

**ANEXO 5**

Nº PROYECTO

PIENCA05-13

**MEMORIA PROYECTO DE INVESTIGACION**

TITULO Hasta Que Tu Quieras

:

PALABRAS Lactancia materna, calidad, epidemiología

DURACION (en meses) 18

INVESTIGADOR Ricardo Garcia de León González

ORGANISM CARM CENTR Hospital Virgen del

DEPART./SERV./UNI Servicio de Pediatría

DIRECCIÓN: Ado Correos 317 MUNICIPI Yecla

TÉLEFON 968719800 EXT: 444 FAX:

TIPO DE MEMORIA: Final  Parcial

**RESUMEN**

En el año 2000 en el Área V de Salud de la Región de Murcia se inició un proceso de adecuación de los cuidados dirigidos a la lactancia materna (LM), con el objetivo de implantar los diez pasos de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), en el Hospital Virgen del Castillo. En 2004 se obtuvo el galardón IHAN.

**Objetivos:** conocer la situación de la LM en el área de Salud V, estudiar las necesidades y expectativas de madres y profesionales, desarrollar un registro prospectivo de LM.

**Metodología:** abordaje combinado mediante diversas metodologías: determinación de las tasas de LM desde el año 1997, análisis de supervivencia de LM, identificación de oportunidades de mejora, observación y grupos de discusión.

**Resultados:** Las diferencias entre el periodo anterior y posterior a la IHAN son amplias y estadísticamente significativas para el inicio y duración de la LM. Se ha avanzado en el desarrollo de un registro prospectivo poblacional de LM. Detectadas oportunidades de mejora de las dimensiones científico-técnica, satisfacción y accesibilidad.

**Conclusiones:** La IHAN es una intervención eficaz para la mejora de los indicadores poblacionales de LM. Se han incluido las necesidades y expectativas de madres y profesionales en el diseño de un programa de fomento de la lactancia materna. Se ha contribuido a la adecuación de los cuidados de LM, para que las mujeres amamenten a sus hijos el tiempo que deseen.

DN5/1

**SR. DIRECTOR DE LA FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SANITARIAS. Avda. Intendente Jorge Palacios, 1- Planta 7 (Hospital "Reina Sofía") MURCIA.**

<b>ÍNDICE:</b>	<b>Pág.</b>
Objetivos planteados.....	3
Objetivos alcanzados en el estudio.....	4
Metodología y plan de trabajo seguido.....	6
Resultados y Conclusiones.....	16
Aplicabilidad Y Utilidad Práctica De Los Resultados en el Área De La Salud.....	37
Presentaciones o Comunicaciones Derivadas de la Investigación.....	38
Otras consideraciones.....	39
Memoria Económica.....	41
Anexos	

## **OBJETIVOS PLANTEADOS EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION**

Los objetivos del presente trabajo de investigación en calidad son los siguientes:

- 1. Conocer la situación actual del proceso de lactancia materna en el área**
  - 1.1. Medir el impacto de la IHAN sobre las tasas de inicio, duración y exclusividad de la lactancia materna en la comarca del Altiplano de Murcia.
  - 1.2. Medir las tasas de inicio, duración y exclusividad durante el 2005
  - 1.3. Identificar diferencias significativas en cuanto a los índices de duración y exclusividad de la lactancia en las diferentes unidades de atención primaria (AP).
  
- 2. Medir el nivel de cumplimiento de los pasos 3 y 6 de la IHAN:**
  - 2.1. Información recibida durante el embarazo sobre (paso 3)
    - Ventajas de la LM
    - Como tener suficiente leche
    - Importancia de la alimentación a demanda
    - Situación y colocación del niño
  - 2.2. Tasa de administración de sucedáneos a los recién nacidos sin indicación pediátrica (6)
  
- 3. Identificar oportunidades de mejora en las diferentes unidades de atención materno-infantil.**
  
- 4. Desarrollar un registro prospectivo de lactancia, de ámbito poblacional, como herramienta para la continuidad y mejora de los cuidados de lactancia, con la incorporación de las variables adecuadas relativas al curso de lactancia.**
  
- 5. Analizar las expectativas de los destinatarios principales del proceso:**
  - 5.1. De la madre en las dimensiones de intencionalidad de lactancia, motivaciones, influencias, información recibida, comunicación, trato y apoyo profesional recibido en los diferentes problemas de lactancia.
  - 5.2. Comprender las percepciones, sentimientos e influencias de las madres que abandonan la lactancia antes del 3er mes.
  - 5.3. Evaluar el papel del padre en la duración total de la lactancia.
  
- 6. Objetivos de resultados: planteados como criterios globales para evaluar la calidad del programa HQTQ.**
  - 6.1. Lograr que al menos el 50% de las madres madure y explice su intención de lactancia, a lo largo del proceso de formación durante el embarazo (curso de preparación a la maternidad), en términos de duración total de lactancia.
  - 6.2. Lograr que la tasa de abandonos prematuros (antes que su intención de lactancia) sea inferior al 20%
  - 6.3. Conseguir una tasa de abandonos en el primer mes inferior al 10%.

## **OBJETIVOS ALCANZADOS EN EL ESTUDIO**

### **1. Conocer la situación actual de la lactancia materna en el área**

#### *1.1. Impacto de la IHAN sobre las tasas de inicio, duración y exclusividad de la lactancia materna en la comarca del Altiplano de Murcia.*

Se dispone de los datos poblacionales de inicio de la lactancia (LM al alta) a partir del año 2003 y de muestras aleatorias de 1997 y 2001. Se han obtenido datos de duración de la lactancia materna total y de tiempo de LM sin biberones ni alimentación complementaria (LM Completa) de los años 2003 y 2005 de la base de datos OMI y se dispone de esos datos para muestras aleatorias de 1997 y 2001. Se ha realizado un análisis de la evolución de las tasas de LM desde 1997.

#### *1.2. Medir las tasas de inicio, duración y exclusividad durante el 2005.*

Completada la encuesta al 50% de la población y su seguimiento hasta los dos años, con menos de un 5% de pérdida de muestra.

#### *1.3. Identificar diferencias significativas en cuanto a los índices de duración y exclusividad de la lactancia en las diferentes unidades de atención primaria.*

Este objetivo ha sido realizado con los datos obtenidos del año 2005

### **2. Medir el nivel de cumplimiento de los pasos 3 y 6 de la IHAN.**

Este objetivo ha quedado cubierto con la reevaluación, en Noviembre de 2007, del Hospital Virgen del Castillo por parte de UNICEF, que ha sido promovida por el Plan Regional de Fomento de la Lactancia Materna. El Hospital ha sido reevaluado positivamente para la totalidad de los criterios de calidad de los 10 pasos de la IHAN.

### **3. Identificar oportunidades de mejora en las diferentes unidades de atención materno-infantil.**

Se han identificado oportunidades de mejora en todas las unidades materno-infantiles del área: maternidad/neonatos, paritorio/quirófano y atención primaria. Además se identificaron oportunidades de mejora en el área de la continuidad de cuidados y del entorno.

### **4. Registro Prospectivo de Lactancia: herramienta para evaluar el programa.**

El registro perinatal y de lactancia se ha puesto en red con lo que se puede abordar desde diferentes unidades asistenciales. Esto nos asegura la viabilidad del registro poblacional de lactancia referente a las primeras fases del proceso. Se han definido nuevas variables a incorporar en el registro.

Se han definido las variables a incluir en un futuro registro prospectivo sobre datos de LM.

Actualmente se está desarrollando la integración con los sistemas de información corporativos, con la finalidad de crear un registro poblacional prospectivo sobre alimentación infantil.

El desarrollo completo de este objetivo está vinculado a la implantación de la estación Clínica de Selene y a su integración con la Tarjeta Sanitaria, así como a la adaptación del registro de datos en OMI.

**5. Analizar las expectativas de los destinatarios principales del proceso**

Se han realizado una exploración de las necesidades y expectativas de madres y profesionales.

**6. Objetivos de resultados: planteados como criterios globales para evaluar la calidad del programa HQTQ.**

Se han recogido datos de intención de lactancia materna a lo largo del año 2007 y actualmente se está realizando la recogida y análisis de los datos de seguimiento.

## METODOLOGIA Y PLAN DE TRABAJO SEGUIDO

### 1.1 Medir el impacto de la IHAN sobre las tasas de inicio, duración y exclusividad de la lactancia materna en la comarca del Altiplano de Murcia.

#### 1.1.1 Fuente de los datos, momento de recogida y análisis:

Los datos del inicio de LM y prevalencia al alta del hospital se están recogiendo para toda la población de forma sistemática desde 2003 ya que son uno de los criterios de evaluación de la IHAN. Dado el especial interés de las tasas de LM en recién nacidos prematuros o de bajo peso, en este grupo se han recogido los datos de inicio y LM al alta durante los años 2000, 2002 y a partir del 2003 (ver Anexo 1).

Además de este registro sistemático de datos de LM hospitalarios, existen datos acerca de las tasas de inicio, duración y exclusividad de 1997 (antes de la intervención de la IHAN), 2001 (durante la primera fase intervención), 2003 (durante la segunda fase de la intervención) y 2005 (después de la intervención). Estos datos se obtuvieron de diferentes muestras de madres/niños atendidos en nuestra área de salud seleccionadas para los diferentes periodos de estudio mediante muestreo aleatorio simple del registro de partos del hospital. Los datos fueron recogidos por personal sanitario entrenado del hospital a lo largo del proceso de implantación de la IHAN mediante diferentes procedimientos (ver tabla contigua).

**Tabla I: Obtención de datos sobre duración de la LM en el Hospital de Yecla**

	Fuente	Nº Casos / Población	Momento recogida datos
<b>Estudio Inicial</b> Ene-Dic 1997	Historia hospital y HPAN (transversal por periodos)	288 de 566	Oct-Nov 1999
<b>1<sup>er</sup> Control</b> (2001)	Encuesta Telefónica (seguimiento 10 m)	86 de 795	Jun-Sep 2002
<b>2<sup>o</sup> Control</b> (2003)	Encuesta Telefónica (seguimiento 10 m)	116 de 826	Mar-Abr 2004
<b>3<sup>er</sup> Control</b> (2005)	Encuesta Telefónica (seguimiento 2 años)	408 de 827	Mayo 2005-Nov 2007

Con la finalidad de mejorar la calidad de los datos sobre el comportamiento de las tasas de lactancia durante el proceso de implantación de la IHAN, se han obtenido datos de los registros OMI de Atención Primaria del Programa de Atención al Niño. Las muestras analizadas se han obtenido mediante muestreo aleatorio simple de los casos en los que se disponía del dato TIS en el registro hospitalario e incluyen datos sobre la duración Total de la LM. En la tabla contigua se describen las muestras obtenidas de OMI y el % de datos sobre lactancia no reflejados a los 4 y 12 meses<sup>1</sup>. Se ha desarrollado un tipo de análisis estadístico (análisis de supervivencia) que maneja de forma eficaz los datos de casos censurados. La recogida y transcripción de datos a texto libre en OMI a datos cuantitativos se ha realizado entre mayo y noviembre de 2007. El seguimiento de dos años a la muestra de madres del año 2005 finalizó en noviembre de 2007. El análisis definitivo de los datos de este objetivo se ha realizado durante el mes de diciembre de 2007.

