

# AVALUACIÓ DEL SERVEI TELEFÒNIC AMB LLEVADORA COM A EINA DE SUPORT DURANT LA INSTAURACIÓ DE L'ALLETAMENT MATERN

**Roser Gol i Gómez**

Per citar o enllaçar aquest document:  
Para citar o enlazar este documento:  
Use this url to cite or link to this publication:

<http://hdl.handle.net/10803/666183>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement-  
NoComercial

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial licence



## **TESI DOCTORAL**

Avaluació del servei telefònic amb llevadora com a eina de suport  
durant la instauració de l'alletament matern

Roser Gol I Gómez

2018



**Tesi doctoral**

**Avaluació del servei telefònic amb llevadora com a eina de suport  
durant la instauració de l'alletament matern**

Roser Gol i Gómez

**Any 2018**

**Programa de Doctorat en Biologia Molecular, Biomedicina i Salut**

**Dirigida per:** Dra. Carme Bertran i Noguer

i

Dra. Gemma Falguera Puig

**Tutora:** Dra. Carme Bertran i Noguer

**Memòria presentada per optar al títol de doctor per la Universitat de Girona**

*“Si la lactància materna no existís, la persona que avui la inventés  
mereixeria un doble premi Nobel en medicina i economia ”*

Keith Hansen, Banc Mundial. The Lancet 2016.

A en Jofre i la Queralt

a en Marcel

al meu pare, a la meva mare i les meves germanes.

## Agraïments

---

Amb aquesta tesi he pogut focalitzar un dels temes de la meva professió que més m'apassionen, poder ajudar a millorar la salut de la població amb una pràctica tant antiga i senzilla com és l'alletament matern. A partir d'aquí he pogut aprofundir en la gran tasca que tenen les llevadores en el procés de maternitat i criança.

En primer lloc vull agrair a la meva directora de tesi Carme Bertran la confiança i el suport que m'han permès tirar endavant aquest projecte.

A la meva codirectora Gemma Falguera, que sempre ha cregut en aquest projecte i no m'ha permès defallir.

A la Glòria Seguranyes que va assistir al meu naixement com infermera i llevadora i sempre ha estat allà pel que calgués.

A la Carme Terré per posar a llum al meu projecte quan no sabia per on tirar.

Als meus companys d'estudi: en César León, la Paca Rueda, la Isabel Castrillo, la Marta Xivillé, i la Raquel Martínez per la seva dedicació absoluta sense els quals no hagués estat possible aquest treball.

Un doble agraïment a l'Àngels i la Paula que, a més a més de la seva col·laboració en l'estudi, m'han ajudat en la tasca de revisió i traducció.

A l'Andreu, pel temps dedicat i la seva meticulosa tasca.

A totes les mares que, d'una manera altruista i generosa van decidir formar part del nostre estudi.

A la Maribel Núñez i la Carla Lecumberri per compartir els dies feixucs amb bon humor.

A l'Ángeles i a la Marisol sense les quals m'hagués estat impossible realitzar la meva tasca.

A totes aquelles amigues i amics que em van permetre entrar a les seves vides quan van crear la seva família.

A les meves àvies, filles d'una generació que va creure en l'alletament matern perquè, molt probablement, va ser un dels factors que va salvar als seus fills.

Al meu pare per atorgar-me el menys comú dels sentits, el sentit comú.

A la meva mare per fer-me creure que podia arribar allà on volgués.

A les meves germanes amb les quals he crescut com a persona i com a llevadora.

A en Marcel, per estar al meu costat i donar-me sempre el seu suport incondicional.

Als meus fills, en Jofre i la Queralt, la meva energia vital amb els que he après a prioritzar l'important de la vida.

# Índex

---

Índex .....	7
Abreviatures .....	9
Índex de taules .....	10
Índex de figures .....	13
Resum .....	16
Resumen .....	18
Summary.....	20
1. Justificació.....	22
2. Introducció.....	25
2.1 Lactància materna i la promoció de la salut .....	25
2.2 La salut materno infantil.....	33
2.3 Les competències de la llevadora .....	37
2.4 El suport a l'alletament matern.....	43
2.5 Les TIC com a eina professional en el suport a l'alletament matern .....	50
3. Objectius i Hipòtesi.....	52
3.1 Objectius.....	52
3.2 Hipòtesi.....	53
4. Metodologia .....	54
5. Resultats .....	77
5.1 Flux de participants de l'estudi.....	78
5.2. Resultats segons els objectius de l'estudi .....	88
6. Discussió .....	135
6.2 Aplicabilitat dels resultats de la recerca.....	155
6.3 Futures línies d'investigació .....	156
7. Conclusions.....	157
8. Bibliografia.....	159



9. Annexos ..... 178

## Abreviatures

---

AEP	Associació Espanyola de Pediatria
AF	Alimentació de fórmula
ASSIR	Atenció a la salut sexual i reproductiva
CAP	Centre d'Atenció Primària
ESCA	Enquesta de salut de Catalunya
EDPPE	Escala de Depressió Postpart de Edimburg
GHO	Global Health Observatory
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant
ICS	Institut Català de la Salut
IHAN	Iniciativa Hospital Amigo de los Niños
INE	Instituto Nacional d'Estadística
LME	Lactància materna exclusiva
LMC	Lactància materna complementària
LMI	Lactància materna ineficaç
MELA	Mètode de l' amenorrea de l'alletament
ODM	Objectius del Desenvolupament del Mil·lenni
OMS	Organització Mundial de la Salut
TIC	Tecnologies d'Informació i Comunicació

## Índex de taules

---

Núm.	Títol	Pàg.
Taula 1	Classificació del risc gestacional	81
Taula 2	Distribució del risc gestacional	82
Taula 3	Lloc on succeeix el part	82
Taula 4	Tipus de finalització del part	83
Taula 5	Assistència a grups de preparació al naixement	83
Taula 6	Expectatives de la mare durant la gestació en relació al puerperi I	84
Taula 7	Expectatives de la mare durant la gestació en relació al puerperi II	84
Taula 8	Morbiditat materna	85
Taula 9	Distribució de la Morbiditat materna	85
Taula 10	Morbiditat neonatal	86
Taula 11	Distribució de la Morbiditat neonatal	86
Taula 12	Assistència als grups d'educació sanitària durant el postpart	87
Taula 13	Visita a l'ASSIR durant el període de puerperi	88
Taula 14	Causa de la visita	89
Taula 15	Trucades al centre	90
Taula 16	Principals causes de consulta telefònica al centre	90
Taula 17	Classificació específica de les de consultes realitzades	91

Taula 18	Freqüentació al servei d'urgències pediàtriques	92
Taula 19	Causa de consulta al servei d'urgències pediàtriques	93
Taula 20	Puerperi domiciliari	93
Taula 21	Núm. de visites a domicili	94
Taula 22	Núm. de trucades que van realitzar les mares al servei telefònic	94
Taula 23	Distribució de trucades per períodes	95
Taula 24	Distribució del tipus de consulta segons el període	96
Taula 25	Trucades per alletament	97
Taula 26	Lactància materna i abandonament a l'alta hospitalària	99
Taula 27	Tipus d'alimentació a l'alta	100
Taula 28	Dificultats en l'alletament matern exclusiu durant l'estada hospitalària	101
Taula 29	Resolució de les dificultats en l'alletament durant l'estada hospitalària	102
Taula 30	Lactància materna i abandonament a les 3-4 setmanes del part	102
Taula 31	Tipus d'alimentació a les 3-4 setmanes	103
Taula 32	Dificultats en l'alletament matern exclusiu entre les 3-4 setmanes hospitalària	103
Taula 33	Resolució de les dificultats en l'alletament entre les 3-4 setmanes	104
Taula 34	Lactància materna i abandonament a les 6 setmanes	105
Taula 35	Tipus d'alimentació a les 6 setmanes	106
Taula 36	Dificultats en l'alletament matern exclusiu a les 6 setmanes	106
Taula 37	Resolució de les dificultats en l'alletament a les 6 setmanes	107

Taula 38	Lactància materna i abandonament als 3 mesos	108
Taula 39	Tipus d'alimentació als 3 mesos	109
Taula 40	Dificultats en l'alletament matern exclusiu als 3 mesos	109
Taula 41	Resolució de les dificultats en l'alletament als 3 mesos	110
Taula 42	Depressió postpart	111
Taula 43	Nivell d'autopercepció de benestar general	112
Taula 44	Gestió del descans matern	113
Taula 45	Estat anímic inicial	113
Taula 46	Adequació de la informació rebuda a l'ASSIR	114
Taula 47	La continuïtat de la llevadora	115
Taula 48	Importància per la mare sobre la continuïtat de la llevadora a l'ASSIR	116
Taula 49	Adequació de la informació rebuda al servei telefònic	117
Taula 50	Continuïtat de la llevadora durant les consultes telefòniques	118
Taula 51	Adequació de la informació sobre el puerperi en les mares que van utilitzar el servei	120
Taula 52	Factors relacionats amb l'èxit de la LM expressats per les mares	132
Taula 53	Variables de l'estudi relacionades amb l'abandonament precoç de la LME als 3 mesos	133

## Índex de figures

---

Núm.	Títol	Pàgina
Figura 1	Flux de participants de l'estudi	78
Figura 2	Tipus d'alletament per període d'estudi	98
Figura 3	Edat materna i ús del servei telefònic	121
Figura 4	Tipus de part i ús del servei telefònic	122
Figura 5	Morbidity materna i ús del servei telefònic	122
Figura 6	Morbidity neonatal i ús del servei telefònic	123
Figura 7	Estat anímic inicial i ús del servei telefònic	124
Figura 8	Gestió del descans i ús del servei telefònic	124
Figura 9	Depressió postpart i ús del servei telefònic	125
Figura	Autopercepció de salut i ús del servei telefònic	125
Figura 11	Visites a pediatria i ús del servei telefònic	126
Figura 12	Visites a l'ASSIR i ús del servei telefònic	126
Figura 13	Visites de puerperi a domicili i ús del servei telefònic	127
Figura 14	Assistència als grups de preparació al naixement i ús del servei telefònic	128
Figura 15	Assistència als grups de postpart i ús del servei telefònic	128
Figura 16	Assistència als grups de suport a l'alletament i ús del servei telefònic	129
Figura 17	Tipus d'alletament a l'alta hospitalària i ús del servei telefònic	129

Figura 18	Tipus d'alletament a les 3-4 setmanes i ús del servei telefònic	130
Figura 19	Tipus d'alletament a la visita del puerperi i ús del servei telefònic	130
Figura 20	Tipus d'alletament als 3 mesos i ús del servei telefònic	131





## Resum

---

**Introducció** Les dades la lactància materna exclusiva als 6 mesos, tant mundials com a nivell europeu i català, estan molt per sota de les recomanacions de la Organització Mundial de la Salut. Tot i que les causes de l'abandonament precoç de la lactància materna exclusiva de les mares primíparas són multifactorials, un punt clau és el suport dels professionals durant el període del puerperi en el qual s'instaura la lactància materna. La llevadora és la responsable del seguiment de la gestació de baix risc i la professional clau de l'apoderament de les mares primíparas en la instauració de la lactància materna, a l'hora que gaudeix d'un paper rellevant dins la promoció de la salut de la comunitat.

**Objectiu** Avaluar l'efectivitat del suport telefònic de la llevadora de referència, en relació a l'abandonament de l'alletament de les mares primíparas i identificar, tant els factors de risc com els factors protectors per l'abandonament precoç de l'alletament matern.

**Material i Mètode** Assaig clínic controlat paral·lel aleatoritzat. Van participar 220 mares primíparas amb accés, durant les 8 setmanes del postpart, a un telèfon mòbil per contactar amb la llevadora que havia realitzat el seguiment de la seva gestació en el Institut Català de la Salut (ICS) en el centre d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) de Badalona, de la Metropolitana Nord a Catalunya (Espanya). Es van assignar aleatòriament 110 mares al grup experimental i 110 al grup control. A les mares del grup experimental se'ls va entregar el número de telèfon mòbil per contactar amb la seva llevadora després del part per si necessitaven resoldre qualsevol dubte. Les mares del grup control van rebre l'atenció habitual de la cartera de serveis que inclou la visita espontània al centre, la trucada telefònica al centre, la visita al domicili i els grups d'educació sanitària. Les variables estudiades van ser l'edat materna, el risc gestacional, el tipus de part, la morbiditat materna i neonatal, l'estat anímic inicial, la depressió postpart, l'autopercepció de salut, la gestió del descans matern, la intenció d'alletar, els tipus de lactància a l'alta hospitalària, a les 3-4 setmanes, al puerperi i als 3 mesos, l'assistència als grups d'educació sanitària, els factors descrits per les mares com determinants en l'èxit de la lactància materna (LM) i la satisfacció de les mares en relació a l'atenció rebuda.

Es van identificar els factors protectors i factors de risc per l'abandonament precoç de la lactància materna exclusiva (LME) i es van analitzar la freqüentació i causa de visites a l'ASSIR, de visites a domicili, de les urgències pediàtriques i les trucades al centre, així com l'ús del servei telefònic i el perfil de les mares que el van utilitzar.

**Resultats** Es van estudiar 199 mares (90,4% de la mostra inicial) 100 al grup experimental i 99 al grup control. El 64 % de mares van utilitzar la opció del servei d'atenció telefònica amb la llevadora de referència (n=64).

Les mares que van utilitzar el servei d'atenció telefònica amb la llevadora referent van ser les que més visites a domicili van rebre i les que més van freqüentar l'ASSIR. Aquestes dades van ser estadísticament significatives en ambdós casos, amb una  $p < 0,001$ . El primer mes del postpart va acumular el 80% de les trucades del servei telefònic i la primera causa de consulta del 8è dia fins la setmana 8 va ser la lactància materna (60%). Les mares que van utilitzar el telèfon van tenir menys abandonament de la LM i en el període de les 3-4 setmanes aquesta dada va tenir significació estadística amb  $p=0,001$  però no es va aconseguir un índex superior de LME. La mitjana de la satisfacció de les mares sobre servei telefònic va ser molt alta (4,65 sobre 5 DE 0,82). Es va identificar com a factor protector de la LME la gestació de baix risc (OR 0,4, IC 0,2-0,7) i com a factors de risc, no assistir als grups de postpart (OD 2,8 IC 1,3-5,7), no assistir als grups de suport a la lactància (OR 6,5 IC 2,4-17,3), el baix estat anímic (OR 3,6, IC 1,6-8,2) i la depressió postpart (OR 3,39, IC 1,2-9,6).

**Conclusions** El suport telefònic de la llevadora de referència durant el puerperi és una eina efectiva per disminuir l'abandonament precoç de l'alletament matern. Permet per una banda, que les mares consultin a temps real sobre els dubtes inicials del puerperi i per l'altra, que la professional detecti dificultats que d'altra manera passarien desapercibudes. La gestació de baix risc actua com un factor protector en l'abandonament precoç de la lactància exclusiva, mentre que la no assistència a les sessions grupals durant el postpart i l'alletament, el baix estat anímic inicial i la depressió del postpart actuen com a factors de risc.

**Paraules clau:** Suport telefònic, llevadora, primíparas, abandonament precoç de l'alletament matern, promoció de la salut, salut materno-infantil.

## Resumen

---

**Introducción** Los datos de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses, tanto mundiales como a nivel europeo y catalán, están muy por debajo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Aunque las causas del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva de las madres primíparas son multifactoriales, un punto clave es el apoyo de los profesionales durante el período del puerperio en el que se instaura la lactancia materna. La matrona es la responsable del seguimiento de la gestación de bajo riesgo y la profesional clave del empoderamiento de las madres primíparas en la instauración de la lactancia materna, a la vez que disfruta de un papel relevante en la promoción de la salud de la comunidad.

**Objetivo** Evaluar la efectividad del soporte telefónico de la comadrona de referencia, en relación al abandono de la lactancia de las madres primíparas e identificar, tanto los factores de riesgo como los factores protectores para el abandono precoz de la lactancia materna .

**Material y Método** Ensayo clínico controlado paralelo aleatorizado. Participaron 220 madres primíparas con acceso, durante las 8 semanas del posparto, a un teléfono móvil para contactar con la comadrona que había realizado el seguimiento de su gestación en el Instituto Catalán de la Salud (ICS) en el centro de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) de Badalona, de la Metropolitana Norte en Cataluña (España). Se asignaron aleatoriamente 110 madres al grupo experimental y 110 al grupo control. A las madres del grupo experimental se les entregó el número de teléfono móvil para contactar con su comadrona después del parto por si necesitaban resolver cualquier duda. Las madres del grupo control recibieron la atención habitual de la cartera de servicios que incluye la visita espontánea en el centro, la llamada telefónica en el centro, la visita al domicilio y los grupos de educación sanitaria. Las variables estudiadas fueron la edad materna, el riesgo gestacional, el tipo de parto, la morbilidad materna y neonatal, el estado anímico inicial, la depresión posparto, la autopercepción de salud, la gestión del descanso materno, la intención de amamantar, los tipos de lactancia al alta hospitalaria, a las 3-4 semanas, el puerperio y los 3 meses, la asistencia a los grupos de educación sanitaria, los factores descritos por las madres como determinantes en el éxito de la lactancia materna (LM) y la satisfacción de las madres en relación a la atención recibida.

Se identificaron los factores protectores y factores de riesgo para el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva (LME) y se analizaron la frecuentación y causa de visitas al ASSIR, de visitas a domicilio, de las urgencias pediátricas y las llamadas en el centro, así como el uso del servicio telefónico y el perfil de las madres que lo utilizaron.

**Resultados** Se estudiaron 199 madres (90,4% de la muestra inicial) 100 al grupo experimental y 99 en el grupo control. El 64% de madres utilizaron la opción del servicio de atención telefónica con la comadrona de referencia (n = 64).

Las madres que utilizaron el servicio de atención telefónica con la comadrona referente fueron las que más visitas a domicilio recibieron y las que más frecuentaron la ASSIR. Estos datos fueron estadísticamente significativas en ambos casos, con una  $p < 0,001$ . El primer mes del posparto acumuló el 80% de las llamadas del servicio telefónico y la primera causa de consulta del 8º día la semana 8 fue la lactancia materna (60%). Las madres que utilizaron el teléfono tuvieron menos abandono de la LM y en el período de las 3-4 semanas este dato tuvo significación estadística con  $p = 0,001$  pero no se alcanzó un índice superior de LME. La media de la satisfacción de las madres sobre servicio telefónico fue muy alta (4,65 sobre 5 DE 0,82). Se identificó como factor protector de la LME la gestación de bajo riesgo (OR 0,4, IC 0,2-0,7) y como factores de riesgo, no asistir a los grupos de posparto (OD 2,8 IC 1, 3-5,7), no asistir a los grupos de apoyo a la lactancia (OR 6,5 IC 2,4-17,3), el bajo estado anímico (OR 3,6, IC 1,6-8,2) y la depresión posparto (oro 3,39, IC 1,2-9,6).

**Conclusiones** El soporte telefónico de la comadrona de referencia durante el puerperio es una herramienta efectiva para disminuir el abandono precoz de la lactancia materna. Permite por un lado, que las madres consulten en tiempo real sobre las dudas iniciales del puerperio y por otro, que la profesional detecte dificultades que de otra manera pasarían desapercibidas. La gestación de bajo riesgo actúa como un factor protector en el abandono precoz de la lactancia exclusiva, mientras que la no asistencia a las sesiones grupales durante el posparto y la lactancia, el bajo estado anímico inicial y la depresión posparto actúan como factores de riesgo.

**Palabras clave:** Soporte telefónico, comadrona, primíparas, abandono precoz de la lactancia materna, promoción de la salud, salud materno-infantil.

