

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bello F, Sotos J. Cerebral oedema in diabetic ketoacidosis in children. *Lancet* 1990; 336: 64.
2. Duck S, Wyatt D. Factors associated with brain herniation in the treatment of diabetic ketoacidosis. *J Pediatr* 1988; 113: 10-4.
3. Harris G, Fiordalisi I, Harris W, Mosovich L, Finberg L. Minimizing the risk of brain herniation during treatment of diabetic ketoacidemia: a retrospective and prospective study. *J Pediatr* 1990; 117: 22-31.
4. Krane E, Rockoff M, Wallman J, Wolfsdorf J. Subclinical brain swelling in children during treatment of diabetic ketoacidosis. *N Engl J Med* 1985; 312: 1147-1151.
5. Durr J, Hoffman W, Sklar A, Gammal T, Steinhart C. Correlates of brain edema in uncontrolled IDDM. *Diabetes* 1992; 41: 627-632.
6. Hale P, Rezvani Y, Braunstein A, Lipman T, Martínez M, Garibaldi L. Factors predicting cerebral edema in young children with diabetes ketoacidosis and new onset type I diabetes. *Acta Paediatr* 1997; 86: 626-631.
7. Harris GD, Fiordalisi I, Finberg L. Safe management of diabetic ketoacidemia. *J Pediatr* 1988; 113: 65-68.

## Mantenimiento de la lactancia materna

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 167)

*Sr. Director:*

Sin duda alguna, de todos es bien conocido que las cifras de inicio de la lactancia materna en nuestro país se pueden considerar aceptables, pero asimismo conocemos que el abandono de la misma especialmente durante las primeras semanas de vida es realmente masivo<sup>1-3</sup>.

El estudio que realizamos fue puramente descriptivo para conocer la situación de la lactancia materna en los grupos de población en apariencia más favorable; para que ésta se realizara sin problemas se excluyó: los pretérminos, bajo peso, partos gemelares y los que precisaran ingresos neonatales. Por dificultades en el seguimiento se decidió excluir también a los niños pertenecientes a grupos marginales. La selección de los casos se hizo en la propia maternidad según los criterios de inclusión de modo consecutivo. Al alta se rellenó en la misma habitación de la maternidad los datos de filiación y el tipo de lactancia recibida en aquel mismo momento por el bebé. El seguimiento se hizo mes a mes telefónicamente hasta que se abandonaba la lactancia materna por completo. En ningún momento se intervino activamente sobre ese grupo de madres y de neonatos.

Únicamente se pretendía conocer las cifras espontáneas de lactancia materna de la población referida. En los diversos centros de salud se llevaron a cabo los controles propios del niño sano de cada comunidad.

A la vista de los resultados se han iniciado campañas de promoción de la lactancia materna en nuestro entorno que actúan

principalmente modificando las pautas de maternidad ya que según datos recientemente publicados en su revista también se objetivó que las pautas de nuestro entorno no eran concordantes con las de los Hospitales Amigos de los Niños<sup>4</sup>. Sin duda, una promoción realmente eficaz de la lactancia materna ha de incluir actuaciones prenatales, perinatales y posnatales. En el mantenimiento de la lactancia materna es imprescindible un estrecho seguimiento y apoyo de la madre lactante, lo cual ha de realizarse desde el equipo de atención primaria. En nuestro estudio se demostró que diariamente, a lo largo del primer mes de vida, el 1% de los neonatos del centro-norte de España abandonaban la lactancia materna. Estamos completamente convencidos que, tal y como sugieren Del Real et al<sup>5</sup>, las cifras de lactancia materna se podrían mejorar ostensiblemente si además de modificar las pautas de maternidad, desde el centro de salud se realizara un apoyo decidido a la madre lactante.

Queda, por tanto, pendiente diseñar un programa de promoción "valiente" de la lactancia materna que incluya actuaciones prenatales y posnatales conjuntamente con la modificación de las pautas hospitalarias. Parece evidente que éste ha de centralizarse en el equipo de atención primaria ya que va a estar más próximo a la madre desde el mismo embarazo.

**L. Barriuso Lapresa**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tembours MC, Otero A, Polanco I, Tomás M, Ruiz F, García MC. La lactancia materna en un área metropolitana: (I). Análisis de la situación actual. *An Esp Pediatr* 1992; 37: 211-214.
2. Morán Rey J. Lactancia materna en España. Situación actual. *An Esp Pediatr* 1992; 36: 45-50.
3. Barriuso Lapresa LM, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 237-243.
4. Barriuso Lapresa L, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 225-231.
5. Del Real Llorente M, Pellegrini Belinchoni J, Del Molino Anta A. Mantenimiento de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 69.

