospitalario: Hospital Virgen del Camino. En los años 1986 y 1993 investigamos las cifras de prevalencia de los distintos tipos de lactancia (materna, mixta y artificial) en el momento del alta de

TABLA I. EVOLUCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA: 1986-1993

Prevalencia*	1986	1993	Significación (p)
LI	70,7	79,5	N.S.
L1	50,1	68,9	0,0163
L2	37,3	55,2	0,0097
L3	23	30,2	N.S.
L4	12,2	18,5	N.S.
L5	7,4	13	N.S.
L6	2,2	1,1	N.S.

* LI: lactancia al alta de maternidad. L1: al mes de vida. L2: a los dos meses. L3: a los tres meses. L4: a los cuatro meses. L5: a los cinco meses. L6: a los seis meses.

TABLA II. EVOLUCIÓN DE LA LACTANCIA MIXTA: 1986-1993

Prevalencia*	1986	1993	Significación (p)
LI	6,2	16,4	0,0012
L1	12,8	17	N.S.
L2	12,5	18,1	N.S.
L3	11,7	21,9	0,0087
L4	13,7	16,3	N.S.
L5	11,4	9,8	N.S.
L6	10,6	10	N.S.

* LI: lactancia al alta de maternidad. L1: al mes de vida. L2: a los dos meses. L3: a los tres meses. L4: a los cuatro meses. L5: a los cinco meses. L6: a los seis meses.

maternidad y de modo mensual hasta el sexto mes de vida. Los datos se recogieron en nuestro hospital en dos grupos homogéneos de neonatos navarros con un intervalo de 7 años (1986-1993). Además se investigó el perfil materno y el motivo más frecuentemente aducido para introducir la leche artificial así como la persona que indicó su introducción. Revisamos todos los datos recogidos y los comparamos mediante la aplicación del test de Chi-Cuadrado. Las diferencias se consideran significativas si la p observada es menor a 0,05.

RESULTADOS

Los resultados se exponen tabulados a

continuación. En las tablas I, II y III se expresan las prevalencias de los distintos tipos de lactancia los años 1986 y 1993 expresadas como porcentajes. Las cifras muestran las prevalencias en el momento del alta de maternidad (LI) y de modo mensual desde el mes de vida hasta el sexto mes (L1 a L6).

Estos resultados se representan gráficamente en las figuras 1, 2 y 3.

Además se ha investigado el perfil de las madres navarras, los motivos aducidos por ellas para introducir la lactancia artificial (LA) y la persona que la indicó. Estas dos últimas preguntas eran abiertas, es decir podían tener varias respuestas. Con respecto al perfil materno hemos de comentar que las únicas diferencias destacables entre

TABLA III. EVOLUCIÓN DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL : 1986-1993

Prevalencia*	1986	1993	Significación (p)
LI	23,1	4,1	0,0000
L1	37,1	14,2	0,0001
L2	50,2	26,7	0,0009
L3	65,3	47,9	0,0306
L4	74,1	65,2	N.S.
L5	81,2	77,2	N.S.
L6	87,2	88,6	N.S.

* LI: lactancia al alta de maternidad. L1: al mes de vida. L2: a los dos meses. L3: a los tres meses. L4: a los cuatro meses. L5: a los cinco meses. L6: a los seis meses.

