
Estudio comparativo de la lactancia materna entre dos zonas básicas de salud de la Comunidad Valenciana

MC. Borja Pastor^a, E. Rico Mari^b, MM. Morales Suárez-Varela^c,
MI. Úbeda Sansano^b, P. Codoñer Franch^d

^aPediatra, CS Parque Alcosa, Valencia.

^bPediatra, CS La Eliana, Valencia.

^cProfesora Titular, Universidad de Valencia, Departamento de Medicina Preventiva.

^dPediatra, Profesora Titular de Pediatría, Universidad de Valencia.

Unidad de Gastroenterología Infantil Hospital Dr. Peset, Valencia.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:421-33

María C. Borja Pastor, marita.borja@tele2.es

Resumen

Objetivos: valorar si existe distinta duración de la lactancia materna (LM) entre dos zonas básicas de salud de una comunidad autónoma. Evaluar la posible diferencia entre la población autóctona e inmigrante de una zona de salud. Finalmente, se plantea si se deben realizar cambios en la intervención de la promoción de la LM.

Diseño: estudio prospectivo observacional.

Material y métodos: diseño de cohorte de 528 niños nacidos entre enero de 2000 y abril de 2004 mediante entrevista realizada a la madre por el pediatra en los controles del programa de salud del niño.

Resultados: se observa mayor instauración de LM al nacimiento en las dos zonas básicas de salud con respecto a la media de la Comunidad Valenciana. La intención y la duración de la LM son superiores en la población inmigrante en relación con la autóctona. La LM se mantiene en mayor porcentaje y durante más tiempo en la zona con estatus económico y social más elevado.

Conclusiones: es necesario incrementar la instauración de la LM desde las maternidades de los hospitales, y mantenerla durante más tiempo, lo que debe considerarse como objetivo de salud por los equipos de Atención Primaria. Conviene retrasar la introducción de la alimentación complementaria al sexto mes de vida para no interferir con el éxito de la LM.

Palabras clave: Lactancia materna, Población autóctona e inmigrante.

Abstract

Objectives: social conditioning has an influence on the type of the lactation. This work attempts to assess the existence of significant differences between two basic health zones in

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

a Regional Community. Also it attempts to assess possible differences between native and immigrant population in a health zone. Finally, another goal is to consider whether some changes should be performed or not, in the intervention on breastfeeding promotion.

Design: prospective observational study.

Material and methods: cohort design of 528 children born since January 2000 till April 2004 by means of an interview to the mother by the paediatrician during control visits of the Child Health Program.

Results: a greater introduction of breastfeeding at birth is observed in both basic health zones analyzed, compared to the mean in the Valencia Community. The breastfeeding intention and duration are higher in the immigrant population than in the native one. The breastfeeding is maintained with a greater percentage and longer in the zone with a higher economic and social status.

Conclusions: it is necessary to increase breastfeeding introduction in hospital maternities as well as to maintain it a longer time, which should be considered a health objective by Primary Care Teams. It is convenient to delay the introduction of the complementary diet till the 6th month after birth in order not to interfere in the success of breastfeeding.

Key words: Breastfeeding, Native and immigrant population.

Introducción

Los condicionamientos sociales influyen de forma indudable en el tipo y la duración de la lactancia. Vivimos una sociedad cambiante en el tiempo, y con ella cambian las costumbres y los modos de vida. La población española está sufriendo en los últimos años un cambio social importante, con un gran movimiento de población inmigrante¹.

Los pediatras de los centros de salud (CS) se esfuerzan en conseguir que la mayoría de las madres amamante a sus hijos el mayor tiempo posible. Un alto porcentaje de hospitales y centros sanitarios españoles aplica los 10 pasos para una lactancia feliz².

Habitualmente se explica a las madres durante el control del embarazo y en las

visitas del programa del niño las ventajas de mantener una lactancia materna (LM) exclusiva los primeros 6 meses de vida y continuar con el amamantamiento junto con la alimentación complementaria hasta los dos años de vida, tal como recomiendan la OMS (1989)³, la Academia Americana de Pediatría⁴ y el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría⁵.