## ¿Qué influye en las decisiones sobre la lactancia?

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 167-168)

*Sr. Director:*

En el artículo "Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España"<sup>1</sup> se plantea el estudio del impacto de las prácticas hospitalarias en la decisión y mantenimiento de la lactancia materna. Queremos aportar algunas

consideraciones al tema que pensamos que pueden facilitar la comprensión de los resultados que se obtienen.

Según nuestra experiencia de investigación en este campo<sup>2-5</sup>, las decisiones sobre la lactancia se asocian a factores estructurales, fundamentalmente al trabajo remunerado de la madre: tipo de contrato laboral y sector (público o privado) en el que están empleadas. Aquellas mujeres cuya situación laboral es más inestable y precaria no pueden ejercer su derecho legal a la baja maternal y deciden con menor frecuencia la lactancia materna o la abandonan más precozmente.

Puesto que estas variables estructurales están asociadas al tipo de lactancia que se elige, pensamos que cualquier estudio sobre el tema debería incluirlas. Nos sorprende que en el trabajo mencionado, a pesar de que en la tabla 3 se incluye la variable "trabajo materno" como una de las estudiadas, no se menciona en los resultados ni la discusión. Tal vez la falta de consistencia de algunos de los resultados se pudiera explicar por el efecto de confusión de aquellas variables.

Aunque los aspectos estructurales escapan habitualmente a la posibilidad de intervención directa e inmediata de los profesionales sanitarios, consideramos importante su conocimiento para comprender la complejidad de la toma de decisiones de las personas y poderlas ayudar mejor. Esto evitaría también la frustración que supone el fracaso de intervenciones bienintencionadas que no las tienen en cuenta. Por otro lado, los profesionales de la salud infantil tienen un papel social fundamental, individualmente y a través de sus organizaciones, como mediadores, defensores y abogados de los intereses y derechos de la infancia.

Como profesionales no debemos olvidar el hecho de que las políticas sociales y de salud influyen en los estilos de vida y en las decisiones sobre aspectos que tienen impacto en la salud. En este sentido nos preocupa la amenaza que supone la revisión, por parte del Organización Internacional del Trabajo, del Convenio 103, en el que se establecen las bases de los derechos que protegen la maternidad en el trabajo (permiso ma-

ternal, prestaciones sanitarias y económicas, protección contra el despido y otros). Las propuestas para esta revisión plantean la reducción de los derechos vigentes durante las últimas décadas<sup>6,7</sup>, lo que supondría una disminución del bienestar de las madres trabajadoras y consecuentemente de sus hijos e hijas.

Nuestro objetivo con esta carta es promover entre los profesionales de la salud infantil la reflexión sobre los aspectos del entorno social y físico en el que nacen y se desarrollan los menores, con el ánimo de mejorar la calidad del trabajo que realizamos y nuestra satisfacción con él.

**C. Colomer Revuelta y V. Escribá Agüir**

Escuela Valenciana de Estudios de Salud.  
Generalidad de Valencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barriuso Lapresa L, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 225-231.
2. Escribá V, Colomer C, Mas R. Working conditions and the decisions to breastfeed in Spain. *Health Prom Intern* 1994; 9: 251-258.
3. Escribá V, Mas R, Colomer C. Duración de la lactancia materna y actividad laboral. *An Esp Ped* 1996; 44: 437-441.
4. Mas R, Escribá V, Colomer C. Las expectativas de reincorporación de la mujer al trabajo tras el nacimiento de un hijo. *Gac Sanit* 1994; 8: 280-285.
5. Mas R, Escribá V, Colomer C. Who quits smoking during pregnancy? *Scan J Soc Med* 1996; 24: 102-106.
6. Hernández J, Mas R, Colomer C, Escribá V. Legislación sobre protección de la maternidad: un instrumento para la promoción de la salud materno-infantil. *Aten Primaria* 1996; 17: 439-444.
7. Mas R, Hernández J, Escribá V, Colomer C. Promoción de la Salud materno-infantil: estudio comparativo de la legislación para la protección del embarazo. *Aten Primaria* 1995; 16: 246-252.