

Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna

L. Jovani Roda, P. Gutiérrez Culsant, C. Aguilar Martín, R. Navarro Caballé, I. Mayor Pegueroles e Y. Jornet Torrent

Centro de Atención Primaria Ulldecona. Área Básica de Salud Ulldecona-La Sénia. Tarragona. España.

Antecedentes

La duración de la lactancia materna en nuestros niños no alcanza las expectativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Objetivo

Analizar el resultado de una política de apoyo a la lactancia materna en asistencia primaria.

Material y métodos

Estudio de intervención del tipo antes-después de todas las madres de niños nacidos en Ulldecona que decidieron lactar durante los años 1992, 1993, 1996, 1997 (grupo control, 125 niños), y de agosto 1999 a agosto 2001 (72 niños). Variable de estudio: puesta en marcha desde mayo de 1999 de una política de apoyo a la lactancia materna.

Resultados

La duración de la lactancia materna ha aumentado (grupo control 18,8 semanas de lactancia materna exclusiva media; años 1999-2001, 28 semanas de lactancia materna exclusiva media). Son factores negativos la gemelaridad, introducción de "una ayuda" y el nivel de estudios (que tiene una relación inversa con la duración de la lactancia). Las magrebís tiene lactancias más largas. No influye el sexo, el peso al nacimiento, la edad gestacional, el tipo de parto, la separación neonatal, la edad materna, los hijos previos ni el trabajo fuera del hogar. Mediante un estudio de regresión lineal simple se observa que la intervención es efectiva ($p = 0,046$). La hipogalactia precoz y los problemas de lactancia disminuyen, y aumentan los destetes voluntarios ($p < 0,001$).

Conclusiones

El equipo de asistencia primaria es fundamental en el mantenimiento de la lactancia materna y en el bienestar de la madre y el lactante.

Palabras clave:

Lactancia. Centros de asistencia primaria. Actitud del personal sanitario. Motivos de destete.

INFLUENCE OF PRIMARY CARE PERSONNEL ON BREASTFEEDING DURATION

Background

Breastfeeding duration in Spanish neonates does not fulfill the recommendations of the World Health Organization.

Objective

To report the results of a policy of breastfeeding support in a primary care center.

Material and methods

We performed a before-and-after intervention study of all mothers of children born in Ulldecona who decided to breast feed in 1992, 1993, 1996 and 1997 (control group: 125 infants), and from August 1999-August 2001 (72 infants). Study variable: in May 1999 a breastfeeding support policy was initiated in the primary care center.

Results

Breastfeeding duration increased (in the control group the mean duration of exclusive breastfeeding was 18.8 weeks; from 1999 to 2001 it was 28 weeks). Negative factors for breastfeeding were the birth of twins, introduction of a supplement, and education (there was an inverse relationship between greater education and breastfeeding duration). Duration of breastfeeding was longer in Moroccan mothers. Sex, gestational age, weight, type of delivery, separation between mother and neonate, maternal age, previous children, and work outside the home did not influence breastfeeding duration. Simple lineal regression revealed that the intervention was effective ($P = 0.046$). Early

Correspondencia: Dra. L. Jovani Roda.
CAP Ulldecona.
Maestrat, 1. Ulldecona. 43500 Tarragona. España.
Correo electrónico: lourdesjova@eresmas.com

Recibido en enero de 2002.

Aceptado para su publicación en septiembre de 2002.

hypogalactia and breast problems decreased, and voluntary weaning increased ($P < 0.001$).

Conclusion

The primary care team plays key role in the maintenance of breastfeeding and in the well-being of the mother and neonate.

Key words:

Breastfeeding. Primary Care Centers. Health personnel's attitude. Reasons for weaning.

INTRODUCCIÓN

Mientras la Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que el 97% de mujeres en edad fértil puede amamantar a sus hijos hasta los 2 años o más, la realidad es muy distinta. ¿Por qué? Habitualmente hay respuestas para esta pregunta de variada índole (la publicidad de las empresas farmacéuticas, el trabajo de la mujer fuera del hogar, la escasa ayuda de las abuelas que no aprendieron en su día a amamantar, etc.) en las que el pediatra individualmente tiene poca responsabilidad.

