Rev. Chil. Pediatr. 58 (4); 296-301, 1987

Alimentación de recién nacidos de muy bajo peso con leche de su propia madre

Dra. María Isabel Hodgson B.¹ *; Nutr. Bernardita Rath H.²; E.U. María Angélica Brunet B.³;
Dr. Ricardo Uauy D.³; Dr. Jorge Torres P.¹

Own mother's milk for very low birth weight newborns

Growth was compared among ten newborn infants with birth weights less than 1 500 g fed with their own mother's milk (MM), mean birth weight $1\,313 \pm 128$ g, average gestational age 31.1 ± 1.5 weeks, vs a control group of identical size whose mean birth weight was $1\,308 \pm 166$ g, average gestational age 30.5 ± 1.8 week, and were fed with an artificial formula (NAN 13%). The initial weight loss was 10.9% for MM group and 9.8% for controls ($p = N.S.$), but recovery of birth weight was attained at 16.0 and 20.8 day respectively ($p < 0.05$). Subsequent ponderal daily increments were 23.7 versus 17.5 g x day ($p < 0.005$). The time taken to reach 2 000 g were 46 ± 10 days in MM group and 63 ± 17 in the controls ($p < 0.01$). Thus own mother's milk promotes greater speed of weight gain in very low birth weight newborns than commonly used artificial formulae.

(Key words: very low birth weight infants, growth mother's milk, artificial formulae).

La leche materna es el alimento más adecuado para el recién nacido de término y en la actualidad su empleo como única fuente nutricional en los primeros meses de vida es recomendado como una conducta deseable.¹

Sin embargo la alimentación del recién nacido de pretérmino con leche humana es motivo de controversia.²⁻⁴ Las primeras experiencias con leche de banco (depósito de leche materna) demostraron que esta es incapaz de promover una velocidad de crecimiento similar a la observada durante el tercer trimestre de vida intrauterina y que dicho crecimiento era mejor con fórmulas artificiales derivadas de leche de vaca.⁵⁻⁷

Todas esas experiencias fueron hechas con leche de banco, cuyas donantes eran principalmente madres que habían tenido niños de término y se encontraban en diferentes etapas de lactancia.

En los últimos años, varios estudios han demostrado que la composición de la leche humana es diferente según la edad gestacional en la que se produce el parto.⁸⁻¹⁰ Es así como la leche producida por madres de niños de pretérmino, durante el primer mes de lactancia, tiene mayor contenido de proteínas y nitrógeno no proteico,^{8,9,11} sodio, potasio y cloro^{8,12} que la leche de madres de recién nacidos de término, en el mismo período.

Lo anterior permite postular que la leche de la propia madre pudiese ser la fuente alimentaria más adecuada para los recién nacidos de pretérmino, especialmente para los de muy bajo peso de nacimiento.

Este trabajo fue realizado con el propósito de comparar el crecimiento de recién nacidos de muy bajo peso, alimentados con leche de su propia madre, con un grupo similar que recibió una fórmula láctea modificada de uso frecuente en las unidades de recién nacidos.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 20 recién nacidos, seleccionados entre los que ingresaron a la unidad de recién nacidos del Hospital Sótero del Río entre los meses de marzo de 1980 y septiembre de 1981, que cumplieron con los siguientes requisitos: peso de nacimiento menor de

1. Departamento de pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

2. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile.

3. Unidad de recién nacidos. Hospital Sótero del Río.

* Trabajo de ingreso a la Sociedad Chilena de Pediatría.

1.500 g; adecuados para la edad gestacional; sin malformaciones congénitas; que estuvieran en condiciones de iniciar alimentación enteral dentro de las primeras 72 horas de vida.

Su edad gestacional fue estimada por el método de Dubowitz y Dubowitz¹³ y, la adecuación del peso para la edad gestacional, de acuerdo a curvas de crecimiento intrauterino de uso internacional.¹⁴

Las madres de los niños seleccionados fueron contactadas por uno de los investigadores (M.A.B.) para explicarles el protocolo y obtener su consentimiento para la extracción de leche; cuando esto no fue posible en forma precoz o existía algún impedimento, fueron asignados al grupo control. De esta manera 10 niños formaron el grupo estudio (LM) y otros 10 el grupo control.