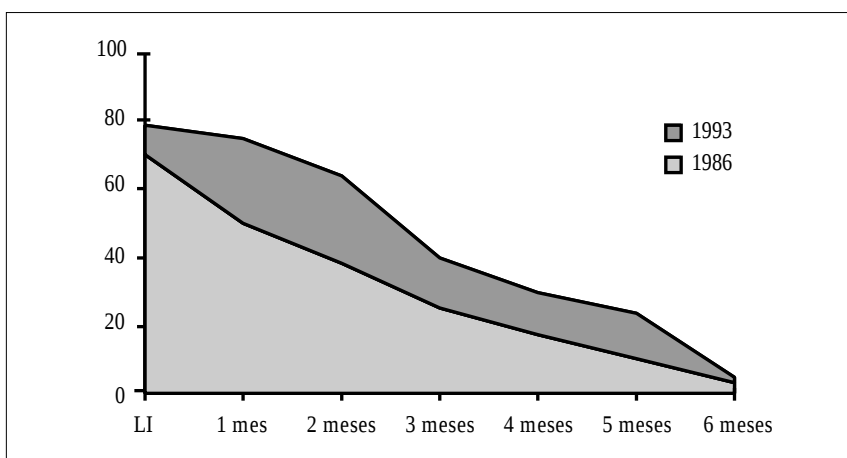


Figura 1. Prevalencia mensual de la lactancia materna exclusiva en Navarra: 1986-1993.

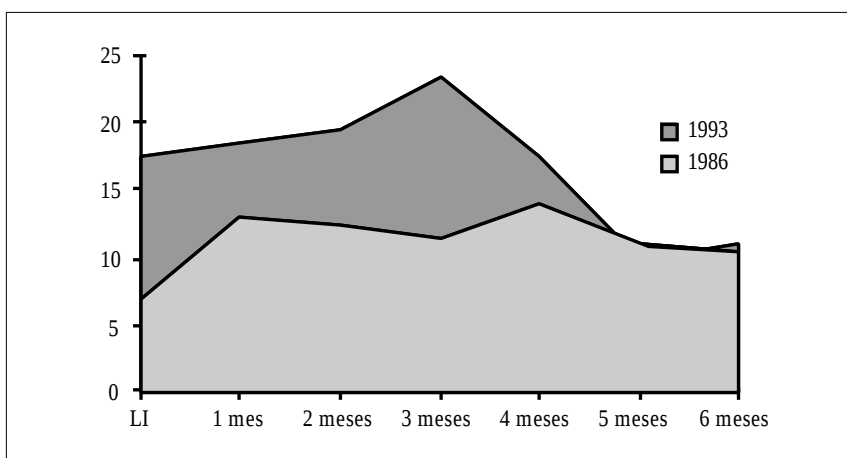


Figura 2. Prevalencia mensual de la lactancia mixta en Navarra: 1986-1993.

las madres navarras de los años 1986 y 1993 son el descenso del número de madres con estudios primarios (a favor de los medios)

y de las que trabajan en su hogar. El año 1993 más de la mitad de ellas tenía estudios primarios (55,7%) y apenas el 7% estudios

superiores. En el 62% de los casos procedían de medio urbano y en el 34% del medio rural. El semiurbano prácticamente era inexistente (3,3%). El 72% de las madres asistieron a clases de preparación al parto y el 34% de ellas recibieron muestra regalo. Más de la mitad de las madres eran amas de casa (57,4%) y sólo el 38% de ellas trabajaban fuera del hogar. El parto mayoritariamente fue eutócico (80%) y en un 4% de los casos se realizó mediante cesárea. Generalmente estuvieron solas (97,5%), el niño fué puesto tardíamente al pecho (96,7%), cohabitó con la madre mediante sistema de rooming-in (100%) y se le administró, de modo casi sistemático, suero glucosado los primeros días (99,2%). La estancia más frecuente en maternidad fue la de 5 días. Un 6,6% de las madres tenía estancias más prolongadas (7 u 8 días) y correspondían mayoritariamente con los partos mediante cesárea.

En la tabla IV presentamos los motivos aducidos más frecuentemente para introducir la LA. Recordemos que esta pregunta tenía respuesta múltiple.

En relación al fenómeno de la introducción de la LA, también se investigó la persona que había indicado la introducción de la misma. Al igual que la pregunta anterior, ésta también era de respuesta múltiple. En la tabla V se muestra la persona que indica la introducción de la LA.