Hoy por hoy se conoce la influencia sobre la duración de la lactancia materna que tienen las rutinas de asistencia hospitalaria como el inicio precoz de la lactancia materna, el contacto continuado madre-hijo, el régimen de alimentación a demanda y el correcto aprendizaje del amamantamiento previo al alta¹⁻⁵. También los pediatras pueden influir desde la asistencia primaria en el mantenimiento de la lactancia materna, en el bienestar y en la autoestima de la madre lactante^{6,7}. Así, el objetivo de este trabajo ha sido la valoración de un conjunto de acciones de apoyo a la madre lactante y a su familia por parte del personal sanitario de asistencia primaria en relación a la duración de la lactancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de intervención para evaluar el efecto sobre la duración de la lactancia materna de un programa de apoyo a la madre lactante realizado desde atención primaria a todas las madres de niños nacidos en Ulldecona durante los años 1992, 1993, 1996 y 1997 como grupo preintervención, y de agosto de 1999 a agosto del 2001 como grupo postintervención. Este estudio forma parte de otro más amplio referido a la evolución de la lactancia materna en los últimos 10 años y a los factores que influyen en su incidencia y en su prevalencia.

La población de estudio fueron las madres que decidieron administrar lactancia materna a sus hijos (medida a las 48 h como "intención materna de amamantar") pertenecientes a los 2 grupos, es decir, 125 sobre 163 madres en el grupo preintervención y 72 sobre 105 en el grupo postintervención. Este tamaño muestral permite detectar una diferencia en la media de duración de la lactancia materna de 9 semanas con un intervalo de confianza del 95% y una potencia (1- β) del 90%.

La intervención es el apoyo a la madre lactante, iniciada en mayo de 1999, consistente en:

1. Los padres que han decidido una lactancia natural para sus hijos reciben información oral en el tercer trimestre de embarazo de una hora de duración en la que se exponen las ventajas de la lactancia materna, la fisiología de la lactogénesis y la importancia de la técnica del amamantamiento, seguida de una hora para coloquio.

2. La matrona hace visitas en el domicilio de la puérpera donde valora la motivación y el estado emocional de la madre, recursos, técnica, estado general del recién nacido, higiene, etc.

3. En la primera visita posnatal pediátrica, tras la anamnesis se indaga sobre la frecuencia en el amamantamiento, el tiempo empleado, la presencia de dolor, el número de deposiciones y de pañales mojados, las horas de descanso de la madre, su alimentación, etc. Es fundamental escuchar a la madre. Después de la revisión habitual del lactante se informa por escrito y con algunos esquemas sobre la alimentación del lactante hasta los 5 meses en los que se insiste en la importancia de la técnica, la demanda, la alimentación, el descanso y el soporte emocional materno. A continuación, si hay sospecha de algún problema, se revisa la técnica de amamantamiento en la consulta y se corrige si hace falta, siempre explicando el porqué y lo importante que tiene para evitar hipogalactias, grietas, mastitis, etc. Se cita a las 48 h cuando la madre ha experimentado un cambio en el agarre de su hijo y se le aconseja la alimentación a demanda con la técnica corregida en todas las tomas, avisándole de que probablemente necesitará una dedicación exclusiva a tal menester. Si todo ha ido bien, se felicita a toda la familia y se cita en una semana para control de peso. Si el resultado no es el esperado, se debe dedicar más tiempo a escuchar a la madre: valorar la intención real de amamantar, la situación emocional, los recursos familiares, etc. Si hay posibilidades tras insistir en la importancia de una buena técnica, se realiza sedimento y urinocultivo. En cualquier caso, se aconseja una revisión a las 48 h para soporte emocional, resultados de orina y explicar técnica de lactancia mixta o bien técnica de destete, según los deseos de la madre y los resultados analíticos.

Se ha realizado una recogida retrospectiva de los datos demográficos y médicos mediante revisión de las historias clínicas de todos los niños nacidos durante los períodos de estudio (tabla 1).

Descripción de las variables

- Etnia: blanca, magrebí y otras (que incluye mujeres de Europa del Este y de Latinoamérica).
- Peso al nacimiento: menor de 2.500 g, de 2.500 a 3.500 g y más de 3.500 g.
- Edad gestacional: menor de 37 semanas, entre 37 y 42 semanas y más de 42 semanas.