**Tabla II: Obtención de datos OMI sobre duración de la LM en el Área de Salud V**

<b>Año</b>	<b>Muestra</b>	<b>Población Accesible<sup>2</sup></b>	<b>% de pérdida total</b>	<b>% de pérdida hasta los 4 meses</b>	<b>% de pérdida hasta los 12 meses</b>
<b>2003</b>	334	83'9 % (655 de 717)	32 %	19 %	26 %
<b>2005</b>	355	82'9 % (662 de 724)	33 %	17 %	26 %

Para comprobar la fiabilidad y validez de los datos obtenidos de OMI, se han comparado los resultados obtenidos para el año 2005 con los obtenidos por la encuesta telefónica a madres (pruebas de Mantel-Cox).

---

<sup>1</sup> Dadas las características de los datos OMI, que no fueron desarrollados específicamente para obtener datos de prevalencia de lactancia materna sino como herramienta de seguimiento clínico, existe cierto número de datos perdidos, que es mayor cuanto mayor es la edad del niño.

<sup>2</sup> En estos datos de OMI, se excluyen los datos de Caudete, al pertenecer esta población a otra Comunidad Autónoma.

### 1.1.2. Metodología de análisis

Las definiciones de lactancia materna incluidas en este documento están basadas en las propuestas por OMS, que se presentan en la siguiente tabla<sup>3</sup>:

**Tabla III: Tipos de Lactancia Materna**

Lactancia Materna Exclusiva	<b>El lactante recibe solamente leche materna (directamente al pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer). Ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua. Puede recibir también gotas o jarabes de vitaminas o medicinas.</b>
Lactancia Materna Predominante	<b>El lactante recibe leche materna (directamente al pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer) como principal fuente de alimento. Puede recibir agua, infusiones, zumos de fruta, sales de rehidratación oral, líquidos rituales y gotas o jarabes de vitaminas o medicinas. No recibe leche artificial ni ningún otro alimento.</b>
Lactancia Materna Completa (LMC)	<b>Incluye la lactancia materna exclusiva y la predominante.</b>
Lactancia Materna Parcial (LM parcial)	<b>El lactante recibe leche artificial u otros alimentos además de la leche materna (para este estudio se definió que debía recibirlos diariamente, al menos una vez al día).</b>
Lactancia Materna (LMT):	<b>Incluye la lactancia materna completa y la parcial.</b>

#### *Inicio de la Lactancia Materna:*

Los datos trasversales han sido descritos a partir de proporciones de LM en los periodos clave ( $IC_{\alpha=0,05}$ ). La relación entre el año del estudio y la proporción de cada tipo de LM en periodos clave mediante la prueba de  $\chi^2$  de Pearson.

Los Datos sobre LM al alta se han obtenido de la base de datos del registro perinatal hospitalario. Este registro se inició el año 2003, por lo que los datos anteriores corresponden a encuestas realizadas a las madres con anterioridad.

Siguiendo las recomendaciones de OMS sobre prevalencia de LM se ha calculado la proporción de madres que abandonan el hospital con LM Exclusiva, Parcial y Lactancia Artificial.

#### *Duración Total de la LM:*

El análisis sobre la duración de la LMT se ha realizado a través de las encuestas realizadas desde 1997 y para los años 2003 y 2005 a partir de los datos del Programa de Atención al del Niño Sano (recogidos en OMI).

---

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicators for Assessing Breast-feeding Practices. Ginebra: OMS, 1991. Documento electrónico accesible en [http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/WHO\\_CDD\\_SER\\_91.14.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.pdf)

**Nota:** Durante los años objeto de análisis de este objetivo no existía unificación de criterios respecto a los datos necesarios para describir la lactancia ni un registro unificado para LM, por lo que como ya comentamos en los informes parciales no ha sido posible obtener datos completos para todos tipos de LM antes del año 2005. Debido a esto, hasta el año 2005 sólo se describen datos de LM completa, parcial y tiempo total de LM.



Para el análisis de las encuestas, se ha realizado una comparación de la prevalencia de LMT en diferentes puntos de corte ( $\chi^2$ )

Para los datos OMI, se ha considerado como variable de resultado el tiempo transcurrido hasta que la mujer abandonó totalmente la lactancia materna o hasta el abandono del estudio por pérdida de seguimiento del caso o si la lactancia continuaba más de 1 año.

Los datos de OMI sobre duración total de la lactancia materna (LMT) han sido analizados mediante un análisis de tiempo de supervivencia (métodos actuarial y Kaplan-Meier). Se aportan las medianas de duración de la LM con sus respectivos  $IC_{\alpha=0,05}$ . Para describir el efecto del año de nacimiento sobre la duración de la LMT (y por tanto del grado de implementación del programa IHAN) se ha calculado la “Hazard Ratio” (HR,  $IC_{\alpha=0,05}$ ) mediante regresión de Cox. Para variables categóricas, la HR expresa cuántas veces es más rápida la ocurrencia de un abandono de LM en un grupo (año) que en otro. Para variables continuas, la HR expresa cuántas veces es mayor el abandono con el aumento de una unidad de la covariable.

#### *Para Exclusividad*

Los datos para este análisis se han obtenido de las encuestas telefónicas desarrolladas en los años 2003 y 2005 (ver tabla I).

La variable resultado del análisis ha sido el tiempo transcurrido hasta que la mujer introduce la leche de fórmula o la alimentación complementaria.

Se ha realizado también a partir de un análisis de tiempo de supervivencia para el tiempo de LMC. Se aportan las medianas de duración de la LM con sus respectivos  $IC_{\alpha=0,05}$ .

Adicionalmente, se presentan datos comparativos de la proporción de LMC antes de los 4 meses de los años 1997, 2003 y 2005.

#### *1.1.3. Software*

Para el análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS para Windows versión 15.0.

## **1.2 Medir las tasas de inicio, duración y exclusividad durante el 2005**

### *1.2.1 Fuente de los datos, momento de recogida y análisis:*

Las tasas de lactancia al alta se han obtenido del registro de datos de lactancia establecido en el Hospital de Yecla (ver punto 1.1.2).

Para obtener los datos sobre la duración y modalidades de lactancia en la zona durante el año 2005 se realizó una encuesta telefónica a una muestra aleatoria de madres. Teniendo en cuenta la población de niños nacidos en 2005, para una precisión del 5% y un nivel de confianza de 95% era necesario obtener una muestra de al menos 262 casos. Con la finalidad de utilizar los datos para otros posibles análisis definidos “ad hoc” se amplió el tamaño muestral hasta alcanzar la mitad de la población.

Antes de realizar las encuestas telefónicas se elaboró un formulario que incluía las definiciones de LM recomendadas por la OMS para la investigación sobre

prevalencia (ver Anexo 2). Además en este cuestionario se añadieron ítems relacionados con aspectos socio-económico de las madres como son el nivel de estudios, la ocupación y el tipo de prestación por maternidad disfrutado tras el parto.

Se inició la recogida de datos mediante encuesta telefónica en junio de 2006 y se prolongó hasta noviembre de 2007. El análisis definitivo de los datos de este objetivo se ha realizado durante el mes de diciembre de 2007.

### *1.2.2. Metodología de análisis*

La variable resultado del análisis ha sido el tiempo transcurrido hasta que la mujer introduce líquidos (LME), la leche de fórmula o la alimentación complementaria (LMC), ha abandonado la totalmente la LM (LMT), no se ha podido contactar o continuaba amamantando a los dos años.

Se ha realizado un análisis de tiempo de supervivencia para cada tipo de LM. Se presentan datos de LM por puntos de corte obtenidos mediante el método actuarial. Se aportan las medianas de duración de la LM con sus respectivos  $IC_{\alpha=0,05}$ .

### *1.2.3. Software*

Para el análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS para Windows versión 15.0.

## **1.3 Identificar diferencias significativas en cuanto a los índices de duración y exclusividad de la lactancia en las diferentes unidades de atención primaria (AP).**

### *1.3.1 Fuente de los datos, momento de recogida y análisis:*

Este objetivo se ha realizado con los datos obtenidos en la encuesta telefónica a madres de niños nacidos en el año 2005 (ver objetivo 1.2).

El análisis definitivo de los datos de este objetivo se ha realizado durante el mes de diciembre de 2007.

### *1.3.2. Metodología de análisis*

Las diferencias de LMC por Centros de Salud se han contrastado mediante un análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) y pruebas de contraste de Mantel-Cox (Log Rank y Breslow).

La influencia de las variables recogidas en dicha encuesta sobre la LMT, junto con el centro de salud en el que fueron atendidos los niños, se presenta en un modelo de factores pronóstico de abandono de la lactancia materna, lo que permite mejorar, para el tiempo total de amamantamiento de las madres, la simple descripción de los indicadores de LM prevista inicialmente para este objetivo.

Debido a que algunas de las variables del estudio no presentaban riesgos proporcionales (momento de incorporación al trabajo y momento de inicio de la lactancia materna parcial), ha sido necesario desarrollar para el análisis un modelo de regresión de COX extendido para variables cambiantes en el tiempo.

### *1.3.3. Software*

Para la realización del modelo de COX extendido para variables cambiantes en el tiempo se ha utilizado el programa Stata/SE for Windows v. 9.0.

#### **1.4. Colaboradores**

Recogida de datos: Raimunda Montejano Lozoya, Ana Belén Monreal Tomás, Asunción Molina Moya, , Beatriz Mercader, Ana Peñas, M<sup>a</sup> Ángeles Gómez

Análisis de datos: Antonio Oliver, Mónica Hernández.

#### **2 Medir el nivel de cumplimiento de los pasos 3 y 6 de la IHAN en los pasos relativos a:**

Este objetivo ha quedado cubierto con la reevaluación, en Noviembre de 2007, del Hospital Virgen del Castillo por parte de UNICEF, que ha sido promovida por el Plan Regional de Fomento de la Lactancia Materna.

#### **3. Identificación de oportunidades de mejora (IOM):**

##### *3.1. Fuente de los datos:*

La fuente principal de datos proviene de los profesionales implicados en el proceso de atención materno-infantil del área y madres relacionadas con el grupo de apoyo Vínculo, a través de reuniones específicas para la IOM. Su experiencia y relación con el proceso de cambio desarrollado en nuestra área desde el año 2000 nos permite obtener una perspectiva integral de las necesidades percibidas por los “proveedores de los servicios”.

También ha sido una fuente de datos la información de las madres, “destinatarias principales” del proceso, recogida en diferentes grupos de discusión de madres cuya metodología se describe más adelante. Estos datos complementan la información de los profesionales y da sentido y orientación a las acciones de mejora planteadas.

Las notas de campo obtenidas en las diferentes actividades del proyecto han sido también una fuente importante de información sobre necesidades percibidas por los profesionales.

Por otra parte, también se ha tenido en cuenta la información de los registros de la base de datos materno-infantil del servicio de pediatría para aspectos concretos de la atención hospitalaria recogidos de forma sistemática desde 2003.