## Summary

---

**Introduction** The data regarding exclusive breastfeeding at 6 months, both worldwide and at European and Catalan level, is well below the recommendations of the World Health Organization (WHO). Although the causes of early exclusive breastfeeding abandonment for primiparous women are multifactorial, a key point is the support received from healthcare professionals during the postnatal period when breastfeeding is established. Midwives are responsible for the follow-up of low-risk pregnancy and are also the main professional for the empowerment of primiparous women in the establishment of breastfeeding. They additionally have an important role in health promotion within the community.

**Objective** To evaluate the effectiveness of midwifery telephone support in relation to the abandonment of breastfeeding of primiparous women, and to identify both risk factors and protective factors due to early abandonment of breastfeeding.

**Material and Method** Randomized parallel controlled clinical trial. 220 primiparous women were given access to a mobile phone in the postnatal period for a length of 8 weeks. This enabled them to contact the midwife who had cared for them during pregnancy at the Sexual and Reproductive Healthcare Centre (ASSIR) in Badalona, Catalonia (Spain). 110 mothers have been randomly assigned for the experimental group and 110 mothers for the control group. The mothers of the experimental group received a phone number to allow them contact their midwife in postnatal period to discuss any problems they may have had. Mothers from the control group received the usual care from the postnatal guidelines which include: spontaneous visit to the healthcare centre, telephone call to the centre, home visit and postnatal educational groups. The variables studied were maternal age, gestational risk, type of birth, maternal and neonatal morbidity, initial mental status, postnatal depression, self-perception of health, maternal resting management, the intention to breastfeed, type of feeding the baby at the hospital discharge, type of feeding 3-4 weeks after birth and type of feeding during postnatal period and 3 months postnatal, accessibility of health care educational groups, factors described by mothers as key to ensuring breastfeeding was successful and the satisfaction of mothers in relation to the follow-up care received. The protective factors and risk factors for early abandonment of exclusive breastfeeding were identified and the frequency and cause of visits to the healthcare centre, home visits, paediatric emergency visits and phone calls to

the centre were analyzed, as well as the use of telephone service and the profile of the mothers who used it.

**Results** We studied 199 mothers (90.4% of the initial sample). 100 mothers were in the experimental group and 99 mothers were in the control group. 64% of mothers used the telephone service option with the midwife (n = 64). The mothers who used the telephone service received the most home visits and also visited the health centre the most. This data was statistically significant in both cases with a  $p < 0.001$ . The first 4 weeks postnatal accumulated 80% of telephone calls and the first reason for consultation, from the 8th day until 8 weeks postnatal, was for breastfeeding problems (60%). The mothers who used the phone service had less abandonment of breastfeeding and within the 3<sup>rd</sup>-4<sup>th</sup> week postnatal this data had statistical significance with  $p = 0.001$  but a higher exclusive breastfeeding index was not achieved. The average satisfaction of mothers who used the telephone service was very high (4.65 of 0.82). The low-risk gestation (OR 0.4, IC 0.2-0.7) was identified as protective factor of exclusive breastfeeding. However not attending postpartum groups (OR 2.8 IC 1, 3-5,7), not attending breastfeeding support groups (OR 6,5 IC 2,4-17,3), the low mood (OR 3.6, IC 1,6-8,2) and postnatal depression (OR 3.39, IC 1,2-9,6) were all identified as risk factors.

**Conclusions** Telephone support from a midwife during the postnatal period is an effective tool in reducing early maternal abandonment of breastfeeding. On one hand, it allows mothers to consult in real time about the initial postnatal issues. On the other hand, it allows midwives to detect difficulties or complications that may occur and otherwise would go unnoticed. Low-risk gestation acts as a protective factor in the early abandonment of exclusive breastfeeding whereas non-attendance at group sessions during the postnatal period or breastfeeding period, low mood of these women or postnatal depression act as risk factors.

**Keywords:** Telephone support, midwife, primiparous, early abandonment of breastfeeding, health promotion, maternal and child health.

## 1. Justificació

---

La salut mundial té una distribució heterogènia en indicadors de salut i malaltia. Problemes greus de salut com l'obesitat, són una pandèmia en els països emergents mentre la desnutrició ho és en els països en desenvolupament. La promoció de la salut permet que les persones tinguin un major control sobre el seu benestar i engloba una ampla gama d'intervencions polítiques, socials i ambientals destinada a millorar-la i protegir-la. Un dels components essencials d'aquesta promoció és apoderar les persones per que puguin triar les opcions de vida i alimentació més saludables (1).

A nivell mundial, europeu i territorial, un dels indicadors claus a millorar en la salut de la població és la primera alimentació dels nadons que condicionarà la seva salut i la de les seves mares, a curt, mitjà i llarg termini.

L'alletament matern és l'alimentació adequada i necessària dels nadons. Així ho va declarar la Organització Mundial de la Salut (OMS) i la Unicef a la Declaració d'Innocenti sobre la protecció, promoció i suport a l'alletament matern al 1990 a Florència (2). Des de llavors, l'OMS ha actualitzat i ampliat les directrius recomanant a totes les mares alletar, de manera exclusiva, als seus nadons durant els primers 6 mesos de vida i, fins els 2 anys, complementada amb altres elements nutritius, amb la finalitat d'oferir als seus fills un creixement, desenvolupament i salut òptims.

La llet materna fomenta el desenvolupament sensorial i cognitiu i protegeix al nadó de malalties infeccioses i malalties cròniques. La lactància materna exclusiva redueix la mortalitat del lactant per malalties freqüents a la infància com la diàrrea i la pneumònia i ajuda a una recuperació més ràpida de les malalties. Aquests efectes són mesurables tant en societats amb escassos recursos com en les societats riques (3).

El Global Health Observatory (GHO) recull dades sobre la lactància materna com a part de les activitats de vigilància de salut, tot i això, els diferents criteris entre països dificulta el registre i la monitorització de l'alletament matern. Les dades mundials publicades per l'OMS aporten informació des de 2010 i les de l'*Instituto Nacional de Estadística* (INE) més recents són de 2012.

Malgrat els beneficis, la prevalença de lactància materna exclusiva dels nens menors de 6 mesos en la majoria dels països de baixos i mitjans ingressos no supera el 37%. Aquesta prevalença és inferior en els països d'ingressos alts, amb poques excepcions com en els casos d'Eslovènia i Croàcia amb un 49% i 52% respectivament (1,4).

Al 2017, la Unicef, mitjançant la Targeta de Puntuació Mundial per la Lactància Materna (5), va avaluar les pràctiques en alletament matern de 194 països entre els quals el 40% dels nens menors de 6 mesos rebien lactància materna exclusiva i, tant sols 23 països, registraven índex exclusius de lactància materna superiors al 60%.

Els països europeus tenen una baixa incidència d'alletament matern exclusiu als 6 mesos, amb l'índex més alarmant a Regne Unit on al 2010 era inferior a l'1% (1).

A España, la *Guía de práctica clínica sobre lactància materna* publicada pel Ministerio de Sanidad al 2017(6), presenta les dades mes recents fins el moment publicades per l' Instituto Nacional d'Estadística (INE) en alletament matern a l'estat que, com s'ha esmentat, daten del 2012. Segons l'INE, el percentatge d'alletament matern exclusiu als 6 mesos era del 25% al 2006 i del 29% al 2012 (6). El país Basc és la zona amb més índex de lactància materna als 6 mesos (40%) i Catalunya manté el percentatge estatal (29%).

Les dades del 2012 de l'*Encuesta Nacional de Salud* a Catalunya (ESCA), mostren que el 66% dels nadons prenen alletament matern exclusiu al mes de vida i el 54% als tres mesos. Aquestes dades coincideixen amb les publicades per l'Agència de Salut Pública, el Departament de Salut i el *Sistema Nacional de Salud* del 2012 i 2015 respectivament (7,8,9). Segons l'ESCA, al 2012 el 81% de nadons iniciaven l'alletament matern després del naixement però al 6è mes tant sols alletaven el 41%.

S'ha de tenir en compte que aquestes dades es refereixen a nadons alimentats amb llet materna però inclouen tant als nadons alimentats amb lactància materna de manera exclusiva com als alimentats amb llet de fórmula i llet materna de manera simultània.

Les activitats, dirigides a la promoció i educació en lactància materna, milloren els resultats en relació a la durada i la instauració d'alletament (10), però tot i això, la causa de la baixa prevalença de la lactància materna exclusiva és multifactorial i l'actuació professional hi té un paper rellevant (11).



La llevadora, per la seva formació i competències professionals, és la professional amb el paper més rellevant en aquesta tasca. Les competències de la llevadora en promoció de la salut, l'assistència tant durant la gestació com al part de baix risc i el procés del puerperi fins als 28 dies de vida del nadó, la converteixen en un element clau per promoure, fomentar i donar suport a l'alletament matern durant tot el procés.

Aquest estudi pretén analitzar les causes de l'abandonament precoç de la lactància materna exclusiva (LME) així com l'eficàcia d'eines de suport, com l'atenció telefònica de la llevadora durant la instauració de la lactància. Els resultats d'aquest estudi haurien de reduir les taxes d'abandonament precoç de la lactància i, com a conseqüència, disminuir la morbi-mortalitat de les mares i els nadons, minorar el cost sanitari per ingrés neonatal, rebaixar la despesa econòmica de la població en sucedanis de llet i atenuar el cost ecològic que comporta la fabricació de llet de fórmula (12,13).

El fet d'orientar la recerca a les mares primíparaes com a grup de risc, pot influir en la reducció de l'abandonament precoç de la lactància exclusiva en les gestacions futures.

## 2. Introducció

---

### 2.1 Lactància materna i la promoció de la salut

La lactància materna (LM) és l'alimentació natural i fisiològica dels nadons durant els primers mesos. A més a més, és una manera fàcil, econòmica i altament efectiva perquè les mares contribueixin a la salut dels seus nadons i de la població adulta del futur. Segons l'OMS *“La lactància materna és una de les maneres més eficaces per garantir la salut i la supervivència dels infants”* i afegeix que *“ si gairebé tots els nens fossin alletats, cada any es salvarien 820.000 vides infantils”*. Tot i això, a nivell mundial, només el 40% d'infants menors de sis mesos reben llet materna com alimentació exclusiva”(1).

Els beneficis i l'efecte protector de la lactància materna exclusiva (LME) per a la salut materno-infantil són amplament acceptats. Ja al 2002, la revisió sistemàtica de Kramer i Kakuma evidenciava les recomanacions de l'OMS referent a la durada de la LME (14). En la revisió sistemàtica d'Aguilar et al de 2015, els estudis verifiquen que el màxims beneficis de la lactància materna pels nadons i les mares s'obtenen quan la durada de la lactància materna és fins als 6 mesos, de manera exclusiva, i s'estén fins als dos anys, complementada amb altres aliments. Aquests resultats recolzen les recomanacions actuals de l'OMS (15).

La bibliografia que posa de manifest els beneficis de la lactància materna, tant pels nadons com per les mares, és extensa. Segons Rollins, aquesta proporciona a curt i llarg termini, la salut i els avantatges econòmics i ambientals per als nens, les dones i la societat (16).

En les investigacions de Victoria et al. i Romieu et al., l'alletament implica, per les mares lactants, protecció contra el càncer de mama, el càncer d'ovari i la diabetis tipus II (4)(17). Per altra banda, Kramer i Dogaru posen de manifest una associació positiva entre la lactància materna, la reducció de l'asma i la presència de sibilàncies en els nadons (18,19).

Al 2017, un estudi realitzat pel Global Breastfeeding Collective, va demostrar que caldria una inversió de 4,70 dòlars per nadó i any per augmentar el 50% la taxa mundial de lactància dels nens menors de 6 mesos d'aquí al 2025. Aquest objectiu podria salvar la vida de 520.000 nens menors de 5 anys i generar potencialment 300.000 milions de dòlars de guanys econòmics en 10 anys, com a resultat de la reducció de les malalties, els costos d'atenció mèdica i l'augment de productivitat (20).

Segons un estudi de Zakarija-Grković realitzat al 2015, lactar als nadons per sota de les recomanacions de l'OMS, contribueix significativament a la càrrega de la malaltia a nivell mundial (21). L'estudi pretenia també identificar els factors de risc associats amb la lactància materna insuficient i es va detectar que el 99% de les mares va iniciar la lactància materna, però només el 2,2% va realitzar alletament exclusiu durant l'estada hospitalària. La lactància materna insuficient es va associar a l'hàbit tabàquic durant l'embaràs, la intenció d'usar el xumet i l'administració de suplementes de fórmula a l'hospital.

L'experiència prèvia és també un factor condicionant de l'èxit a l'hora d'al·letar i la primiparitat està associada negativament a l'al·letament. Autors com Zakarija, en el seu estudi sobre factors que dificulten la lactància exclusiva als 3 mesos (21) i Oliver-Roig, identifiquen les dones primigestes, com les mares més vulnerables a l'abandonament precoç de la lactància (22). Tal com afirma Oribe et al., en el seu estudi de 2015 sobre els factors associats en la durada de la LME, durant els primers 6 mesos les mares primíparaes tenen major risc d'abandonament precoç de la LME per la manca d'experiència prèvia i la dificultat de reconèixer el signes de normalitat durant les primeres setmanes (23). A l'hora, l'experiència de les mares que han al·letat de manera satisfactòria, actua com a factor protector per les lactàncies futures de manera que, actuar i aconseguir millorar les taxes d'al·letament en les mares primíparaes, augmenta la lactància materna de la població i per tant la seva salut (22).

En els països de renda alta, l'abandonament precoç de la LME està relacionat amb una pèrdua de la salut infantil, expressada entre d'altres, amb un augment de la incidència de l'obesitat infantil i patologies com la diabetis tipus I i II. En els països de baixa renda aquest abandonament es tradueix en un augment de malnutrició i mortalitat infantil. (13). Així doncs, es pot afirmar que la pràctica de la lactància és clau pel manteniment de la salut a nivell mundial i s'ha de considerar una manera de promocionar i assegurar la salut de la població.

Tot i l'evidència publicada durant la última dècada, fins no fa massa existien opinions i recomanacions que discrepaven sobre la durada òptima de la lactància materna exclusiva més enllà dels quatre mesos d'edat. Les dades actuals de LME a Catalunya, a l'Estat i a Europa (24,1) mostren que el debat existent de la darrera dècada sobre la lactància materna exclusiva més enllà dels quatre mesos d'edat s'ha integrat en la societat, els professionals i les famílies.

A Catalunya, tot i que l'inici de la LME en el moment del naixement és del 81%, a les 6 setmanes les dades estatals no superen el 66% (25). Aquest període de temps correspon al moment d'instauració de l'al·letament matern, moment de màxim risc d'abandonament. Això indica les dificultats de les mares per aconseguir alletar de manera exclusiva les primeres setmanes com a conseqüència, entre d'altres, de les actuacions incorrectes o el suport insuficient dels professionals que tenen contacte amb les mares després del part.

Per identificar els punts que intervenen en la pràctica de la lactància materna, aquesta s'ha de considerar una activitat clau en la promoció de la salut i cal analitzar-ne tots els aspectes.

La promoció de la salut és un concepte que va més enllà de les actuacions que milloren la salut de la població i pretén apoderar les persones perquè tinguin un major control sobre la seva salut. En la 9<sup>a</sup> Conferència internacional de Promoció de la Salut, a Shanghai 2016, s'estableix que la promoció de la salut es basa en:

- Enfortir els governs i les polítiques perquè les persones puguin triar les opcions més saludables, assequibles i accessibles per crear sistemes sostenibles que facin realitat la col·laboració de tota la societat.
- Crear ciutats preocupades pel medi ambient que permetin viure, treballar i divertir-se en harmonia i bona salut.
- Millorar els coneixements i les competències socials per ajudar a les persones a triar les opcions i prendre les decisions més saludables per la seva salut i la de les seves famílies (26).

Per les seves característiques, la promoció de la salut suposa una acció intersectorial sòlida que fa possible la mobilització social necessària per la transformació de les condicions de salut.

El concepte de promoció de la salut però, és relativament nou. Cal posar de manifest que el punt d'inflexió s'inicià fa tres dècades, quan al 1986 l'OMS elabora la Carta d'Ottawa, en la qual es descriuen les accions que s'han de realitzar per assolir La Salut per a Tothom del 2000 en endavant (27). En aquest document, s'estableixen els principis bàsics de la promoció de la salut que aspiren a identificar els seus determinants i influir positivament en ells. Aquests determinants són factors socials i econòmics que condicionen la salut, entre els quals s'identifiquen l'educació, la professió,

les condicions laborals o el nivell d'ingressos. Aquests, a l'hora, influeixen sobre elements de risc com l'hàbit tabàquic, el consum d'alcohol, la dieta poc adequada o la inactivitat física.

Per primer cop doncs, es contempla la salut com un recurs i no com un objectiu, i aquesta no és tant sols una responsabilitat exclusiva del sector sanitari i va més enllà dels estils de vida saludables (1).

D'aquesta manera, la promoció de la salut apodera les persones perquè tinguin un major control sobre la seva salut. Per aconseguir-ho, fomenta les aptituds individuals, esperonant l'acció de la comunitat i potenciant les polítiques públiques, els serveis de salut i els entorns saludables.

En l'elaboració de la Carta d'Ottawa es van descriure els fonaments de la promoció de la salut que permeten situar la lactància com a determinant de salut i a l'hora, desenvolupar la complexitat de tots els aspectes implicats en la seva pràctica (27).

Si es parteix del fet que hi ha unes condicions fonamentals per la salut com són la pau, l'educació, l'habitatge, els ingressos, l'alimentació, els recursos sostenibles, la justícia social, l'equitat i un ecosistema estable, millorar la salut requereix d'una base sòlida que es fonamenta en *advocar, capacitar i actuar com a mediadors*.

La promoció de la salut té com a objectiu que les condicions polítiques, econòmiques, socials, culturals, ambientals, biològiques i de comportament, siguin favorables i *advoquin* per la salut. Es centra en l'equitat i té com objectiu reduir les diferències en salut i assegurar les mateixes oportunitats que *capacitin* a tothom a assolir-ne el màxim potencial. A l'hora exigeix una acció coordinada entre totes les parts implicades: els governs, el sector sanitari, les organitzacions no governamentals, el sector econòmic i les persones de tots els àmbits, tant a nivell individual, familiar com comunitari. Tot i això els grups professionals i el personal sanitari tenen la responsabilitat d'actuar com a mediadors entre els interessos de la societat per aconseguir la salut (27).

Les accions de promoció de la salut es basen en els 5 pilars, que s'anomenen a continuació, i la lactància materna està íntimament relacionada amb tots ells (27).

Pel que fa a l'*Elaboració d'una política pública saludable*, el primer dels cinc pilars, cal considerar la salut com un element transversal, caracteritzat per la seva intersectorialitat. Els que elaboren les polítiques són responsables de les conseqüències que les seves decisions tenen per la salut i la seva acció coordinada és el que condueix a les polítiques, socials i de salut, a l'equitat (27).

A Espanya, les polítiques amb repercussió sobre l'alletament com per exemple, el permís de maternitat, paternitat ( de 16 i 4 setmanes respectivament) i el permís d'alletament (d'una hora al dia durant un any) són contràries a la possibilitat de la millora de la prevalença de la lactància (28,29). En aquest cas, l'estat és el vuitè del rànquing europeu darrera de països Suècia o Noruega amb 92 i 56 setmanes respectivament i no afavoreixen en cap cas les recomanacions internacionals, de manera que moltes mares abandonen la LME a les 16 setmanes del part per iniciar la transició en la seva reincorporació laboral (30) (31) malgrat aquestes utilitzin altres alternatives, com l'extracció de llet materna dins la jornada laboral.