TABLA 1. Estudio sobre lactancia materna en Ulldecona

Nombre
Número de historia clínica
Fecha de nacimiento
Etnia
Sexo
Peso al nacimiento
Edad gestacional
Tipo de parto
Patología neonatal (separación madre-hijo)
Gemelaridad
Hijos previos
Edad materna
Trabajo fuera del hogar
Nivel de estudios materno
Semanas de lactancia materna exclusiva
Semanas de lactancia materna mixta
Motivo del destete

- Tipo de parto: eutócico, cesárea, fórceps o ventosa.
- Patología neonatal: sí o no y en tal caso, los días de separación madre-hijo: ninguno, hasta 3 días y más de 3 días.
- Gemelaridad: sí o no.
- Hijos previos: sí o no.
- Edad materna: menor de 25 años, entre 25 y 30 años, entre 31 y 35 años y más de 35 años.
- Trabajo fuera del hogar: si la madre tiene que volver a su trabajo o no.
- Baja maternal: si la madre disfrutó de al menos 16 semanas de permiso o no.
- Nivel de estudios maternos: primarios, medios y superiores (*a posteriori* vimos que todas las mujeres magrebí que incluimos en la categoría de primarios en realidad no han asistido nunca al colegio. No ocurre lo mismo en "otras etnias" ni en la población autóctona).
- Semanas de lactancia materna exclusiva: tiempo en semanas que el lactante no ha ingerido otro tipo de leche diferente a la materna, aunque ésta se combine con la alimentación complementaria. En los casos en los que la lactancia materna duró 3, 4, 5 o 6 días, entra en la categoría de "1 semana".
- Semanas de lactancia materna mixta: tiempo en semanas durante las que el lactante estuvo alimentado con lactancia materna más fórmula (sin contabilizar la proporción de una y otra).
- Motivo de destete: pregunta de respuesta múltiple en 8 grupos:
 1. Voluntad de la madre (cuando la decisión de retirar la lactancia fue de forma consciente y no influida por causas ajenas a su voluntad).
 2. Voluntad del niño (si es el lactante el que determinó el fin de la lactancia).
 3. Hipogalactia antes de 6 meses (incluyendo aquí a las madres a las que "se les acabó la leche", "el niño se

quedaba con hambre", "la leche no era buena", "no tenía suficiente alimento" o "necesitaba una ayuda").

4. Hipogalactia después de 6 meses (aquellas a las que ya sea por la introducción de la alimentación complementaria o por otras causas, se les retiró la lactancia después de un período de al menos 6 meses en los que ya estaba bien establecida y cubrió las necesidades nutricionales del bebé).

5. Problemas con la lactancia (las madres que tenían intención de lactar pero que tuvieron algún problema directamente relacionado con la lactancia como pezones invertidos, grietas, mastitis, etc.).

6. Por el trabajo (si el trabajo fuera del hogar condicionó el fin de la lactancia).

7. Causa médica (si el fin del período de lactancia lo determinó un facultativo, tanto si nos parece una causa razonable [anemia grave, medicación contraindicada, etc.] como si no [cesárea, hipertensión arterial, extracción dentaria, medicación compatible con la lactancia, etc.]).

8. Siguen lactando en el momento del estudio estadístico.

Se han revisado 268 historias clínicas. En el 3% faltaban datos perinatales. El tipo de lactancia escogido no estaba reflejado en el 4,5% de las historias. Los datos sociosanitarios de la madre faltan en el 12% de las historias y en la mayoría no consta el momento ni el motivo de destete, la edad materna, sus condiciones laborales ni su nivel de estudios, por lo que se entrevistó a estas madres aprovechando las revisiones habituales del niño sano. Sólo en aquellos casos en los que no se pudo entrevistar a las madres en la consulta, la entrevista se realizó por teléfono.

Las características globales de la muestra se reflejan en la tabla 2. Para el análisis estadístico se ha utilizado la prueba de χ^2 o el test exacto de Fisher para la comparación de proporciones y la t de Student o U de Mann-Whitney para comparar dos medias o el análisis de la variancia de una vía para comparar más de dos medias con la prueba de Student-Newman-Keuls. Se ha realizado un análisis de regresión lineal múltiple para evaluar el efecto de la intervención sobre la duración de la lactancia teniendo en cuenta las posibles variables de confusión.

RESULTADOS

En la tabla 2 se presentan los datos sobre la homogeneidad entre los grupos respecto a todas las variables estudiadas, observándose en todas ellas excepto en la edad gestacional con una proporción superior de prematuros en el grupo postintervención ($p = 0,03$). Destaca así mismo un aumento del número de madres inmigrantes en el grupo postintervención, aunque la diferencia entre grupos no sea significativa ($p = 0,08$).

