

Efectividad de un programa de fomento de la lactancia materna en Atención Primaria

Lehen mailan umeak ama edoski dezan bultzatzeko programaren eraginkortasuna

J. Rodríguez Murcia¹, M.S. Galardi Andonegui¹, B. Peña Irala¹, E. Rodríguez Sole¹, J. Olano Argote²

¹Pediatra. ²Enfermera. Centro de Salud de Arambizcarra, Vitoria

Correspondencia: Dr. José Rodríguez Murcia, C/ Burgos 23, 01002 Vitoria.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la efectividad de un programa de promoción y apoyo continuado a la lactancia materna en Atención Primaria.

Métodos: La población a estudio fueron todos los niños nacidos entre 1990 y 1996 correspondientes a dos centros de salud (n= 1.353). Se dividieron en grupo intervención (556 nacidos entre 1994 y 1996), en el que se aplicó el programa de promoción continuada y grupo control (797 nacidos entre 1990 y 1993) en el que no se realizó el programa. Investigamos en todos los niños la duración de la lactancia materna y la prevalencia de la misma a los 15 días, primer, tercero y sexto meses y comparamos los valores en los dos grupos mediante el test de χ^2 .

Resultados: Los resultados indican que la intervención aumenta el porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva a los 15 días (78,8% vs 74,7% p= 0,055), al mes (71,4% vs 64,2% p= 0,0014), tres meses (53,4% vs 37,1% p < 0,0001) y seis meses (26,4% vs 9,4% p < 0,0001). Asimismo, se observa que ha aumentado la duración de la lactancia con un 41,2% de niños que tomaron más de seis meses pecho frente a un 19,1% del grupo preintervención (p< 0,00001).

Conclusión: La intervención de apoyo a la lactancia materna dentro de los controles de niño sano en Atención Primaria en nuestro medio es efectiva para aumentar la prevalencia del amamantamiento y, sobre todo la duración del mismo.

PALABRAS CLAVE

Lactancia materna; Prevalencia; Promoción; Salud materno-infantil.

LABURPENA

Helburua: Lehen mailan, umeak ama edoski dezan bultzatu eta laguntzea helburu duen programa baten eraginkortasuna aztertzea.

Prozedura: Bi osasun zentroei zegozkien 1990 eta 1996 bitartean jaioetako ume guztiak aztertu ziren (zk= 1353). Bi multzotan banatu

ziren: programa-aurrekoa (1990-1993 bitartean jaioetako 797 ume) eta programa ondokoa 1994-1996 bitartean jaioetako 556 ume). Azken talde honekin gauzatu zen bultzapen programa. Ume guztietan ama edoskitzearen iraupena ikeritu zen, eta honen prebalentzia umearen jaioetarik 15 egunetara, lehenengo, hirugarren eta seigarren hilabetera. Azkenik, bi multzotan emaitzak χ^2 -ren testaren bidez alderatu ziren.

Emaitzak: Emaitzek zera adierazten dute: interbentzioak, ama edoskitze eskusiboa duten umeen portzentaia haunditzen duela 15 egunetara (%78,8a vs %74,7a p= 0,055), lehenengo hilabetera (%71,4a vs %64,2a p= 0,0014), hirugarren hilabetera (%53,4a vs %37,1a p< 0,0001) eta seigarren hilabetera (%26,4a vs %9,4a p<0,0001). Halaber, beha daiteke umearen edoskitze iraupena luzatu egin zela sei hilabetetik gora bularra hartu zuten umeak %13,2a izatetik % 36,3a izatera (p<0,00001) interbentzio ondoko taldean.

Ondorioa: Lehen mailan, gure inguruan, umeak ama edoskitzearen aldeko interbentzioa ume osasuntsuaren bisitetan eraginkorra da titia ematearen prebalentzia eta gehienbat honen iraupena handitzeko.