Cal posar de manifest que, per alimentar als nadons amb llet materna de manera exclusiva fins al 6 mesos, tal i com recomana l'OMS, cal fer-ho a demanda i aquesta és incompatible amb una jornada laboral de la mare. L'extracció de llet materna abans d'aquest període per fer compatible la jornada laboral amb l'alimentació del nadó sòl estar relacionada amb la introducció d'altres aliments abans dels 6 mesos.

Per altra banda, un dels compromisos sol·licitats en la declaració d'Innocenti era que els governs desenvolupessin polítiques nacionals envers l'alletament matern i s'establís un procés de monitorització dels objectius, desenvolupant indicadors com la prevalença de nadons alimentats amb lactància materna exclusiva, tant a l'alta com als 4 mesos de vida (2). La realitat actual però, és la disparitat de definicions existents en la monitorització del tipus d'alimentació dels nadons que dificulta la seva anàlisi, fet que posa de manifest la poca transcendència de la lactància en les polítiques de salut. Com defineix Oliver Roig, l'existència de diferents classificacions dificulta la interpretació dels estudis sobre les pràctiques i la durada de la lactància (22).

En el present estudi, prenent com a base la classificació de l'OMS, s'ha optat per les següents definicions de l'alimentació del lactant menor de sis mesos (32,33).

*Lactància Materna Exclusiva (LME):* El lactant s'alimenta només de llet materna, no rep cap altre aliment, ni beguda ni aigua. Pot rebre vitamines, medicines o xarops.

*Lactància materna parcial (LMP):* El lactant rep llet artificial o d'altres aliments a més a més de la llet materna.

*Lactància materna (LM):* Inclou la lactància materna exclusiva (LME) i lactància materna parcial (LMP).

*Alimentació de fórmula* (AF): El lactant només s'alimenta de llet de fórmula.

Del 2on pilar, *Crear entorns de suport*, cal ressaltar que els lligams entre les persones i el seu entorn són complexes i constitueixen la base d'un enfocament sòcio-ecològic respecte la salut. El treball i l'oci haurien de ser font de salut de la població i com s'organitza aquest treball hauria de contribuir a una societat saludable (27).

L'alletament requereix un suport globalitzat que inclogui tant que les mares treballadores que alleten puguin mantenir aquesta pràctica com facilitar la flexibilitat horària i comptar amb espais dins els centres de treball que permetin, més enllà dels 6 mesos, alletar o realitzar l'extracció de llet de manera íntima i agradable.

Per altra banda, tal com afirmen Stuart-Macadam i Dettwyler en la seva obra *Breastfeeding, Biocultural Perspectives*, la lactància materna és el fenomen biocultural per excel·lència i en els humans, a més d'un procés biològic, és un comportament determinat per la cultura (34). Així doncs, el suport de les mares lactants fins la incorporació massiva d'alimentació de fórmula entre els anys 50 i 60, va ser la xarxa social femenina de la mare. Aquesta xarxa, formada bàsicament per mares de l'entorn familiar i social que alletaven, era l'encarregada de transmetre els paràmetres de normalitat, capacitant i apoderant les noves mares durant la instauració d'aquest procés. Com afirma Paricio en referència a la pèrdua de la cultura de la lactància, la incorporació de llet de fórmula a gran escala, va tenir conseqüències desastroses que no s'havien previst, provocant milers de morts infantils per infeccions i desnutrició, augment de patologies infeccioses i immunitàries, hospitalitzacions i patologia de la futura població adulta. Les conseqüències però, van anar més enllà, perquè més d'una generació de dones no van alletar als seus fills, interrompent la transmissió de coneixements intergeneracional i perdent-se la cultura de la lactància (35).

Tot i això Nguyen et al. en una revisió al 2016, sobre quines intervencions ajuden a les mares primíparas a tenir èxit en la instauració de la lactància materna exclusiva durant el primer mes, segueix situant el suport social com el factor més important en la instauració de la lactància (36).

Pel que fa al pilar de *Refermar l'acció comunitària*, comentar que perquè la promoció de la salut funcioni cal apoderar les comunitats per capacitar-les a que puguin decidir sobre els seus interessos. Cal aportar recursos humans i materials perquè la comunitat tingui la possibilitat de donar el suport

social necessari a les mares que volen alletar, creant xarxes de suport a l'alletament que vagin més enllà dels grups de mares expertes. Això requereix accés continu a la formació, conèixer les oportunitats de la lactància envers la salut i suport econòmic (27).

El suport a l'alletament va més enllà dels professionals sanitaris o de l'entorn immediat. L'acció comunitària, en concret les xarxes de suport a l'alletament, juguen un paper clau en l'assoliment de la lactància materna, donant suport tant als professionals com a la població.

A l'Estat i a Catalunya existeixen xarxes de suport a l'alletament, organitzacions sense ànim de lucre amb un paper rellevant tant de divulgació com de formació. En són bons exemples la *Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna* (FEDALMA) creada al 2003 com a federació que integra associacions de l'estat dedicades a la promoció, protecció i recolzament a la lactància materna com estratègia de prevenció de la Salut (37) i l'*Associació Catalana Pro Alletament Matern* (ACPAM), creada a Catalunya al 1991 autora de diversos documents de suport utilitzats de manera habitual per professionals de la salut (38).

El quart pilar, *Desenvolupar les habilitats personals*, es centra en la capacitat de la promoció de la salut per recolzar el desenvolupament individual i col·lectiu, amb l'objectiu d'augmentar les opcions de les persones a tenir més control sobre la seva salut i el seu entorn.

La capacitació de la població durant les diferents etapes de la vida abasta des de l'escola, els ambients laborals, familiars i comunitats, i la capacitació respecte als coneixements en alletament matern permet l'autonomia de decisions de la població sobre la salut dels nadons i les famílies. Així doncs, no es pot començar a parlar de lactància materna durant la gestació, sinó que cal que la pràctica de l'alletament formi part de la normalitat dels infants i de les famílies.

Tal com s'ha esmentat anteriorment, la pèrdua de la cultura de l'alletament matern va conduir per una banda, a la desaparició de les habilitats individuals i de la xarxa familiar i comunitària, i per l'altra, va donar pas a la cultura del biberó (35). Aquesta és la que considera normal l'alimentació dels nadons amb llet de fórmula, i aprecia la lactància materna com una alternativa i un extra que pot aportar beneficis. Quan s'ha perdut la cultura d'alletar de tota una generació, la cultura del biberó s'instaura com la normalitat en l'alimentació dels nadons i acaba determinant les polítiques relacionades amb la salut, les actuacions de les famílies envers l'alimentació del nadons o la formació i l'actuació dels professionals de la salut entre d'altres. L'arrelament cultural d'aquesta pràctica és tant fort que es triguen dècades a restablir-se (39).



Un aspecte que descriu aquesta pèrdua és el joc simbòlic infantil amb nines en el que està totalment integrat el biberó. En treballs com la pel·lícula de Gro Nylander, titulada en català, *el pit no té horari* (40), ja s'observa com, en societats on la pràctica de l'alletament està molt arrelada els nens i nenes juguen a alletar, fet que generalment no succeeix entre les societats immerses en la cultura del biberó. Tot i això, durant els últims anys hi ha hagut esforços des de l'administració per normalitzar pràctiques en alletament, com és el cas del manteniment de la lactància a les escoles bressol. Aquest fet s'observa en la publicació de documents que faciliten aquesta pràctica a pares i professionals (41).

El 5è i últim pilar, *Reorientar els serveis sanitaris*, reforça la idea que el paper del sector sanitari s'ha d'orientar cap a la promoció de la salut, cobrint les necessitats reals en la seva responsabilitat en la prestació de serveis de l'activitat clínica i curativa. D'aquesta manera, caldria que dins de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva, el paper de les llevadores durant el puerperi gaudís de la mateixa prioritat d'altres camps, com la prevenció de malalties de transmissió sexual o el seguiment gestacional entre d'altres, equilibrant el nombre de professionals necessaris per realitzar aquesta tasca.

La reorientació dels serveis sanitaris requereix més atenció en la investigació sobre salut amb canvis en la formació teòrica i formació pràctica dels professionals (1). Des de la pràctica clínica, s'ha entès l'alletament matern com una inversió de salut inigualable pels nadons, per la qual cosa cal realitzar tots els canvis necessaris d'aquelles pràctiques rutinàries inadequades que es continuen realitzant, com per exemple, separar al nadó de la mare durant l'estada hospitalària. De la mateixa manera, és imprescindible regular la formació dels professionals sanitaris que estan en contacte amb mares i nadons com a requisit indispensable per la bona pràctica.

Com element important per aportar evidència a la reorientació dels serveis en l'àmbit de la investigació, l'alletament matern té un llarg camí per recórrer. El fet que es reconeguessin els seus beneficis un cop instaurada l'alimentació de fórmula, situa la recerca a finals del s. XX. La disparitat de definicions sobre l'alletament ja esmentada posa de manifest la poca transcendència de la lactància materna dins la pràctica clínica en el concepte de salut.

## 2.2 La salut materno infantil

L'OMS defineix la salut maternal com aquella que comprèn tots els aspectes de la salut de la mare que abasten des de l'embaràs, el part i el postpart. Tot i que la maternitat hauria de ser una experiència positiva, per massa dones és sinònim de patiment, malaltia o mort. El 70% de les morts maternes estan directament relacionades amb l'hemorràgia del postpart immediat, la infecció, els avortaments complicats, l'eclàmpsia i el part estacionat. L'atenció especialitzada abans, durant i després del part converteixen la majoria de les morts d'aquestes mares i els seus nadons en morts evitables (1).

La salut i la reducció de la morbi-mortalitat materno-infantil és un dels principals objectius de l'OMS i forma part de les estratègies de les últimes dècades.

L'any 2000, 189 països van aprovar la Declaració del Mil·lenni i es va traduir en 8 objectius de desenvolupament sostenible que s'havien d'assolir al 2015. Aquests objectius consistien en eradicar la pobresa extrema i la fam, assolir l'educació primària universal, promoure l'equitat entre sexes i autonomia de la dona, reduir la mortalitat infantil, millorar la salut de la mare, combatre la SIDA, la malària i altre malalties, garantir la sostenibilitat del medi ambient o fomentar una associació mundial pel desenvolupament. La fita de l'objectiu sobre la salut materna consistia en reduir la mortalitat materna en tres quartes parts entre 1990 i el 2015 (42).

Segons estimacions de l'OMS i UNICEF el número anual de morts maternes va disminuir en un 43%, passant d'aproximadament 532.000 al 1990 a una xifra estimada de 303.000 al 2015. A prop del 99% d'aquestes morts maternes (302.000) registrades al món al 2015 es van produir a zones en desenvolupament. La raó de mortalitat materna mundial va ser de 216 morts maternes/ 100.000 nascuts vius. En els països desenvolupats aquestes dades es redueixen dràsticament a 12 morts maternes/ 100.000 nascuts vius.

Referent a la mortalitat infantil mundial, quasi el 40 % dels nens menors de cinc anys que moren cada any són nadons de menys de 28 dies o en període neonatal. La gran majoria de les morts de nadons es produeixen en països de baixa renda amb accés escàs a l'atenció sanitària (43). Les estadístiques del 2007 indiquen una reducció del 27% en la taxa de mortalitat mundial de menors de cinc anys en les últimes dècades, passant de 93 morts per cada 1.000 nascuts vius al 1990 a 68 morts per cada 1.000 nascuts vius. Entre el 1990 i el 2015, als països industrialitzats es van produir 6 morts per cada 1.000 nascuts vius de mitjana (44)

Al 2015, l'OMS va definir l'Estratègia mundial de la salut de la mare, el nen i l'adolescent pel 2016-2030. En l'apartat que fa referència a reduir les morts evitables de mares i nadons, indica que una bona promoció i recolzament de l'alletament matern podria evitar fins el 12% de defuncions de nens menors de 5 anys, disminuir la desnutrició i garantir a tots els nens un bon inici de vida (45).

En els últims 20 anys, la mortalitat materno infantil a Catalunya s'ha mantingut de les més baixes d'Europa. La morbiditat materna a l'Estat i a Catalunya al 2015, va ser de 5 morts maternes/100.000 nascuts vius, front a països com el Regne Unit o EEUU amb 9 i 14 morts maternes/100.000 nascuts vius respectivament (46).

Segons els indicadors del Banc Mundial i coincidint amb les dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), la mortalitat infantil, en el cas d'Espanya i Catalunya, està per sota de la mitjana dels països industrialitzats. La taxa va ser de 3.8 morts menors d'un any /1000 nascuts vius, similar a països europeus com França, Alemanya o Dinamarca i ens indiquen els bons resultats del sistema de salut (47)(48).

Cal destacar que aquests resultats son fruit, junt amb el gran desenvolupament de procediments i tecnologies aplicats a l'àmbit del control de la gestació i del diagnòstic i tractament dels trastorns neonatals, a la creació, durant els anys 80, dels centres d'atenció primària que es van integrar a la xarxa pública sanitària del Servei Català de la Salut i que van derivar en els actuals centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva ( ASSIR) (49).

La Llei 30/85 General de Sanitat de l'any 1985 faculta les comunitats autònomes perquè assumeixin les competències en Salut Pública per proporcionar directrius als professionals de l'àmbit de l'Atenció Primària amb l'objectiu general d'aconseguir cobertura universal en tots aquells aspectes bàsics d'aquesta àrea i disminuir la morbi-mortalitat materna i infantil.

L'estructura actual de l'atenció a la salut materno-infantil s'han d'emmarcar al 1990 quan en el *Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* es va aprovar el document de Criteris Bàsics de Salut Materno infantil que serviria com a referència a les Comunitats Autònomes per l'elaboració dels seus programes i es van establir uns criteris mínims de prevenció que abasten les següents grans àrees d'activitats que inclouen diferents programes:

*Atenció a la planificació familiar:* S'entén com el dret de decidir lliurement i responsable sobre el número de fills i l'espaiament entre les gestacions, a partir de la presa de decisions responsable per

promoure la salut, el benestar de la família i de la comunitat i té com objectiu prevenir les gestacions no desitjades.

*Detecció precoç de càncers ginecològics:* Inclou el càncer de cèrvix i el càncer de mama a partir de proves de diagnòstic precoç.

*Atenció als trastorns del climateri:* Té com objectiu fomentar els hàbits saludables per prevenir processos freqüents en aquesta etapa vital.

*Atenció a l'embaràs, part i puerperi:* Té com objectius la cobertura universal de l'atenció a la gestació, el part i el puerperi i la prevenció dels problemes associats a aquests processos, el control gestacional precoç, l'educació pel naixement durant la gestació i postpart així com promoure la participació activa de la mare i la seva parella durant tot el procés.

*Consell genètic i diagnòstic prenatal:* L'objectiu principal és la detecció d'anomalies durant el període intrauterí que poden originar minusvàlides físiques o psíquiques severes per informar la mare i facilitar la lliure decisió sobre la gestació (50).

En l'àrea de la salut del nen són prioritaris els programes de seguiment del nen sa, inclosos els que es refereixen a nutrició i ambient escolar entre d'altres. En aquest programa és fonamental la detecció precoç de minusvalideses degudes a malformacions congènites o bé a accidents infantils, la prevenció dels quals, és un dels aspectes importants del programa de Salut materno-infantil.

A Catalunya l'Atenció materno-infantil s'inclou en l'àmbit d'atenció primària i atenció hospitalària segons el moment i nivell de risc gestacional. En un primer moment, a l'atenció primària, amb el Decreto 283/1990 (51), s'inicia el Programa d'Atenció a la Dona que passa més endavant a convertir-se en els ASSIR esmentats, a partir de Decret 284/2004 i l'actualització de la cartera de serveis de 2007 (52,53). En aquesta última actualització s'inclouen els programes de seguiment de l'embaràs, l'atenció al part i al puerperi, l'educació maternal i el diagnòstic prenatal en aquells embarassos que presenten risc de malformacions així com l'atenció als joves, l'educació afectiva i sexual, el consell reproductiu, l'atenció comunitària, la interrupció de l'embaràs, la prevenció de càncer de coll, la prevenció de càncer de mama, la prevenció d'infeccions de transmissió sexual (ITS), l'atenció a la patologia ginecològica i l'atenció a la violència de gènere.

A l'atenció primària, l'ASSIR està format per un equip multidisciplinari integrat per llevadores, ginecòlegs i psicòlegs i té per objectiu promoure, impulsar, coordinar i realitzar les activitats d'atenció integral a la dona en els aspectes relatius a la orientació i la planificació familiar, l'educació maternal, l'embaràs, el part, el postpart i la resta d'estats fisiològics.

L'atenció hospitalària inclou el seguiment gestacional d'alt risc, el diagnòstic prenatal, el part, el puerperi immediat i atenció als nounats. Els equips estan formats per llevadores, ginecòlegs, obstetres, infermeres, anestesistes i pediatres (54).

Tot i l'excel·lència dels resultats matern infantils a Catalunya, al 2013 es va realitzar el Pla d'Enquestes de Satisfacció d'Assegurats del CatSalut per Línia de Servei Embaràs Part i Puerperi (PLAENSA) amb uns resultats poc satisfactoris en la valoració de les mares referent al suport rebut durant el puerperi tant en l'estada hospitalària com al domicili (55). Al 2016 (56) els resultats van obtenir una millora poc significativa, dades que indiquen la necessitat de incidir en la coordinació del treball interdisciplinari entre els equips dels hospitals materno infantils i els ASSIR que tenen contacte amb les mares durant la gestació i el puerperi. Tal com descriu Anstey en el seu estudi sobre les barreres percebudes pels professionals que donen suport a la lactància materna, una de les dificultats és, justament, la manca de col·laboració dels equips interdisciplinaris que tenen contacte amb les mares lactants (31).

La finalitat que en darrer terme persegueix el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 és que la població tingui millor salut i qualitat de vida. Aquest determina uns objectius de caràcter general que estan relacionats amb els reptes principals que la població té en relació amb l'estat de salut, la morbi-mortalitat, els factors de risc, les desigualtats en salut, la qualitat assistencial i la seguretat dels pacients. Aquests objectius es basen també en les recomanacions d'organismes internacionals com ara l'Oficina Europea de l'Organització Mundial de la Salut o la Unió Europea (57). És rellevant que la incidència de LME no s'especifiqui, de manera concreta, dins el pla de Salut de Catalunya, 2016-2020. Tot i això, aquesta està íntimament relacionada amb els objectius referents a disminuir la prevalença de l'excés de pes en els adults, la prevalença d'excés de pes en els infants i l'alimentació infantil adequada.

### 2.3 Les competències de la llevadora

La professió de llevadora, està íntimament relacionada amb la l'evolució de la nostra espècie. Segons les antropòlogues Trevathan i Rorenberg , la mida del crani del nadó, el bipedisme i la forma del canal de la pelvis, condicionen que l'esser humà desenvolupi una conducta única en relació al part. A diferència d'altres primats que trien la soledat per donar a llum, les mares humanes busquen activament ajut durant el part, de manera que la llevadora es converteix en fonamental des de l'inici de l'espècie (58).

Tal com assenyala Manrique et al. en la seva recerca sobre la història de la professió de llevadora, les primeres referències sobre l'atenció al part ja apareixen en el paleolític en les pintures rupestres i les primeres ressenyes escrites daten del 1800 aC. a l'Antic Testament. A l'era egípcia el papir *Westcar* (1700 aC.) i el papir *Ebers* (1550 aC) descriuen coneixements específics de les llevadores com utensilis per ajudar en el moment del part, mecanismes per accelerar-lo, com calcular la data probable de part, el pronòstic del nou-nat segons el plor, o la determinació de l'assistència al part per llevadores expertes (59). Fa 26 segles, a Grècia, s'identifica a Phainareté, mare de Sòcrates com una de les primeres llevadores conegudes de la història i base inspiradora pel mètode socràtic de resolució de problemes, *la Mayéutica* que significa *tècnica d'assistir als parts*. Al segle II dC. el metge en obstetrícia Sorano de Éfeso, escriu el primer llibre per llevadores *De Morbis Mullierum* i aquest fet també indica la importància que tenia per la llevadora saber llegir i escriure.