La leche materna fue obtenida por extracción manual diaria, después de aseo cuidadoso de toda la mama con agua y jabón. La recolección se hizo en mamaderas esterilizadas, desechando en cada extracción los primeros 2 a 3 centímetros cúbicos de leche. Cada mamadera fue rotulada con el nombre del niño, la fecha y la hora de extracción, y luego almacenada a 4° Celcius. La leche fue administrada al niño dentro de las 48 horas siguientes a la extracción, a temperatura ambiente, sin calentamiento previo. Cuando la madre dominaba la técnica de recolección de leche y las condiciones del hogar lo permitían (agua potable, refrigerador), se le entregaba diariamente una caja térmica con un elemento refrigerante y las mamaderas esterilizadas para efectuar extracción varias veces al día. La leche obtenida era mantenida refrigerada a 4° C en el hogar y permanecía a esta temperatura durante el transporte al hospital. Se efectuaron controles bacteriológicos esporádicos, en forma aleatoria, para asegurar la aptitud de consumo de la leche.

Se usaron dos dietas, una constituida por la leche de la propia madre (LM) y la otra por leche modificada (Nan®), diluida al 13% (control). El volumen de leche a administrar se planeó a 180 ml x kg x día que se debía alcanzar a fines de la segunda semana de vida, para luego mantener aportes entre 180 y 200 ml x kg x día hasta el final del período de estudio, considerando como tal el momento en que el peso del niño era de 2.000 g.

La alimentación fue hecha al inicio en forma manual intermitente por sonda nasogástrica cada 2 ó 3 horas, cambiándola posteriormente a administración por gravedad o chupete dependiendo de la madurez del reflejo de succión-deglución del niño.

Los requerimientos hidroelectrolíticos fueron completados con soluciones parenterales de glucosa y electrolitos mientras fue necesario. Todos los niños recibieron suplementos diarios de 600 U de vitamina D, 33 mg de vitamina C, 1.500 U de vitamina A y 50 U.I. de vitamina E, desde el séptimo día de vida.

La mantención de un ambiente térmico neutral y el tratamiento de las enfermedades intercurrentes fueron efectuados de acuerdo con las normas de la unidad de recién nacidos.

El peso corporal fue medido en el momento de nacer y luego diariamente utilizando la balanza Seca® para lactantes, con precisión de ± 10 , o pesa Air-Shields® incluida en las incubadoras. Dentro de las primeras 48 horas de vida fueron también medidos la talla (cm), los perímetros craneano y braquial derecho (mm), con huincha angosta inextensible y los pliegues tricipital y subescapular (mm) mediante un calibrador Lange®. Todas estas mediciones fueron repetidas semanalmente hasta finalizar el período de estudio. Las mediciones de pliegue tricipital y perímetro braquial fueron utilizadas

Tabla 1.

Características al nacer en un grupo de recién nacidos alimentados con leche de su propia madre y su grupo control ($\bar{x} \pm D.E.$)

	Leche materna n = 10	Control n = 10
Peso de nacimiento (g)	3.130,0 $\pm$ 128,0	3.308,0 $\pm$ 166,0
Edad gestacional (semanas)	31,1 $\pm$ 1,5	30,5 $\pm$ 1,3
Talla (cm)	39,7 $\pm$ 2,0	38,8 $\pm$ 2,2
Circunferencia craneana (cm)	27,0 $\pm$ 1,2	27,5 $\pm$ 1,5
Perímetro braquial (mm)	66,0 $\pm$ 3,0	65,0 $\pm$ 7,0
P.T. + P.S.L. (mm)	4,4 $\pm$ 0,6	4,1 $\pm$ 0,5
Área magra braquial (mm ²)	280,0 $\pm$ 32,0	281,0 $\pm$ 59,6
Sexo (M/F)	4/6	6/4

para calcular el área magra braquial.¹⁵

En todos los niños se midieron hematocritos al nacer y semanalmente (microhematocrito). El porcentaje de reticulocitos y las características de los glóbulos rojos en el frotis sanguíneo fueron determinados a los 14, 28, 35 y 49 días de vida y, los gases de sangre capilar en los días 14, 18, 22 y 28.

Los resultados se expresan como promedios y desviaciones estándar ($\bar{x} \pm D.E.$). Las diferencias observadas entre los grupos se comparan mediante la prueba t de Student.