HITZ KLABEAK

Edoskitzea; Prebalentzia; Bultzapena; Haur-amaren osasuna

ABSTRACT

Objective: To analyse the effectiveness of a programme of continuous support during the period of breast feeding in primary health care.

Methods: The population used for this study were the children born between 1990 and 1996 in two health centers (n= 1353). They were divided in group intervention (556 born between 1994 and 1996), in which was applied the programme of continuous support and group control (797 born between 1990 and 1993) that did not follow this programme. We investigated the prevalence of breast feeding in both groups at the initial visit then at their first, third and sixth

month and compared the results in both groups by means of the test χ^2 .

Results: The outcome from this study shows that the percentage of children being breast fed only, at the initial visit increased in the group that had been supported (78,8% vs 74,7% $p = 0,055$), at first month (71,4% vs 64,2% $p = 0,0014$), third month (53,4% vs 37,1% $p < 0,0001$) and sixth months (26,4% vs 9,4% $p < 0,0001$). Likewise it was found that the breast feeding period, six or more months, had increased by 41,2% against 19,1% in the pre-intervention group ($p < 0,00001$).

Conclusions: Support and encouragement to breast fed during check ups of healthy infants in our primary care centre was effective in promoting the prevalence of breast feeding and length of same.

KEY WORDS

Breast feeding; Prevalence; Child and maternal health.

INTRODUCCIÓN

En la cumbre mundial a favor de la infancia de septiembre de 1990⁽¹⁾ se acordó dar prioridad al estímulo y apoyo a la lactancia materna (LM), como paso necesario para mejorar la salud infantil a nivel mundial. Sabemos que aumentando las tasas de LM podemos reducir las enfermedades infantiles infecciosas a nivel comunitario^(2,3), las enfermedades atópicas incluyendo dermatitis atópica y alergia, tanto alimentaria, como respiratoria⁽⁴⁾, y además favorecer una buena relación madre-hijo, así como un adecuado desarrollo emocional del niño.

En nuestra región, el País Vasco, en los años 92-93, la prevalencia de LM exclusiva fue del 74% el primer mes de vida, descendiendo al 24,4% a los 3 meses y a sólo el 4,7% a los 6 meses⁽⁵⁾ lo que nos sitúa en la categoría I, propia de los países desarrollados, según la clasificación de la OMS⁽⁶⁾. Con

respecto a otros países occidentales donde se está recuperando el hábito de amamantar, nuestro principal problema es la tasa de abandono precoz tan alta que padecemos. La orientación que se proporciona a las futuras madres antes del parto y aún en el postparto inmediato anima a la madre a iniciar una LM que reconoce beneficiosa para su hijo. Sin embargo, con el paso del tiempo, cuando se van acumulando las tareas domésticas y laborales en un entorno familiar y social poco favorable, surgen el cansancio y las dudas respecto a la calidad de la propia leche o la ganancia ponderal del niño, y son muchas las madres que recurren al fácil y accesible biberón.

Para conseguir una LM prolongada, probablemente, se necesita un apoyo continuado e individualizado dentro de un programa de salud. Los manuales de apoyo, aunque didácticos, no han servido para prolongar la LM⁽⁷⁾. El objetivo del presente estudio es analizar la prevalencia de la LM en nuestra zona antes y después de la entrada en vigor de un programa de apoyo continuado a la madre y valorar su efectividad.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio consistió en la comparación entre la prevalencia de LM antes y después de la puesta en marcha de un protocolo de fomento y apoyo a la misma en dos centros de salud urbanos.

La población a estudio la componen todos los niños nacidos entre los años 90 y 96 correspondientes a cinco cupos de pediatría de dos centros de salud de Vitoria ($n=1.353$). Se excluyeron del trabajo, tanto los niños que se habían cambiado de domicilio durante el estudio y pertenecían ahora a otro pediatra, como los que habían venido de otros centros y no se habían controlado desde el nacimiento.