##### *3.2. Plan de trabajo:*

En febrero de 2006 se plantea, como actividad clave del proyecto HQTQ, una consulta a todos los grupos profesionales del área materno-infantil para conocer las necesidades percibidas por los mismos en relación a la atención a lactancia materna en nuestra área. Incluye al equipo directivo del área y a madres relacionadas con el grupo de Apoyo Vínculo. Esta consulta se plantea como un análisis estructurado de las necesidades de cada unidad asistencial mediante técnicas de grupo nominal.

En una segunda sesión celebrada al mes siguiente (30/03/06), orientada a establecer las acciones de mejora siguiendo la metodología de ciclos de mejora, se perfilaron algunos aspectos sobre necesidades más puntuales de las diferentes unidades clínicas.

Tras las sesiones exploratorias orientadas a la IOM se realizaron dos grupos de discusión, uno para profesionales y otro a madres del grupo de apoyo (11/05/06).

Se realizó además un grupo de discusión (junio de 2006) con madres relacionadas con el grupo de apoyo, con una entrevista semi-estructurada, para conocer su punto de vista sobre los problemas de la lactancia materna.

La observación participante se ha llevado a cabo a lo largo de todo el proyecto, la información sobre la realización de los grupos de discusión de madres se desarrolla en otro punto.

### 3.3. *Metodología, procedimientos y análisis empleados.*

Para obtener un mapa de necesidades del área se utilizaron, como ya se ha comentado, técnicas estructuradas de grupo nominal con unos requisitos previos sobre participación y representatividad imprescindibles para lograr una perspectiva global del problema del abandono prematuro de la lactancia. Para una descripción más detallada de cómo se realizó este procedimiento ver el Anexo 3. Este mapa de necesidades, se amplió a partir de la realización de dos grupos de discusión, uno de madres y otro de profesionales, que incluimos dentro del apartado de “reuniones específicas para la IOM” definido en el punto anterior.

Tras identificar las Oportunidades de Mejora, se utilizó la técnica de lluvia de ideas en diferentes grupos de trabajo para describir más detalladamente las acciones necesarias para abordar Actividades de Mejora (grietas, continuidad de cuidados y exclusividad en atención primaria).

Las discusiones surgidas durante las actividades realizadas a lo largo del proyecto, han sido registradas en las notas de campo del colaborador encargado de la observación participante, también en audio y en ocasiones en vídeo y constituyen una importante fuente de conocimiento y análisis de situación para abordar el proceso de amamantamiento en nuestra área de forma integral. La metodología de análisis de las notas de campo es similar a la de los grupos de discusión de madres, desarrollada en otro punto de este informe (Identificación de Necesidades y Expectativas).

### 3.4. *Investigadores colaboradores.*

Encarna Bas Peña, Dra en Pedagogía Social de la UM. Conduce dos de los grupos de discusión.

M<sup>a</sup> Emilia Martínez Roche: Asesoramiento Educación para la Salud

Carmen Gómez García. Asesoramiento Educación para la Salud

Inma Pérez Puche. Participa en la realización de 4 grupos focales y en el análisis de resultados.

Antonio Oliver Roig: Participa en la realización de 4 grupos focales y el análisis de resultados. También ha realizado actividades de recogida y análisis de datos como observador participante.

Carmen Castillo: Asesoramiento para el diseño de los grupos de mejora.

Pilar Quiñonero: Participación en el desarrollo las actividades de mejora

Concha López Puche: Participación en el desarrollo las actividades de mejora

Pascual Ayala: Participación en el desarrollo las actividades de mejora

#### **4 Desarrollar un registro prospectivo de lactancia, de ámbito poblacional, como herramienta para la continuidad y mejora de los cuidados de lactancia, con la incorporación de las variables adecuadas relativas al curso de lactancia.**

Este objetivo se integra en las actividades del Grupo de Trabajo de Continuidad de Cuidados, definido en el objetivo 3.

El plan de trabajo para progresar en este objetivo está estructurado en cuatro fases:

*4.1. Descripción de los registros actuales de área respecto a tipo de variables recogidas, fiabilidad de los datos y ámbito del registro.*

- Registro hospitalario de lactancia desarrollado en el Servicio de Pediatría.
- Registros de seguimiento contemplados en el PAN (Programa de Atención al Niño) relativos a la alimentación de infantil y problemas de lactancia.

*4.2. Definición de variables e indicadores oportunos.* Para el desarrollo de esta fase, que depende de los colaboradores de este proyecto, se ha utilizado la consulta con expertos y la revisión bibliográfica exhaustiva.

*4.3. Integración del registro de lactancia con el sistema de información corporativo.* Actualmente en curso con la implantación del Módulo Clínico de Selene.

*4.4. Comunicación y explotación de datos conjunta con primaria para avanzar en la continuidad de cuidados.* Actualmente en curso, se ha establecido en el Área de Salud V un programa piloto para la integración con la Tarjeta Sanitaria (TIS)

*4.5. Investigadores colaboradores.*

Ricardo García de León Chocano: Diseño del Sistema de Información Perinatal y de LM, diseño del Registro Prospectivo.

Enrique Pirla Gómez: Asesor en registros de OMI.

#### **5 Analizar las necesidades y expectativas de los destinatarios principales del proceso:**

5.1 Fuente de los datos, momento de recogida y análisis:

*5.1.1. Exploración inicial:*

La IOM fue un primer paso para detectar necesidades y expectativas de los profesionales y del grupo de madres. En el proceso de análisis descrito anteriormente se identificaron necesidades globales de cada uno de los grupos.

*5.1.2. Estudio en profundidad:*

Para profundizar en el análisis de necesidades, siguiendo el planteamiento del diseño emergente se ha optado por centrar el esfuerzo investigador en la realización de grupos de discusión de madres para la detección de las necesidades y expectativas de este grupo (En el Anexo 5 se presenta la metodología seguida para realizar los grupos focales, los medios utilizados y la guía de la entrevista). No obstante, no se ha descartado la posibilidad de realizar la triangulación de datos obtenidos desde

diferentes metodologías utilizadas en otros puntos como las seguidas para la IOM o la observación participante.

Las grabaciones de audio y vide obtenidas a partir de los grupos de discusión de madres fueron transcritos a texto. El análisis cualitativo de los datos de texto se ha basado en el método la Teoría Fundamentada propuesto por Glaser y Strauss, que consiste en el método comparativo constante, en el que el investigador codifica y analiza datos de forma simultánea para desarrollar conceptos, que mediante una comparación continua se refinan, se identifican sus propiedades y exploran interrelaciones.

La elaboración de categorías ha sido guiada por los objetivos del proyecto, que la orientaba hacia la detección de necesidades y expectativas de las madres, aunque se ha mantenido un enfoque abierto para obtener también descripciones y explicaciones de otros aspectos relacionados con la calidad de las intervenciones sanitarias de la promoción de la LM (identificación de oportunidades de mejora).

El proceso de categorización se iniciaba con la identificación de las unidades de significado, que son fragmentos de texto, frases o párrafos que se corresponden a un tema o categoría significativos para el estudio. Durante la primera fase de análisis, se identificaron 1200 diferentes unidades de significado relacionadas con las necesidades y expectativas de las madres, que incluían a 139 categorías de datos.

Durante el proceso de agrupación y comparación constante de categorías se han ido perfilando las características y relaciones entre ellas. Tras la identificación inicial de las categorías, atendiendo a los objetivos del proyecto, se han agrupado las categorías en diferentes metacategorías y núcleos temáticos que incluyen conceptos con un mayor nivel de inferencia, que se describen en el apartado de resultados de este objetivo.

Se realizaron cinco grupos de discusión de madres en Yecla y Jumilla los días 11/03/06, 19/06/07, 05/07/07, 27/11/07 y 28/11/07. Los grupos de discusión han sido formados por 10 madres pertenecientes al grupo vínculo y el resto, por entre 5 y 10 madres con hijos mayores de tres meses (la mayoría vinieron acompañadas por ellos). Todas las entrevistas se realizaron con un enfoque no directivo.

El análisis de los datos de la observación participante y los grupos focales se ha realizado de forma continuada a lo largo del año 2007.

## *5.2. Investigadores colaboradores:*

Antonio Oliver Roig: Recogida y análisis de datos

## **6 Objetivos de resultados: planteados como criterios globales para evaluar la calidad del programa HQTQ.**

Los objetivos de resultados planteados son los siguientes:

*6.1 Lograr que al menos el 50% de las madres madure y explicita su intención de lactancia, a lo largo del proceso de formación durante el embarazo (curso de preparación a la maternidad), en términos de duración total de lactancia.*

6.2 *Lograr que la tasa de abandonos prematuros (antes que su intención de lactancia) sea inferior al 20%*

6.3 *Conseguir una tasa de abandonos en el primer mes inferior al 10%.*

La evaluación de este objetivo está pendiente del desarrollo del registro prospectivo de lactancia descrito anteriormente. No obstante, hemos recogido datos de una muestra accidental de 96 madres que fueron dadas de alta tras el parto entre febrero y junio de 2007, con las que se ha contactado telefónicamente durante diciembre de 2007 para determinar su status de lactancia.

Respecto al primer y segundo objetivos de resultado descritos, a pesar de que el tiempo que las madres tienen previsto amamantar a sus hijos antes del parto se ha relacionado con la duración de la LM en muchos estudios, parece importante explorar otro tipo de indicadores relacionados con la toma de decisiones de las madres respecto a la lactancia.

A este respecto, hemos considerado el abandono antes del 4º mes (antes de la incorporación al trabajo) como un indicador de abandono precoz para las madres que inician la lactancia.

6.2. *Investigadores colaboradores:*

María Maestre: Recogida de datos

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

### 1 Conocer la situación actual del proceso de lactancia materna en el área

#### 1.1 *Medir el impacto de la IHAN sobre las tasas de inicio, duración y exclusividad de la lactancia materna en la comarca del Altiplano de Murcia.*

En este apartado se presenta la evolución de los indicadores de lactancia materna a lo largo del proceso de implantación de la IHAN obtenidos de las diferentes fuentes, descritas en el apartado de metodología.

##### 1.1.1. *Inicio de la lactancia materna, según diferentes fuentes de datos:*

- Año 1997 (datos de HC de AP, n=321 de 566): 78'2 %
- Año 2001 (datos encuesta telefónica, n=86 de 795): 81'25 %
- Año 2003 (datos registro perinatal hospitalario, N=826 de 826): 95'5 %
- Año 2005 (datos registro perinatal hospitalario, N=827 de 827): 94'7 %.

Las diferencias entre los datos anteriores a 2003 y los posteriores a 2005 son estadísticamente significativas (ji2, p<0'005)

##### 1.1.2. *Evolución de las tasas de LM, según las diferentes fuentes de datos:*

- Evolución por meses de las tasas totales de LM año 1997 a 2005 (Encuestas). Se presenta la tabla general con los datos disponibles de las encuestas para LMT y un gráfico comparativo para los principales momentos de riesgo. Las diferencias son estadísticamente significativas.