El personal de enfermería también aconseja e informa a las madres, e incluye la promoción de la LM dentro de los programas de educación sanitaria llevados a cabo en los CS de la Comunidad Valenciana.

Nos proponemos con este trabajo conocer cuál es la situación actual de la LM en nuestros CS. Realizamos un es-

tudio comparativo entre dos zonas básicas de salud con una diferencia socio-cultural apreciable. Para ello, hemos planteado los siguientes objetivos específicos:

- Valorar si existen diferencias respecto a la LM entre ellas.
- Evaluar la posible diferencia entre la población inmigrante y española de una misma zona de salud.
- Plantearnos si deberíamos realizar algún cambio en la estrategia utilizada en nuestros CS para la promoción de la LM.

Material y métodos

Hemos utilizado un diseño de cohorte con un total de 528 niños nacidos entre enero de 2000 y abril de 2004. Estudio prospectivo observacional realizado en dos CS de la Comunidad Valenciana: CS La Eliana (285 niños) y CS Parque Alcosa-Alfajar (243 niños).

En primer lugar hay que resaltar la gran diferencia socioeconómica y cultural que hay entre las dos zonas básicas de salud. El CS La Eliana tiene un 3% de inmigración y un nivel socioeconómico y cultural alto, y en el CS Parque Alcosa el 18% de la población atendida es inmigrantes, y el nivel socioeconómico y cultural es bajo. Por esto, las comparaciones entre la población autóctona e

inmigrante se realizaron exclusivamente en este CS.

Los datos se recogieron mediante entrevista *ad hoc* realizada a la madre por el pediatra en los controles del programa de salud del niño.

Se constató el tipo de lactancia que recibían los niños en el momento de la revisión, y se recogieron los siguientes datos: tipo de lactancia al nacimiento, duración de LM exclusiva, momento de introducción de la fórmula láctea, momento de introducción de la alimentación complementaria y tiempo durante el que se mantuvo el aporte de LM o tiempo total de LM.

Consideramos los conceptos de:

- *LM exclusiva*: el niño es alimentado exclusivamente con LM.
- *Lactancia mixta*: niños que reciben LM y de fórmula sin otros alimentos.
- *Lactancia artificial (LA)*: niños que reciben fórmula láctea exclusivamente.
- *LM*: engloba a los niños que reciben LM, de forma exclusiva o parcial, complementada bien con fórmula láctea o con otros alimentos.
- *Tiempo de LM*: tiempo total que el lactante es alimentado con LM independientemente del aporte de otros alimentos.

- *Intención de LM*: niños que al nacimiento son alimentados por su propia madre, bien de forma exclusiva, o suplementada con fórmula láctea. Engloba a los niños con LM exclusiva y con lactancia mixta.

Nos pareció interesante distinguir si el hospital de nacimiento fue público o privado y relacionarlo con el tipo de alimentación al nacimiento, y comprobar si había alguna diferencia.

La información se ha recogido de manera consensuada entre los pediatras del estudio. Se han utilizado los siguientes criterios: la variable estadística χ^2 , considerando significación estadística con $p < 0,05$, y el test de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la duración media de la LM. Se ha aplicado la corrección de Yates cuando ha sido necesario por el tamaño de la muestra. Los datos obtenidos se han introducido en la hoja de cálculo Excel® y se han anali-

zando mediante el programa SPSS® versión 12.0.

Hay que destacar la similitud entre los dos equipos pediátricos de ambos CS respecto a la intervención para la promoción de la LM.