DISCUSIÓN

Las investigaciones realizadas a lo largo de estas décadas, no sólo han puesto de manifiesto la epidemiología de la lactancia materna, sino que además han evidenciado las innumerables ventajas que la LM tiene para la salud de la madre y del niño. Anualmente se publican decenas de artículos referentes a este tema y se describen las ventajas que presenta frente a la lactancia ar-

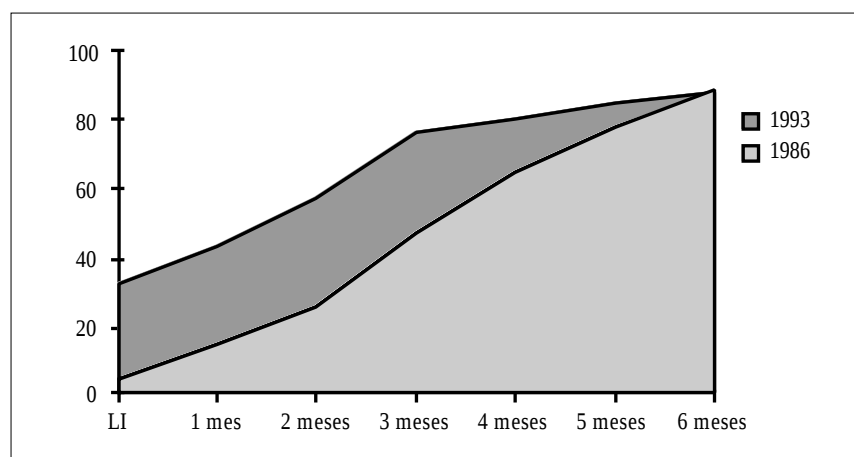


Figura 3. Prevalencia mensual de la lactancia artificial en Navarra: 1986-1993.

TABLA IV. MOTIVOS ADUCIDOS PARA INTRODUCIR L. ARTIFICIAL

	1986	1993	Significación (p)
Hipogalactia	45%	60,2%	0,0436
Escasa ganancia ponderal	28%	28%	N.S.
Ingreso hospitalario	8,8%	—	0,0034
Trabajo materno	6,6%	4,3%	N.S.
Separación madre-hijo	2,8%	1,1%	N.S.
Decisión materna	—	10,8%	0,0000

TABLA V. PERSONA QUE INDICA LA INTRODUCCIÓN L. ARTIFICIAL

	1986	1993	Significación (p)
Pediatra	82,5%	71%	N.S.
Iniciativa propia	22,5%	29%	N.S.
Farmacia	1,2%	—	N.S.
Otros sanitarios	2,2%	19,4	0,0000

tificial. Ésta es un hábito «moderno» en la alimentación del neonato. Se introdujo con la llegada de la revolución industrial y se ha generalizado a partir de la década de los 60 comenzando en los países más industrializados para posteriormente extenderse hasta los subdesarrollados. En las últimas décadas, la industria farmacéutica se ha desarrollado vertiginosamente y ha conseguido realizar importantes modificaciones de la composición de la leche de vaca para asemejarla a la leche materna. Ha sido sin

duda una tarea difícil y sigue siéndola, ya que el esfuerzo en mejorar estas fórmulas es continuo sin que por el momento se haya conseguido ninguna idéntica a la leche materna.

Sin duda alguna, la obtención de fórmulas adaptadas a partir de la leche de vaca por parte de la industria farmacéutica, ha supuesto un avance revolucionario en la alimentación del lactante. Se ha conseguido la supervivencia de muchos de ellos que de otra forma hubieran fallecido inexora-