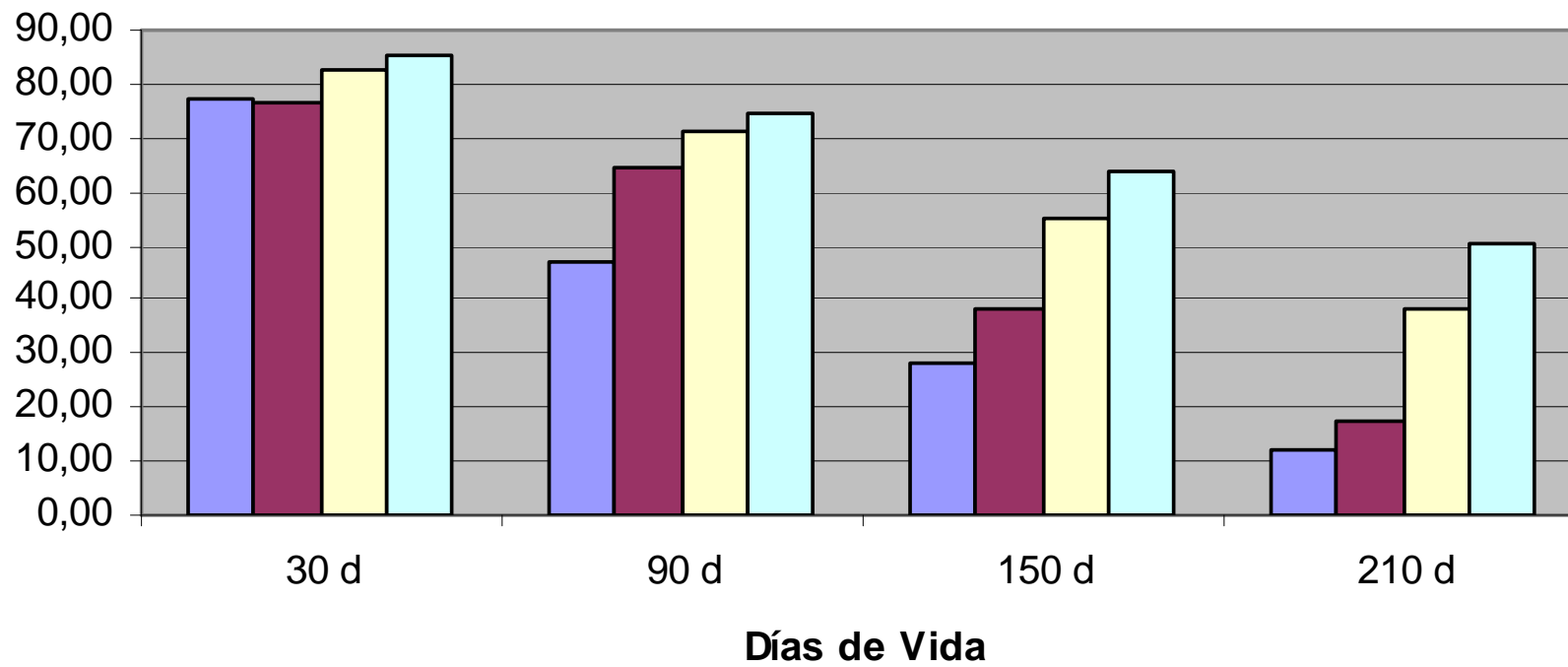


**Evolución por meses de las tasas totales de LM año 1997 a 2005 (Datos Encuestas)**

AÑO	1997				2001				2003				2005			
FUENTE	Historia hospital y HPAN (transversal)				Encuesta Telefónica (seguimiento 10 m)				Encuesta Telefónica (seguimiento 10 m)				Encuesta Telefónica (seguimiento 2 años)			
Tipo LM	LM		LF		LM		LF		LM		LF		LM		LF	
Periodo	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Al alta	-	-		-	80	93,2	6	6,8	116	95,87	5	4,13	408	94,66	23	5,34
30 d	238	77'3	70	22'8	66	76,7	20	23,3	100	82,64	21	17,36	368	85,38	63	14,62
60 d	169	60'8	109	39'2					90	74,38	31	25,62	336	77,96	95	22,04
90 d	146	46'8	166	53'2	56	64,8	30	35,2	86	71,07	35	28,93	322	74,71	109	25,29
120 d									74	61,16	47	38,84	297	68,91	134	31,09
150 d	87	28'2	222	71'8	33	38,4	53	61,6	67	55,37	54	44,63	274	63,57	157	36,43
180 d									59	48,76	62	51,24	263	61,02	168	38,98
210 d	38	12'3	272	87'7	15	17,5	71	82,5	46	38,02	75	61,98	216	50,12	215	49,88
240 d									37	30,58	84	69,42	189	43,85	242	56,15
270 d	17	5'52	291	94'48					32	26,45	89	73,55	156	36,19	275	63,81
300 d									28	23,14	93	76,86	130	30,16	301	69,84
330 d									22	18,18	99	81,82	115	26,68	316	73,32
360 d	9	2'9	300	97'1					17	14,05	104	85,95	105	24,36	326	75,64

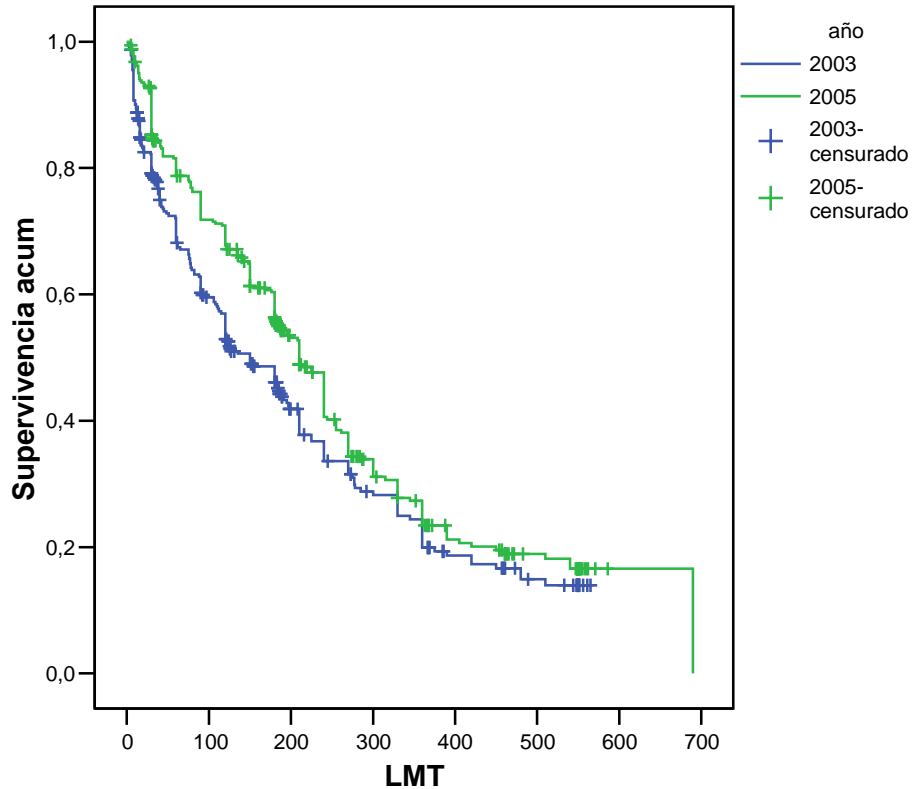
### Proporción de Niños Amamantados (Datos Encuestas)

■ 1997 ■ 2001 ■ 2003 ■ 2005



- Medianas de duración de la LMT año 2003/2005: Año 2003=150 (IC<sub>95%</sub> 117-183); Año 2005=210 (IC<sub>95%</sub> 188-232). Se presenta el gráfico de comparación de las curvas de supervivencia (Kaplan-Meier; Log Rank, p=0'01) de los dos periodos. Hazard Ratio para la variable “año 2003”= 1,267 (IC<sub>95%</sub>, 1,051-1,527, p=0'013) (datos OMI)<sup>4</sup>.

### Funciones de supervivencia



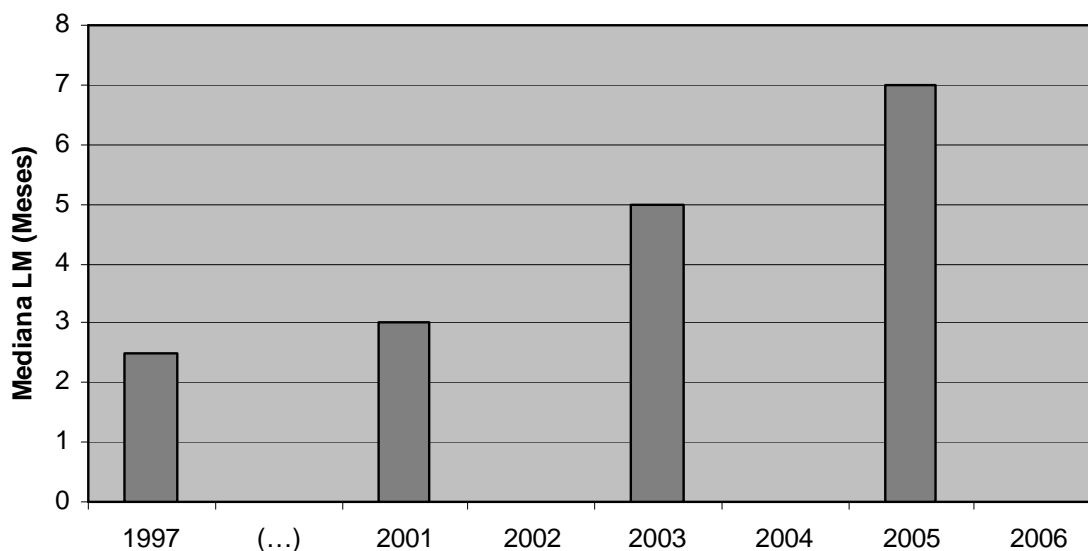
<sup>4</sup> La comparación de las curvas de supervivencia de LMT obtenidas de OMI con las obtenidas con la encuesta telefónica de 2005 no presenta diferencias estadísticamente significativas (Log Rank>0,05). No es posible disponer aún de datos fiables para el año 2003.

- Medianas de duración de la LMT año 2003/2005: Año 2003=180 (IC95% 150'5-209'5); Año 2005=210 (IC95% 192'78-228'02). De datos encuestas telefónicas, Logaritmo del Rango,  $p=0'01$ .

Proporción de madres que continuaban amamantando sin ofrecer alimentos o leche de fórmula (lactancia materna completa) a los 4 meses ( $\chi^2$ ,  $p<0'05$ )<sup>5</sup>:

- Año 1997 (datos de HC de AP, n=321): (3 meses) 34'29 %
- Año 2003 (datos encuesta telefónica, N=116): (4 meses) 52'6 %
- Año 2005 (datos encuesta telefónica, N=423): (4 meses) 59'6 %

A modo de resumen, para describir la tendencia de las tasas de LM en el área de salud V con la implantación de la IHAN, presentamos los datos de la mediana de duración en las diferentes encuestas telefónicas realizadas (junto con la revisión de historias de 1997).