Des del S.V al S. XIII el posicionament de l'església obstaculitza el desenvolupament del coneixement, de la ciència i la medicina com a professió. A partir del S.XIII hi ha un renaixement de la ciència en general, impulsada pel coneixement del món àrab. Malgrat el control de l'església sobre la medicina que dificulta el seu desenvolupament, el coneixement no regulat de les llevadores sobre anatomia, drogues i fitoteràpia creix de manera intensiva, fet que s'evidencia al 1527 quan Paracelso, considerat el pare de la medicina moderna, va cremar el seu manual de farmacologia confessant que tot el que sabia ho havia après de les bruixes, tal com es considerava a les hores les llevadores tradicionals (60). A l'edat mitjana, els coneixements es transmeten de forma oral, habitualment de mares a filles i cal destacar una forta relació entre la professió de llevadora i la bruixeria, de manera que, tant a Europa com a EEUU, l'església va perseguir la bruixeria i la superstició present entre embarassades i llevadores.

Tal com relaten Ehrenreich i English, la veritable explicació del conflicte no es tant entre ciència i superstició sinó la llarga història de lluita de classes i sexes en tots els àmbits de la societat. Mentre

les dones van tenir un paper en el món de la medicina, es va fer des de l'àmbit tradicional, i quan es va eliminar, el seu paper va quedar supeditat al dels homes metges (61).

Tot i això, tal com descriu Fajardo en la seva anàlisi de la professió de llevadora, a l'Espanya del S. XV, la llevadora es reconeguda per la legislació (60) i al segle XVIII aquesta professió assoleix una tendència fonamentalment científica i aconsegueix la consagració de professió com activitat quirúrgica. Al 1804 a Espanya es regularitzen els estudis oficials de llevadora, fet ja habitual a l'Europa de 50 anys abans. Durant el S.XIX i el S. XX, es succeeixen diferents lleis, Ordres i cèdules que configuren el marc legal de la professió de llevadora que es coneix en l'actualitat (59,60).

A Espanya, la llevadora es manté com a professió independent fins al 1953, any en el que s'unifica amb el títol d'infermeria. Al 1977 s'incorpora dins dels estudis universitaris però, al 1987 les escoles de llevadora d'Espanya tanquen per dificultats amb la normativa europea. La formació de llevadores queda interrompuda fins al 1994, quan amb l'Ordre del 22 d'octubre de 1993, es reinicia la formació com a especialitat d'infermeria en obstetrícia i ginecologia (60).

Actualment, aquesta professió, és un títol universitari regulat a nivell europeu per la Directiva 2005/36/CE (62). A nivell estatal l'Ordre SAS/1349/2009 va publicar el programa formatiu de les llevadores especificant que *“La llevadora és una professional reconeguda internacionalment en tots els sistemes sanitaris en els que es considera una figura essencial que incideix en un àmbit social tan important com el de la maternitat i l'atenció integral durant el cicle vital de la dona en totes les seves fases: salut reproductiva, climateri i sexualitat.”*(63) i la seva formació acadèmica curricular inclou formació específica referent a l'al·letament matern tant en situacions normals com especials.

L'OMS defineix la llevadora com la professional més indicada i eficient per encarregar-se de la cura de la gestació i el part normal, incloent la detecció del risc i reconeixement de les complicacions. Brown afirma que, quan els parts normals són atesos per llevadores amb capacitat de prendre decisions, la prevalença i la gravetat de la lesió perineal tant espontània com de la episiotomia, són significativament menors (64). A l'hora el *National Institute for Health and Clinical Excellence* i la *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio* *Guía de Práctica clínica del Ministerio de Sanidad* recolzen que les visites prenatales en gestacions de baix risc siguin coordinades i realitzades per llevadores (65,66).

A Espanya, l'article 55 del Real Decreto 1837/2008, del 8 de novembre defineix que l'exercici de les activitats professionals de la llevadora són (67):

- *“Prestar informació i assessorament adequats sobre la planificació familiar.*
- *Diagnosticar l'embaràs i supervisar l'embaràs normal; realitzar els exàmens necessaris per a la supervisió del desenvolupament dels embarassos normals.*
- *Prescriure o assessorar sobre els exàmens necessaris per al diagnòstic precoç dels embarassos d'alt risc.*
- *Facilitar programes de preparació parental i preparació completa al part, inclosa la informació relacionada amb al higiene i la nutrició.*
- *Oferir cures i assistència a la mare durant el part i supervisar la condició del fetus en l'úter mitjançant els mètodes clínics i tècnics apropiats.*
- *Atendre el part normal quan es tracti d'una presentació de vèrtex, incloent-hi, si cal, la episiotomia i , en cas d'urgència, atendre el part en presentació de natges.*
- *Reconèixer en la mare o el nen els signes indicadors d'anomalies que precisin la intervenció d'un metge i, si s'escau, assistir a aquest; adoptar les mesures necessàries en absència del metge, en particular l'extracció manual de placenta, seguida, si s'escau, el reconeixement manual de l'úter.*
- *Reconèixer i oferir les cures al nadó; adoptar totes les iniciatives necessàries en cas de necessitat i practicar, si arriba el cas, la reanimació immediata.*
- *Assistir i supervisar el progressos de la mare després del part i prestar-li l'assessorament necessari en relació amb les cures al nen perquè pugui garantir el progrés òptim del nounat.*
- *Realitzar el tractament prescrit pel metge.*
- *Redactar els informes que siguin necessaris”.*

De la mateixa manera, l'Ordre SAS/1349/2009 (63) defineix que la llevadora és competent i està capacitada per:



- a) *“Participar i, si s'escau, liderar i dinamitzar programes de salut matern infantil, atenció a la dona i de salut sexual i reproductiva.*
- b) *Fer atenció al binomi mare-fill en el diagnòstic, control i assistència durant l'embaràs, auxiliant dels mitjans clínics i tecnològics adequats.*
- c) *Fer atenció al binomi mare-fill en el diagnòstic, control i assistència durant el part, auxiliant dels mitjans clínics i tecnològics adequats.*
- d) *Donar atenció al binomi mare-fill en el diagnòstic, control i assistència durant el puerperi, auxiliant dels mitjans clínics i tecnològics adequats.*
- e) *Fer atenció al nounat dirigida a afavorir els processos d'adaptació i detectar precoçment les situacions de risc.*
- f) *Detectar precoçment els factors de risc i problemes de salut en el binomi mare-fill durant l'embaràs, part i puerperi, duent a terme activitats de diagnòstic, control, derivació i seguiment dels mateixos, i, en cas necessari, prendre les mesures d'urgència oportunes.*
- g) *Realitzar una adequada educació per a la salut de la dona, família i comunitat identificant les necessitats d'aprenentatge en relació amb la salut maternoinfantil, la salut sexual, reproductiva i en el climateri, portant a terme els diferents programes educatius relacionats amb les necessitats detectades.*
- h) *Realitzar consell afectiu sexual i consell reproductiu a la dona, joves i família.*
- i) *Promoure una vivència positiva i una actitud responsable de la sexualitat en la població i assessorar en matèria d'anticoncepció.*
- j) *Realitzar activitats de promoció, prevenció i col·laborar en les activitats d'assistència i recuperació de la salut sexual, reproductiva i del climateri de la dona.*

- k) *Detectar en la dona factors de risc genètic i problemes ginecològics, per derivar, si és el cas al professional competent.*
- l) *Aplicar els principis del raonament clínic, detecció de problemes, presa de decisions, pla d'actuació i cures i avaluació, adequats a les diferents situacions clíniques en l'àmbit d'actuació de la llevadora.*
- m) *Establir una comunicació efectiva amb la dona, família i grups socials.*
- n) *Treballar i comunicar-se de manera efectiva amb l'equip de salut.*
- o) *Exercir la professió de llevadora de manera ètica en base a la legislació vigent i assumir la responsabilitat derivada de les seves actuacions.*
- p) *Assessorar sobre la legislació vigent encaminada a protegir els drets de la dona i la seva família.*
- q) *Gestionar les activitats i recursos existents en l'àmbit de l'atenció de salut matern infantil i l'atenció de salut sexual i reproductiva.*
- r) *Emetre els informes necessaris i registrar de forma efectiva les activitats realitzades.*
- s) *Dur a terme activitats docents adreçades a les pròpies llevadores i altres professionals de la salut, en qualsevol dels seus nivells.*
- t) *Desenvolupar activitats de recerca encaminades a la millora contínua de l'activitat professional, i per tant, del nivell de salut de la dona i del nadó.*
- u) *Realitzar una pràctica clínica basada en l'evidència científica disponible.*
- v) *Mantenir actualitzades les competències professionals.*
- w) *Liderar i desenvolupar l'especialitat mitjançant el compromís professional.*

*x) La complexitat de les funcions que s'atribueixen a la llevadora s'inscriuen en el marc dels principis d'interdisciplinari i multidisciplinari dels equips professionals en l'atenció sanitària que consagra la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries”.*

Així doncs, les competències de la llevadora abasten l'atenció a la salut sexual i reproductiva de les dones i actua tant en l'àmbit hospitalari com comunitari i d'atenció primària. Entre les activitats que realitza la llevadora a l'ASSIR, s'inclou el seguiment de les gestants de baix risc (68) i l'atenció del binomi mare-fill durant el puerperi que comprèn des de l'alta hospitalària a les 6 setmanes postpart, període en el qual s'instaura l'alletament matern. Les activitats a nivell hospitalari inclouen el seguiment de la gestació de baix risc de les gestants a terme, el seguiment del treball de part, l'atenció a l'expulsiu dels parts eutòcics i el suport i seguiment de la mare i el nadó durant l'estada hospitalària.

La llevadora adopta dins la salut pública un paper rellevant com protectora de la salut, individual, col·lectiva i comunitària, actuant sobre les condicions i la qualitat de vida de la població. És la primera professional del sistema de salut que té contacte continuat amb les dones sanes i les seves famílies jugant un paper clau durant la gestació, puerperi i lactància. A l'hora, les seves competències, la situen en una posició privilegiada dins el camp de la promoció de la Salut que referma l'acció comunitària i desenvolupa les habilitats de la població, apoderant les mares en la gestió de la seva salut i la dels seus nadons (69).

## 2.4 El suport a l'alletament matern

Tot i les avantatges evidents de l'alletament matern exclusiu, actualment hi ha una baixa prevalença a nivell mundial. Un dels fets decisius, va ser, tal com afirma Paricio, en referència als aspectes històrics de la lactància materna, la introducció indiscriminada dels sucedanis industrials de llet en l'alimentació dels nadons. Aquesta actuació, que es va posar en marxa sense garanties i de manera massiva, va multiplicar la mortalitat infantil arribant a ser catastròfica en els països menys desenvolupats (70). Aquest esdeveniment va ser de tal envergadura que l'OMS l'ha classificat com el més gran experiment sense comprovacions prèvies realitzat en una espècie (71).

La introducció de sucedanis de llet de vaca a gran escala va estar afavorida per diferents situacions, com són les avantatges que comportava la incorporació laboral de la dona, la possibilitat de mesura i control de l'alimentació del nadó per part de la medicina i els interessos econòmics de la indústria entre d'altres (72). No lactar als nadons durant mig segle va comportar per una banda, la pèrdua generacional de la cultura de la lactància, transmesa fins a les hores entre mares, filles i la xarxa social femenina i per l'altra, la incorporació de la cultura del biberó que segueix actualment instal·lada en la majoria de països industrialitzats.

L'evidència científica de finals del S. XX, que situa la lactància materna com l'aliment idoni pels nadons de manera exclusiva fins els 6 mesos i amb la introducció d'altres aliments fins els dos anys junt amb la baixa prevalença de lactància a nivell mundial i la pèrdua de coneixements per part de la població, van evidenciar la necessitat de protegir, potenciar i promocionar l'alletament matern a nivell tant polític, com social i institucional amb iniciatives, en moltes ocasions, liderades per llevadores, que es van iniciar a meitat del segle XX i continuen en l'actualitat .

Les primeres a adonar-se'n que necessitaven ajuda, van ser les pròpies mares. A l'hora d'alletar un fill per primera vegada, els calia el suport i l'experiència del seu entorn més immediat. Al 1956, a Illinois, als EEUU, un grup de set mares lactants va fundar el primer grup de suport a la lactància *La Leche league* per donar suport a totes aquelles mares que volguessin alletar als seus nadons. Com a dada rellevant sobre la dificultat de l'alletament en aquell moment, el grup va rebre aquest nom perquè en el moment de la fundació, els diaris evitaven publicar notícies referents a reunions en que aparegués la paraula *Breastfeeding* (alletament matern) ja que als anys 50 la paraula *breast* (mama) es considerava poc adequada en la publicació de revistes divulgatives o familiars. Actualment, és l'organització sense ànim de lucre, dedicada a promoure i recolzar la lactància materna, més gran que existeix amb representació a tots els estats del EEUU i a més de 85 països (73). A Espanya,

conegut com *La liga de la Leche* té representació en 7 comunitats autònomes (74) i a Catalunya hi ha 8 grups repartits pel territori (75).

A partir d'aquí, els grups de suport entre mares es van multiplicar per tot el planeta, adquirint un paper fonamental, no tan sols en el suport a les mares lactants, sinó també, assumint un paper clau en la promoció i formació de l'alletament entre professionals. Aquests grups es caracteritzen per ser mares amb experiència en l'alletament i amb formació específica. A nivell estatal, la Federació espanyola d'associacions pro-alletament matern (FEDALMA), inclou 100 associacions de suport a l'alletament, 28 de les quals són de Catalunya. Aquestes associacions compten amb professionals assessors especialitzats en pediatria obstetrícia, nutrició, psicologia i dret entre d'altres encarregats de donar suport i formació tant a les mares com als professionals, als centres de salut i a les institucions,. De la mateixa manera, ofereixen material divulgatiu com és el cas de llibre *El arte femenino de amamantar*, publicat per *La leche league International*, actualment en la 8<sup>a</sup> edició, traduït a 8 idiomes i a Braille (76).

Un paper clau d'aquests grups és l'expertesa i la formació en alletament matern que aporten a la pràctica professional. Al 1981, *La Leche league International* va desenvolupar un programa formatiu per les mares expertes que permetés identificar les seves competències i regular la seva tasca. Aquest va ser l'origen de la creació d'un comitè de 60 professionals experts que van desenvolupar les competències i el camp d'actuació de les consultores certificades en lactància materna, creant al 1985 la *International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE)*, l'organisme que atorga la certificació per les consultores certificades de lactància o *International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC)*(77). Entre les consultores acreditades hi ha actualment molts professionals especialistes com llevadores, pediatres i infermeres que incorporen els seus coneixements i bones pràctiques en el maneig de la lactància als centres de salut, tant d'atenció primària com hospitalària. Actualment hi ha 28.982 IBCLC acreditades i distribuïdes entre 104 països. Alemanya per exemple, compta amb més de 1340 consultores. A Espanya actualment n'hi ha 119 i a Catalunya 17. Val a dir que del total de IBCLC acreditades a l'estat, el 35% son llevadores (78).

No és fins a finals de S. XX, quan l'evidència científica comença a fer patent la implicació de la lactància materna en la salut infantil i gràcies a la pressió i el suport dels grups esmentats, que institucions oficials com l'OMS i la UNICEF inicien i reforcen la protecció i la promoció de l'alletament matern mitjançant diferents estratègies. Com a resultat de la reunió de Ginebra al 1978 entre organitzacions de la ONU, organitzacions intergovernamentals, no governamentals i de la

indústria alimentària per una banda, i de la 33<sup>a</sup> Assemblea Mundial de la Salut al 1980 per l'altra, s'arriba a la conclusió que cal un codi internacional de comercialització de sucedanis de llet materna. Aquest es crea i s'aprova a l'Assemblea Mundial de la Salut el mes de maig de 1981 amb una resolució amb virtut de la qual el codi s'adopta en forma de recomanació però no com a reglament (12). El document fa referència a l'actuació de la indústria alimentària, la publicitat, les actituds dels professionals i els centres sanitaris, però la bona pràctica depèn de la voluntat dels governs, les institucions i els individus, fet que dilueix la veritable intenció del codi. Un bon exemple és que la legislació espanyola va recollir els principis d'aquest codi al 2008, 27 anys després (79).

Al 1990, en la reunió de OMS i UNICEF sobre Lactància Materna, es redacta la Declaració d'Innocenti, en la qual es reconeixen els beneficis de la lactància materna relacionats amb l'exclusivitat i la durada, i es posa de manifest la necessitat de promoure la lactància des dels governs, desenvolupant polítiques nacionals dirigides a protegir i augmentar l'alletament matern, monitoritzar els resultats d'alletament en els indicadors de salut i formar als professionals de la salut per implementar aquestes polítiques de lactància materna. De la mateixa manera, advoca per la mobilització social utilitzant l'autoritat i el prestigi de líders socials reconeguts. Entre les fites operacionals del document, es demanava, entre d'altres, que al 1995 els governs haguessin pres accions per donar efecte a tots els articles del Codi Internacional de Comercialització de Succedanis de la Llet Materna, fet que, com ja s'ha comentat, no es va assolir a Espanya fins molts anys després. Una altra fita important era que els governs assegurassin pel 1995 que tots els serveis de maternitat practiquessin les 10 passes per la lactància exitosa de l'OMS que s'exposen a continuació (2).

Al 1991 i en resposta a la Declaració d'Innocenti, l'OMS i la UNICEF defineixen la Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) que a Espanya i Catalunya va ser traduït com Iniciativa Hospitals Amics dels Nens (IHAN). Amb aquesta estratègia es pretenia posar en marxa les pràctiques de protecció, promoció i recolzament de la lactància materna i es van incloure els 10 passos a seguir per una Lactància Materna Exitosa.

1. *“Disposar d'una política per escrit relativa a l'alletament matern que sistemàticament es posi en coneixement de tot el personal d'atenció a la salut.*
2. *Capacitar a tot el personal de salut de forma que estigui en condicions de posar en pràctica aquesta política.*

3. *Informar a totes les embarassades dels beneficis que ofereix la lactància materna i la forma de posar-la en pràctica.*
4. *Ajudar a les mares a iniciar la lactància durant la mitja hora següent al part.*
5. *Mostrar a les mares com s'ha de donar de mamar al nen i com mantenir la lactància fins i tot si han de separar-se dels seus fills.*
6. *No donar als nadons res més que la llet materna, sense cap altre aliment o beguda, a no ser que estiguin medicament indicats.*
7. *Facilitar la cohabitació de les mares i els lactants durant les 24 hores del dia.*
8. *Fomentar la lactància materna a lliure demanda.*
9. *No donar xumets als nens alimentats al pit.*
10. *Fomentar l'establiment de grups de suport a la lactància materna i procurar que les mares es posin en contacte amb ells a la seva sortida de l'hospital o clínica.”*

Al 2005 es renova la iniciativa IHAN i l'estratègia s'estén fora dels hospitals i maternitats cap a tots els àmbits relacionats amb la cura materno infantil: l'atenció prenatal, sales d'hospitalització de nounats i lactants, centres d'atenció primària i altres sectors de la comunitat com la Universitat, llocs de treball, espais comercials i educatius (80). Aquest nou enfocament d'atenció a les mares i als nadons ha obtingut molts bons resultats a nivell internacional, existint una ferma relació entre els hospitals que apliquen la iniciativa i l'índex d'alletament matern, tal i com aporten els estudis realitzats per de Inal, Merten o Perrine (81,82,83).