En el año 94 se decidió poner en mar-

cha un protocolo específico de fomento y apoyo de la LM, consistente en:

1. Contacto precoz con la madre y oferta de visita a domicilio por la enfermera en la primera semana de vida.
2. Realizar la primera visita a la consulta antes de los 15 días de vida, en los casos en que no hubiera habido visita domiciliaria.
3. Disponibilidad del personal favoreciendo el acceso telefónico directo y la consulta a demanda inmediata.
4. Aumento del tiempo dedicado a la LM en todas las visitas de niño sano de los seis primeros meses.
5. Para la información que se daba y el apoyo a la resolución de problemas nos basamos en el Manual de lactancia materna para profesionales⁽⁸⁾.

Paralelamente a la puesta en marcha del protocolo, todo el personal de pediatría (cinco enfermeras y cinco pediatras), realizamos cursos de formación en LM.

El estudio se dividió en dos fases, antes y después de la puesta en marcha de la intervención descrita arriba:

1ª Fase: estudio transversal retrospectivo sobre la prevalencia de la LM y factores asociados, en 797 niños nacidos desde el 1 de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1993 (grupo control). Para ello, se elaboró una hoja de recogida de datos que incluía: edad, nivel de estudios y situación laboral de la madre, paridad, tipo de parto y hospital, si hubo ingreso neonatal, causa de abandono de LM y quien lo indicó, tipo de lactancia a los 15 días, un mes, tres meses, seis meses y, finalmente, duración total de la LM. Hay que señalar que al sexto mes consideramos como LM y no mixta a los niños a los que se había introducido alguna toma de papilla de cereales. Por debajo de esa edad se consideró lactancia mixta a los que recibían algún tipo de ayuda, aunque fuera mínima. La información se recogió de la historia clínica, completándola en los ca-

sos en que faltaban datos a través de llamadas telefónicas o preguntando directamente cuando estos niños venían a la consulta.

2ª Fase: se recogieron los mismos datos con 556 niños nacidos entre el 1 de enero de 1994 y el 31 de diciembre de 1996 (grupo intervención). La recogida de datos de este período no fue al final del mismo, sino que se iba completando en las revisiones mensuales hasta el momento en que cada niño llegaba al destete completo. Se dio por finalizada la recogida de datos a mediados del año 98, aunque había algunos niños que todavía estaban lactando. En estos se consideró duración de la lactancia la edad que tenían en esa fecha.

La información se introdujo en base de datos Dbase III, realizando posteriormente el análisis estadístico con el programa EPIINFO: estudio de las frecuencias de las variables en los dos períodos de estudio y comparación mediante la prueba de la ji al cuadrado, aceptando un nivel de significación del 95%.

RESULTADOS

El número total de niños estudiado fue de 797 en el primer período y de 556 durante el segundo.

En la Tabla I se refleja la distribución en los niños estudiados durante las dos fases del estudio de las siguientes siete variables: edad materna en el momento del parto, trabajo y estudio maternos, peso e ingreso neonatal, tipo de parto y hospital de nacimiento. Se observaron diferencias significativas en el porcentaje de madres que trabajan, con un aumento de las mismas durante el segundo período (57,7% contra un 51,1% en la primera fase; $p = 0,015$), en el nivel de estudios de la madre que fue superior en la segunda fase ($p = 0,013$) y en el número de niños que pre-

TABLA I. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN AMBOS GRUPOS DEL ESTUDIO