blemente, especialmente en aquellos casos en que no se dispone de fuente de lactancia materna o en aquéllos afectos de ciertas patologías digestivas. La calidad de las fórmulas adaptadas se va superando día a día por los esfuerzos investigadores de las casas comerciales, pero, sin embargo, todavía se está muy lejos de igualarla a la leche materna. Aunque ambos tipos de leche nutricionalmente se aproximan, sin embargo, la fórmula adaptada sigue estando muy lejos de la leche materna en otros aspectos (inmunológicos, afectivos,...) algunos de los cuales son imposibles de alcanzar. Por ejemplo, el efecto beneficioso que para la relación afectiva madre-hijo tiene la lactancia materna no se puede alcanzar mediante la administración de biberones^(2,3). Tampoco podemos olvidar el papel aparentemente protector que el amamantamiento tiene en el carcinoma de mama y ovario⁽⁴⁾, el beneficio psicológico que parece producir en la madre, así como los últimos hallazgos científicos que parecen relacionar el abandono paulatino de este hábito con el incremento de ciertas enfermedades como la enfermedad celíaca⁽⁵⁾, diabetes mellitus insulino dependiente^(6,7), enfermedad inflamatoria intestinal⁽⁸⁻¹⁰⁾ o linfomas⁽¹¹⁾. Además la LM parece desempeñar un papel protector frente a la atopía^(12, 13) y se insinúa el posible efecto beneficioso que podría tener sobre el desarrollo intelectual del niño^(2, 14). Por algo, el Profesor Nils Von Rosenstein en 1776 afirmaba en su clásico libro de Pediatría: «para crecer bien, un niño debe recibir cantidad suficiente de un buen alimento. El mejor alimento de que dispone es la leche de su madre»⁽¹⁵⁾.

España no ha sido ajena a estas modificaciones de los hábitos de lactancia. Así, tras el grave descenso de la prevalencia de la LM sufrido en la década de los 70^(16, 17), también hemos objetivado un paulatino ascenso de las cifras de LM en el momento del alta hospitalaria. Sin embargo, la LM se si-

que abandonando precoz y masivamente durante los tres primeros meses, siendo a los 6 meses casi indetectable⁽¹⁸⁻²²⁾. Los resultados obtenidos en los distintos trabajos realizados en varios puntos de la geografía española así lo ponen de manifiesto: la LM se abandona masivamente a lo largo del primer semestre de vida y es prácticamente inexistente a los 6 meses. Por tanto, el esquema de lactancia vigente en nuestro país es la categoría I de la clasificación de la OMS aunque con cifras a los tres y seis meses inferiores.

Como se ha podido observar en las tablas I, II y III, Navarra no es ajena a esta situación: las cifras de LM en el momento del alta hospitalaria son aceptables (70-80%), pero se abandona precoz y masivamente durante los primeros seis meses de vida. Al sexto mes la LM es prácticamente inexistente (1-2%)^(19, 23). Por tanto la categoría vigente en nuestra comunidad autónoma es la I de la OMS con las mismas salvedades que las comentadas para España: su prevalencia a los tres y seis meses es menor.

Si comparamos las cifras del año 1986 y 1993 podemos comprobar que con respecto a las cifras de LM solamente se encuentran diferencias significativas al mes y a los dos meses de vida: en 1993 las cifras de LM se han incrementado significativamente a lo largo de estos dos meses a expensas de disminuir las de LA. En 1993 en el momento del alta hospitalaria se ha producido un descenso significativo de las cifras de LA a expensas de aumentar las de lactancia mixta, sin que se modifiquen significativamente las de LM. No existen diferencias significativas con respecto al tipo de lactancia entre el cuarto y el sexto mes de vida. Por tanto se puede afirmar que el panorama de la lactancia en nuestra comunidad apenas ha cambiado en los últimos siete años. Parece observarse un leve pero esperanzador aumento de las cifras de LM el primer y segundo mes de vida. Sin embar-

go el comportamiento de la población durante el segundo trimestre es idéntico: la LM se sigue abandonando masivamente siendo prácticamente inexistente al sexto mes de vida.