Tot i això, la iniciativa IHAN és una opció voluntària dels centres, que poden o no adherir-s'hi i que comporta un gran esforç per part dels professionals i un cost econòmic de les institucions, per tant va molt lligat a situacions polítiques i econòmiques. Al 2011, en països capdavanters com Noruega, més del 90% dels naixements succeïen en maternitats i hospitals IHAN mentre, a Espanya, hi havia acreditats el 3,1% del total d'hospitals i maternitats, cal dir que Catalunya encapçalava, amb 5 maternitats, el número d'acreditacions (80).

Actualment, des de l'estat i des de Catalunya s'evidencia un esforç entorn a la promoció i protecció de la lactància. Les pàgines web del Ministerio de Salut i del Departament de Salut de la Generalitat, ofereixen informació testada i basada en evidència científica adreçada tant a la població com als professionals, que informen i donen suport sobre l'alletament (6,84). A l'hora, des de 2014, l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) realitza cursos formatius específics en lactància materna per professionals de la salut amb personal docent que inclou en gran nombre a llevadores (85).

Les llevadores han liderat en la darrera dècada canvis importants en les sales de parts, tant d'Espanya com de Catalunya. La reducció de episiotomies, l'inici precoç de la lactància materna abans de l'hora de vida del nadó o el part respectat han estat fites aconseguides gràcies a l'evidència científica i a la perseverança aportada per aquestes professionals i les seves organitzacions, tant internacionals, com la international Confederation of Midwives (IMC), com l'estatal, Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) (86,87).

Per altra banda, fites més senzilles com les proposades per la Declaració d'Innocenti al 1990 per assegurar els 10 passos per a la lactància materna exitosa, no s'assoleixen. Actualment, punts claus, fàcils i econòmics d'assolir, com facilitar la cohabitació de les mares i els seus nadons durant 24h al dia durant l'estada hospitalària, encara no formen part de les rutines de moltes de les maternitats de l'estat. Aquest, es un dels punts que influir en la baixa satisfacció de les mares durant l'atenció del puerperi en l'enquesta PLAENSA del 2012 i 2016 del Departament de Salut (55,56) .

Cal posar de manifest que, generalment, a l'Estat i a Catalunya, el paper de la llevadora a l'hospital està concentrat a la sala de parts. Tot i això, en les maternitats que l'activitat de la llevadora abasta la sala d'hospitalització maternal s'obtenen taxes d'alletament superiors. Així ho exposen Sánchez i Pérez-Cabrero, en la presentació de resultats d'aquesta experiència, en un hospital de 3er nivell a Catalunya l'any 2012 (88).

Les associacions de llevadores han jugat un paper clau en els canvis succeïts en els últims anys, tant en les maternitats com en els resultats en alletament. Cal posar de manifest que associacions de professionals com *La Federación de Asociaciones de Matronas de Espanya* (FAME) creada al 2003, que inclou 14 associacions de llevadores, entre elles la Catalana, han estat precursoras en la promoció del part normal i la lactància amb documents com *Iniciativa Parto Normal*, publicat al 2011 (87).



La pertinença de la FAME a associacions com al *European Midwives Assotiation* (EMA) junt amb 27 països europeus (89) i a la *International Confederation of Midwives* (ICM) originada al 1922, amb 105 països associats (86), ha permès a les llevadores de l'Estat i en concret de Catalunya la permanent actualització sobre l'activitat científica i com a conseqüència l'entrada al camp de la recerca (87).

Les llevadores, per la seva formació, el seu camp de treball i recerca, són les professionals de la salut referents en alletament. A nivell estatal, en el pla docent iniciat al 1994 amb Ordre del 22 d'octubre de 1993 que donà lloc a la titulació de l'especialitat de llevadores regulada a nivell europeu, es va dissenyar un pla d'estudis que incloïa la formació en alletament matern. En algunes unitats docents, com és el cas de la Unitat Docent de llevadores de Catalunya, de la Universitat de Barcelona, aquesta formació va ser impartida per professionals experts en la matèria procedents d'associacions de referència com l'Associació Catalana Pro-Alletament Matern (ACPAM) (38). Aquest fet innovador, va situar les llevadores com les úniques professionals de la salut de l'Estat, amb formació específica en alletament matern, fent-les competents en la promoció i protecció de la lactància.

A Catalunya, a nivell assistencial, els grups d'educació sanitària, tant durant la gestació com en el puerperi, formen part de l'àmbit professionals de les llevadores i estan dins la cartera de serveis del Sistema Públic de Salut.

Al 2009 el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya publicà el document *Educació maternal: preparació per al naixement* i es van realitzar sessions formatives a les llevadores dels ASSIR de Catalunya per homogeneïtzar la formació i les dinàmiques dels grups d'educació sanitària que es realitzen durant la gestació (90). Els grups de suport al puerperi i a la lactància també formen part de la seva cartera de serveis. En tots aquests grups, es dona informació i es fa promoció de la lactància materna, però és en els grups d'alletament que la dedicació per resoldre els dubtes i dificultats de la lactància, és exclusiva.

Cal evidenciar el paper de la llevadora com a referent de la comunitat. En grups de suport a l'alletament trobem, per una banda, els grups conduïts per mares expertes, ja explicats anteriorment, i per l'altre, els grups conduïts per professionals especialistes, com és el cas de les llevadores en els ASSIR. Aquestes llevadores també solen atendre a mares, que acudeixen als grups de suport de mares expertes o que són derivades des d'aquests grups, per realitzar una segona valoració o per una actuació més clínica per part de la llevadora (91,75). Aquest fet situa la llevadora en una situació estratègica dins de l'àmbit comunitari com a referent en lactància.

D'aquesta manera, la llevadora reforça l'acció comunitària i desenvolupa les habilitats personals de les mares, aconseguint apoderar-les en la cura dels seus nadons i refermant-la com a la professional clau en la promoció de la salut.

## 2.5 Les TIC com a eina professional en el suport a l'alletament matern

Actualment, la nostra societat està instal·lada en l'anomenada Web 2.0, en que les noves tecnologies i l'ús d'informació en xarxa formen part de la nostra vida. Accions tan quotidianes com veure la televisió, disposar d'efectiu a través del caixer automàtic, consultar les xarxes socials o fer una trucada telefònica, se suporten, en major o menor grau, en sistemes d'informació i xarxes de telecomunicacions. El que s'anomena, genèricament, tecnologies de la informació i la comunicació: les TIC (92).

Les tecnologies de la informació i de la comunicació (TIC) agrupen els elements i les tècniques utilitzades en el tractament i la transmissió de les informacions, basades en la connexió informàtica per mitjà d'un fil telefònic o de fibra òptica. Les aplicacions com el correu electrònic, la consulta d'informació per la web o el fet de comunicar-se amb altres usuaris en temps real, semblen indicar unes utilitats espectaculars en camps com la salut i l'activitat assistencial (93).

El paper de les TIC en l'atenció sanitària a Catalunya, no és nou. Al 2006 neix la Fundació TicSalut a proposta del Departament de Salut, per impulsar el desenvolupament i la utilització de les TIC i el treball en xarxa en l'àmbit de la salut, avançant cap a un model basat en l'atenció personalitzada (94).

L'ús de pàgines web i blogs formen part de la quotidianitat tant per institucions i els professionals com pels ciutadans.. En els últims anys, tant des del *Ministerio de Sanidad i Servicios Sociales e Igualdad* com des de el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya o des de *Esko Jauraltzaren* del Govern Basc s'han editat guies per les mares que alleten que es poden consultar, a l'hora, per les pàgines web respectives (95,96). Per altra banda, experiències en el camp de la salut amb les noves Tecnologies d'Informació i Comunicació (TIC) (94) o les pàgines web i blogs conduïdes per associacions de professionals, centres d'atenció a la Salut Sexual i Reproductiva o experts en alletament són també una eina de qualitat molt utilitzada per les mares (91,97,98,99).

Al 2012, Falguera en el seu estudi sobre l'ús de la consulta virtual com a mitjà per consultar informació sexual per a joves, el conclou com una molt bon estri per a joves i professionals (100).

Al 2017 Whitehead, en la seva revisió sistemàtica sobre l'eficàcia de telèfon mòbil i tauletes electròniques en l'autogestió de símptomes de malalties cròniques, conclou que aquestes aplicacions poden millorar els resultats de salut i que la investigació sobre el potencial d'aquestes, poden permetre una millora tant en els resultats, com en la distribució de l'atenció mèdica (101).

En el àmbit de la comunicació, les TIC tenen unes característiques que les fan idònies durant el puerperi i lactància. Les webs, la telemedicina, o el contacte per telèfon mòbil permeten una comunicació immediata de les usuàries amb les professionals de suport (102).

Al 2013, un estudi de Seguranyes sobre l'eficàcia de la consulta telemàtica amb videoconferència en l'atenció al postpart, identifica la via telemàtica com un instrument idoni de consulta per les mares durant el puerperi, un dels punts claus d'aquest resultat va ser que les mares podien consultar des de casa amb una llevadora de l'ASSIR (103).

Al 2016 Ahmed, en el seu estudi sobre l'eficàcia del seguiment interactiu mitjançant web en relació als resultats de lactància materna, conclou que el seguiment telemàtic pot ser una molt bona eina per augmentar-ne tant l'exclusivitat com la durada (104).

Pel que fa a l'equipament de tecnologies de la informació i de la comunicació entre la població, el telèfon mòbil és una de les eines més utilitzades. Segons l'INE, al 2017 el 97,4% de les llars, tenien telèfon mòbil, el 83,4% gaudien d'accés a internet i el 78,4% tenien d'ordinador o tauleta electrònica (47).

Osma, en el seu estudi sobre l'ús de les TIC entre les dones durant la gestació i postpart, conclou que la eina més utilitzada va ser el telèfon mòbil i la majoria l'utilitzava per accedir a informació sobre la salut mitjançant internet i la descàrrega d'aplicacions (105). En la mateixa línia, Osman i Wang, en els seus estudis de suport a la lactància mitjançant trucada telefònica, consideren que el suport telefònic és una bona eina que permet el suport a temps real durant el període d'instauració de l'alletament, que justament es caracteritza, per la necessitat de resolució dels dubtes de manera gairebé immediata (105,106).

Així doncs, el telèfon mòbil gaudeix d'unes característiques que el converteixen en una eina valuosa tant per la població com pels professionals de la salut. El seu ús generalitzat, la possibilitat de contacte immediat amb els professionals tant per trucada telefònica com per videoconferència, l'accés a internet i a les aplicacions relacionades amb la salut, el situen com un dels millors equipaments TIC per actuar com a eina de suport en salut i en concret per l'alletament.

## 3. Objectius i Hipòtesi

---

### 3.1 Objectius

#### 3.1.2 Objectiu general

Avaluar l'efectivitat del suport telefònic de la llevadora de referència, en relació a l'abandonament precoç de l'alletament de les mares primípare.

#### 3.1.3 Objectius específics

1. Identificar el número de visites, trucades al centre i causes de consulta realitzades per les mares.
2. Analitzar el número de consultes a urgències pediàtriques realitzades per les mares.
3. Analitzar el número de visites de puerperi domiciliari realitzades per les llevadores.
4. Identificar el número de trucades al mòbil, el període i el tipus de pregunta que van realitzar les mares.
5. Analitzar el grau d'abandonament precoç de l'alletament de les mares primípare.
6. Analitzar el benestar de les mares.
7. Determinar la satisfacció de les mares sobre la informació rebuda durant la gestació referent al període del postpart.
8. Analitzar la satisfacció de les mares sobre la informació rebuda durant el suport telefònic.
9. Analitzar el perfil de les mares que van utilitzar el servei telefònic amb la llevadora de referència.
10. Identificar factors de risc i factors protectors relacionats amb l'abandonament precoç de l'alletament matern exclusiu.

### **3.2 Hipòtesi**

Les mares primípare, que reben suport telefònic de la seva llevadora de referència durant el puerperi, presenten un menor grau d'abandonament de l'alletament.

La satisfacció de l'atenció rebuda durant el puerperi de les mares primípare que utilitzen el servei telefònic amb la seva llevadora de referència és superior a la de les mares que no l'utilitzen.

## 4. Metodologia

### 4.1 Tipus estudi

Assaig clínic controlat paral·lel.

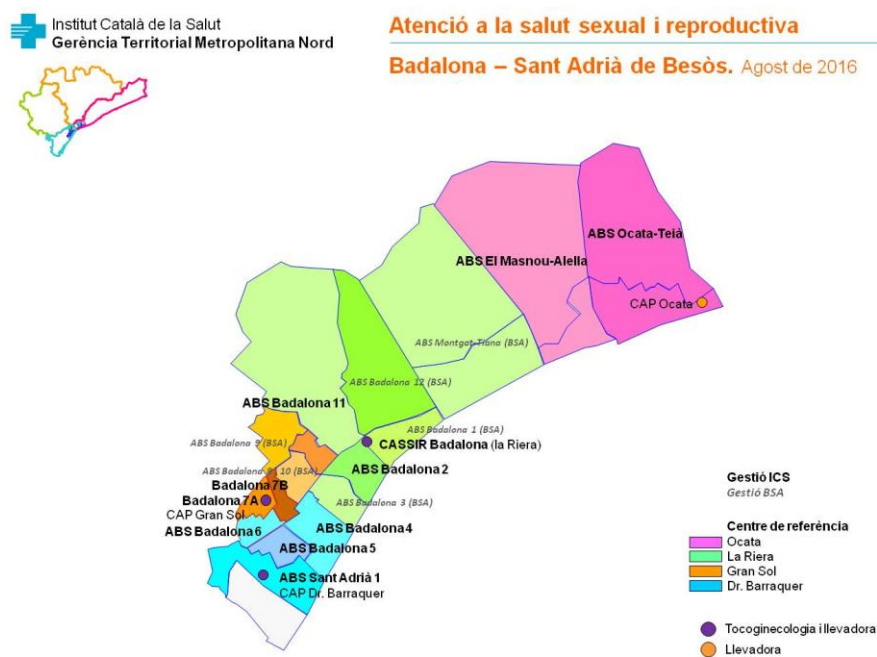
El grup de mares del grup control van rebre l'atenció habitual que s'ofereix a l'ASSIR durant el puerperi.

Les mares del grup experimental van tenir, a més de l'atenció habitual, la possibilitat de contactar telefònicament amb la seva llevadora durant 8 setmanes després del part.

### 4.2. Àmbit estudi

L'àmbit de l'estudi és l'atenció primària de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) de La Riera de l'ICS de la Metropolitana Nord que atén la població dels barris de Badalona Centre, Bufalà-Canyet, Casagemes i Montgat-Tiana té una població assignada de 79.980 dones i atén a una

mitjana de 18.742 dones d'entre 15 a 69 anys i 1.083 gestacions a l'any. A l'ASSIR Badalona hi ha 8 llevadores que dins de la obstetrícia són les responsables de realitzar el seguiment gestacional de baix risc, l'educació sanitària durant la gestació i el postpart, la visita domiciliària després del naixement i el seguiment del puerperi.



Imatge 1: Distribució dels barris i Àrees Bàsiques de Salut de Badalona

Font: Institut Català de la Salut. Gerència territorial de la Metropolitana Nord

### 4.3. Població estudi

La població d'estudi està formada per mares primíparas de l'ASSIR de Badalona de risc baix o mitjà sense patologia fetal greu detectada durant la gestació, part i post part. Les mares de l'estudi pertanyen a la ciutat de Badalona al barri Centre, Morera, Canyet, Progrés i Dalt la Vila. En aquest territori, s'assumeix el seguiment gestacional d'unes 1403 gestants / l'any de les quals 771 eren primíparas. La població d'aquests barris està formada per dones que solen treballar a l'àmbit comercial i empresarial el nivell d'estudis es mitjà.

### 4.4. Mostra

La mida de la mostra es va calcular amb el programa Granmo 6.0 per a proporcions independents. Acceptant un nivell de confiança del 95% i una potència del 80% en un contrast unilateral, calien 90 subjectes en el grup control i 90 en el grup experimental per detectar com estadísticament significatiu la diferència entre dues proporcions, que pel grup control s'esperava que fora de 52% segons les dades procedents de l'Enquesta de Salut d'Espanya de l'any 2012 (9) i pel grup experimental de 72%. Es va estimar una taxa de pèrdues de seguiment del 20%. Davant la previsió de les pèrdues i que s'estudiaven diferents variables de resultats, es va plantejar estudiar 220 dones, 110 al grup control i 110 al grup d'atenció telefònica per poder donar la potència adequada a cada variable.

La selecció de les dones es va realitzar de manera consecutiva durant el tercer trimestre de la gestació, a mesura que accedien a la consulta de seguiment amb la llevadora de l'ASSIR.

Es va realitzar una assignació aleatòria emmascarada centralitzada, de manera que les professionals i les gestants no coneixien l'assignació als grup de l'estudi. Es va elaborar un llistat d'aleatorització i el número de números aleatoris va ser de 220, 110 per cada grup d'estudi. Es va utilitzar el programa Epidat 3.1 amb l'aplicació d'assignació de subjectes a tractaments.

Per poder informar a les gestants sobre l'assignació al grup d'estudi, les llevadores de l'equip investigador realitzaven una trucada telefònica a la investigadora principal que era la persona que tenia el llistat d'aleatorització.

Eren susceptibles de participar a l'estudi totes les mares primíparas amb risc gestacional baix o mig. Totes les mares classificades com *Risc alt* o *Molt alt* va ser degut a la suma de dos o més factors de risc mitjà (68) i en cap cas per patologia greu.



#### 4.5. Criteris inclusió, exclusió i retirada.

##### Criteris d'inclusió

- La mare sigui primípara o no tingui cap fill biològic i hagi realitzat el control gestacional a l'ASSIR de Badalona.
- La gestant hagi estat visitada com a mínim 3 vegades per la mateixa llevadora.
- La gestant sigui de baix risc o risc mitjà segons el Protocol de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2<sup>a</sup> edició revisada 2005).
- Possibilitat de realitzar trucades al telèfon mòbil.
- La gestant desitgi participar a l'estudi.

##### Criteris d'exclusió

- Presència de patologia maternal o fetal que pugui condicionar l'alletament matern.
- Existència de barrera idiomàtica.
- No voler participar en l'estudi.

##### Criteris de retirada

- Prematuritat.
- Nadó amb pes < 2.500 gr. al naixement.
- Trasllat de domicili.

Nota: tot i que durant la captació de la mostra es preguntava la intenció d'alletar, la negativa a la pregunta no era criteri d'exclusió. La recollida d'aquesta dada, present a altres estudis, reflecteix la discordança entre la disposició de la mare durant la gestació i el resultat en el postpart (14).

## 4.6. Descripció de les variables

### 4.6.1 Variables sociodemogràfiques i obstètriques

#### Edat materna

Variable quantitativa, fa referència a l'edat de la mare en el moment del part.

#### Factors de risc de la gestació

Variable qualitativa nominal que fa referència als factors de risc de la gestació identificats pel Departament de Salut de la Generalitat (68) a partir dels quals es classifica el nivell de risc de la gestació. Es van categoritzar en: *edat materna <18 anys o > 38 anys, Rh negatiu, fumadora (quan la mare fuma com a mínim un cigarret per setmana de manera habitual durant la gestació), sobrepès (càlcul de l'índex de massa corporal >30 a l'inici de la gestació), talassèmia minor, hipertensió arterial durant la gestació* (criteris d'Estat Hipertensiu de l'Embaràs que inclouen alguna de les següents variables (albuminúria, edemes a EEII o TA límit), *gestació gemel·lar, endocrinopaties (diabetis mellitus, diabetis gestacional, hipotiroïdisme i hipertiroïdisme), infecció de tracte urinari durant la gestació (ITU), metrorràgies de 1er trimestre, antecedents obstètrics desfavorables, retard de creixement intrauterí (RCIU), amenaça de part prematur (APP) i patologia associada greu.*

#### Nivell de risc de la gestació

Variable qualitativa ordinal de quatre categories. El risc de la gestació es va classificar en *risc baix, mitja, alt i molt alt* pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (68), segons els factors de risc assenyalats en la variable anterior. L'absència total de risc no existeix, ja que sempre hi ha la possibilitat que algun factor imprevisible pugui complicar un embaràs en principi normal.