La duración de la lactancia materna exclusiva media es de 22,2 semanas, con diferencias significativas ($p = 0,01$) entre los grupos preintervención (18,8 semanas) y postin-

TABLA 2. Análisis de la homogeneidad de los grupos preintervención y postintervención

Variable	Número grupo preintervención (%)	Número grupo postintervención (%)	p
Etnia			
Autóctona	112 (89,6)	58 (80,6)	0,08
Inmigrante	13 (10,4)	14 (19,4)	
Sexo			
Varón	76 (60,8)	39 (54,2)	0,36
Mujer	49 (39,2)	33 (45,8)	
Peso al nacimiento			
< 2.500 g	10 (8)	8 (11,1)	0,28
2.500-3.500 g	63 (50,4)	42 (58,3)	
> 3.500 g	52 (41,6)	22 (30,6)	
Edad gestacional			
< 37 sem	3 (2,4)	7 (9,7)	0,03
≥ 37 sem	122 (97,6)	65 (90,3)	
Tipo de parto			
Eutócico	84 (67,2)	52 (72,2)	0,31
Instrumentado	13 (10,4)	18 (11,1)	
Cesárea	28 (22,4)	10 (13,9)	
Hijos previos			
Sí	58 (47,9)	41 (56,9)	0,22
No	63 (52,1)	31 (43,1)	
Gemelaridad			
No	121 (96,8)	70 (97,2)	0,62
Sí	4 (3,2)	2 (2,8)	
Edad madre			
< 25 años	34 (28,3)	15 (21,7)	0,32
≥ 25 años	86 (71,7)	54 (78,3)	
Trabajo			
Sí	57 (48,7)	29 (43,9)	0,53
No	60 (51,3)	29 (56,1)	
Baja materna			
No	75 (64,7)	41 (62,1)	0,73
Sí	41 (35,3)	25 (37,9)	
Nivel de estudios			
Nulos o primarios	59 (50,4)	37 (57,8)	0,55
Medios	40 (34,2)	17 (26,6)	
Superiores	18 (15,4)	10 (15,6)	
Separación neonatal			
No	98 (80,3)	59 (83,1)	0,87
< 3 días	9 (7,4)	4 (5,6)	
> 3 días	15 (12,3)	8 (11,3)	

TABLA 3. Duración de la lactancia materna según las variables del estudio

Variable	Número	Lactancia materna exclusiva media (semanas)	p
Intervención			
Preintervención	125	18,8	0,01
Postintervención	72	28	
Ayuda a la lactancia materna			
Sí	60	9,6	0,0001
No	126	28,5	
Etnia			
Autóctona	169	17,8	0,001
Inmigrante	27	49	
Gemelaridad			
No	190	22,85	0,0001
Sí	6	0,67	
Nivel de estudios			
Ninguno o primarios	96	27,84	0,003
Medios o superiores	85	16,96	
Trabajo			
Sí	86	19,24	0,06
No	97	26,19	
Hijos previos			
Sí	98	24,66	0,19
No	94	19,98	
Edad materna			
< 25 años	49	25,33	0,34
≥ 25 años	139	21,42	
Peso al nacimiento			
< 2.500 g	18	14,61	0,39
2.500-3.500 g	104	23	
> 3.500 g	74	22,85	
Sexo			
Varón	114	21,7	0,7
Mujer	82	22,9	
Edad gestacional			
< 37 semanas	10	21	0,87
≥ 37 semanas	186	22,24	
Tipo de parto			
Eutócico	135	23,1	0,43
Instrumentado/cesárea	61	20,13	
Separación neonatal			
No	156	23,33	0,2
< 3 días	13	24,92	
> 3 días	23	13,78	

tervención (28 semanas) (diferencia de 9,2 semanas, IC 95%, 2,1-16,4).

El análisis de la influencia que tienen las variables estudiadas en la duración media de la lactancia materna se expone en la tabla 3. Se observa que la gemelaridad es un factor negativo, así como el nivel de estudios ($p = 0,003$) y la introducción de una "ayuda" ($p = 0,0001$). Los días de separación neonatal no influyen de forma significativa en la duración de la lactancia. El trabajo fuera del hogar condiciona lactancias más cortas, pero no llega a ser tampoco significativo. La intervención realizada tuvo una influencia positiva en la duración de la lactancia ma-

terna ($p = 0,046$), controlando las posibles variables de confusión como la etnia o la gemelaridad (tabla 4).