Con respecto al motivo más frecuentemente aducido por las madres para introducir la LA prácticamente no ha habido cambios en estos siete años. La hipogalactia es en nuestro medio al igual que en otros muchos trabajos publicados, la causa más frecuentemente aducida y además parece que cada vez es más frecuente^(1, 18, 20, 21). Además comentaremos que en el año 1993 el 11% de las madres navarras decidieron voluntariamente introducir la LA. Este porcentaje no es nada despreciable y además cada vez es una opción más frecuente. Con respecto a la persona que indicó la introducción de la LA anotaremos que no hemos observado ningún cambio en estos siete años. El pediatra de cabecera es quien lo indica más frecuentemente y aunque las diferencias no son significativas se observa un incremento del porcentaje de madres que decide introducirla por su propia iniciativa. Este último aspecto estaría conforme con lo anteriormente expuesto. También hemos de señalar el llamativo ascenso de la influencia de «otros sanitarios» en nuestra comunidad a la hora de introducir la LA. Este apartado se refiere fundamentalmente a las enfermeras de maternidad, de los centros de Salud y a las matronas.

Por tanto la promoción eficaz de la LM es una tarea pendiente en nuestra comunidad autónoma. Ésta ha de conseguir mejorar las cifras en el momento del alta de maternidad y principalmente la prolongación de la misma. Todavía nos encontramos muy lejos de las recomendaciones de los organismos internacionales que propugnan la LM como el alimento idóneo del lactante durante los primeros 4-6 meses de su vida. Para que esta promoción sea realmente eficaz ha de implicar a todo el personal sanitario

que rodea a la madre antes, durante y después del parto. Sólo así haremos que la lactancia materna sea una realidad en la alimentación del lactante navarro.

CONCLUSIONES

1. La categoría de LM vigente en Navarra es el tipo I de la OMS al igual que en el resto del país.
2. La LM se sigue abandonando de modo precoz y masivo a lo largo del primer semestre de vida siendo sus cifras indetectables al sexto mes.
3. Apenas existen diferencias significativas entre las cifras del año 1986 y 1993. Se objetiva un descenso significativo en las cifras de LA durante el primer trimestre de vida a expensas fundamentalmente del incremento de las de lactancia mixta y en menor medida de un aumento de la lactancia materna exclusiva.
4. El perfil materno ha variado poco. Únicamente destaca una mayor incorporación de la mujer navarra al mundo laboral y un incremento de su nivel de estudios.
5. El motivo más frecuentemente aducido para introducir la LA es la hipogalactia. Este se ha incrementado significativamente en los últimos años.
6. La persona que más frecuentemente indica la introducción de la LA es el pediatra. No se observan diferencias significativas a este respecto en los últimos siete años.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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*. Ginebra: Ed. Organización Mundial de la Salud, 1981.