*Risc baix:* la gestació en la qual no es pot demostrar cap dels factors de risc que es busquen sistemàticament.

*Risc mitjà:* la gestació amb alguna característica física, hàbit, antecedent o patologia que sense ocasionar de forma segura patologia en la gestació actual, la fan més probable que en la gestant de risc baix.

*Risc alt*: la gestació que presenta algun dels factors de risc que l'integren que incrementa la probabilitat que apareguin complicacions durant la gestació i el part, augmentant la morbiditat i mortalitat materna i neonatal.

*Risc molt alt*: la gestació que presenta algun dels factors de risc que l'integren que fa que augmenti significativament la probabilitat que apareguin complicacions durant la gestació o el part.

Quan coincideixen dos factors de risc de grups diferents, es cataloga en el grup més alt. De la mateixa manera, quan coincideixen més de dos factors d'un mateix grup, es cataloga la gestació en el grup de risc immediatament superior.

### **Centre d'atenció al part**

Variable qualitativa nominal que indica el lloc on va succeir el part. Es va categoritzar en tres grups:

*Hospital Públic*: hospitals de l'ICS, Hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de l'Àrea de Barcelonès Nord-Maresme.

*Clínica Privada*: clíniques de cobertura privada o mútua.

*Domicili*: en el cas de part domiciliari

### **Tipus de finalització del part**

Variable qualitativa nominal que fa referència a el tipus de part, es va categoritzar en set grups:

*Eutòcic*: el part que finalitza amb presentació cefàlica de manera fisiològica, independentment de la pràctica d'episiotomia i de l'ús d'anestèsia epidural.

*Distòcic*: el part que per poder finalitzar, requereix l'ajut o l'ús instruments per part d'un o una obstetre/a.

*Part de natges*: el part en que el que el pol caudal del fetus es posa en contacte amb l'estret superior de la pelvis materna, la finalització del qual pot ser espontani, amb ajut manual o cesària.

*Ventosa*: tipus de part distòcic que finalitza per via vaginal amb ajut del vacuoextractor o ventosa obstètrica. El dispositiu exerceix una pressió negativa de buit sobre el cap fetal que mitjançant la seva tracció permet l'extracció del fetus.

*Espàtules*: tipus de part distòcic que finalitza per via vaginal amb l'ajut de dues palanques independents no articulades que, a diferència del fòrceps, actuen per pulsio per permetre el descens del pol cefàlic.

*Fòrceps*: tipus de part distòcic que finalitza per via vaginal i en el que l'obstetre utilitza el fòrceps obstètric, pinça de branques articulades, aplicat sobre el cap fetal amb l'objectiu de realitzar la rotació, flexió, deflexió i descens de la presentació fetal.

*Cesària*: tipus de part distòcic que finalitza amb intervenció quirúrgica en la que es realitza la extracció del fetus mitjançant una incisió en la paret abdominal i la paret uterina.

### **Morbiditat materna postpart**

Variable qualitativa nominal que indica les complicacions de salut maternes expressades per les mares i succeïdes en el postpart immediat, es van categoritzar en:

*Dehiscència a la episiotomia–dolor*: quan la cicatrització de l'episiotomia limita la mobilitat de la mare.

*Cansament/ Preocupació*: Estat que la mare identifica i verbalitza com a problema rellevant durant el postpart.

### **Patologia Lleu**

*Hemorroides*: quan la mare refereix dolor per protrusió de les hemorroides en el postpart.

*Disúria*: quan la mare refereix disconfort en la micció a conseqüència del part.

*Incontinència urinària*: quan la mare refereix no controlar la micció després del part.

*Anèmia post part*: hemoglobina durant el postpart <10mg/dl com a conseqüència del part.

## **Patologia Greu**

*Incontinència fecal:* quan la mare refereix no controlar de l'emissió de femta o gasos després del part.

*Transfusions durant el puerperi immediat:* quan degut a una pèrdua hemorràgica postpart a mare relata que va caldre una transfusió per restablir l'hemodinàmia.

*Preeclàmpsia, eclàmpsia i hipertensió gestacional:* hipertensió induïda per la gestació de causa desconeguda que pot aparèixer fins les primeres setmanes postpart.

## **Morbiditat neonatal**

Variable qualitativa nominal que indica les complicacions de salut neonatals expressades per les mares i succeïdes en el postpart immediat, es van categoritzar en:

*Ingrés a la unitat de neonatologia:* quan el nadó és ingressat a la unitat de nounats després del naixement per observació o patologia.

*Icterícia neonatal:* Concepte clínic que defineix la coloració groguenca de pell i mucoses del nadó ocasionada pel dipòsit de bilirubina.

*Pèrdua de pes > 10%:* pèrdua de pes superior al considerat fisiològic (10%) durant els primeres dies de vida del nadó.

## **Variables relacionada amb l'atenció-Intervenció durant el puerperi**

Variable qualitativa nominal que indica el tipus de servei que es va oferir a les mares de l'estudi. Es va distribuir de la següent manera:

### **Atenció habitual**

Mares amb opció a la cartera de serveis de l'ASSIR que inclou el seguiment de la gestació per part de la llevadora i l'obstetre, educació sanitària durant la gestació en els grups de preparació al naixement, educació sanitària després del naixement en els grups de postpart i en el grup de suport a la lactància, possibilitat de visita domiciliària en el puerperi, possibilitat de visita espontània a

l'ASSIR durant el puerperi, possibilitat de consulta telefònica a l'ASSIR, visita de puerperi a les 6 setmanes del part.

### **Atenció telefònica de la llevadora**

Mares que, a més de l'atenció habitual, varen gaudir de la opció d'un servei de consulta telefònica amb la seva llevadora de referència durant les 8 setmanes posteriors al part.

Aquesta segona categoria va donar lloc a dues subcategories:

*Ús del servei telefònic:* mares que van trucar a la seva llevadora de referència com a mínim una vegada durant les primeres 8 setmanes postpart.

*No ús del servei telefònic:* mares que no van trucar a la seva llevadora en cap ocasió.

### **Variables relacionades amb l'estat emocional durant el puerperi**

#### **Estat anímic inicial**

Variable qualitativa ordinal. L'estat anímic de la mare durant el puerperi immediat es caracteritza per un estat d'alegria que, en condicions normals, va acompanyat de labilitat emocional. L'estat anímic està relacionat amb el nivell de vulnerabilitat de les mares durant el procés d'instauració de l'al·letament. Quan l'estat anímic inicial és baix, la mare és més vulnerable i disminueix la capacitat de resolució de problemes davant les dificultats que apareixen durant la instauració de l'al·letament matern, afavorint el seu abandonament precoç (107). Es va aplicar una escala Likert durant el puerperi amb una graduació d'1 per estat anímic *molt baix* a 5 *molt alt*.

#### **Depressió postpart**

Variable qualitativa ordinal. La labilitat emocional, és en principi una situació normal durant el puerperi immediat com conseqüència, entre d'altres, dels canvis hormonals caracteritzada per un estat d'instabilitat emocional, amb períodes de tristesa, alegria i trets característics del dol. La no resolució espontània d'aquest estat pot conduir a la mare a un estat patològic de depressió que podria, en ocasions excepcionals, derivar en una psicosi puerperal (90). Es va utilitzar *l'Escala de*

*depressió d'Edimburg*, que consta de 10 preguntes amb 4 possibles respostes de les que la mare escull quina s'assembla més a com es va sentir la setmana anterior

### **Autopercepció de benestar general o estres**

Variable qualitativa ordinal que fa referència a la percepció de la mare referent al seu estat de benestar general i a la presència de certs estats emocionals. La situació adaptativa durant el postpart és un estat emocional normal que ajuda a la mare en la readaptació de la nova situació. Si la capacitat adaptativa de la mare és insuficient apareixen símptomes físics, psicològics i de conducta relacionats amb l'estrès que li produeixen malestar. Per conèixer l'autopercepció de salut de la mare, a les 6 setmanes durant la visita del puerperi, es van avaluar i mitjançant una escala Likert les molèsties, els trastorns i l'estat de salut de les últimes setmanes.

### **Descans matern**

Variable qualitativa ordinal de tres categories que fa referència a l'autogestió de la mare del cansament a partir del descans diürn i el descans nocturn els primers dies després del naixement. El descans diürn es refereix al repòs de la mare durant el dia en períodes del descans del nadó i el descans nocturn a la interrupció voluntària del període de son de la mare amb un despertador per alletar al nadó. Es va categoritzar en:

*Molt mala gestió*: es va considerar molt mala gestió del cansament matern el poc descans nocturn i poc descans diürn.

*Mala gestió*: es va considerar mala gestió del cansament el poc descans en algun dels dos períodes

*Gestió adequada*: es va considerar gestió adequada del cansament el descans en ambdós períodes.

### **Variables relacionades amb l'alletament**

#### **Intenció verbal d'alletar abans del part**

Variable qualitativa nominal de tres categories. La intenció de la mare d'alletar o no al seu nadó, expressada durant la gestació amb les categories *sí*, *no*, *no ho sé*.

## **Tipus d'alimentació**

Variable qualitativa nominal que es va categoritzar en quatre grups:

*Lactància materna exclusiva (LME)*: quan el nadó només s'alimenta de llet materna.

*Lactància materna parcial (LMP)*: quan el nadó s'alimenta de llet artificial i llet materna simultàniament.

*Lactància materna*: qualsevol pràctica d'alletament en la que el nadó pren alguna quantitat de llet materna. Inclou doncs alletament exclusiu i alletament parcial.

*Alimentació de fórmula (AF)*: quan el nadó no pren llet materna en cap moment del dia.

## **Dificultats per l'alletament exclusiu**

Variable dicotòmica que fa referència a qualsevol tipus d'alimentació que no sigui l'alletament matern exclusiu abans del 3er mes de vida. Es va categoritzar en :

*Dificultats en l'alletament matern*: alletament parcial i alimentació de fórmula

*No dificultats en l'alletament matern*: alletament exclusiu.

## **Alimentació del nadó amb dificultats en l'alletament exclusiu**

Variable dicotòmica que indica a què opta la mare quan no pot lactar de manera exclusiva. Es va categoritzar en:

*Lactància complementària*: la mare aconsegueix continuar amb alletament matern de manera parcial suplementant amb alletament de fórmula.

*Alimentació de fórmula*: la mare no venç les dificultats abandonat totalment l'alletament matern.



### **Períodes de vida del nadó en el que es valora el tipus de lactància**

Variable qualitativa que mesura l' instant de temps de vida del nadó en el qual es va avaluar la lactància materna, es va categoritzar en:

*Alta hospitalària* : entre el 3er i el 7è dia de vida del nadó

*3-4<sup>a</sup> setmana*: entre el 21 i 28 dies de vida del nadó.

*6 setmanes del part*: Període que coincideix amb la visita de la quarantena de la mare.

*3 mesos de vida*: correspon als 3 mesos de vida del nadó.

### **Suport a l'alletament durant l'estada hospitalària**

Variable dicotòmica que indica la l'existència d'ajut a l'hospital en referència a l'alletament: *sí, no*.

### **Ajut a casa després del part**

Variable qualitativa dicotòmica: Indica la previsió expressada durant la gestació, de rebre suport familiar a casa després del part: *sí, no*.

### **Factors que van contribuir a l'èxit en l'alletament matern**

Variable qualitativa nominal que fa referència als factors definits per les mares que van aconseguir lactar de manera exclusiva al 3er mes. Es van categoritzar en: *Perseverança / motivació individual, suport professional, suport familiar, saber que és el millor, comoditat, disposar de temps, estar bé de salut*. La categoria *disposar de temps* s'ha transcrit de la manera que van verbalitzar les mares, entenent prèviament que cap d'elles treballava ni tenien cap altre fill, i s'interpreta que la mare reconeixia una bona gestió de temps i ajut a casa per les tasques addicionals.

## **Variables relatives a les consultes de les mares**

### **Número de consultes**

Variabls quantitatives que es van agrupar en:

*Número de trucades telefòniques al centre:* consultes telefòniques a l'ASSIR realitzades durant el puerperi per les mares participants a l'estudi.

*Número de visites al servei d'urgències de pediatria:* visites espontànies al servei de pediatria durant el puerperi realitzades per les mares d'ambdós grups d'estudi.

*Número de visites a l'ASSIR:* visites prèvies a la quarantena, espontànies o programades, tant per decisió de la mare com de la llevadora que es van realitzar a l'ASSIR.

*Número de puerperis domiciliaris:* visites a domicili que realitza la llevadora durant els primers dies del puerperi.

### **Causes de consulta**

Variable qualitativa nominal que indica els motius de consulta que van realitzar les mares. Es varen categoritzar en:

- *Causa materna* (consulta relacionada amb la cura personal): *dolor d'episiotomia, anticoncepció, sospita de part, cures, hemorroides, loquis-menstruació, manca d'ajut i altres*
- *Causa alletament* (consulta vinculada amb l'alimentació del nadó): *clivelles, percentatge i dificultat en les tomes, ingurgitació/dolor, sospita de mastitis, alimentació de fórmula, interrupció de la lactància, medicació i lactància.*
- *Causa neonatal* (consulta sobre la salut del nadó): *guany de pes, còlics, cures del nadó, erupcions a la pell, regurgitació i sospita de patologia (conjuntivitis, refredat, diarrees, febre).*

## **Variables relacionades amb l'ús del servei telefònic amb la llevadora**

Fa referència a aquelles variables relacionades amb el grup experimental de mares que van tenir la possibilitat d'utilitzar el servei telefònic amb la seva llevadora de referència.

### **Ús del servei telefònic**

Variable dicotòmica que valora l'ús del servei telefònic en aquelles mares que en tenien opció: *sí, no*.

### **Causas del no ús del servei telefònic**

Variable qualitativa nominal que indica les causes per les quals les mares que tenien opció al servei telefònic amb la seva llevadora, no ho van fer i es va categoritzar en: *no ho va necessitar, no ho va entendre, manca de saldo telefònic, manca de temps, va preferir visita presencial, no ho sap no contesta*.

### **Període en el que es van realitzar les trucades de servei telefònic**

Variable quantitativa contínua que indica el període de trucada de les mares que van utilitzar el servei telefònic tenint com a punt de partida el dia del part, es va categoritzar en: *abans del part, la primera setmana del postpart, del dia 8è al 15è dia, del 16è al 21è dia, del dia 22 al dia 31, la 5<sup>a</sup> setmana de naixement, la 6<sup>a</sup> setmana del naixement i de la 7<sup>a</sup> a la 8<sup>a</sup> setmana del naixement*.

### **Causa de consulta del servei telefònic**

Variable qualitativa nominal que indica els motius de consulta de les mares que van utilitzar el servei telefònic.

La bibliografia actual mostra un distribució de les causes de consulta heterogènia (108). Com l'alletament matern és un binomi indissoluble mare-fill, en aquest estudi s'ha optat per incloure les consultes referents del nadó relacionades amb la lactància com a causa de consulta d'alletament, així doncs es van categoritzar en:

- *Causa materna: sospita de part, dolor d'episiotomia, cures, hemorroides, loquis-menstruació, informe del part i altres.*
- *Causa alletament (consulta relacionades amb la lactància, que afecten tant a la mare com el nadó): clivelles, número i durada de les preses, sensació de llet insuficient, introducció de llet*

*de fórmula, ingurgitació i dolor, interrupció de la lactància i altres (buidatge, postures, ús de mugroneres, dificultat del nadó per succionar...).*

- *Causa del nونات: presència de plor, gana, guany de pes, còlics, altres.*

### **Variables relacionades amb la formació de les mares a l'ASSIR**

Variables dicotòmiques que avaluen l'assistència voluntària o no assistència als grups d'educació sanitària: *sí, no.*

*Assistència als grups de preparació al naixement:* Assistència voluntària de les gestants entre les 25 i 39 setmanes de gestació. Els grups consten de 12 mares amb la possibilitat de ser acompanyades per la parella que assisteixen a 8 sessions de dues hores, realitzades per una llevadora de l'ASSIR (90).

*Assistència als grups de post part:* Assistència voluntària de les mares després del part. Els grups consten de 10 mares amb els seus nadons que assisteixen a 6 sessions de dues hores dutes a terme per una llevadora de l'ASSIR.

*Assistència als grups de suport a l'alletament:* Grups de suport a l'alletament de l'ASSIR que són oberts, sense limitació de sessions, que són conduïts per una llevadora, també poden ser grups de suport en equips de pediatria d'atenció primària o grup de suport de mares fora del sistema sanitari.

### **Variables relacionades amb la satisfacció de les mares en relació a l'atenció rebuda**

Variables qualitatives ordinals que mesuren mitjançant una escala likert el nivell de satisfacció materna pel que fa a l'atenció de la llevadora, sent 1 *molt poca satisfacció* i 5 *satisfacció màxima*.

*Satisfacció sobre la informació del puerperi que van rebre les mares durant la gestació:* Avalua la informació rebuda d'1, *molt poc adequada* a 5, *molt adequada*.

*Satisfacció sobre la informació telefònica rebuda durant el puerperi en el grup de mares que va utilitzar el servei telefònic:* Avalua la informació telefònica rebuda durant el puerperi d'1, *molt poc adequada* a 5, *molt adequada*.

*Satisfacció global del servei d'atenció telefònica:* Mesura la satisfacció global de les mares que van utilitzar el servei telefònic. considerant 1 *gens satisfactòria* i 5 *molt satisfactòria*.

## **Variables relacionades amb la continuïtat de la llevadora en l'atenció rebuda**

Variabls qualitatives ordinals que mesuren mitjançant una escala likert la continuïtat de la llevadora sent 1 la puntuació *menys satisfactòria* i 5 la *més satisfactòria*.

*Continuïtat de la llevadora durant la gestació:* mesura la continuïtat de la mateixa llevadora durant les visites de la gestació d'1, *molt poca continuïtat* a 5 *sempre la mateixa llevadora*.

*Importància per les mares sobre la continuïtat de la llevadora en el seguiment de la gestació:* puntuació d'1 *gens important* a 5 *molt important*.

*Continuïtat de la llevadora durant el servei d'atenció telefònica:* mesura que la llevadora del servei d'atenció telefònica sigui la llevadora que va realitzar el seguiment de la gestació. Sent 1 la llevadora que va donar suport telefònic mai va ser la llevadora del control gestacional i 5 la llevadora que va donar suport telefònic sempre va ser la llevadora del control gestacional.

*Importància per les mares sobre la continuïtat de la llevadora en l'atenció del servei telefònic durant el puerperi:* puntuació d'1 *gens important* a 5 *molt important*.

## **Adequació del període de consulta del servei telefònic**

Variable qualitativa ordinal que mesura si les 8 setmanes durant les quals la mare podia utilitzar el servei telefònic era adequat, considerant 1 *gens adequat* i 5 *totalment adequat*.

**Valoració del servei d'atenció telefònica en altres gestacions:** variable qualitativa nominal que mesura si la mare tornaria a gaudir de la opció dels serveis d'atenció telefònica en gestacions futures: *sí, no, no ho sé*.

**Problemes del servei d'atenció telefònica:** variable qualitativa nominal dicotòmica que descriu les dificultats en els quals es van trobar les mares que van fer ús del servei. Es van definir en *no sap/no respon, problemes tecnològics, cap problema*.

## **4.7 Instruments de la recollida de dades**

La recollida de dades d'aquest estudi es va realitzar per un banda, a partir de la història clínica informatitzada de l' Institut Català de la Salut, que és on es registra tot el seguiment de la gestació i puerperi per part de la llevadora d'atenció primària, i per l'altre a partir dels documents creats ad hoc per la recollida de dades.