	Período 90-93 (n= 797)	Período 94-96 (n= 556)	Valor de P
Edad materna			
Menor de 20 años	10 (1,3%)	10 (1,1%)	NS
20 a 34 años	656 (82,3%)	435 (79,1%)	
Mayor de 34 años	131 (16,4%)	111 (19,8%)	
Trabajo materno			
Sí	407 (51,1%)	321 (57,7%)	$p = 0,015$
No	390 (48,9%)	235 (42,3%)	
Estudios maternos			
Estudios primarios	328 (41,2%)	185 (33,3%)	$p = 0,013$
Estudios medios	316 (39,6%)	248 (44,6%)	
Estudios universitarios	153 (19,2%)	123 (22,1%)	
Peso neonatal			
Menor o igual 2.500 g	44 (5,5%)	26 (4,7%)	NS
Mayor 2.500 g	753 (94,5%)	530 (95,3%)	
Ingreso neonatal			
Sí	216 (27,0%)	91 (16,4%)	$p < 0,001$
No	581 (73,0%)	465 (83,6%)	
Tipo parto			
Normal	624 (78,3%)	414 (74,5%)	NS
Distócico o cesárea	173 (21,7%)	142 (25,5%)	
Hospital nacimiento			
H. público	747 (93,7%)	527 (94,8%)	NS
Otros	50 (6,3%)	29 (5,2%)	

NS= No significativo.

cisaron ingreso hospitalario en el período neonatal que resultó menor en el segundo período (16,4% contra un 27% del primer período; $p < 0,001$).

En la Tabla II se exponen el porcentaje de niños de ambas fases del estudio alimentados con los distintos tipos de lactancia en cada uno de los momentos analizados (controles de los 15 días, primer, tercer y sexto meses). Existe una diferencia claramente significativa, que va en aumento a medida que progresa la edad del niño, a favor de una mayor prevalencia de la alimentación con leche materna exclusiva en el segundo período (Fig. 1). Estos resultados están corroborados por la duración total de la lactancia materna (Tabla III) que es

claramente superior en el segundo período, en el que un 41,2% de los niños reciben pecho durante más de 6 meses contra un 19,1% del primer período ($p < 0,00001$).

DISCUSIÓN

En este trabajo se pretendía valorar la efectividad de un programa de apoyo a la lactancia materna dentro de la consulta de control del niño sano en Atención Primaria. Algunos autores han comentado sus experiencias centradas a nivel hospitalario⁽⁹⁾ o con estrategias de coordinación a distintos niveles^(10,11) estimulando a apoyar más activamente la LM. Los resultados de nuestra investigación, como se analizará más ade-

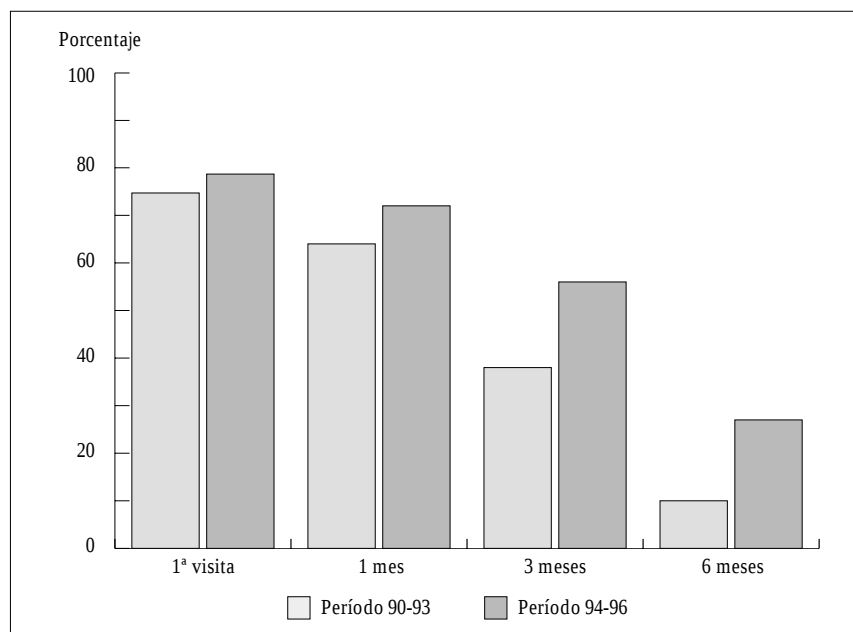


Figura 1. Prevalencia de la lactancia materna en los dos grupos del estudio según edad.