<sup>5</sup> Debido a los diferentes criterios de clasificación para la lactancia materna parcial (antes de 2003 se usaba la categoría “lactancia materna mixta”, que no incluía la alimentación complementaria), no es posible en este informe mostrar datos de evolución de este tipo de LM posteriores a los 4 meses. En este caso, se ha escogido la prevalencia de LMC a los 4 meses a modo de resumen, ya que es el momento de mayor riesgo de inicio de LMP, al estar cercano el retorno al trabajo de la madre. Se incluye la prevalencia a los 3 meses en el año 1997 porque en ese año no se registraban datos a los 120 días.

## 1.2 Medir las tasas de inicio, duración y exclusividad durante el 2005

La tasa de lactancia materna al alta del hospital durante el año 2005 fue del 94,2% (IC 92,65-95,81)

Para una población de 802 nacimientos durante el año 2005, en un seguimiento hasta los 2 años, la mediana de duración por tipos de LM de una muestra obtenida mediante muestreo aleatorio simple de 408 recién nacidos cuyas madres respondieron a una entrevista telefónica sobre la duración de la LM completa y la LM fue de 210'40 días (IC95% 192'78-228'02) para la duración total de LM y de 136'30 días (IC95% 126'72-145'88) para la duración de la LM completa y de 120'20 (IC95% 112'66-127'74) días para la LM exclusiva

Se presenta una tabla resumen de prevalencia por meses y tipo de lactancia para el año 2005 hasta los 6 meses

	LME	%	LM PRED	%	LMC	%	LMP	%	LMT	%	LF	%	Total muestra
<b>Alta</b>	408	96,45	0	0,00	408	96,45	0	0,00	408	96,45	15	3,55	423
<b>1 mes</b>	329	77,78	7	1,65	336	79,43	32	7,57	368	87,00	55	13,00	423
<b>2 meses</b>	284	67,14	14	3,31	298	70,45	38	8,98	336	79,43	87	20,57	423
<b>3 meses</b>	256	60,52	25	5,91	281	66,43	41	9,69	322	76,12	101	23,88	423
<b>4 meses</b>	221	52,25	31	7,33	252	59,57	45	10,64	297	70,21	126	29,79	423
<b>5 meses</b>	160	37,83	35	8,27	195	46,10	79	18,68	274	64,78	149	35,22	423
<b>6 meses</b>	118	27,90	30	7,09	148	34,99	115	27,19	263	62,17	160	37,83	423

1.3 Identificar diferencias significativas en cuanto a los índices de duración y exclusividad de la lactancia en las diferentes unidades de atención primaria (AP).

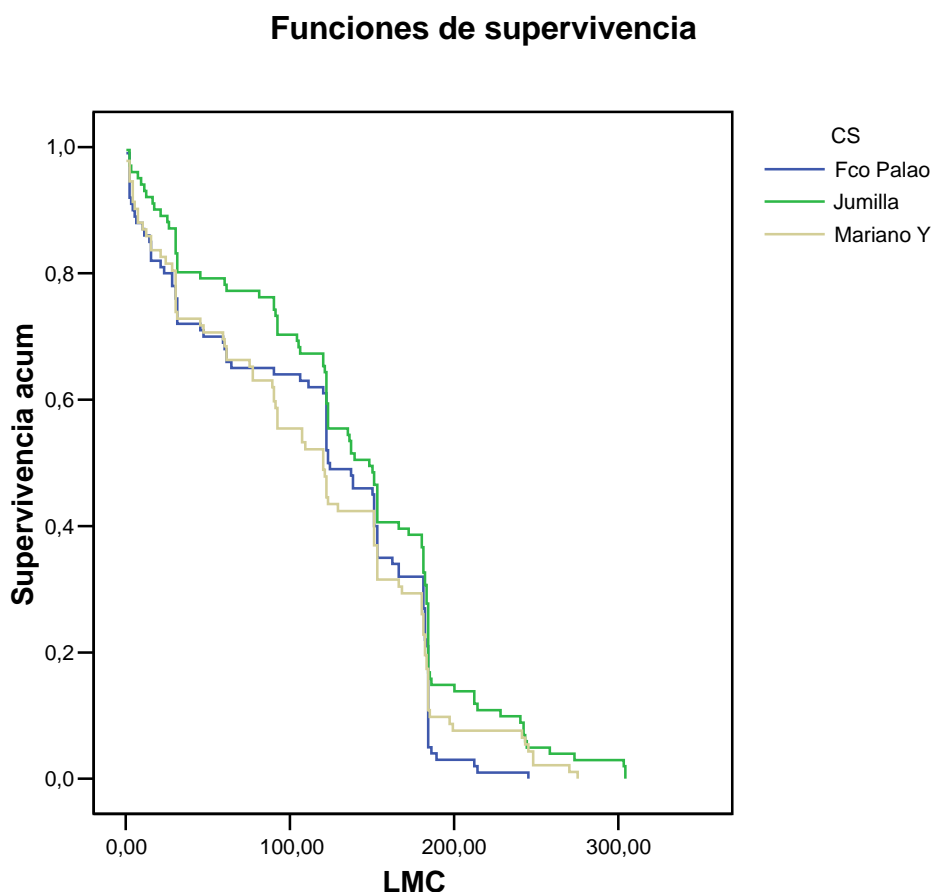
Se presentan modelos estadísticos desarrollados mediante regresión de COX ajustado para las principales variables de influencia sobre la lactancia materna (datos encuesta telefónica año 2005).

1.3.1. Diferencias en la LMC por CS (Año 2005).

Las diferencias en el análisis de supervivencia de la LMC por CS no son estadísticamente significativas:

CS	Mediana	IC 95%	Test
Mariano Yago	120,30	92,11-148,49	Log Rank, p=0,0526 Breslow, p=0,0868
Fco Palao	123,30	104,92-141,68	
Jumilla	148,30	128,60-168,00	

Curva de supervivencia acumulada por CS:



1.3.2. *Modelo explicativo para LMT (Año 2005).*

En este modelo no existen diferencias estadísticamente significativas para la variable “Centro de Salud de Referencia”. Las variables “Inicio de LMP” y “Momento de Incorporación al Trabajo” son cambiantes en el tiempo (t) y definen riesgos no proporcionales si se tratan inadecuadamente como variables al inicio del seguimiento. Se ha utilizado un modelo de regresión de Cox extendido para variables cambiantes en el tiempo.

<b>Variable</b>	<b>HR</b>	<b>IC</b>	<b>p</b>
<b>Trabajar fuera de casa</b>	1		
<b>Ser ama de casa</b>	1'05	0'65-1'69	0'823
<b>Ser inmigrante</b>	1		
<b>Ser española</b>	3'27	2'34-4'56	<b>0'000</b>
<b>Mayor edad</b>	0'97	0'95-0'99	<b>0'031</b>
<b>Estudios &gt; de 8 años</b>	1		
<b>Menos de 8 años de estudio</b>	1'30	1'03-1'64	<b>0'025</b>
<b>Incorporarse antes al trabajo (t)</b>	1'35	0'93-1'96	<b>0'109</b>
<b>1ª toma bien</b>	1		
<b>1º toma regular o mal</b>	1'39	1'04-1'83	<b>0'022</b>
<b>1ª toma en la 1ª hora de vida</b>	1		
<b>1ª toma después 60 min</b>	1'24	0'98-1'55	0'067
<b>No inicio de LMP (t)</b>	1		
<b>Inicio LMP con bibe (t)</b>	6'43	4'73-8'75	<b>0'000</b>
<b>Inicio LMP con sólidos (t)</b>	2'12	1'42-3'15	<b>0'000</b>

#### *1.4 Conclusiones*

En este objetivo, se han intentado obtener datos de diferentes fuentes, con la finalidad de mejorar el alcance de las conclusiones.

El notable incremento del inicio, duración y exclusividad de la LM en todas las fuentes de datos consultadas, invita a pensar que la IHAN es una intervención altamente eficaz, como se ha demostrado en otros estudios (PROBIT).

Una de las líneas abiertas tras la finalización de este proyecto es la comparación de los datos del Área de Salud V con otra área de Salud, para descartar que el aumento de las tasas de LM sea debido a otras causas diferentes de la implantación de la IHAN en Yecla.

El estudio del año 2005, ha servido para comprobar la consolidación del efecto de la IHAN (ya evidenciado en 2003), así como la continuación de la mejora de las tasas de LM, lo cual puede interpretarse como la consecuencia de haber extendido la IHAN a toda el área de salud, con una mayor implicación de los Centros de Salud. La ausencia de diferencias entre los diferentes centros, sugiere que existe poca variabilidad en los cuidados a la LM.

El resto de variables del modelo explicativo de abandono de la LMT del año 2005 corresponden con las descritas en la bibliografía, aunque en el área V de salud, influyen en una población con una duración mediana de la LM mayor que el entorno nacional. Es importante destacar que la población inmigrante presenta un menor riesgo de abandono de la LM que las madres españolas, a diferencia de otras regiones del mundo, donde los grupos poblacionales más desfavorecidos presentan mayor riesgo de abandono. Este dato hace suponer que los servicios prestados a las madres respecto a la LM, promueven en nuestra área la equidad en salud, aunque es necesaria más investigación a este respecto.



## 2 Medir el nivel de cumplimiento de los pasos 3 y 6 de la IHAN

Este objetivo ha quedado cubierto con la reevaluación, en Noviembre de 2007, del Hospital Virgen del Castillo por parte de UNICEF, que ha sido promovida por el Plan Regional de Fomento de la Lactancia Materna.

## 3 Identificar oportunidades de mejora en las diferentes unidades de atención materno-infantil.

Se presentan los resultados de la IOM organizados según la FUENTE de los datos de origen y según el PROCESO.

### 3.1. Oportunidades de mejora identificadas según la FUENTE de INFORMACIÓN:

Cada necesidad detectada se clasifica según la tipología clásica de calidad: problema genérico/problema específico y según el tipo de datos estructura/proceso /resultado. Además se analiza el proveedor y servicio ofertado, la dimensión a la que pertenecían, utilizando la clasificación propuesta por EMCA: Científico-técnica, Satisfacción y Accesibilidad, con algunas matizaciones que nos han permitido mejorar la categorización de las necesidades. Existe una tabla resumen sobre este punto en el Anexo 4.

#### 3.1.2. Oportunidades identificadas por técnicas de grupo nominal:

Las necesidades de tipo estructural están relacionadas con la habitabilidad y confortabilidad de las madres en las diferentes unidades, especialmente en el área de hospitalización materno-infantil, y con problemas organizativos relacionados con la coordinación y protocolización de los cuidados.

Las necesidades respecto a lo que hacemos (procesos), fueron identificadas principalmente en aspectos transversales relacionados con la organización (unificación de criterios y protocolización), con el proceso educativo y la provisión de información a la madre y con el proceso de formación a los profesionales. Se identificó solo una necesidad relacionada con los cuidados: “establecer contacto madre-hijo desde el quirófano” que es uno de los criterios de calidad de los 10 pasos de la IHAN con mayor número de incumplimientos.

Se identificó sólo una necesidad relacionada con los resultados: disminuir la incidencia de grietas.