### **Història clínica informatitzada de l'ASSIR E-cap**

Programa informàtic de l'ASSIR que inclou la història clínica del seguiment de la gestació, part i postpart de les gestants ateses. En aquest registre es van recollir les variables referents a les trucades al centre, causa de la trucada, visita al centre abans de la quarantena, causa de la visita i visita a domicili.

### **Document de captació.**

Full creat ad hoc de recollida dades sociodemogràfiques i obstètriques, elaborat després d'una acurada revisió bibliogràfica per definir el seu contingut. La seva estructura permet recollir les dades exposades a continuació.

- Antecedents obstètrics: número d'avortaments o existència de gestacions anteriors.
- Criteris d'inclusió: primiparitat, gestació de baix risc o risc mitjà, que hagi realitzat el control gestacional a l'ASSIR La Riera, que hagi estat visitada com a mínim 3 vegades per la mateixa llevadora, part a terme, possibilitat de trucar a un telèfon mòbil, desig de la mare de participar a l'estudi.
- Criteris d'exclusió tenen en compte: no haver realitzat el control gestacional a l'ASSIR, tenir un o més fills biològics, Presència de patologia materna o fetal, nadó amb pes < 2.500 gr. al naixement, barrera idiomàtica, voler participar en l'estudi.
- Dades de previsió futures: la data probable de part, la previsió d'ajut a casa durant el postpart, el desig d'alletar previ al naixement.
- Informació a les mares de l'estudi: en el moment de la captació, la llevadora informa a totes les mares sobre l'existència dels grups d'educació sanitària de preparació al naixement, de postpart i suport a la lactància i sobre la importància d'assistir-hi (annex 1).

## **Visita a les 6 setmanes**

Visita de seguiment del puerperi, realitzada per la llevadora, aproximadament a les 6 setmanes del part de 20 minuts de durada, en la qual es recull els aspectes referents al risc de depressió post part, el nivell de benestar autopercebuda, el tipus d'alimentació del nounat, estat anímic inicial, ajut en la lactància materna durant l'estada hospitalària i descans matern durant els primers dies postpart. Aquestes dades es van registrar a la història clínica informatitzada, a l'escala de depressió d'Edimburg (annex 2), a l'entrevista de salut autopercebuda (GQH12) (annex 3) i al document de recollida de dades (annex 4)

## **Escala de depressió d'Edimburg**

És un instrument no autoadministrat, inclòs dins de la història clínica informatitzada de l'ASSIR de l'Institut Català de la Salut que mesura el risc de depressió durant el puerperi. Va ser creada al 1987 per Cox et al. (109) i validada al castellà per Vega-Dienstmaier, i Mazzotti (110) al 2002. Consta de 10 preguntes amb 4 possibles respostes de les que la mare escull quina s'assembla més a com es va sentir la setmana anterior. El temps aproximat per complimentar el formulari és de 5 minuts. Es demana a la mare si identifica estats anímics concrets, com la il·lusió, la por, la tristesa, les situacions d'angoixa o els sentiments de culpa entre d'altres, amb la intensitat habitual o per contra reconeix canvis importants al respecte. Les categories de les respostes es puntuen de 0 a 3 segons l'augment de la gravetat. Els punts per les preguntes 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 son en ordre invers.

Per a la seva avaluació, es van utilitzar les puntuacions emprades per Ascaso que considera normal una puntuació inferior a 9, una puntuació entre 9 i 10 identifica la població de risc i cal repetir l'escala en la propera visita, i una puntuació de 11 o més punts proporciona l'estimació de la prevalença de la depressió postpart i requereix la derivació a un especialista per avaluació i diagnòstic clínic (111) (annex 2).

## **Escala de salut autopercebuda de Goldberg GQH12**

Escala creada per D. Goldberg al 1988 (112) i validada al castellà al 2008 per Sánchez- López (113), que mesura el nivell de salut autopercebuda, és a dir, l'avaluació que fa l'individu del seu estat de benestar general, especialment pel que fa referència a la presència de certs estats emocionals, per avaluar el benestar psicològic i detectar problemes psiquiàtrics no psicòtics.

La versió de 12 ítems és la més reduïda, en la versió castellana i s'utilitza en aquest treball amb valors de 0 a 3 en les categories de resposta. El valor màxim que es pot obtenir en l'escala és de 36 i el mínim de 0 punts. La puntuació total s'obté per sumatòria simple de les qualificacions de cada ítem. El temps aproximat per complimentar el document és de 7 minuts.

Les puntuacions inferiors a 10 indiquen una bona salut autopercebuda per part de la mare, entre 10-16 identifica una autopercepció de salut dins de la normalitat i les puntuacions superiors a 16 orienten cap a un deteriorament de la autopercepció de la mare que pot comportar nivells d'estrès elevats lligats al moment de canvi.

Aquesta escala és autoadministrada i es va passar a les mares participants en l'estudi durant la visita de la quarantena (annex 3).

## **Full de recollida de dades del servei d'atenció telefònica**

Document creat ad hoc per realitzar la recollida de dades que fa referència al grup d'estudi que va utilitzar el servei d'atenció telefònica amb la llevadora. El document permet registrar per una banda, les dades relatives a la trucada telefònica com el número, la causa i el període del postpart en el que la mare realitza la trucada, i per l'altra, dades relatives a la mare com el descans. A fi que les llevadores que duen a terme l'atenció del servei telefònic, donin una informació estructurada i homogènia a totes les mares que truquen, el disseny del document inclou la informació bàsica que ha de transmetre la professional segons el període del puerperi en el qual la mare realitza la consulta telefònica. Aquestes dades es distribueixen en els següents períodes :

- *Trucada entre el 3er i 6è dia del part:* Aquest període coincideix amb l'estada i l'alta hospitalària, recull informació del part, morbiditat de la mare i del nadó i el tipus d'alletament. Al mateix temps la llevadora pregunta sobre el descans de la mare i n'explica la importància,



informa dels patrons de normalitat del nounat i ofereix la possibilitat d'una nova trucada en el cas que la mare ho desitgi.

- *Trucada entre el 7è i 15è dia del part:* En aquest període la mare ha sortit de l'àmbit hospitalari i es troba en el primer període d'adaptació. Per una banda, la llevadora recull informació sobre el descans nocturn i diürn, sobre el suport a l'alletament que va rebre la mare durant l'estada hospitalària i sobre l'estat anímic actual amb una escala likert. Per altra banda, es reforça la importància del descans matern i dona les següents pautes de normalitat durant la instauració de la lactància que poden donar seguretat a la mare durant el període d'aprenentatge:
  - Percentatge mínima de preses que ha de realitzar el nadó en 24h (aproximadament entre 8 i 12).
  - El nadó ha de realitzar miccions diàries, abundants i freqüents.
- *Trucada entre el 15è i 35è dia:* Es respon a la consulta de la mare i, en el cas que es tracti de la primera trucada, es recull i reforça la informació anterior.
- *Trucada >35 dies:* Es dona resposta a la consulta de la mare i, en el cas que es tracti de la primera trucada, es recull la informació anterior.

Pel que fa a les dades relatives al descans matern, actualment, no hi ha cap enquesta específica per avaluar l'esgotament físic i mental que succeeix durant el període de puerperi. Davant aquesta situació i la importància del descans per la normalitat i el bon funcionament de l'alletament, es va realitzar una pregunta referent al descans nocturn i una referent al descans diürn per conèixer com la mare gestionava el cansament durant els primers dies després del part. Les respostes es van qualificar de la següent manera.

- *Molt mala gestió:* Poc descans nocturn i poc descans diürn.
- *Mala gestió:* Poc descans en algun dels dos períodes.
- *Gestió adequada:* Descans en ambdós períodes (annex 4)

### **Full de satisfacció materna de les mares sense possibilitat d'atenció telefònica**

Document creat per avaluar la satisfacció de la mares que van rebre l'atenció habitual, referent a la cura rebuda, mitjançant una escala Likert de 1 a 5 punts. Aquest full recull les variables relatives a la satisfacció materna sobre la informació rebuda a consulta, la continuïtat de la llevadora a consulta i la importància per la mare de la continuïtat de la llevadora a consulta. A més a més, recull informació sobre si la mare desitjaria tornar a gaudir del servei telefònic, el tipus d'alimentació del nadó als 3 mesos, els factors que van contribuir a l'èxit per l'alletament matern i les visites espontànies al servei de pediatria (annex 5).

### **Full de satisfacció materna de les mares amb opció al servei d'atenció telefònica**

Document creat per avaluar la satisfacció de la mares amb opció al servei d'atenció telefònica referent a l'atenció rebuda, mitjançant una escala Likert de 1 a 5 punts. En aquest document, a més de totes les variables anteriors, es fa referència a la satisfacció materna de l'atenció telefònica, la continuïtat de la llevadora en l'atenció telefònica, la importància per la mare de la continuïtat de la llevadora en l'atenció telefònica i si la durada del servei d'atenció telefònica era adequada (annex 6).

## **4.8 Descripció del procediment**

Un cop autoritzat el projecte per la direcció i els responsables de l'ASSIR Barcelonès Nord i Maresme Vallès Oriental i Occidental de l'ICS, va ser aprovat pel Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) de l' Institut d'investigació i Recerca en Atenció Primària IDIAP Jordi Gol (annex 7).

Abans d'iniciar la captació de la mostra, es van realitzar dues sessions d'entrenament amb les llevadores participants a l'estudi, per homogeneïtzar tant, el procediment d'atenció telefònica com la captació de participants i el registre de dades.

La captació de la mostra es va realitzar durant la visita de seguiment de l'embaràs amb la llevadora de l'ASSIR, a partir de les 25 setmanes de gestació. Si la mare accedia a participar, se li entregava el consentiment informat (annex 8) i un cop llegit i signat s'emplenava el document de captació (annex 1) en el qual es van recollir les variables sociodemogràfiques i obstètriques referent a l'edat materna, la paritat, data probable de part, nivell de risc obstètric, factors de risc, assistència a preparació maternal, previsió d'ajut a casa després del part i intenció prèvia d'alletar. Es va aprofitar també per

informar a totes les mares de l'estudi sobre l'educació sanitària i la cartera de serveis disponible durant el i postpart.

La captació es va realitzar des de la consulta per part de la llevadora que seguia la gestació i l'assignació al grup d'estudi es va realitzar amb assignació aleatòria al grup de participació mitjançant trucada telefònica.

Les mares del grup control, van tenir l'atenció habitual que s'ofereix a l'ASSIR durant el puerperi. Es considera intervenció habitual l'atenció de la llevadora durant el puerperi que està inclosa a la cartera de serveis del Departament de Salut i contempla la visita domiciliària, la visita espontània al centre, la trucada espontània al centre per realitzar consultes, la visita de puerperi aproximadament a les 6 setmanes del part i la possibilitat d'assistència al grup de puerperi i grup de suport a l'al·letament.

Les mares del grup experimental van tenir, a més de la intervenció habitual, la possibilitat de contactar telefònicament amb la seva llevadora per resoldre dubtes durant les primeres 8 setmanes postpart. Cal especificar que en cap cas es va oferir per dubtes específics en l'al·letament. L'horari d'atenció telefònica era de 9h a 19h en dies hàbils. Aproximadament a les 39 setmanes de gestació la llevadora realitzava una trucada a la mare per recordar el servei d'atenció telefònica durant el puerperi. Les trucades realitzades per les mares eren recollides per la llevadora que atenia la trucada i registrades en el full de recollida de dades (annex 5). Tot i que la mare podia trucar durant les 8 setmanes del puerperi, la captació es va realitzar durant el control de gestació, aquest fet va comportar que algunes trucades es realitzessin abans del naixement, aquestes trucades també van ser enregistrades.

La informació referent a *l'estat anímic inicial* i a *la gestió del descans matern* es va recollir en moments diferents segons al grup d'estudi al que pertanyien les mares. A *les mares que van utilitzar el servei telefònic* es va registrar aquesta informació en el moment que la mare trucava a la llevadora, en canvi, a *les mares amb atenció habitual* i a *les mares que no van utilitzar els servei telefònic* es va recollir durant la quarantena.

Els puerperis domiciliaris són les visites que realitza la llevadora durant el període del puerperi precoç. Aquesta visita és programada per la llevadora després d'haver parlat telefònicament amb la mare i haver-ne valorat la necessitat. Tot i que la mare en podia sol·licitar directament la visita, sempre era la llevadora la que valorava i prioritzava el puerperi domiciliari.

Durant la visita de la quarantena, la llevadora va passar l'escala de depressió d'Edimburg i l'escala de Salut autopercebuda de Goldberg.

Als 3 mesos del part un col·laborador extern va realitzar les avaluacions mitjançant una trucada telefònica, en les quals es va emplenar el full de satisfacció materna. En el cas de les *mares que van utilitzar el servei telefònic* es van realitzar dues avaluacions, la primera comuna per totes les mares de l'estudi referent a la informació rebuda durant la gestació sobre el puerperi i la segona específica de grup sobre la informació rebuda durant el servei d'atenció telefònica.

#### **4.9 Anàlisi de dades**

Es va realitzar una depuració de la base de dades i es va realitzar un anàlisi descriptiu per totes les variables. Les variables qualitatives amb freqüències i percentatges i les quantitatives amb la mitjana i desviació estàndard (DE).

A continuació es va comprovar la homogeneïtat entre els dos grups de l'estudi per les principals variables sociodemogràfiques i obstètriques.

Es van realitzar les proves de contrast d'hipòtesi corresponents. Per estudiar la relació entre les variables quantitatives es va calcular el coeficient de correlació de Pearson( $r$ ). Es va utilitzar la khi-quadrat ( $\chi^2$ ) per comparar les variables qualitatives i la raó de verosimilitud. Es va utilitzar la  $t$  d'Student ( $t$ ) per comparar les mitjanes en grups independents. En el cas de comparar més de dos grups de mitjanes en variables quantitatives es va utilitzar la prova de l'anàlisi de la variància (Anova- F de Snedecor) (F). Per analitzar la relació entre les variables independents i la variable dependent, es va realitzar una regressió logística mitjançant la Odds Ratio (OR) i els Interval de confiança (IC).

El nivell de significació per la contrastació d'hipòtesi ha estat del 0,05. L'anàlisi de dades s'ha realitzat amb paquet estadístic SPSS versió 23.0 per a Windows.

#### **4.10 Aspectes ètics**

El projecte de recerca respecta els principis fonamentals establerts en la Declaració de Hèlsinki de la Associació Mèdica Mundial de 2008, en el Conveni del Consell d'Europa relatiu als drets humans i la biomedicina, en la Declaració Universal de la UNESCO sobre el genoma humà i els drets humans,

així com complir els requisits establerts en la legislació espanyola en l'àmbit de la investigació biomèdica, la protecció de dades de caràcter personal i la bioètica.

Des de la perspectiva de l'ètica professional, assoleix el principi de beneficència.

La recollida i el tractament de les dades de l'estudi està subjecte a la llei orgànica de confidencialitat i protecció de dades 15/1999 (114). Totes les participants van estar informades del conjunt del procés i la possibilitat de revocació en qualsevol moment, si així ho desitjaven, mitjançant el document informatiu (annex 9) i signant a continuació el consentiment informat (annex 8).

## 5. Resultats

---

Els resultats es presenten segons els objectius de l'estudi, amb una explicació prèvia de les característiques de la mostra. Els principals resultats estan distribuïts segons els grups d'assignació, formats per les mares amb *atenció habitual* i les mares amb opció *al servei d'atenció telefònica*. Aquest últim grup s'ha analitzat segons l'ús del servei.

## 5.1 Flux de participants de l'estudi

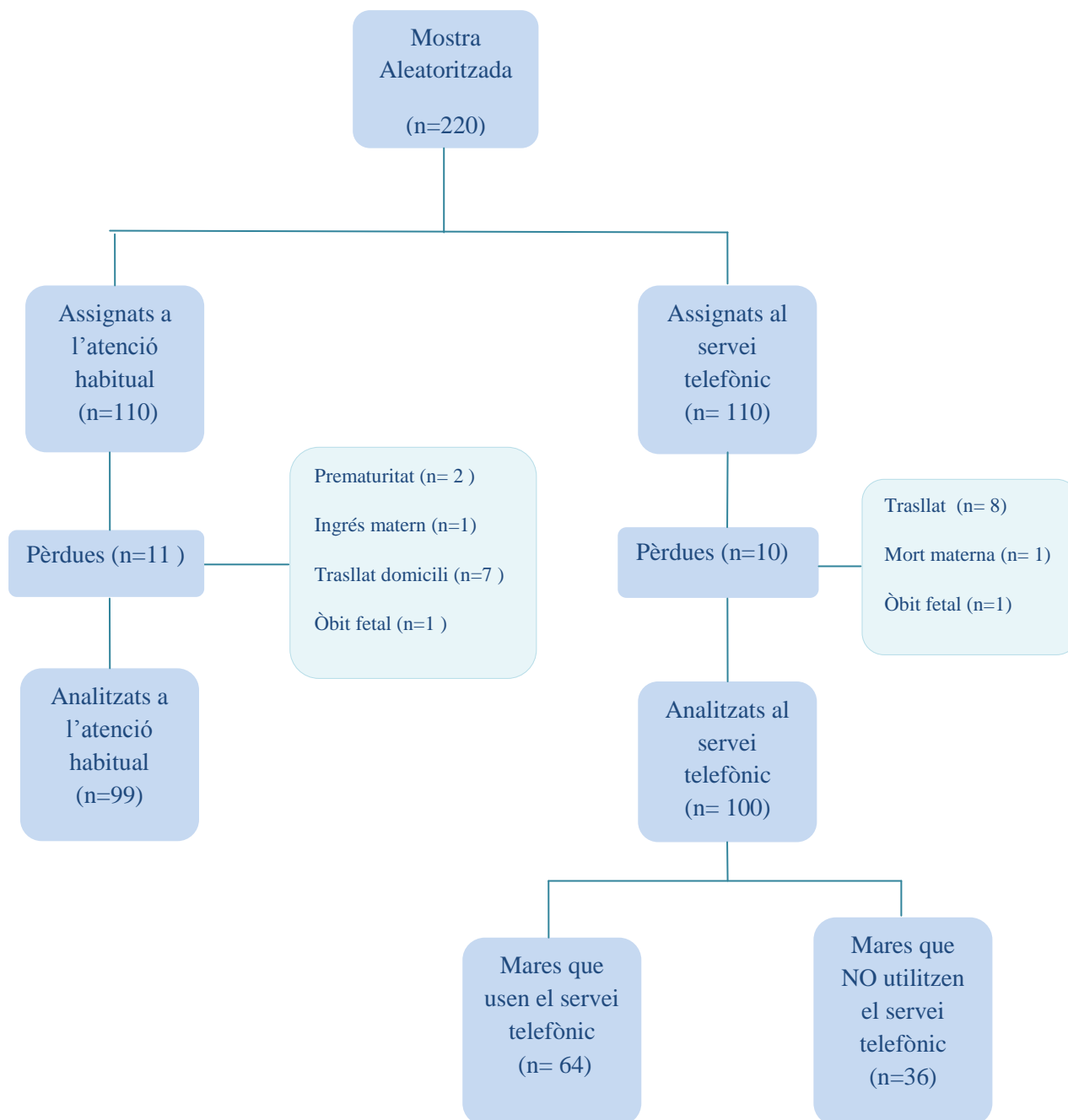


Figura 1: Flux de participants de l'estudi

Es van aleatoritzar 220 dones que complien els criteris de selecció. I es van distribuir 110 dones a cada grup d'estudi, d'aquestes es van analitzar 99 que van rebre l'atenció habitual de la cartera de serveis de l'ASSIR, i les 100 restants a més de l'atenció habitual, van tenir la possibilitat de suport telefònic de la seva llevadora si així ho desitjaven. Va haver-hi un 9,5% de pèrdues (n=21) per ingrés

de la mare, mort materna, mort neonatal, prematuritat i trasllat de domicili durant la gestació o el puerperi (Figura 1).