TABLA II. TIPO DE LACTANCIA EN LOS DOS GRUPOS DEL ESTUDIO

	Período 90-93 (n= 797)	Período 94-96 (n= 556)	Valor de p
Visita 15 días			
Lactancia materna	595 (74,7%)	438 (78,8%)	p = 0,055
Lactancia mixta	90 (11,3%)	64 (11,5%)	
Lactancia artificial	112 (14,0%)	54 (9,7%)	
Visita 1 mes			
Lactancia materna	512 (64,2%)	397 (71,4%)	p = 0,0014
Lactancia mixta	117 (14,7%)	84 (15,1%)	
Lactancia artificial	168 (21,1%)	75 (13,5%)	
Visita 3 meses			
Lactancia materna	296 (37,1%)	297 (53,4%)	p < 0,0001
Lactancia mixta	137 (17,2%)	87 (15,7%)	
Lactancia artificial	364 (45,7%)	172 (30,9%)	
Visita 6 meses			
Lactancia materna	75 (9,4%)	148 (26,6%)	p < 0,0001
Lactancia mixta	77 (9,7%)	81 (14,6%)	
Lactancia artificial	645(80,9%)	327 (58,8%)	

lante, muestran un aumento de la prevalencia de la LM en el grupo de intervención que es progresivo en el tiempo. Antes que-remos considerar las posibles limitaciones y factores de confusión de nuestro estudio.

Hay que tener en cuenta que la pobla-

ción analizada procede de un mismo barrio de clase social media y media-baja de Vitoria, capital de provincia de 217.618 habitantes, pero los cambios sociales de los últimos años han modificado las características sociales de las madres objeto de nues-

tro estudio. En el grupo intervención, después de la puesta en marcha de nuestro protocolo, las mujeres analizadas tenían un nivel de estudios más alto y trabajaban con más frecuencia fuera de casa. El trabajo de la mujer afecta de forma dispar a la LM pudiendo favorecerla⁽¹²⁾, resultar indiferente⁽¹³⁻¹⁵⁾ entorpecerla⁽¹¹⁾ especialmente a largo plazo⁽⁵⁾, dependiendo de la amplitud y de diversos factores socioculturales y económicos de cada grupo analizado. El nivel de estudios tampoco tiene un papel claro en la LM, resultando indiferente en varios trabajos⁽¹²⁻¹⁴⁾, si bien otros autores han observado que las madres que optan por la LM tienen un nivel de instrucción más alto^(5,15,16). Aunque la influencia de estos factores no esté clara, sí suponen cambios en la homogeneidad de las dos poblaciones comparadas. Se decidió, por tanto, analizar si en el grupo intervención el nivel de estudios o el trabajo materno se relacionaban con la incidencia de la LM a los 6 meses o con la duración de la misma. Los resultados no mostraron diferencias significativas en relación con dichas variables, lo que nos ha permitido seguir con nuestra hipótesis de trabajo.

Respecto a los posibles factores de confusión que podrían haber influido en el aumento de LM en el grupo intervención, independientemente de nuestra actuación, hemos considerado los siguientes: 1) la especial insistencia, tanto en los beneficios, como en la técnica de la LM por parte de las matronas en las clases de preparación al parto⁽¹¹⁾; 2) el ambiente social más favorable a la LM expresado incluso en medios de comunicación tan populares como la televisión; 3) el cambio en las pautas de la sala de partos y de la unidad neonatal desde el año 1995 en el hospital de la red pública de nuestra ciudad, donde han nacido el 94,7% y 94,8% de los niños de las 1ª y 2ª fases respectivamente, favoreciendo el contacto precoz y continuado madre-hijo, así como apoyando verbalmente la LM en char-

TABLA III. DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS DOS GRUPOS DEL ESTUDIO