RESULTADOS

Las características generales de los grupos (LM y Control) fueron comparables al igual que los parámetros antropométricos al ingresar en el estudio (tabla 1).

La calificación de Apgar a los cinco minutos fue ligeramente superior en el grupo con leche materna (8,4 $\pm$ 1,0) que en el control (6,8 $\pm$ 2,0; $p < 0,05$), pero la evolución clínica posterior de los recién nacidos fue similar en ambos. Dos niños en cada grupo presentaron síndrome de dificultad respiratoria y uno de cada uno requirió ventilación asistida en los primeros días de vida. La incidencia de hiperbilirrubinemia, septicemia y ductus permeable en los primeros días fue comparable.

Todos los recién nacidos iniciaron alimentación enteral dentro de las primeras 72 horas de vida, con volúmenes que fueron aumentados en forma gradual y progresiva, alcanzando en promedio 133 $\pm$ 57 ml x kg de peso en el grupo LM y 154 $\pm$ 29 ml x kg en el control a fines de la primera semana y 185 $\pm$ 22 vs 194 $\pm$ 28 ml x kg a los catorce días de vida, respectivamente. Las diferencias observadas no fueron significativas.

La tolerancia a la alimentación, evaluada clínicamente por medición de residuo gástrico previo a cada alimentación y observación de distensión abdominal, fue adecuada por ambos regímenes. Dos niños en cada grupo presentaron un episodio de diarrea aguda de corta evolución, que se manejó con suspensión de los alimentos durante 24 horas seguida por realimentación progresiva. En los niños del grupo LM esto ocurrió en una

pareja de gemelos coincidiendo con el reemplazo de leche materna por fórmula láctea, un día en que la madre no concurrió al hospital para extracción de leche. No se registraron casos de enterocolitis necrotizante en los niños estudiados.

La administración de soluciones parenterales para cubrir requerimientos hidroelectrolíticos fue necesaria durante $4,4 \pm 3,5$ días en el grupo con leche materna y $5,3 \pm 4,6$ días en el grupo control ($p = N.S.$).

La baja de peso inicial fue similar en ambos grupos, pero la ganancia ponderal diaria desde la recuperación del peso de nacimiento hasta alcanzar los 2.000 g fue significativamente mayor en el grupo que recibió leche de su propia madre. El período transcurrido desde el nacimiento hasta los 2.000 g de peso fue significativamente mayor en el grupo control (tabla 2).

Los incrementos semanales de talla, circunferencia craneana, perímetro braquial, sumatoria de pliegues tricipital y subescapular (P.T. $\pm$ P.S.E.) y área magra braquial fueron mayores en el grupo de niños que recibió leche materna, pero sólo alcanzó significación estadística para los dos últimos parámetros mencionados (tabla 3).

La edad gestacional en el momento del alta fue de $37,7 \pm 1,3$ semanas en el grupo L.M. y de $39,5 \pm 2,8$ en el control ($p < 0,05$).

En la figura 1 se presenta la curva de peso de ambos grupos. Los valores observados son mayores en el grupo L.M. a contar del día 21, pero sólo alcanzan significación estadística en el día 35 (L.M. 1.719 ± 211 g., control 1.526 ± 204 g.; $p < 0,05$). Algo similar se observa en la curva de talla (figura 2) donde también se alcanza diferencia significativa al día 35 (L.M. $43,7 \pm 1,7$ cm., control $41,7 \pm 2,2$ cm.; $p < 0,025$). En las curvas del grupo L.M. no se incluyen datos a partir del día 42, ya que 2 niños de este grupo fueron dados de alta previamente, porque habían alcanzado el objetivo de llegar a 2.000 g. de peso.

El hematocrito al nacer fue similar en ambos grupos ($53 \pm 7\%$ en el grupo L.M. y $52 \pm 6\%$ en el control), observándose una declinación progresiva y comparable al aumentar la edad posnatal. La incidencia de acidosis metabólica tardía, considerando como tal un déficit de base superior a 8, fue igual en ambos grupos (4 niños con L.M. y 4 controles) y los valores promedio de pH fueron comparables, el déficit de base fue menor en el grupo con leche materna en todos los días estudiados, pero la diferencia con el grupo control no fue significativa.

DISCUSION

Estos resultados demuestran que los niños de

Tabla 2.