En el anexo citado anteriormente puede verse la IOM, que para este punto se distribuyen como sigue:

	Proceso	Resultado	Estructura
Específicos	8	1	2
Genéricos	5	0	3

#### 3.1.3 Oportunidades identificadas en grupos de discusión orientados a la IOM:

Los Profesionales inciden básicamente sobre el proceso de organización y planificación de actividades del proyecto, necesidades de formación y promoción del mismo.

Las necesidades identificadas por el grupo de madres se pueden agrupar en categorías que hacen referencia a sus necesidades de apoyo, información y reconocimiento. Esta información será ampliada en el punto correspondiente a la identificación de necesidades y expectativas, a modo de resumen de las *conclusiones de las madres en el grupo de discusión orientado a la IOM*:

En el apoyo sanitario surgen tres categorías básicas:

- Apoyo personal en el sentido de mayor comprensión y empatía (“Que se pongan más en nuestro lugar”) resolutividad especialmente con su problema más incidente: las grietas, “muchas abandonamos por eso, no se ponen en nuestro lugar”, “dar el pecho puede ser muy duro y doloroso”.
- Necesidad de mayor control y seguimiento: “Información sobre si lo estás haciendo bien, si el niño está bien. Refuerzo de tu labor”, “que te den ánimo y apoyo”.
- Accesibilidad de los servicios: Difusión permanente de un teléfono. “A veces llaman y no te atienden y tú lo necesitas las 24 horas”.

En el apoyo familiar destaca el papel del marido (apoyo psicológico y doméstico) y de las abuelas (mas apoyo, comprensión con la presión a la que se ven sometidas).

- La información está claramente señalada explicitando una serie de requisitos para la misma: “clara y precisa”, “realista” (“que no te lo pinten todo de color de rosa”, “pertinente” para resolución de problemas y especialmente compaginación de LM y trabajo.
- Reconocimiento social y familiar “dignificación y normalización de la figura de la madre dando el pecho”.

#### 3.1.4. *Necesidades detectadas por grupos de trabajo mediante “lluvia de ideas”*

Las necesidades detectadas en estos grupos refuerzan las necesidades genéricas ya detectadas: formación, información y coordinación. Su aportación al análisis de necesidades es una mayor especificación y concreción de los problemas que no fueron suficientemente especificados con otras técnicas:

En Maternidad, respecto al problema de la alta incidencia de grietas, se señaló la falta de formación para el personal de nueva incorporación como un problema importante dado el elevado número de personal de estas características, la falta de planes estandarizados de enfermería, una información poco gráfica y adaptada a la mujer y un bajo registro en la gráfica del RN sobre la técnica de lactancia y presencia de grietas y/o ingurgitaciones.

En Reanimación señalaron problemas estructurales, problemas relacionados con la madre o el entorno (patología infecciosa en reanimación). Además de la sobrecarga de trabajo, que es común a todos los grupos.

En Atención Primaria se identificaron como problemas prioritarios los bajos índices de exclusividad (percepción de que existía un excesivo número de madres que ofrecen lactancia parcial en lugar de exclusiva durante los primeros seis meses) y se definieron también la necesidad de una mayor formación, información y mejor

coordinación de los cuidados. Se identificó la presencia de publicidad de casas comerciales, no detectada anteriormente por otras fuentes.

En el grupo de Continuidad de Cuidados se señalaron como oportunidades de mejora la formación específica en metodología enfermera y en taxonomías Nanda-Nic-Noc, la elaboración de un documento de cuidados, la identificación de madres de riesgo y el diseño de un registro prospectivo que facilite la continuidad de cuidados y la monitorización de la alimentación del lactante.

#### *3.1.4. Necesidades detectadas mediante observación participante durante las actividades del Proyecto:*

Esta información ha sido obtenida del análisis de datos de reuniones de equipo, celebración de actividades formativas o conversaciones informales del investigador colaborador con profesionales del Área de Salud V, implicados en los cuidados de la LM.

Los profesionales sanitarios refieren también fuera de los grupos de discusión las necesidades de una mayor formación y una mejor coordinación como prioritarias.

La formación en aspectos clínicos de lactancia es más demandada por los profesionales de Atención Primaria, mientras que en el hospital se hace más referencia a la necesidad de formación en técnicas de consejería.

Los profesionales identifican la necesidad de formación como uno de los problemas que causan déficit en la atención a las madres con lactancia materna. Uno de los problemas que ello conlleva es la derivación de las madres de los servicios de Atención Primaria a la consulta de lactancia, con el correspondiente problema para la madre afectada, que debe desplazarse a otra consulta más alejada de su domicilio. Este problema ha sido manifestado sobretodo por el personal del CS de Jumilla.

La existencia de conflictos en el hospital, sobretodo relacionados con la demanda de las madres de suplementos de leche de fórmula médicamente no indicados, es uno de los puntos que ha llevado a muchos de los profesionales del hospital a demandar formación en técnicas de comunicación. La formación en consejería en LM es considerada como un método eficaz para solventar problemas de desacuerdo de las madres con las indicaciones de los profesionales y para mejorar la comprensión de los profesionales sobre los problemas de las madres. El problema de la diferente consideración sobre los suplementos de leche de fórmula entre profesionales y madres ha sido también identificado en los grupos de discusión de madres.

Desde la consulta de Área de Apoyo a la Lactancia y Atención Primaria se planteó la necesidad de mecanismos eficaces de comunicación entre los dos ámbitos asistenciales, con la finalidad de evitar consultas paralelas sin que los profesionales dispusieran de la información técnica adecuada de lo que se realizaba en las diferentes consultas.

También se ha descrito la necesidad de establecer normas de actuación ante problemas concretos (protocolos), que permitan intervenciones consensuadas entre profesionales, así como el desarrollo de material de educación sanitaria consensuado sobre lactancia materna para madres, con la finalidad de no repetir consejos ni ofrecer información distinta según los profesionales. Respecto a la información a las madres, en algunas áreas de los centros de Salud sigue existiendo material publicitario de casas comerciales de leche de fórmula. En una discusión planteada en un curso de formación sobre los mensajes a las madres se concluyó que era

importante reducir los mensajes del tipo “la lactancia materna es lo mejor” por otros más orientados a ofrecer ayuda concreta ante la aparición de problemas.

Se considera deseable la participación de todos los grupos profesionales en las actividades de promoción de la LM, basadas en los criterios IHAN. A este respecto, parecen necesarios mayores esfuerzos para invitar a la participación de los profesionales de Atención Primaria (sobretudo pediatras y médicos de familia) y de los ginecólogos en las actividades del proyecto.

En diferentes ámbitos asistenciales se refiere el problema de la falta de recursos de apoyo a la lactancia en periodos vacacionales o fines de semana. Algunas madres refieren también este problema en los grupos de discusión. Este punto se reconoce como especialmente grave en los meses de verano.

Respecto al equipo de profesionales que ha participado en las actividades vinculadas al proyecto, se ha identificado la necesidad de mejor coordinación para optimizar el tiempo del equipo. Uno de los aspectos concretos definidos fue la necesidad de establecer canales de información ágiles y eficaces.

En cuanto a las prácticas de recogida de datos sobre lactancia materna, se ha visto la necesidad de reducir en lo posible los contactos con las madres y evitar la recogida de información repetida (recoger la misma información por diferentes profesionales), con la finalidad de reducir la sensación de “control” de las madres.

### 3.2. *Oportunidades de mejora identificadas según el PROCESO de AMAMANTAMIENTO*

En este punto, ofrecemos algo más de información sobre la IOM, aunque organizada según su influencia en el Proceso de Amamantamiento. Este reagrupamiento de las necesidades en torno al proceso, será útil para abordar la próxima fase del proyecto, relacionada con el diseño de calidad de dicho proceso.

#### 3.2.1. *Necesidades detectadas en las diferentes etapas del proceso*

- Durante el embarazo: mejorar la información y educación sobre LM desde la detección del embarazo. El grupo de madres señala como oportunidad de mejora “mayor apoyo y concienciación del ginecólogo”.
- Durante el parto: no se identifica ninguna necesidad en paritorio, salvo un aspecto estructural: cama-potro cómoda y segura (para mejorar la confortabilidad y no interrumpir el contacto madre-hijo). En el caso de las cesáreas, como ya se ha comentado, sí se identifica, y se prioriza entre las primeras: “establecer contacto madre-hijo desde el quirófano”.
- Durante la hospitalización: las necesidades detectadas, hacen referencia principalmente a aspectos de confortabilidad: sala para madres que lactan de niños ingresados y a la alta incidencia de grietas (en realidad hay poca información sobre la incidencia de grietas en las publicaciones; en nuestro entorno aproximadamente un 20% según los datos de nuestro registro). La necesidad de unificar criterios se apunta específicamente en maternidad. Por otra parte las madres señalan la necesidad de mayor comprensión y empatía con la mujer y el comentado problema de las grietas identificándolas como causa de abandono prematuro.

- Mantenimiento de la lactancia: se identificó la necesidad de elaborar un protocolo de LM e incidir en 1ª y 2ª visita al CS y la existencia de publicidad de casas comerciales en las consultas y paredes de los centros de salud. Las madres si identifican la necesidad de mayor apoyo y reconocimiento, como ya se ha comentado, e información para compatibilizar LM y trabajo. Igualmente señalan como muy importante para el mantenimiento de su lactancia el apoyo familiar (principalmente por parte del marido) y el reconocimiento y dignificación de la madre que lacta. Algunas madres con lactancias prolongadas refieren sus dificultades para destetar a su hijo.

### 3.2.2. Oportunidades de mejora GENÉRICAS:

- Política y planificación: la PPA a la LM está dentro de las líneas estratégicas del área de salud. Los profesionales identifican claramente la necesidad de unificar criterios y protocolizar la atención a la LM así como una mayor coordinación y planificación de las de las actividades.
- Protección, la protección dentro del marco del código internacional de sucedáneos se cumple en el nivel hospitalario. En atención primaria ha sido identificada, dentro del grupo de trabajo de exclusividad, la presencia de publicidad de casas comerciales.
- Promoción: la necesidad de promoción e información ha sido claramente identificada en los grupos de discusión de madres y profesionales.
- Apoyo: esta necesidad ha sido claramente identificada por las madres y en grupos de discusión durante las diferentes actividades formativas especialmente relativas a un apoyo profesionalizado y a la adquisición de competencias en consejería.
- Control: se ha señalada la necesidad de un registro prospectivo y la de monitorización en tiempo real de las tasas de los diferentes tipos de alimentación en nuestra área.
- Investigación: ha sido señalada, en diferentes grupos de discusión remarcando la importancia de conocer las necesidades y expectativas de las madres, como el mejor feeb-back para los profesionales.

### 3.4 Conclusiones

El estudio de las necesidades ha sido realizado desde diferentes perspectivas metodológicas, lo que ha permitido una mayor riqueza en las descripciones de las mismas, así como una visión más amplia de las posibles oportunidades de mejora. Una consecuencias lógicas de este proyecto ha sido la puesta en marcha de Acciones de Mejora tras la IOM.

#### *De tipo estructural:*

- Acondicionamiento de una sala para descanso de las madres con niños *ingresados en neonatos (marzo 2006)*. *Nota: las madres con niños ingresados en lactante permanecen con ellos todo el tiempo que deseen.*
- Consulta de lactancia materna con teléfono-contestador 24 h (marzo 2006) y enfermera a tiempo completo.