Resultados

Comparación de la lactancia instaurada al nacimiento

Comparación entre los dos CS (tabla I)

- No existe diferencia estadística significativa en la intención de LM entre los dos CS.
- Existe mayor incidencia de LM exclusiva en Parque Alcosa estadísticamente significativa ($p < 0,05$).
- Existe mayor incidencia de lactancia mixta en La Eliana estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabla I. Comparación entre los dos centros de salud de la lactancia instaurada al nacimiento

	Parque Alcosa		La Eliana		p
	N.º casos	% total	N.º casos	% total	
Nacidos	243	46,03%	285	53,97%	NS
Intención de lactancia materna	176	72,43%	216	75,79%	NS
Lactancia materna exclusiva	159	90,35%	180	83,34%	< 0,05
Lactancia mixta	17	9,65%	36	16,66%	< 0,05
Lactancia artificial	67	27,57%	69	24,21%	NS

NS: no significativo.

- No existe diferencia entre los dos CS en la instauración de LA.

Comparación entre españoles e inmigrantes de Parque Alcosa (tabla II)

- Hay mayor intención de LM (exclusiva o suplementada con fórmula) en el grupo de inmigrantes, que es estadísticamente significativa ($p < 0,005$).
- No existe diferencia entre los dos grupos en la instauración de LM exclusiva.
- No llega a haber diferencia estadística entre los dos grupos en la instauración de lactancia mixta, quizá debido al escaso número de niños que tuvieron este tipo de lactancia.
- Hay diferencia en la instauración de LA estadísticamente significativa ($p < 0,005$). Los españoles la utilizan mayoritariamente.

Estudio comparativo respecto a la frecuencia de utilización del hospital público o privado al nacimiento

- En ambas zonas básicas de salud hay predominio de utilización del hospital público para el nacimiento.
- Hay diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,005$) respecto al hospital de nacimiento según la zona; es más utilizado el hospital público en Parque Alcosa que en La Eliana (92,53% frente a 67,69%).

Estudio comparativo del tipo de lactancia instaurada al nacimiento según hospital público o privado

- El porcentaje de LM exclusiva al nacimiento es superior en el hospital público que en el privado (66,49% frente a 52,75%). Hay

Tabla II. Comparación entre población española e inmigrante de Parque Alcosa de la lactancia instaurada al nacimiento

	Españoles		Inmigrantes		p
	N.º casos	% total	N.º casos	% total	
Nacidos	197	81,07%	46	18,93%	< 0,005
Intención de lactancia materna	134	68,03%	42	91,31%	< 0,005
Lactancia materna exclusiva	123	91,97%	36	85,72%	NS
Lactancia mixta	11	8,43%	6	14,28%	NS
Lactancia artificial	63	31,97%	4	8,69%	< 0,005

NS: no significativo.

- diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).
- Para la lactancia mixta no hay diferencia estadísticamente significativa.
- Se instaura más LA al nacimiento en el hospital privado que en el público (32,97% frente a 23,4%). Hay diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Comparación de la pérdida mensual de LM en porcentajes durante los primeros 6 meses de vida

Comparación entre los dos CS (tabla III):

- Para LM (exclusiva o suplementada) se observa diferencia en el tercer mes de vida, que es estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Existe mayor pérdida en Parque Alcosa que en La Eliana.

- Para LM exclusiva hay diferencia en el primer, tercer y sexto mes estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Hay mayor pérdida de LM exclusiva en Parque Alcosa que en La Eliana en el primer y tercer mes. En el sexto mes de vida hay mayor pérdida en La Eliana.

Comparación entre españoles e inmigrantes de Parque Alcosa (tabla IV):

- Para LM existe diferencia en el cuarto mes estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Hay mayor pérdida en inmigrantes que en españoles.
- Para LM exclusiva hay diferencia en el primer mes estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Hay mayor pérdida en españoles que en inmigrantes.

Tabla III. Comparación entre los dos centros del porcentaje de pérdida mensual de lactancia materna y lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida

		Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Lactancia materna	Parque Alcosa	7,01%	9,71%	13,11%	9,47%	3,86%	5,67%
	La Eliana	8,28%	6,75%	5,38%	6,00%	7,64%	5,01%
	<i>P</i>	NS	NS	< 0,05	NS	NS	NS
Lactancia materna exclusiva	Parque Alcosa	14,03%	9,02%	12,20%	9,70%	16,21%	4,27%
	La Eliana	6,48%	9,13%	3,72%	5,65%	10,35%	27,83%
	<i>P</i>	< 0,05	NS	< 0,05	NS	NS	< 0,05

NS: no significativo.