	Período 90-93 (n= 797)	Período 94-96 (n= 556)	Valor de P y OR
Duración de la lactancia materna			
Seis meses o menos	645 (80,9%)	327 (58,8%)	p < 0,00001
Más de seis meses	152 (19,1%)	229 (41,2%)	OR=1,97 (1,51-2,58)

las de grupo y personales y, por último, y en relación con lo anterior; 4) el menor número de ingresos neonatales⁽¹²⁾, sin disminución significativa de los partos distócicos ni de los recién nacidos de bajo peso. Es sabido que todos estos factores influyen positivamente en la elección, inicio y estímulo de la LM. Analizando nuestra serie se observa que aunque la prevalencia de LM después del alta hospitalaria era superior en el período 94-96 que en el período 90-93 (78,8% vs 74,7% a los 15 días) la diferencia no era significativa (p= 0,055). Sin embargo, puede comprobarse como en los controles posteriores dicha prevalencia es significativa-

mente mayor en las madres que ha participado en el programa de apoyo a la misma. Además, dicha diferencia aumenta progresivamente, siendo mayor a los 6 que a los 3 meses, como se refleja en la Tabla II y en la Figura 1. Asimismo, ha crecido la proporción de lactancias prolongadas, superiores a los 6 meses, del 19,1% al 41,2% (p < 0,00001). A la luz de estos datos, consideramos que el aumento de la prevalencia de la LM a largo plazo se ha conseguido gracias al programa de apoyo continuado a la misma realizado desde las consultas de Atención Primaria.

Hemos analizado también las preva-

lencias de LM en distintos trabajos publicados, comparándolas con las nuestras en las dos fases del estudio. En los años anteriores a 1990 y en los comprendidos entre 1990 y 1993, período que corresponde a la primera fase de nuestro estudio, vemos que no hay diferencias en la prevalencia de LM en la primera visita, pero son claramente superiores las diferencias en las demás edades, tanto en zonas geográficamente cercanas a la nuestra^(5,12,14), como en otras comunidades^(13,17) (Tabla IV). Durante el período de tiempo que abarcó la segunda fase del estudio (años 1994 a 1998) los trabajos refieren, en general, una mejoría en la prevalencia de LM, con una variación muy grande según regiones^(15,18,19) (Tabla V). Podemos observar también en la Tabla V que el uso por otros autores de programas de apoyo intensivo a la lactancia materna⁽²⁰⁾, o de intervenciones apoyadas en la coordinación e implicación de diversos estamentos⁽¹⁰⁾, logran unas prevalencias de LM superiores y similares a las nuestras.

TABLA IV. COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA DE NUESTRO GRUPO CONTROL Y OTROS ESTUDIOS SIMILARES REALIZADOS HASTA EL AÑO 1993

Estudio	N	Primera visita (%)	Un mes (%)	Tres meses (%)	Seis meses (%)
Arambizcarra (90-93)	797	74,6	64,2	37,1	9,4
				54,3 (con mixta)	19,1 (con mixta)
Ebro (92-94) ⁽⁴⁾	1.175	79,7	53,9	27,2	3,9 (con mixta)
Ojembarrena (90-91) ⁽¹⁴⁾	492	72,8	51,8	23,4	2
Alkiza (91) ⁽¹²⁾	499	74,8	—	48,2 (con mixta)	14,6 (con mixta)
Temboury (89) ⁽¹⁷⁾	400	81,8	—	43,5 (con mixta)	7 (con mixta)

TABLA V. COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA DE NUESTRO GRUPO INTERVENCIÓN Y OTROS ESTUDIOS SIMILARES REALIZADOS ENTRE LOS AÑOS 1994 Y 1997

Estudio	N	Primera visita (%)	Un mes (%)	Tres meses (%)	Seis meses (%)
Arambizcarra (94-96)	556	78,8	71,4	53,4	26,6
					41,2 (con mixta)
Gómez-Sanchiz (93-95) ⁽¹³⁾	170	81,7	69	34	6,4 (con mixta)
Belén Martínez (97) ⁽²⁰⁾	90	—	85,7	72,6	42,8
Fernández (97) ⁽¹⁰⁾	583	88,9	82,2	61,2	—