2. Hofvander Y, Sjolín S. Breast feeding trends and recent information activities in Sweden. *Acta Paediatr Scand* 1979; Suppl 275: 122-125.
3. Brostrom K. La leche humana y las fórmulas infantiles. In: Suskind RM (ed). *Tratado de Nutrición en Pediatría* Salvat Editores S.A. Barcelona, 1985: 39-61.
4. John EM, Whittemore AS, Harris R, Intyre J. Characteristics relating to ovarian cancer risk: collaborative analysis of seven U. S. case-control studies. Epithelial ovarian cancer in black women. Collaborative Ovarian Cancer Group. *J Natl Cancer Inst* 1993; **85**(2): 142-147.
5. Auricchio A, de Folio D, de Ritis G y cols. Does breast feeding protect against the development of clinic symptoms of celiac disease in children? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1983; **2**: 428-433.
6. Borch-Johnsen K, Mandrup-Poulsen T, Zachariassen B, Geir Joner, Cristy M, Katrup K, Nerup J. Relación entre la lactancia materna y tasas de incidencia de diabetes mellitus insulino-dependiente. *Lancet* (ed. esp.) 1985; **6**: 199-202.
7. Kostraba JN, Dorman JS, La Porte RE, Scott FW, Steenkiste AR, Gloninger M, Drash AL. Early infant diet and risk of IDDM in blacks and whites. A matched case-control study. *Diabetes Care* 1992; **15**(5): 626-631.
8. Bergstrand D, Hellers G. Breast feeding during infancy in patients who later develop Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol* 1983; **18**: 903-906.
9. Whorwell PJ, Holdstock G, Whorwell GM, Wright R. Bottle feeding, early gastroenteritis and inflammatory bowel disease. *Br Med J* 1979; **1**: 382.
10. Sánchez-Valverde F, Fernández P, Lozano MJ, Vitoria JC, Sojo A, Gárate J, Martín Bejarano E, Zubillaga P, Hualde A, Martínez M, Olivera JE, Villa I, Azcona C, Pérez-Marrodan JA, Ros L, Heredia S, Elías J, Lázaro A, Sarriá A, Membrado PJ, Martín-Calama E, Valle F, Ubalde E. Estudio multicéntrico de 60 casos de enfermedad inflamatoria intestinal crónica en la infancia en el norte de España. *An Esp Pediatr* 1994; **40**: 435-442.
11. Cunningham AS. Breast-feeding and morbidity in industrialized countries: an update. In: Jelliffe DB, Jelliffe EFP. *Advances in international maternal and child health* Vol I. Oxford Medical Publications, 1981: 128-168.
12. Bruno G, Milita O, Ferrara M, Nisini R, Cantani A, Busino L. Prevention of atopic diseases in high risk babies (long-term follow-up). *Allergy Proc* 1993; **14**(3): 181-186.
13. Burr ML, Limb ES, Maguire MJ, Amarah L, Eldridge BA, Layzell JC, Marrett TG. Infant feeding, wheezing, and allergy: a prospective study. *Arch Dis Child* 1993; **68**(6): 724-728.
14. Lucas A y cols. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992; **339**: 261.
15. Rosen von Rosenstein N. *Underrättelser om Barm-Sjukdomar och deras Bete-Medel. Tilförene Styckewis utgifne uti de sma Almanachorna, nu samlade, tilökte och förbättrade* Estocolmo: Lard Salvins, 1764 (Edición inglesa: The diseases of children and their remedies. Londres: T. Cadell, 1776).
16. Fraga JM, Iglesias A, Fernández JR, Bravo M, López A, Peña J. Lactancia natural y artificial. Incidencias. *An Esp Pediatr* 1981; **15**: 313.
17. Cobaleda Rodrigo A, Hidalgo Vicario MI, Plaza Pérez I, Muñoz Calvo MT, López Martínez D, Otero de Becerra J, Baeza Mínguez J, Ruiz Jarabo C, Madero Medrano AR, Parra Martínez I y cols. Prevalence of breast feeding and its relation to cardiovascular risk factors in the pediatric population of Fuenlabrada. *An Esp Pediatr* 1989; **31**(4): 350-355.
18. Berraondo I, Dorronsoro M, Larrañaga M, Cerdán R. Epidemiología de la lactancia en Gipuzkoa. Prevalencia y perfil de la lactancia materna. *Osakidetza* 1987; **5**: 415-423.
19. Sánchez-Valverde F, Olivera JE, Heras JA y cols. *Estudio sociosanitario sobre la incidencia y duración de la lactancia materna en Navarra*. Premio de Nutrición Infantil 1987. Barcelona: Ed. Sociedad Nestlé AEPA, 1988: 300-343.
20. Cerezo MA, López P. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Andalucía. *Bol Epi-demiol Junta de Andalucía* 1986; **1**(nº2).
21. Martín-Calama J, Villar A, Orive I y cols. Tendencias actuales de la lactancia materna en Valladolid. *An Esp Pediatr* 1985; **22**: 371-377.
22. Morán J. Lactancia materna en España. Situación actual. *An Esp Pediatr* 1992; **36**: 45-50.
23. Sánchez-Valverde Visus F, Barriuso Lapresa LM, Urzainki Martínez F, Olivera Olmedo JE, Satrustegui Gamboa F, Montesinos Vales J, Landa Aristizabal V. Lactancia materna y pautas hospitalarias: la revolución pendiente. *Rev Esp Pediatr* 1994; **50**: 225-229.