- Cama-potro en noviembre 2007 (dentro del programa de humanización del parto)

#### *Actividades de promoción*

- Presentación del proyecto a grupos de madres, en prensa, radio y TV local, autonómica y nacional (Canal 2, “La aventura del saber”).
- Presentación del proyecto en diferentes foros científicos
- Fiesta popular durante la semana mundial de lactancia
- Carteles de promoción y del grupo Vínculo repartidos en todas las unidades materno-infantiles del área.
- II Encuentro de Grupos de Apoyo a la LM (Oct 2007)
- Primer concurso fotográfico de LM

#### *Actividades de formación:*

Sin duda ha sido donde mas esfuerzo se ha realizado por varios motivos. Además de ser una de las necesidades más claramente identificadas por los diferentes grupos en el sentido de lograr las competencias necesarias para ofrecer una atención de calidad a la madre, la formación ha sido clave para desplegar la misión y visión del proyecto y trabajar conjuntamente los valores necesarios para consolidar el proceso de cambio. Por otra parte nos ha permitido crear un espacio de intercomunicación fundamental para mejorar e innovar.

- Curso de lactancia materna para profesionales (ediciones 2006 y 2007)
- Seminario de educación para la salud (mayo-junio 2007)
- Curso de consejería (octubre 2007)
- Seminario de investigación en LM (marzo-octubre 2007)
- Curso de habilidades en comunicación (diciembre 2007)
- Curso de metodología enfermera y taxonomías NANDA-NIC-NOC en 2007.

#### *Ciclos de mejora*

- Ciclo de mejora sobre grietas. Diseño y se han realizado dos mediciones, pendiente de realizar la 3ª medición.
- Ciclo de mejora sobre el contacto precoz madre-hijo en los partos por cesáreas. Diseño y dos mediciones.
- Ciclo de mejora sobre exclusividad: se analizaron las causas y la identificación de criterios. Solo se ha realizado una medición en un centro de salud.

#### *Actividades de protocolización y diseño*

- Se han recogido y publicados en la intranet del área los protocolos de alimentación del lactante de todos los centros de salud del área (marzo 06)

- Se ha actualizado la política de lactancia materna del área respecto a los 10 pasos de la IHAN (año 2007).
- Actualmente existe un equipo de trabajo que está desarrollando la mejora de los instrumentos y procedimientos de información a las madres, que tendrá en cuenta la información obtenida a partir de los grupos de discusión de madres realizados durante el año 2007.
- Actualmente se sigue trabajando en el diseño del registro prospectivo para facilitar la continuidad de cuidados y la monitorización. Se han realizado esfuerzos notables para poder unir los registros de lactancia procedentes del hospital (registro del servicio de pediatría, actualmente en proceso de adaptación al entorno Selene) y los datos de OMI de los centros de salud relativos a la alimentación del niño.

**4 Desarrollar un registro prospectivo de lactancia, de ámbito poblacional, como herramienta para la continuidad y mejora de los cuidados de lactancia, con la incorporación de las variables adecuadas relativas al curso de lactancia.**

Además de la facilitación y promoción de las fases de este objetivo definidos en el apartado de metodología. Durante el tiempo de este proyecto, se ha podido desarrollar un listado de variables a considerar en el futuro registro prospectivo de lactancia materna, que se presenta continuación.

## Plan para recogida de variables (en desarrollo)<sup>6</sup>

<b>Semana 6 al 11 de gestación</b>	<p>Historia Familiar y Personal de LM  Hª socioeconómica (nivel estudios, trabajo)  Datos filiación (incluye país origen, paridad, edad, población...)  Tabaco, Alcohol y Drogas  Nivel riesgo embarazo (según clasificación SEGO)  Intención acudir curso educación mat</p>
<b>Semana 26 a 28 de gestación</b>	<p>Asistencia a Educación prenatal (S/N)  Intención de LM en tiempo  ¿Cuestionario Escala Actitud Materna, si disponible (no decidido)?</p>
<b>Parto</b>	<p><i>En madres sin control de embarazo: Intro. lo anterior</i>  Datos perinatales (peso nac, apgar, tipo parto, edad gestacional...)  Intención de LM (S/N)  Momento y duración primer Contacto con la madre  Momento primera toma</p>
<b>Puerperio temprano</b>	<p>Peso en maternidad  Alimentación durante ingreso  Alimentación al alta  Problemas de LM al alta de la madre (grietas, infecciones...)  Incidencias del RN (infecciones, prematuridad, bajo peso, ingreso, patología...)  Cuestionario Escala Autoeficacia materna (si disponible adaptación)</p>
<b>Programa de Atención al Niño Sano (distintas visitas)</b>	<p>Fecha introducción alimentos y fin LM (líquido, bib, beikost, fin LM)  <b>Recuerdo 48 h (para disminuir la sobreestimación la LM exclusiva)</b>  Problemas de lactancia</p>
<b>120 días de lactancia o al abandonar</b>	<p>Cuestionario Escala Satisfacción (si disponible adaptación cultural)</p>
<b>Consulta de área Lactancia Materna (distintas visitas)</b>	<p>Problemas de lactancia y evolución</p>

### 4.2 Conclusiones

Es objetivo es uno de los pilares estratégicos del proyecto HQTQ. El propósito de este registro prospectivo de lactancia de ámbito comarcal es:

- Evaluar el impacto de las prácticas asistenciales relacionadas con la lactancia (alimentación infantil) y específicamente el cumplimiento del objetivo general del proyecto.
- Conocer el impacto en salud del tipo de alimentación infantil durante los dos primeros años de vida
- Como herramienta de calidad y monitorización de los indicadores desarrollados a lo largo del proyecto
- Como soporte para progresar en la continuidad de cuidados

Estos objetivos generales (propósitos), necesarios para enmarcar el diseño de un registro poblacional de área, se han ido desarrollando a lo largo de 2007.

<sup>6</sup> En estos momentos trabajamos para definir las personas clave para recoger los datos y confirmar la posibilidad de realizar el seguimiento según lo que se plantea en este borrador.



Con los datos disponibles en la actualidad, la previsión de finalización de este objetivo puede ser en el primer semestre 2008.

## 5 Analizar las expectativas de los destinatarios principales del proceso:

En este punto se presenta el resultado del análisis cualitativo de cuatro grupos focales dirigidos por un miembro del equipo HQTQ (19/06/07, 05/07/07, 27/11/07 y 28/11/07) y de una entrevista a madres y profesionales relacionados con el Programa HQTQ que tuvo lugar el Tele-Yecla (21/06/06)

Se describen a continuación los núcleos temáticos más importantes, atendiendo a los objetivos de proyecto. Las categorías están íntimamente interrelacionadas entre sí y muchas de ellas forman parte de varios de los núcleos temáticos presentados. Para facilitar la comprensión de esta síntesis de resultados, se desarrollará una exposición narrativa basada en los núcleos temáticos relacionados con la vivencia de la lactancia y las necesidades y expectativas de las madres (Anexo 6).

**Núcleos temáticos emergentes del análisis de los grupos de discusión de madres.**

Tema	Descripción
<b>Vivencias de LM</b>	Incluye la descripción de acontecimientos que ocurrieron a las madres relacionados con la LM, así como los sentimientos relacionados con ellas. Existen descripciones de las vivencias desde el embarazo hasta el momento de la realización del grupo de discusión
<b>Manejo de la LM</b>	Incluye las actividades de las madres para manejar su LM.
<b>Problemas de LM</b>	Incluye la descripción y contexto de los problemas en la LM de las madres
<b>Necesidades de las Madres</b>	Necesidades de las madres relacionadas con el proceso de amamantamiento
<b>Actividades Profesionales</b>	Actividades de los profesionales de relacionadas con la LM. Incluye la valoración de la atención profesional que hacen las madres
<b>Información y Mensajes sobre LM</b>	Describe las fuentes y tipo de mensajes obtenidos por las madres sobre la LM a lo largo del proceso.

### 5.1. Se describen aquí los resultados a modo de síntesis:

La lactancia es percibida generalmente como algo positivo, aunque las madres describen también los problemas que conlleva como grietas, mastitis o dolor y especialmente los sentimientos de abatimiento, culpa o agobio que suelen estar relacionados a los problemas en la LM. La inseguridad sobre la producción adecuada y sobre si los bebés son bien alimentados es uno de los temas centrales que aparece en los grupos. Los suplementos de leche de fórmula se identifican en muchas ocasiones como una solución adecuada a muchos problemas de lactancia, incluso por profesionales.

El cambio cultural promovido por la institución sanitaria, basado en la adecuación de los mensajes e intervenciones profesionales, genera cierta confusión entre madres que no conocen los modelos de crianza basados en el amamantamiento. Por ejemplo, las madres no identifican el comportamiento de un bebé amamantado

como “normal” y suelen pensar que esa diferencia entre sus expectativas y la realidad es debida a problemas en la lactancia. Este hecho ha sido ya identificado en numerosos estudios sobre el tema y está probablemente relacionado con la falta de “modelos de amamantamiento” existentes en nuestra cultura.

Debido a esta diferencia entre lo que se espera y lo real, las madres expresan desacuerdo con algunas de las intervenciones y recomendaciones de los profesionales para solucionar o evitar problemas, por otra parte recomendadas por la evidencia científica (como desaconsejar chupetes o biberones sin indicación médica).

Para reducir este problema, destacan el trabajo de algunos profesionales identificados claramente por las madres. Las características de estos profesionales parecen estar relacionadas con habilidades de comunicación y experiencia clínica en lactancia. Algunas madres de los grupos han explicado cómo acudieron a la sala de maternidad o servicio de neonatos en busca de personas que las atendieron bien durante su ingreso tiempo después de ser dadas de alta, cuando se presentó algún problema concreto de lactancia materna, y fueron atendidas de forma satisfactoria por la persona que buscaban.

Por otra parte, parece bien asumida la importancia de la técnica de la lactancia para minimizar los problemas y están bien identificados los recursos de apoyo del área. Estos recursos específicos de apoyo a la LM son bien valorados. El apoyo a la lactancia materna se describe como suficiente y fácilmente accesible, tanto en el hospital como en atención primaria.

Las madres demandan más énfasis en la información sobre el manejo cotidiano de lactancia materna y menos en sus ventajas para la salud, especialmente en el ámbito de la atención primaria (preparación al parto). Tanto en atención primaria como especializada será necesario atender mejor a los sentimientos de ansiedad, culpa o abatimiento relacionados con los problemas en la lactancia, además de dar solución a los problemas clínicos específicos.

Las madres cuentan que existen diferencias entre la información ofrecida entre el ámbito hospitalario y los centros de salud, especialmente en lo relativo a las pautas de suplementos de leche de fórmula. En la planta de maternidad, deberían revisarse los consejos ofrecidos a madres con problemas como las grietas, que varían de un profesional a otro, especialmente en periodos de vacaciones o fin de semana.