Evolución ponderal de un grupo de recién nacidos de muy bajo peso alimentados con leche de su propia madre y sus controles ($\bar{x} \pm D.E.$)

Grupo	Baja de peso (%)	Recuperación peso nacim. (días)	Ganancia peso recup. PN - > 2.000 g ($g \times día$)	Tiempo desde nacimiento a 2.000 g (días)
L.M.	$10,9 \pm 5,7$	$16,0 \pm 6,1^o$	$23,7 \pm 4,6^*$	$46,0 \pm 10,1^t$
Control	$9,8 \pm 3,7$	$20,8 \pm 4,3$	$17,5 \pm 4,4$	$63,5 \pm 17,0$

$^o p < 0,05$

$^* p < 0,005$

$^t p < 0,01$

Tabla 3.

Incremento semanal de diferentes parámetros antropométricos en un grupo de recién nacidos de muy bajo peso alimentados con leche de su propia madre y sus controles ($\bar{x} \pm D.E.$)

Grupo	Talla (mm/sem)	Circunferencia craneana (mm/sem)	Perímetro braquial (mm/sem)	P.T. + P.S.E. (mm/sem)	Área magra braquial (mm ² /sem)
L.M.	$7,4 \pm 2,4$	$6,5 \pm 1,0$	$1,7 \pm 0,6$	$0,35 \pm 0,14^*$	$18,2 \pm 6,3^t$
Control	$5,9 \pm 1,6$	$5,6 \pm 1,8$	$1,3 \pm 0,6$	$0,17 \pm 0,20$	$10,5 \pm 4,1$

$^* p < 0,025$

$^t p < 0,005$

Figura 1: Curva de peso en recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento, alimentados con leche de su propia madre (L.M.) y su grupo control. $x p < 0,05$.

Figura 2: Curva de talla en recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento, alimentados con leche de su propia madre (L.M.) y su grupo control. $x p < 0,025$.

muy bajo peso de nacimiento alimentados con leche de su propia madre crecen mejor que un grupo comparable alimentado con una fórmula láctea modificada de uso habitual en las unidades de recién nacidos en nuestro país. El incremento ponderal diario observado a partir de la tercera semana de vida, es comparable al patrón de crecimiento intrauterino durante el último trimestre, lo que no ocurre en el grupo que recibe fórmula. Como consecuencia de esto, el período de hospitalización es más corto y el tipo de alimentación usada permite la participación activa de la madre en la recuperación de su hijo.

En la actualidad aún no existe acuerdo con respecto a cual debería ser el patrón de crecimiento de los prematuros. La mayoría de los autores recomiendan como objetivo deseable la velocidad de crecimiento durante el último trimestre de vida intrauterina.^{2,16} Esto no es compartido por otros que postulan que el prematuro constituye una entidad diferente al feto y por lo tanto, el tratar de alcanzar este objetivo puede

producir más daño que beneficios (acidosis metabólica frente a cargas grandes de proteínas, por ejemplo¹⁷). A pesar de esta controversia el crecimiento intrauterino es el único patrón de referencia validado.

En nuestra experiencia, tras dos semanas de aparente adaptación a la vida extrauterina, los niños alimentados con leche de su propia madre adquieren una velocidad de crecimiento comparable a la que tendrían dentro del vientre materno.^{14,16} A pesar de todos estos argumentos a su favor, la leche materna ha sido considerada por algunos inadecuada para la alimentación de prematuros muy pequeños, debido a que su contenido de proteínas, sodio, calcio y fósforo, no sería suficiente para alcanzar la velocidad de acreción de estos nutrientes observada en fetos de edad comparable.³ Estas consideraciones derivan de análisis de composición de leche producida por madres que habían dado a luz recién nacidos de término y de leches de banco, donde confluyen donantes con hijos de distintas edades gestacionales al nacer y en diferentes etapas de lactancia.