Comparación del porcentaje de cada tipo de lactancia durante los primeros 6 meses de vida

Comparación entre los dos CS (tabla V):

- Para LM existe diferencia estadísticamente significativa en el cuarto mes ($p < 0,05$). Hay mayor incidencia en La Eliana.
- Para LM exclusiva existe diferencia estadísticamente significativa en el cuarto y quinto mes ($p < 0,05$). Hay mayor incidencia en La Eliana.
- Para LA existe diferencia estadísticamente significativa del cuarto al sexto mes ($p < 0,05$). Hay mayor incidencia en Parque Alcosa.

Tabla IV. Comparación entre españoles e inmigrantes de Parque Alcosa del porcentaje de pérdida mensual de lactancia materna y lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida

		Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Lactancia materna	Españoles	7,00%	10,44%	12,81%	7,26%	5,50%	5,43%
	Inmigrantes	4,81%	5,93%	11,32%	21,23%	1,16%	6,34%
	<i>P</i>	NS	NS	NS	< 0,05	NS	NS
Lactancia materna exclusiva	Españoles	15,54%	8,96%	10,66%	9,54%	14,88%	2,85%
	Inmigrantes	5,29%	9,08%	17,73%	10,15%	23,50%	12,50%
	<i>P</i>	< 0,05	NS	NS	NS	NS	NS

NS: no significativo.

Tabla V. Comparación entre los dos centros del porcentaje de cada tipo de lactancia del nacimiento hasta el sexto mes de vida

		Nac.	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Lactancia materna	Parque Alcosa	72,43%	65,42%	55,71%	42,60%	33,13%	29,27%	23,60%
	La Eliana	75,79%	67,51%	60,75%	55,38%	49,38%	41,74%	36,73%
	<i>P</i>	NS	NS	NS	NS	< 0,05	NS	NS
Lactancia materna exclusiva	Parque Alcosa	65,43%	51,40%	42,38%	30,18%	20,48%	4,27%	-
	La Eliana	63,16%	56,68%	47,55%	43,82%	38,17%	27,83%	-
	<i>P</i>	NS	NS	NS	NS	< 0,05	< 0,05	-
Lactancia artificial	Parque Alcosa	27,57%	35,05%	44,29%	57,40%	66,26%	70,73%	76,40%
	La Eliana	24,21%	32,50%	38,11%	44,62%	51,45%	58,26%	65,04%
	<i>P</i>	NS	NS	NS	NS	< 0,05	< 0,05	< 0,05

NS: no significativo.

Comparación entre españoles e inmigrantes de Parque Alcosa (tabla VI):

- Para LM a lo largo de todo el periodo existe diferencia estadística-

mente significativa ($p < 0,005$) excepto para el cuarto mes en el que $p < 0,05$. Hay mayor incidencia en inmigrantes.

- Para LM exclusiva existe diferencia

Tabla VI. Comparación entre españoles e inmigrantes de Parque Alcosa del porcentaje de cada tipo de lactancia del nacimiento hasta el sexto mes de vida

		Nac.	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Lactancia materna	Espanoles	68,02%	61,02%	50,57%	37,76%	30,50%	25,00%	19,57%
	Inmigrantes	91,30%	86,49%	80,56%	69,23%	48,00%	47,83%	41,18%
	<i>P</i>	< 0,005	< 0,005	< 0,005	< 0,005	< 0,05	< 0,005	< 0,005
Lactancia materna exclusiva	Espanoles	62,44%	46,89%	37,93%	27,27%	17,73%	2,85%	-
	Inmigrantes	78,26%	72,97%	63,89%	46,15%	36,00%	12,50%	-
	<i>P</i>	< 0,05	< 0,005	< 0,005	< 0,05	< 0,05	NS	-
Lactancia artificial	Espanoles	31,98%	39,55%	49,42%	62,24%	69,50%	75,00%	80,43%
	Inmigrantes	8,69%	13,51%	19,44%	30,77%	45,83%	48,00%	52,17%
	<i>P</i>	< 0,005	< 0,005	< 0,005	< 0,005	< 0,05	< 0,005	< 0,005

NS: no significativo.