### *5.3. Conclusiones:*

El análisis de las necesidades y expectativas de las madres permite definir y reforzar algunas áreas de mejora relacionadas con los problemas detectados:

- La necesidad de formación en aspectos clínicos de la LM y en técnicas de consejería.
- El desarrollo normas de actuación ante problemas concretos (protocolos), que permitan intervenciones consensuadas entre profesionales.
- La elaboración de material de educación sanitaria consensuado

La información obtenida a partir de grupos de discusión de madres es además considerada muy valiosa por los profesionales. El grupo de trabajo para la mejora

de los instrumentos y procedimientos de información a las madres, ha tenido en cuenta esta información para el desarrollo de sus actividades.

## **6 Objetivos de resultados: planteados como criterios globales para evaluar la calidad del programa HQTQ.**

Dado que no se ha desarrollado el registro prospectivo sobre LM (pendiente Grupo de Trabajo de Continuidad de Cuidados), se han obtenido los datos para este objetivo de una muestra accidental de 96 madres que fueron dadas de alta tras el parto entre febrero y junio de 2007. De ellas, se pudo contactar telefónicamente con 61 durante diciembre de 2007 para determinar su status de lactancia, de las que explicitaron tiempo de lactancia 47.

*6.1. Lograr que al menos el 50% de las madres madure y explicita su intención de lactancia, a lo largo del proceso de formación durante el embarazo (curso de preparación a la maternidad), en términos de duración total de lactancia.*

Este objetivo no ha sido posible cumplimentar. En la muestra recogida, al alta del hospital tras el parto definieron su intención de tiempo de amamantamiento un 77% de las madres.

*6.2. Lograr que la tasa de abandonos prematuros (antes que su intención de lactancia) sea inferior al 20%*

La tasa de abandonos “antes de lo deseado” en mujeres que explicitan su intención de tiempo de LM ha sido 53’1% (n=15). Hay que considerar que el 40’2 % (n=19) de las madres deseaba amamantar un año o más.

Las madres contactadas que han amamantado más de cuatro meses son 37 (78 %).

*6.3. Conseguir una tasa de abandonos en el primer mes inferior al 10%.*

Sobre una muestra de 407 casos de una población total de 813 recién nacidos, el porcentaje de abandono al primer mes en el año 2005 fue de 14,5% (IC 11,07-17,92)

Para la muestra accidental, la tasa de abandono en el primer mes fue del 10 % (n=6).

*6.4 Conclusiones*

Existen dos momentos clave en la lactancia que merecen separarse para su mejor comprensión, en primer lugar la decisión sobre el tipo de lactancia, que normalmente tiene lugar durante el embarazo y en segundo lugar su mantenimiento, que depende de decisiones tomadas día a día tras el parto y que están influenciadas por las dificultades que la madre encuentra al mantener su decisión.

Consideramos que el abandono de la LM antes del 4º mes está más ligado a las intervenciones de apoyo a la lactancia materna de los profesionales, mientras que el abandono posterior, tienen probablemente más relación con aspectos sociales, alejados de la influencia del sistema sanitario. Además la duración de la LM durante el embarazo o incluso al alta postparto parece demasiado alejada de los acontecimientos que se relacionan con la decisión materna de abandonar la LM.

Así pues centrar la recogida de datos en la previsión de tiempo de amamantamiento que las madres tienen antes del parto tendría en cuenta la influencia de importantes variables como las actitudes, creencias, información o experiencia previa, pero dejaría de lado otras no menos influyentes en la decisión de las mujeres y que ocurren sólo tras el parto como la situación post-natal respecto a aspectos estructurales como el soporte social, trabajo, gasto o la posibilidad de las madres para adquirir la habilidad práctica necesaria

Dado que en el ánimo de este proyecto se incluye mejorar la calidad tanto de la atención prenatal como la postnatal se ha considerado conveniente incluir información sobre la intención de continuar amamantando en diferentes momentos del seguimiento tras el parto.

También se pretende iniciar el proceso de validación de nuevos instrumentos de medida existentes en otros contextos culturales relacionados también con las decisiones de las madres como la valoración de las madres sobre la propia eficacia para amamantar y la satisfacción sobre su amamantamiento una vez concluido.

## **APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS EN EL ÁREA DE LA SALUD**

A pesar que la eficacia de los diez pasos de la IHAN, sobre la duración de la lactancia, ha sido ampliamente demostrada en otros estudios (PROBIT), no hemos encontrado series temporales que estudien la evolución de las tasas de inicio, exclusividad y duración a lo largo de la implantación de esta intervención. Por otra parte, el notable incremento en la duración de la lactancia, junto con una activa política de proyección, nos ha permitido **hacer visible esta iniciativa de salud** en el entorno sanitario y social y contribuir con ello a que sea incluido como objetivo de salud en nuestra región.

Los resultados del análisis de los datos de seguimiento de dos años de los niños nacidos en 2005, con una mediana de duración de 7 meses, nos sitúan como **referente regional y nacional**. Pensamos que el enfoque global del proyecto y el acercamiento combinado al problema del abandono prematuro del amamantamiento ha sido una de las claves del éxito del programa.

Algunas de las **metodologías desarrolladas son novedosas**, concretamente la utilización del modelo de Cox extendido para variables cambiantes en el tiempo en el análisis multivariante de supervivencia y esperamos poder comunicar los resultados de la aplicación de esta metodología en breve. Esta metodología es la única que permite la introducción, en un modelo explicativo de supervivencia, del momento de inicio de la LM parcial o el momento de incorporación al trabajo, que definen riesgos no proporcionales y no pueden ser analizadas con otros procedimientos.

El desarrollo de un **registro prospectivo de alimentación infantil**, durante la época de la lactancia, es clave para monitorizar los resultados de nuestras intervenciones con la posibilidad de comparar entre diferentes áreas a través de la definición de variables y estándares.

La inclusión de la variable **abandono prematuro del amamantamiento**, definida como antes de lo que la mujer hubiese deseado, aunque presenta algunas dificultades en su operativización, representa un avance teórico importante en tanto que mide el grado de adecuación del sistema sanitario en su función de proveedor de los servicios necesarios para que la mujer amamante el tiempo deseado.

La exploración de necesidades y expectativas de madres y profesionales a través de diferentes procedimientos, permite percibir de un modo más claro y descripciones más ricas las **oportunidades de mejora** relacionadas con un tema tan complejo y relevante como el que nos ocupa. El abordaje cualitativo de los problemas de lactancia mejora la comprensión sobre el contexto donde se dan los problemas y permite obtener datos valiosos sobre sentimientos y vivencias de las madres que matizan y mejora las intervenciones profesionales. Gracias a esto, hemos desarrollado un valioso **material docente**, que puede ser útil para otras áreas de salud que se planteen cambios similares al programa HQTQ.

Este abordaje cualitativo, ha permitido abordar el trabajo de un grupo de profesionales para desarrollar **material informativo** para madres atendiendo a sus necesidades detectadas. Por otra parte será la base para la nueva fase del Programa HQTQ, relacionada con el **diseño de procesos**.

**PRESENTACIONES O COMUNICACIONES DERIVADAS DE LA INVESTIGACIÓN**

## OTRAS CONSIDERACIONES

Son también miembros colaboradores del equipo:

- a. Apoyo Institucional: Luís González Moro, Godofredo Falomir , Manuel Alcaraz Quiñonero, José María Olivares, Enrique Pirla Gómez\*.
- b. Gestión de la Formación y de Personal: José Miguel Ródenas
- c. Grupo de trabajo sobre Información, Comunicación y Educación: Pilar Quiñonero, Concha Guillamón, Antoni Oliver, María Maestre, Ana Belén Monreal, Milagros Mas, Concha Ortega, Inma Puche, M<sup>a</sup> Ángeles Gómez, Juan Carlos Ortega.

El proyecto HQTQ (“Hasta Que Tú Quieras”) refleja claramente nuestra visión del papel de la mujer en la toma de decisiones sobre su propia salud en el que, una vez superados sus miedos e incertidumbres frutos de la “moderna” cultura del biberón, es capaz de planificar y decidir libremente sobre su lactancia. Desde esta perspectiva, no hay duda de que este proyecto supone la continuación de las líneas estratégicas que nos guiaron para la implantación y desarrollo de los 10 pasos de la IHAN en nuestra área, que condujo a cambiar nuestra visión de los cuidados materno infantiles hacia un nuevo planteamiento de los cuidados, donde el papel de la madre y la familia es cada vez más relevante.

La participación ciudadana es garantía de calidad y requisito para continuar innovando en unos cuidados materno-infantiles más humanos y cercanos a las necesidades del bebé, del lactante y del niño, y por ende de su madre y su familia. Debe recordarse que la participación de los padres en los cuidados, incluso en los delicados y complejos cuidados del neonato de alto riesgo, son las actuales líneas de que se están desarrollando en muchas parte del mundo y que abren nuevas perspectivas de innovación mas allá del mero consumismos sanitario.

Creemos que la participación e implicación de todos los grupos de interés: profesionales y autoridades sanitarias, grupos de apoyo a la lactancia, educadores y medios de comunicación social, son la clave para la recuperación de una nueva cultura de alimentación infantil donde la LM es el referente principal de alimentación de los niños durante sus dos primeros años de vida, junto con otros alimentos saludables e idóneos a partir de los 6 meses. Este ha sido pues nuestro principal objetivo al desplegar en todos los ámbitos profesionales y sociales nuestro planteamiento y nuestra visión.

Numerosos estudios sobre intervenciones de promoción de la LM reflejan que el apoyo de las madres es una de las intervenciones más eficaces posibles, incluso por sí sola, lo que ha hecho que se incorporen en programas de promoción de diferentes ámbitos<sup>7</sup>. La incorporación de las madres del grupo de apoyo “Vínculo” al proceso de formación, es una pieza clave en línea con nuestra visión de empoderamiento de la mujer y como elemento fundamental para promover, educar y fomentar la cultura de la LM en la comunidad.

---

<sup>7</sup> NHS. The effectiveness of public health interventions to promote the initiation of breastfeeding. Evidence Briefing. 1st Edition-2003





## MEMORIA ECONÓMICA (En Euros)

(Adjuntar las fotocopias de las facturas emitidas con cargo a esta subvención)

### PRESUPUESTO DEL PROYECTO:

#### A. Otros Gastos: Cursos de Formación

- Formación del equipo y promoción entre el resto de profesionales del área en el proyecto HQTQ
- Seminario ciclo de mejora
- Seminario Educación para la salud
- Seminario Monitorización de la calidad en LM
- Curso de consejería en lactancia para madres y profesionales
- Cursos de Educación para la Salud
  - Curso de preparación a la maternidad
  - Talleres de LM

Horas docentes, gastos de coordinación, material docente **9.200**

#### B. Dietas e indemnizaciones por razón de servicio (dietas y locomoción relacionada con los cursos de formación) **520**

- Locomoción 320
- Dietas 200

#### C. Otros gastos: Realización Grupos Focales **900**

#### D. Gastos de personal (contratación personal administrativo) **2.200**

#### E. Gastos de material (material papelería y libros, ordenador, cámara video,...) **3.800**

#### F. Gastos de publicación y difusión (Asistencia a congresos, difusión proyecto,...) **1.380**

**Total -----18.000 €**