Los datos derivados del análisis de leches de madres de recién nacidos de pretérmino muestran que éstas tienen un mayor contenido de proteínas, grasa y sodio y una mayor densidad calórica que la descrita para leches de término.⁸⁻¹² Debido a que el contenido de proteínas de la leche en las diferentes especies varía en relación directa a la velocidad de crecimiento, expresada como el tiempo necesario para doblar el peso de nacimiento, se pensó que la leche de las madres de pretérmino podría promover mayor crecimiento en prematuros que la leche de banco. Este hecho ha sido demostrado por varios autores en los últimos años.^{18,19} Atkinson¹⁹ realizó estudios de balance en tres grupos de niños con características similares a los de nuestro estudio, alimentados con leche humana de banco, leche de su propia madre y fórmula láctea y demostró que los niños alimentados con leche de pretérmino alcanzaban retenciones nitrogenadas similares a las observadas en la vida intrauterina, con ingestas de 180 a 200 ml x kg x día, que son similares a las administradas a los niños del presente estudio a partir de los catorce días de vida.

Chessex²⁰ analizó la composición corporal de recién nacidos con peso de nacimiento inferior a 1.300 g, alimentados con leche de su propia madre y concluyó que la composición porcentual de los diferentes nutrientes en la ganancia de peso era similar a la comunicada para fetos de edad gestacional comparable.

Publicaciones más recientes^{21,22} han sugerido que niños de muy bajo peso alimentados con

leche fresca de su propia madre tendría un crecimiento inferior al observado con el uso de fórmulas lácteas especialmente diseñadas para prematuros, considerando la acreción intrauterina de los diferentes nutrientes. Sin embargo, debido a que en nuestro medio no contamos con este tipo de fórmulas, nos parece que los esfuerzos deben ir dirigidos a promover la alimentación del prematuro con leche de su propia madre.

Es importante considerar que el contenido de calcio y fósforo de la leche de pretérmino está aparentemente por debajo del requerido para obtener una acreción de estos nutrientes, similar a la observada en la vida intrauterina^{2,3} y que, por lo tanto, para evitar la enfermedad ósea metabólica sería necesario administrar un suplemento diario de ambos minerales, de acuerdo a las actuales recomendaciones.^{2,16}

Además de sus proyecciones nutricionales, el uso de leche materna en la alimentación del prematuro mantiene a la madre más cercana a su hijo durante la hospitalización, la hace sentirse participe en su recuperación y contribuye de esta manera al establecimiento de una mejor relación madre-hijo, hecho de vital importancia si se considera que la separación de ambos tiene lugar en un momento crítico para el establecimiento del vínculo afectivo, y promueve la mantención de la lactancia materna más allá del alta del niño con todas las ventajas que esto implica y que han sido discutidas ampliamente en la literatura.^{1,14}

Cabe destacar que la menor duración de la hospitalización debido a que alcanzan más rápidamente los 2.000 g de peso, reduce los días-incubadora y días-cuna, lo que contribuye a disminuir el costo recuperacional de estos niños y, por lo tanto, implica un beneficio económico.

RESUMEN

Con el objeto de evaluar el crecimiento de recién nacidos menores de 1.500 g alimentados con leche de su propia madre (L.M.) se estudiaron 10 niños con peso promedio de 1.315 ± 128 g y edad gestacional de $31,1 \pm 1,5$ semanas, adecuados para la edad gestacional y sin malformaciones congénitas mayores y se compararon con un grupo control de características similares alimentado con fórmula artificial (NAN® 13%). La pérdida inicial de peso fue de 10,9% para el grupo L.M. y de 9,8% para el control ($p = N.S.$). La recuperación del peso de nacimiento ocurrió a los 16,0 días en el grupo L.M. y a los 20,8 en el control ($p < 0,05$). La ganancia ponderal posterior fue de 23,7 g x día versus 17,5 en el control ($p < 0,005$). El tiempo empleado en alcanzar los 2.000 g fue de 46 ± 10 días en el grupo L.M. y de 63 ± 17 en el control ($p < 0,01$). En recién

nacidos de muy bajo peso la leche de su propia madre promueve crecimiento ponderal mejor que la fórmula de uso habitual, disminuye el período de hospitalización y favorece la relación madre-hijo.