Tabla VII. Porcentaje de los tipos de lactancia en los grupos de edad de la muestra total

Edad	Lactancia materna	Lactancia materna exclusiva	Fórmula láctea
Nacimiento	74,25%	64,20%	25,76%
1.º mes	66,4%	54,38%	33,6%
2.º mes	58,53%	45,26%	41,47%
3.º mes	50,23%	38,33%	49,77%
4.º mes	40,3%	30,96%	59,7%
5.º mes	36,65%	18,02%	63,35%
6.º mes	31,27%	-	68,73%
7.º mes	24,13%	-	75,87%
8.º mes	19,76%	-	80,24%
9.º mes	14,24%	-	85,76%
10.º mes	11,76%	-	88,24%
11.º mes	10,42%	-	89,5%
12.º mes	10,5%	-	89,58%
15 meses	5,21%	-	41,69%
18 meses	3,91%	-	29,97%
24 meses	0,98%	-	10,1%
36 meses	0,33%	-	1,3%

estadísticamente significativa al nacimiento ($p < 0,05$), primer y segundo mes ($p < 0,005$), y tercer y cuarto mes ($p < 0,05$). Hay mayor incidencia en inmigrantes.

- Para LA a lo largo de todo el período existe diferencia estadísticamente significativa $p < 0,005$, excepto para el cuarto mes en el que $p < 0,05$. Hay mayor incidencia en españoles.

Porcentaje de los tipos de lactancia en los grupos de edad de la muestra total

En la tabla VII se refleja los porcentajes de LM, LM exclusiva y fórmula láctea desde el nacimiento hasta los 36 meses de vida en la muestra total. Se aprecia un descenso progresivo de la LM a lo largo de todo el período; es más acusado en el cuarto y el séptimo mes. Respecto a la LM exclusiva, el

mayor descenso aparece en el quinto mes. Y a partir de los 12 meses de edad hay una disminución en la utilización de la fórmula láctea infantil de continuación.

Duración media (en meses) de la LM exclusiva y del tiempo de LM (tabla VIII)

- La duración de la LM exclusiva es mayor, así como el tiempo total de LM, estadísticamente significativa ($p < 0,005$) en el CS de La Eliana. El tiempo medio de LM exclusiva en nuestra muestra es de 3,5 meses aproximadamente.
- En cuanto a la comparación entre la población inmigrante y la española, se aprecia una mayor duración, estadísticamente significativa, en los primeros ($p < 0,05$ en el tiempo de LM y $p < 0,005$ en la LM exclusiva).

Tabla VIII. Duración media (en meses) de la lactancia materna exclusiva y del tiempo de lactancia materna

	Lactancia materna exclusiva	Tiempo de lactancia materna
La Eliana	4,05 ± 0,15	6,22 ± 0,38
Parque Alcosa	2,87 ± 0,14	4,27 ± 0,28
P	< 0,005	< 0,005
Espanoles	2,76 ± 0,16	4,24 ± 0,32
Inmigrantes	3,06 ± 0,28	4,36 ± 0,56
P	< 0,005	< 0,05
Muestra total	3,48 ± 0,10	5,34 ± 0,25

Discusión

La leche humana es el alimento más adecuado para el correcto desarrollo físico y psíquico del lactante humano. La evidencia científica actual demuestra que existen beneficios indudables para el bebé que se alimenta con LM⁶. Todavía no conocemos todas las ventajas del amamantamiento en el primer año de vida, pero se ha demostrado un menor número de infecciones a lo largo de este periodo⁷ que favorece el desarrollo del niño, y evita además los perjuicios físicos, psíquicos y económicos derivados de las enfermedades prevenidas.