En cuanto a las causas del destete hay una variación significativa hacia las causas "deseables", correspondiendo al 27,2% en el grupo preintervención y al 68,1% en el grupo postintervención ($p < 0,001$). Entre estas causas se incluyen la voluntad de la madre o el niño, la hipogalactia después del sexto mes de vida o los que siguen lactando en el momento de hacer el estudio estadístico (causas 1, 2, 4 y 8, respectivamente). Como causas no deseables se consideran la hipogalactia precoz (causa 3), los problemas con la lactancia (causa 5), el destete con la in-

TABLA 4. Influencia de la intervención sobre la duración de la lactancia. Análisis de regresión lineal múltiple

Variable	β	p
Intervención	6,5	0,04
Gemelaridad	-17,8	0,05
Etnia	29,4	< 0,01

TABLA 5. Descripción de los motivos de destete

Motivo	Número grupo preintervención (%)	Número grupo postintervención (%)
Voluntad de la madre	21 (18,4)	33 (45,8)
Voluntad del niño	1 (0,9)	0
Hipogalactia precoz (antes de los 6 meses)	58 (50,9)	12 (16,7)
Hipogalactia tardía	9 (7,9)	0
Problemas lactancia	13 (11,9)	4 (5,6)
Trabajo fuera de casa	4 (3,5)	4 (5,6)
Consejo médico	8 (7)	2 (4,2)
Siguen lactando	0	16 (22,2)

corporación al mundo laboral (causa 6) y la prescripción facultativa (causa 7), entendiendo que cuando hay una política de protección de la lactancia las alternativas al destete son muy numerosas (tabla 5).

DISCUSIÓN

Se observa un aumento en las cifras de prematuridad en los últimos años que, *a priori*, puede tener una influencia negativa sobre la lactancia a tenor de los resultados del estudio publicado por el Comité de Expertos en lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) en 1999⁸. Así mismo se observa un aumento muy significativo de la gemelaridad que ha pasado del 2,4% de los recién nacidos en el grupo preintervención, al 11,4% actual ($p = 0,007$) según se deriva de nuestro estudio sobre la evolución de la lactancia materna y de los factores que influyen en ella. Un porcentaje muy pequeño de ellos (37,5%) intenta la lactancia materna ($p = 0,0005$) y el tiempo de lactancia media es de 0,67 semanas ($p = 0,0001$). Dado el escaso número de gemelos que lactan tanto antes como después de nuestra intervención, los grupos de nuestro estudio son homogéneos en este aspecto.

La inmigración en los últimos 2 años es una variable a tener en cuenta aunque no sea significativa la diferencia entre grupos ($p = 0,08$), puesto que la mayoría de estas gentes son de origen magrebí que disfrutaban en general de lactancias mucho más largas que los niños autóctonos. Actualmente hay un 13,3% de niños inmigrantes, frente al 8,6% en el grupo preintervención.

En el análisis de los factores que influyen en la duración de la lactancia exclusiva media, se observa que en nuestro estudio la gemelaridad es un factor negativo ($p = 0,0001$), pero no así la prematuridad, el peso al nacimiento ni la edad materna inferior a 25 años, como ocurre en el resto de España⁸.

Así mismo, se observan que a mayor nivel de estudios de las madres, menor tiempo de lactancia exclusiva media, al contrario de lo comunicado por numerosos autores^{9,10}. Ante este hallazgo, sólo estudiamos a las madres autóctonas para evitar el sesgo que supone que la mayoría de madres magrebí tienen pocos estudios, sin modificarse el resultado ($p = 0,013$). La introducción de una “ayuda” condiciona un descenso significativo en la lactancia materna exclusiva media ($p = 0,0001$). Es de destacar que las mujeres magrebí no recurren a la lactancia mixta casi nunca.

En nuestro estudio, los días de separación neonatal no influyeron de forma significativa en la duración de la lactancia, probablemente por el escaso número de casos, pero pueden observarse lactancias medias más cortas cuando hay más de 3 días de separación madre-hijo.