REFERENCIAS

1. *American Academy of Pediatrics: Breast Feeding - A Commentary in Celebration of the International Year of the Child, 1979.* Pediatrics 62: 591, 1978.
2. *Committee on Nutrition. American Academy of Pediatrics: Nutritional Needs of Low Birth-Weight Infants.* Pediatrics 75: 976, 1985.
3. *Fomon, S.J., Ziegler, E.E., Vázquez, H.D.: Human Milk and the small premature infant.* Am J Dis Child 131: 473, 1977.
4. *Forbes, G.B.: Human milk and the small baby.* Am J Dis Child 136: 577, 1982.
5. *Gordon, J.H., Levine, S.Y., and McNamara, H.: Feeding of the premature infant. A comparison of human and cow's milk.* Am J Dis Child 73: 442, 1947.
6. *Davies, D.P.: Adequacy of expressed breast milk for early growth of preterm infants.* Arch Dis Child 52: 296, 1977.
7. *Tyson, J.E., Lasky, R.E., Mize, C.E., Richards, C.J., Blair-Smith, N., Whyte, R. and Beer, A.E.: Growth, metabolic response and development in very low-birth-weight infants fed banked human milk or enriched formula. Neonatal findings.* J Pediatr 103: 95, 1983.
8. *Gross, S.J., David, R.J., Bauman, L. and Tomarelli, R.M.: Nutritional composition of milk produced by mothers delivering preterm.* J Pediatr 96: 641, 1980.
9. *Sann, L., Bienvenu, F., Lahet, C., Bienvenu, J., Bethenod, M.: Comparison of the composition of breast milk from mothers of term and preterm infants.* Acta Paediatr Scand 70: 115, 1981.
10. *Anderson, G.H., Atkinson, S.A. and Bryan, M.H.: Energy and macronutrient content of human milk during early lactation from mothers giving birth prematurely and at term.* Am J Clin Nutr 34: 258, 1981.
11. *Atkinson, S.A., Bryan, M.H., and Anderson, G.H.: Human milk differences in nitrogen concentration in milk from mothers of term and premature infants.* J Pediatr 93: 67, 1978.
12. *Atkinson, G.H.: Human milk feeding.* Pediatr Clin North Am 32: 335, 1985.
13. *Dubowitz, L.M.S., Dubowitz, V., Goldberg, C.: Clinical assessment of gestational age in the newborn infant.* J Pediatr 77: 1, 1970.
14. *Lubchenco, L., Hansman, C., Dressler, M. et al: Intrauterine growth as estimated from liveborn birth weight data at 24 to 42 weeks of gestation.* Pediatrics 32: 793, 1963.
15. *Frisancho, A.R.: Triceps skinfold and upper arm muscle size norms for assessment of nutritional status.* Am J Clin Nutr 27: 1052, 1974.
16. *Ziegler, E.E., Biga, R.L., Fomon, S.J.: Nutritional requirements for the premature infant, in Suskind, R.M. (ed): Textbook of Pediatric Nutrition. New York, Raven Press: 29, 1981.*
17. *Raiha, N.C.R., Heinonen, K., Rassin, D.K., Gaulf, G.E.: Milk protein quantity and quality in low-birthweight infants: I Metabolic responses and effect on growth.* Pediatrics 57: 659, 1976.

18. *Gross, S.J.*: Growth and biochemical response of preterm infants fed human milk or modified infant formula. *N Engl J Med* 308: 237, 1983.
19. *Atkinson, S.A., Bryan, M.H. and Anderson, G.H.*: Human milk feeding in premature infants. Protein, fat and carbohydrate balances in the first two weeks of life. *J Pediatr* 99: 617, 1981.
20. *Chesses, P., Reichman, B., Verellen, G., Putet, G., Smith, J.M., Heim, T. and Swyer, P.R.*: Quality of growth in premature infants fed their own mothers milk. *J Pediatr* 102: 107, 1983.
21. *Hendrickse, W.A., Spencer, S.A., Robertson, D.M. and Hull, D.*: The caloric intake and weight gain of low birth weight infants fed on fresh breast milk or a special formula milk. *Eur J Pediatr* 143: 49, 1984.
22. *Schandler, R.J., Garza, C. and Nichols, B.L.*: Fortified mothers' milk for very low birth weight infants: Results of growth and nutrient balance studies. *J Pediatr* 107: 437, 1985.
23. *Atkinson, S.A., Radde, J.C., Anderson, G.H.*: Macromineral balances in premature infants fed their own mothers' milk or formula. *J Pediatr* 102: 99, 1983.
24. *Lemons, P., Stuart, M., Lemons, J.A.*: Breast-Feeding the Premature Infant *Clin Perinat* 13: 111, 1986.