A pesar de todo ello, la incidencia y duración de la LM en nuestro país está muy por debajo de las recomendaciones dictadas por organismos internacionales⁸. La OMS y UNICEF recomiendan la recogida periódica de datos sobre LM que permitan conocer su evolución y la efectividad de las iniciativas en marcha para su promoción.

El estudio llevado a cabo por la Red Centinela en nuestra comunidad⁹ pone de manifiesto diversos factores, principalmente de índole económica y social, acerca de la decisión inicial en cuanto al tipo de lactancia instaurado. Así, el nivel de estudios materno es primordial a la hora de la decisión de dar LM, como se refleja en un trabajo reciente¹⁰ en el que

un nivel elevado de estudios de la madre se acompaña de mayor incidencia de LM. Hay que destacar la recuperación en los últimos años de la tendencia a ofrecer LM al nacimiento, que, sin embargo, no tiene continuidad, ya que la tasa de abandonos es elevada. Este abandono se produce de forma progresiva; cada mes dejan la lactancia entre un 12 y un 17% de las mujeres que la habían iniciado, según el estudio realizado en la Red Centinela de la Comunidad Valenciana. En nuestro estudio los porcentajes de pérdida de LM exclusiva son ligeramente menores; oscilan entre un 14 y un 9% de pérdidas mensuales durante los primeros cuatro meses de vida en el CS Parque Alcosa; es todavía menor en el CS La Eliana (entre el 9 y el 4%).

Destacamos la importancia del hospital de nacimiento en la instauración de la LM. En concreto, el 66,5% de las madres que dieron a luz en un hospital público eligió esta opción frente a un 53% en el caso de un hospital privado.

Queremos resaltar la importancia, en el posparto inmediato, del apoyo a la madre que inicia el amamantamiento por parte del obstetra, matronas y personal de enfermería de la maternidad¹¹. Todos estos profesionales, aparte del pediatra, pueden influir durante la ges-

tación o en el mismo momento del parto en la capacidad de decisión materna.

Los factores sociales constituyen indudablemente un condicionamiento importantísimo en la decisión del tipo de lactancia. Por ejemplo, el trabajo materno según el tipo de contrato laboral y el sector (público o privado) en el que están empleadas: aquellas mujeres cuya situación laboral es muy inestable y precaria o que no pueden ejercer su derecho legal a la baja maternal deciden con menor frecuencia la LM¹².

Todos estos factores se ven reflejados en los datos obtenidos en nuestro estudio. Así, en ambos centros la intención de LM era similar (72-76% de las madres), cifra situada ligeramente por encima de la media de toda la Comunidad Valenciana. Si analizamos la incidencia de lactancia mixta, esto es, la introducción de biberones durante los primeros días de la vida del niño, observamos una diferencia significativa en el grupo de estatus socioeconómico mayor (La Eliana) que recurre más a esta técnica de alimentación (16,6% frente a 9,6%, $p < 0,005$). Sin embargo la instauración de LA no variaba de forma significativa entre los dos centros.

Por otra parte, dado que 1/5 aproximadamente de la población de Parque Alcosa es inmigrante, comparamos a la

población autóctona y extranjera, y encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la intención de LM, mucho más elevada en la población inmigrante (91,3 frente a 68%, $p < 0,005$). Esto puede reflejar la herencia del país de origen, en general en vías de desarrollo, con una elevada raigambre hacia la LM. La fuente de información prioritaria de estas mujeres es la recibida de la familia y de la experiencia transmitida de madres a hijas, situación que ha disminuido enormemente en la sociedad española actual.

Hemos analizado el mantenimiento de la LM en los 6 primeros meses de vida. Llama la atención cómo el porcentaje de pérdida mensual de LM aumenta de forma significativa en Parque Alcosa al tercer mes de vida del lactante (13,1% de pérdida frente al 5,4% en La Eliana), situación que puede obedecer a la necesidad de incorporación de la madre al mercado laboral.

La pérdida de LM en la población inmigrante se produce principalmente al cuarto mes de vida del lactante. Creemos que obedece a la introducción de alimentación complementaria, que estas poblaciones realizan de forma precoz, y que se asocia al abandono de la LM a consecuencia de una menor demanda por parte del lactante.