El trabajo fuera del hogar condiciona lactancias más cortas, pero no llega a ser tampoco significativo. En todo caso, puesto que ninguna madre magrebí de esta muestra trabaja fuera del hogar, se debería estudiar este factor en las 2 etnias por separado con el fin de eludir el posible sesgo.

En nuestro medio llama la atención el bajo porcentaje de mujeres que se deciden por la lactancia natural en los últimos 2 años (70,6%). Se observa también que las causas de destete han ido girando hacia causas fisiológicas como era nuestro objetivo. Destaca la escasa incidencia en los últimos 2 años de hipogalactias precoces y de problemas con la lactancia, cuyo tratamiento es muy sencillo y económico, y está al alcance de todos los centros de salud. En los años 1992 a 1997 representaban el 63% de los destetes, semejantes a otros estudios¹¹. En la actualidad suponen aún el 22% de las causas de destete, y éste debe ser nuestro caballo de batalla, pues todavía es un porcentaje alto comparado con otras causas como, por ejemplo, el trabajo fuera del hogar.

La inmigración que estamos observando en nuestra población con las consecuentes diferencias socioculturales obliga a estudiar también sus diferencias sanitarias para poder ajustar los recursos a las necesidades. La fuerte cultura de la lactancia en este grupo hace casi innecesario el apoyo (en los últimos 2 años sólo hemos corregido una hipogalactia precoz en una mujer magrebí). Los problemas idiomáticos y la falta del apoyo de las abuelas hace aconsejable generar redes de apoyo entre ellas, que por cierto, son muy efectivas¹².

Atender y saber escuchar las demandas de las mujeres lactantes ha sido efectivo. La capacidad del pediatra para promover la lactancia materna y la dedicación a este tema

por nuestra parte provoca una mejora significativa (aumenta en 9 semanas la lactancia materna exclusiva media) e incide en el bienestar del niño y de la madre. En conclusión, las acciones en defensa de la lactancia en el ámbito de la asistencia primaria es un factor muy importante en su mantenimiento.

Agradecimientos

A los profesores de ACPAM, y a la Sra. Mercé Arasa, las doctoras Ana Muñoz, Mayte Hernández y Lupe Palau y al Dr. J.M.^a Paricio por sus enseñanzas, apoyo y entusiasmo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laurence RA. Breast-feeding: A guide for the Medical Profession, 4th ed. St Louis. Mo: Mosby-Year Book, 1994.
2. División de Salud y Desarrollo del Niño. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Genève: OMS, 1998.
3. Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E. Unsupplemented breastfeeding in the maternity. Acta Obstet Gynecol Scand 1991;70:205-9.
4. Kramer MS, Chalmers B, Hadnett ED, Sevkovskaya Z, Dziko-vich I, Shapiro S, et al. A randomized trial in the republic of Belarus. JAMA 2001;285:413-20.
5. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. An Esp Pediatr 2002;56:144-50.
6. Leite A, Puccini R, Atollah A, Cunha A, Machado M, Capiberibe A, et al. Impact on breastfeeding practices promoted by lay counselors: A randomized and controlled clinical trial. Abstract of the 15 th global meeting of the International Clinical Epidemiology Network. Queretoro. México. J Clin Epidemiol 1998;51(Suppl 1):10s.
7. Davies-Adetugbo AA. Promotion of breast feeding in the community: Impact of health education programme in rural communities in Nigeria. Diarrhoea Dis Res 1966;14:5-11.
8. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. An Esp Pediatr 1999;50:333-40.
9. Sikorski J, Boyd F, Dezateux C, Wade A, Rowe J. Prevalence of breastfeeding at four months in general practices in South London. Br J Gen Pract 2001;51:445-50.
10. Suarez Gil P, Alonso Lorenzo J, López Díaz A, Martín Rodríguez D, Martín Suárez M. Prevalencia y duración de la Lactancia Materna en Asturias. Gac Sanit 2001;15:104-10.
11. Jovani L, Burguera B, Urrea C, Adell R, Bueso MT, Rabasco MD. ¿Por qué es infrecuente la prolongación de la lactancia materna hasta el segundo año en nuestro medio? Bol Soc Val Pediatr 1998;18:80.
12. Morrow A, Guerrero ML, Shults J, Calvo JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Estudio controlado aleatorio sobre la eficacia de la orientación entre iguales a domicilio para promover la lactancia materna. Lancet 1999;353:1226-31.