CONCLUSIONES

1. La intervención con un programa de fomento y apoyo continuado a la LM en Atención Primaria tiene un efecto positivo sobre ésta.
2. El principal beneficio del programa ha sido sobre el aumento de la duración del amamantamiento.
3. Para seguir mejorando nuestras cifras actuales sería precisa la implicación y coordinación con otros niveles sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Word Summit for Children 1990*. <http://www.unicef.org/wsc>.
2. Wright AL, Bauer M, Naylor A, Sutcliffe E, Clark L. Increasing breast-feeding rates to reduce infant illness at the community level. *Pediatrics* 1998; **101**: 837-844.
3. Paricio JM, Salom A. Tipo de lactancia y morbilidad general en los 5 primeros meses de vida. *An Esp Ped* 1994; **40**: 287-290.
4. Saarinen UM, Kajosaari M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet* 1995; **346**: 1065-1069.
5. Sánchez-Valverde F, Barriuso L M, Olivera J E et al. *Prevalencia de la lactancia materna en el centro-norte de España*. Premio Amagoia 1997. Publicaciones Nestlé.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Modalidades de lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural*. Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1981.
7. Currò V, Lanni R, Scipione F, Grimaldi V, Mastriacovo P. Randomised controlled trial assessing the effectiveness of a booklet on the duration of breast feeding. *Arch Dis Child* 1997; **76**: 500-504.
8. Royal College of Midwives. *Lactancia materna. Manual para profesionales*. 1ª edición. Editado por la Associació Catalana Pro Alletament Matern, 1994.
9. Macquart-Moulin G, Fancello G, Vincent A, Julian C, Baret C, Ayme S. Evaluation des effets d'une campagne de soutien à l'allaitement exclusif au sein à un mois. *Rev Epidém et Santé Publ* 1990; **38**: 201-109.
10. Fernández R, Martín F J. Promoción de la lactancia materna. Una experiencia de intervención comunitaria y coordinación entre niveles. *Index Enferm* 1998; **22**: 20-25.
11. Cervantes A, Montoya I, Hernández-Cuevas J et al. Promoción de la lactancia materna ¿Es efectiva la educación sanitaria? *An Esp Pediatr* 1993; **39**: 529-534.
12. Alkiza M E, Berraondo I, Calvo A et al. Lactancia materna en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Situación actual. *Medifam* 1994; **6**: 289-294.
13. Gómez Sanchiz M, Baeza Berruti J E, González Mateos J A, Ávila Martín-Gil O. Prevalencia y características de la lactancia materna en el medio rural. *Aten Primaria* 1997; **19**: 318-322.
14. Ojembarrena E, Fernández Zotes O, Gamboa A, et al. Estudio prospectivo multicéntrico sobre lactancia materna en Vizcaya. *Bol S Vasco-Nav Ped* 1994; **87**: 56-71.
15. Comité de lactancia materna de la AEP. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr* 1999; **50**: 333-340.
16. Berraondo I, Dorronsoro M, Larrañaga M, Cerdán R. Epidemiología de la lactancia en Guipúzcoa. Prevalencia y perfil de la lactancia materna. *Osakidetza* 1987; **5**: 415- 423.
17. Temboury Molina MC, Otero Puime A, Polanco Allué I, Tomás Ros M, Ruiz Álvarez F, García Torres MC. La lactancia materna en un área metropolitana: (I) Análisis de la situación actual. *An Esp Pediatr* 1992; **37**: 211-214.
18. Martín Calama J. Lactancia materna en España hoy. *Bol Pediatr* 1997; **37**: 132-142.
19. Marés Bermúdez J, Riera Peraferrer G. Evaluación de la lactancia materna: 10 años de seguimiento 1988-1997. *Pediatría Integral* 1998; (Nº esp 1): 155.
20. Belén Martínez-Herrera. *Promoción de la lactancia materna en Atención Primaria*. Ponencia en las X Jornadas de Pediatría de Atención Primaria. Vitoria, noviembre 1998.