Finalmente, al sexto mes de vida observamos prácticamente una inversión de los datos al nacimiento en cuanto al tipo de lactancia. Menos del 30% de los niños de ambos centros recibió LA al nacimiento. Sin embargo, a los 6 meses de vida más del 75% la recibía en Parque Alcosa (76,4%). En contraposición, en el centro de La Eliana el 65% de los niños era alimentado de esta forma ($p < 0,05$). Ello indica un mayor mantenimiento de la LM que puede estar favorecido por un mayor estatus económico y social.

Queremos destacar, de los datos obtenidos en nuestro estudio, cómo las madres de nivel socioeconómico menor, y con menores garantías en cuanto a su situación laboral, se ven forzadas a limitar el tiempo de amamantamiento de sus hijos. Cuanto mayor es el estatus socioeconómico, más se mantiene la lactancia.

Conclusiones

El seguimiento periódico de los datos sobre LM de diversos CS es recomenda-

ble para saber con certeza en qué situación nos encontramos en cada momento. Podría ser de ayuda un programa informático diseñado para proporcionar los datos actualizados de la lactancia en el primer año de la vida de los niños.

Es necesario incrementar la LM desde nuestros hospitales y, con los esfuerzos de los equipos de Atención Primaria mantenerla considerándola como objetivo de salud. En este sentido queremos destacar la elaboración de una guía de actuación en nuestro medio¹³ así como las últimas recomendaciones de PrevIn-fad¹⁴.

También vemos la conveniencia en retrasar la introducción de la alimentación complementaria al sexto mes de vida para no interferir con el éxito de la LM.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración en parte del cálculo estadístico del estudio de los profesores de la Universidad Politécnica de Valencia Ana Isabel Sánchez Galdón y José Ródenas Diago.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Cifras oficiales de población. Cifras de población referidas al 01/01/2005. Real Decreto 1358/2005, de 18 de noviembre [consultado 22/04/2006]. Disponible en www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fe260%2Fa2005%2F&O=pcaxis&N=&L=0
2. Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Diez pasos para una lactancia feliz. [consultado 22/04/2006]. Disponible en www.ihan.org.es/10pasos.htm
3. World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of the maternity services (a joint WHO/UNICEF statement). Geneva: World Health Organization; 1989.
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Recommendations for preventive pediatric health care. *Pediatrics*. 2000;105:645-6.
5. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Recomendaciones para la lactancia materna [en línea] [actualizado el 27/10/2005] [consultado el 22/04/2006]. Disponible en www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm
6. Bick D. The benefits of breastfeeding for the infant. *Br J Midwif*. 1999;7:312-9.
7. Galton V, Schwarz E, Bacharach L. Breast-feeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157:237-43.
8. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. Genève, 55 Asamblea Mundial de la Salud, 16 abril 2002. A 55/15. [consultado el 22/04/2006]. Disponible en www.who.int/gb/EB-WHA
9. Informe de la Red Centinela Sanitaria de la Comunidad Valenciana 1999-2000. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad. 2003;71:101-37.
10. Hernández Aguilar MT, Muñoz Guillén A, Lasarte Velillas JJ, García Vera C, Díaz Marijuán C, Martín Calama J. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6.400 lactantes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2004;6:19-37.
11. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:340-56.
12. Escribá V, Colomer C, Mas R. Working conditions and the decisions to breastfeed in Spain. *Health Prom Intern*. 1994;9:251-8.
13. Hernández Aguilar MT, Cerveró LL, García Ballester M, y cols. Manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Valencia: Pediatría Atención Primaria Área 09, Hospital Dr. Peset; 2004.
14. Pallás Alonso CR, Grupo PrevInfad/ PAPPS. Promoción de la lactancia materna. Recomendaciones Grupo Previnfad/PAPPS [en línea] [actualizado 12/2005] [consultado 22/04/ 2006]. Disponible en www.aepap.org/previnfad/lactancia.htm