### 5.1.1 Dades sociodemogràfiques i obstètriques generals de la mostra

La mitjana d'edat de les mares va ser de 31,2 amb una desviació estàndard (DE) de 4,53 la més jove tenia 17 anys i la més gran 42.

La classificació de risc gestacional fa referència a la classificació de risc matern durant la gestació segons el Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (68). El 52,7% de les mares (n=105) es van classificar com a gestants de baix risc durant el seguiment de la gestació, la resta 47,2% (n=94) van presentar factors de risc com edat materna > a 38 anys (n=8) o sobrepès (n=14) sent el més habitual l'hàbit tabàquic amb un 34,8% dels casos (n=33).

Pel que fa al lloc on va succeir el part, el 95% (n=189) ho van fer en hospitals públics dels quals un 82,7% (n=162) van ser atesos a l'hospital de referència. Del 5% restant (n=10), el 4,5% (n=9) van ser atesos en clíniques privades i el 0,5% (n=1) va succeir al domicili.

El 38,7% de les gestacions (n=77) van finalitzar en parts eutòcics, el 28,6% (n=57) en cesàries, el 23,1% (n= 46) amb fòrceps, el 5,5% ( n=11) amb vacum i el 4% amb espàtules (n=8).

Referent a les complicacions aparegudes després del part, es va detectar que el 79,4% de les mares (n=158) no va presentar cap problema després del part. *El cansament/ la preocupació* va ser el problema més habitual en un 41,5% ( n=17) seguit del *dolor a l'episiotomia* en un 26,8% (11) del 17,1% de patologia greu (n=7) (preeclàmpsia, incontinença fecal i transfusió postpart) i del 14,6% (n=6) de patologia lleu (disúria, incontinença urinària, anèmia o hemorroides). Referent als nadons, el 91,5% (n=182) no va presentar cap problema després del naixement. El 8,5% (n=17) restant es va distribuir en ingrés del nounat per observació en un 47,1% (n=8), icterícia neonatal en un 23,5% (n=4) i control per pèrdua de pes en un 29,4% (n=5).

Durant el període del puerperi, el 20,6% de mares (n=41) van rebre entre 1 i 3 visites a domicili amb un total de 188 visites, la mitjana de domicilis va ser de 0,26 visites per mare amb una Desviació Estàndard (DE) de 0,53.



Durant la gestació, el 98% de les mares (n=195) va expressar una intenció positiva d'alletar al seu fill de manera natural després del part, l'1% (n=2) va manifestar una intenció negativa i l'1% restant (n=2) va restar indecís. El 92,5% (n=184) va indicar previsió d'ajuda familiar durant el puerperi.

Pel que fa referència a l'educació sanitària, el 85,9% de les mares (n=171) van assistir durant la gestació a les sessions de preparació al naixement. Després del part el 44,2% (n=88) va assistir les sessions de postpart i el 34,2 % (n=68) ho va fer als grups de suport a l'alletament.

Quan s'analitza el tipus de lactància de la mostra segons el període de temps de vida del nadó, s'observa que en el moment de l'alta hospitalària, el 77% dels nadons (n=153) prenen lactància materna exclusiva (LME), el 13% (n=26) eren alimentats amb lactància materna parcial (LMP) i el 10% (n=20) amb alimentació de fórmula (AF).

A les 3 setmanes del naixement, el 66,8% dels nadons (n=133) prenen LME, el 17,6% (n=35) eren alimentats amb LMP i el 15,6% (n=31) amb AF.

En el moment de la visita a les 6 setmanes el 67,3% dels nadons (n=134) prenen LME, el 13,6% (n=27) eren alimentats amb LMP i el 19,1% (n=38) amb AF.

Als 3 mesos 59,8% dels nadons (n=119) prenen LME, el 15,1% (n=30) eren alimentats amb LMP i el 25,1% (n=50) amb AF.

### 5.1.2 Proves d'homogeneïtat de la mostra segons els grups d'estudi

A continuació es mostren els resultats de les proves realitzades per conèixer la homogeneïtat dels grups d'estudi. S'ha utilitzat la prova de t d'Student per comparar les mitjanes en mostres independents en la variable quantitativa d'edat. S'ha utilitzat la prova de la Khi quadrat per comparar les proporcions de les variables qualitatives de risc gestacional, distribució del risc gestacional, lloc del part, tipus de part, assistència als grups d'educació al naixement, la intenció d'al·letar i la previsió d'ajut després del naixement. No s'han trobat diferències estadísticament significatives entre els dos grups.

La mitjana de l'edat de les mares, d'ambdós grups, va ser de 31 anys i el risc gestacional també va tenir una distribució similar. Entre el 91,9% (n=91) i el 86% (n=86) de la mostra eren gestants de baix o mitjà risc gestacional. Cal incidir en que el risc mitjà és classifica en moltes ocasions per dades antropomètriques com l'alçada o el Rh o per situacions circumstancials com les metrorràgies de primer trimestre que un cop superades no comporten cap complicació en la gestació (Taula 1).

**Taula1: Classificació del risc gestacional**

	Mares amb Atenció Habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)		Total	
	Mitjana	(DE)	Mitjana	(DE)	Mitjana	(DE)
Edat materna	31,04	4,6	31,37	(4,3)	31,2%	4,5
<b>Risc gestacional</b>	<b>Percentatge</b>	<b>n</b>	<b>Percentatge</b>	<b>n</b>	<b>Percentatge</b>	<b>n</b>
Baix risc	54,5%	54	51%	51	52,8%	105
Risc mitja	37,4%	37	35%	35	36,2%	72
Alt risc	8,1%	8	13%	13	10,5%	21
Molt alt risc	-	-	1%	1	0,5%	1
Total	100%	99	100%	100	100%	199

t de Student = 0,511; valor p =0,507

### Distribució del risc gestacional

Cal remarcar que les dues causes més habituals de risc gestacional en els grups d'estudi van ser, en primer lloc, l'hàbit tabàquic (34,8%; n=33) i en segon lloc la obesitat (14,7%; n=14). El grup de mares amb opció al servei d'atenció telefònica va presentar però, un percentatge d'obesitat molt superior al grup d'atenció habitual (20% vs.8,9%) i menor proporció de mares fumadores (30% vs.

40%). La causa *Altres factors de risc* abasta un percentatge importat del risc obstètric global d'ambdós grups d'estudi degut a que s'hi van sumar factors de risc mitjà com Rh negatiu, alçada materna baixa, mare adolescent, alteracions pelvianes, metrorràgies de primer trimestre, infecció urinària baixa o risc laboral entre d'altres (Taula2).

**Taula 2 : Distribució del risc gestacional**

Causa	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)		Total	
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Fumadora	40%	18	30%	15	34,8%	33
Sobrepès	8,9%	4	20%	10	14,7%	14
Patologia endocrina	6,7%	3	10%	5	8,4%	8
Edat materna > 38	8,9%	4	8%	4	8,4%	8
Altres factors de risc	35,5%	16	32%	16	33,7%	32
<b>Total</b>	100%	45	100%	50	100%	95

Raó de verosimilitud = 0,218

### Dades relatives al part

Referent a on va succeir el part, s'observa que més del 95% de les mares va anar a hospitals públics (n=189) i d'aquestes el 83% a l'hospital públic de referència (n=165). Aquest percentatge és similar en tots dos grups d'estudi, malgrat més del doble de mares amb opció al servei d'atenció telefònica, van parir en un centre privat. El 4,5% (n=9) va ser atès en clíniques privades i una mare va tenir el part a casa (0.5%) (Taula 3).

**Taula 3 : Lloc on succeeix el part**

Lloc	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)		Total	
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
H. de referència	84,8%	84	81%	81	82,9%	165
Altre H. Públic	11,1%	11	13%	13	12,1%	24
Cínica Privada	3,1%	3	6%	6	4,5%	9
Part Domiciliari	1,0%	1	-	-	0,5%	1
<b>Total</b>	100%	99	100%	100	100%	199

Valor p = 0,735

Respecte a la finalització del part, la proporció de parts normals o eutòcics va ser del 38,7% (n=77), i el 61% van ser parts distòcics (n=122). Del total de parts que van requerir algun tipus d'instrumentalització més del 28,6% (n=57) van ser cesàries i el 23,1% van ser fòrceps (Taula 4). La proporció de parts eutòcics entre les mares d'atenció habitual (42,4%) va ser superior a la resta (35%) (Taula 4).

**Taula 4: Tipus de finalització del part**

Tipus	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)		Total	
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Eutòcic	42,4%	42	35,0%	35	38,7%	77
Vacum	5,1%	5	6,0%	6	5,5%	11
Espàtules	2%	2	6,0%	6	4,1%	8
Fòrceps	20,2%	20	26,0%	26	23,1%	46
Cesària	30,3%	30	27,0%	27	28,6%	57
<b>Total</b>	100%	99	100%	100	100%	199

Valor p = 0,454

### Assistència als grups de preparació al naixement

Els resultats relacionats amb l'assistència de les mares a les sessions de preparació al naixement que ofereix la cartera de serveis durant la gestació posen de manifest que la participació a les sessions formatives va ser molt elevada tant en les mares d'atenció habitual amb el 86,9% (n=86) com en les mares amb opció al servei telefònic amb el 85% (n=85) (taula 5).

**Taula 5: Assistència a grups de preparació al naixement**

Educació al naixement	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)		Total	
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Assistència	86,9%	86	85%	85	85,9%	171
No assistència	13,1%	13	15%	15	14,1%	28
<b>Total</b>	100%	99	100%	100	100%	199

Valor p = 0,705

## Expectatives de la mare durant la gestació en relació al puerperi

Les dades recollides durant la gestació que fan referència a les expectatives de la mare després del part, posen de manifest que el 98% de les mares de l'estudi (n=195) van respondre que tenien intenció d'al·letar als seus nadons després del naixement (Taula 6).

**Taula 6: Expectatives de la mare durant la gestació en relació al puerperi I**

Intenció verbal d'al·letar	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)		Total	
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Intenció Positiva	97%	96	99%	99	98%	195
Intenció negativa	2%	2	-	-	1%	2
No ho sap	1%	1	1%	1	1%	2
<b>Total</b>	100%	99	100%	100	100%	199

Valor p 0,360

Referent a si tenien planejat algun tipus d'ajut a casa després del part, més del 93% dels dos grups (n=185) va verbalitzar que comptava amb l'ajut d'algun familiar i la distribució va ser homogènia. Tot i això, les mares amb opció al servei telefònic, doblaven a la resta en l'expectativa de no comptar amb ajut (Taula 7).

**Taula 7: Expectatives de la mare durant la gestació en relació al puerperi II**

Ajut a casa	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)		Total	
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Compte amb ajut	93,8%	93	92%	92	93%	185
No compte amb ajut	3,1%	3	7%	7	5%	10
No sap/no respon	3,1%	3	1%	1	2%	4
<b>Total</b>	100%	99	100%	100	100%	199

Valor p 0,322

### 5.1.3 Resultats de les variables de la mostra relatives al postpart

#### Morbiditat materna durant el postpart

El 79,4% de mares (n=158) no van presentar problemes després del part tot i que la distribució de la morbiditat va ser més elevada en el grup de mares amb opció al servei telefònic. Aquests resultats son estadísticament significatius.(Taula 8).

**Taula 8: Morbiditat materna**

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n=100)		Total	
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Morbiditat	13,2%	13	28%	28	20,6%	41
No morbiditat	86,8%	86	72%	72	79,4%	158
<b>Total</b>	100%	99	100%	100	100%	199

Valor p 0,01

Referent a les causes de morbiditat materna, cal destacar la inclusió de la variable *cansament/preocupació* per l'alta incidència expressada per les mares de la mostra. Quan s'analitza la distribució de la morbiditat, s'observa que la *patologia greu* és lleugerament superior en el grup d'atenció habitual. Les causes de morbiditat com la *patologia lleu* o el *cansament/preocupació*, es presenten de manera més freqüent en el grup de mares que van utilitzar els servei telefònic (Taula 9).

**Taula 9: Distribució de la Morbiditat Materna**

Causa	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)		Total	
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Dehiscència/dolor	30,8%	4	25%	7	26,8%	11
Patologia Lleu ( Incontinència d'orina, disúria, hemorroides, anèmia)	7,7%	1	17,8%	5	14,6%	6
Patologia Greu (Preeclàmpsia, incontinència fecal, transfusió post part)	23,1%	3	14,3%	4	17,1%	7
Cansament / preocupació	38,5%	5	42,9%	12	41,5%	17
<b>Total</b>	100%	13	100%	28	100%	41

Valor p 0,419

## Morbiditat neonatal

La morbiditat neonatal de la mostra ve ser del 8,5% (n=17), tot i això es va detectar una morbiditat superior en el grup amb opció *al servei telefònic* amb 12% de morbiditat (n=12) en comparació a la del grup amb atenció habitual amb un 5,2% (n=5) (Taula 10).

**Taula 10: Morbiditat neonatal**

Morbiditat	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n=100)		Total	
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Morbiditat	5,2%	5	12%	12	8,5%	17
No morbiditat	94,8%	94	88%	88	91,5%	182
<b>Total</b>	100%	99	100%	100	100%	199

Valor p 0,08

En la distribució de la morbiditat neonatal s'observa que la principal causa és per ingrés al servei de nounats per observació amb un 47,1% (n=8). Tot i que la distribució de la morbiditat neonatal és homogènia en els dos grups s'observa que els nadons del grup de *mares amb opció al servei telefònic* va tenir més morbiditat relacionada amb la pèrdua de pes del nadó (33,3%, n=4) que la resta de les mares (Taula 11).

**Taula 11: Distribució de la morbiditat neonatal**

Causa	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n=100)		Total	
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Ingrés per observació	60%	3	41,7%	5	47,1%	8
Pèrdua de pes	20%	1	33,3%	4	29,4%	5
Icterícia	20%	1	25%	3	23,5%	4
<b>Total</b>	100%	5	100%	12	100%	17

Valor p 0,778

## Assistència als grups d'educació sanitària durant el postpart

Pel que fa als grups de postpart que es realitzen aproximadament a partir del mes de naixement, l'assistència va ser del 44,2% (n=88) i es distribueix de manera proporcional entre els dos grups (Taula 11).

Els grups de suport a l'alletament estan oberts a qualsevol període del puerperi. Cal destacar una assistència a les sessions del 34,2% (n=68), distribuïda de manera similar entre els grups d'estudi (Taula 12).

**Taula 12: Assistència a grups d'educació sanitària durant el postpart**

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)		Total	
<b>Grups de Postpart</b>						
Assistència	41,4%	41	47%	47	44,2%	88
No assistència	58,6%	58	53%	53	55,8%	111
<b>Total</b>	100%	99	100%	100	100%	199
<b>Grups de Suport a l'alletament</b>						
Assistència	32,3%	32	36%	36	34,2%	68
No assistència	67,7%	67	64%	64	65,8%	131
<b>Total</b>	100%	99	100%	100	100%	199

Valor p 0,50; Valor p 0,65



## 5.2. Resultats segons els objectius de l'estudi

Tal com s'ha comentat anteriorment, els grups d'estudi es van dividir en *Mares amb atenció habitual* (n=99) i *mares amb opció de suport telefònic* (n=100). D'aquest darrer grup hi va haver un 64% (n=64) que va utilitzar el servei telefònic amb la llevadora de referència durant les 8 setmanes postpart, i un 34% que mai va el utilitzar (n=34). A aquests dos grups se'ls va anomenar *mares que utilitzen el servei telefònic* i *mares que no utilitzen el servei* i els resultats s'han analitzat com a grups independents.

### 5.2.1 Resultats relacionats amb el número de visites, les trucades a l'ASSIR i les causes de consulta realitzades per les mares de l'estudi

#### a) Visites a l'ASSIR durant el període de puerperi

A la cartera de serveis de l'ASSIR hi ha la possibilitat de visita concertada o espontània durant el puerperi. Pel que fa a les visites al centre, s'observa que el 75,9% (n=154) de les mares de la mostra no va necessitar cap visita en els primers dies del puerperi, front al 24,1% (n=48) que sí que ho van necessitar. El 44,7% (n=26) de *les Mares que utilitzen el servei telefònic* va anar al centre a realitzar una visita, del grup de *Mares que No utilitzen el servei* va anar-hi el 25% (n=9). El grup de mares que va realitzar menys visites va ser el de les mares amb *Atenció Habitual* amb el 13,1% (n=13) (Taula13). Aquestes dades son estadísticament significatives amb un valor  $p < 0,001$ .

**Taula 13: Visita a l'ASSIR durant el període de puerperi**

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)					
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic(n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>Dones amb cap visita</b>	86,9%	86	59,3%	38	75%	27	75,9%	154
<b>Dones amb una o més visites</b>	13,1%	13	44,7%	26	25%	9	24,1%	48
<b>Total</b>	100%	99	100%	64	100%	36	100%	199

valor  $p < 0,001$

## b) Causa de la visita a l'ASSIR

Les mares que van necessitar com a mínim una visita a l'ASSIR (n=48) van realitzar un total de 62 consultes que es van classificar en *cures de la mare, dificultats en l'alletament i atenció al nounat*. El primer motiu de consulta amb un 53,2% van ser les *cures de la mare* (n=33). A l'analitzar les causes segons els grups d'estudi, s'evidencia que aquest resultat és manté com a primer motiu entre les mares amb *atenció habitual* amb el 56,3% de les consultes,( n=9) i en les que *van utilitzar el servei telefònic* amb un 62,5% (n=20). Per altra banda, la primera causa de consulta entre les *mares que no va utilitzar el servei* va ser les dificultats en l'alletament amb un 57,2%,( n=8). Aquestes dades no tenen significació estadística (Taula 14).

**Taula 14: Causa de la visita**

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que utilitzen el servei telefònic(n=64)		Mares que No utilitzen el servei (n=36)			
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>Cures de la mare</b>	56,3%	9	62,5%	20	28,5%	4	53,2%	33
<b>Dificultats alletament</b>	37,5%	6	34,37%	11	57,2%	8	40,3%	25
<b>Atenció al nounat</b>	6,2%	1	3,12%	1	14,3%	2	6,5%	4
<b>Total</b>	100%	16	100%	32	100%	14	100%	62

valor p 0,25

## c) Consulta telefònica a l'ASSIR

Dins la cartera de serveis de l'ASSIR hi ha la possibilitat de realitzar una trucada telefònica al centre per resoldre dubtes. El 22,6% de les mares (n=45) va realitzar com a mínim una trucada al centre durant el període del puerperi. Per grups d'estudi, el 30,6% de *mares que no van utilitzar el servei telefònic* (n=11), va ser el grup que va realitzar més trucades al centre, seguit del 26,6% de *mares que van utilitzar el servei* (n=17) i pel 17,2% de mares amb atenció habitual (n=17) (Taula15).

**Taula 15: Trucades a l'ASSIR**

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
			Percentatge	n	Percentatge	n		
Dones amb cap trucada	82,9%	82	73,4%	47	69,4%	25	87,4%	154
Dones amb una o més trucades	17,2%	17	26,6%	17	30,6%	11	22,6%	45
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>199</b>

Valor p 0,17

#### d) Principals causes de consulta telefònica a l'ASSIR

El 22,6% de les mares de la mostra varen consultar per telèfon al centre (n=45), van realitzar un total de 51 consultes relacionades amb l'alletament, amb les cures de la mares i altres. El 58,8% de les trucades (n=30) tenien relació amb l'alletament. Per grups d'estudi, la lactància va ser la primera causa de consulta en el 63,7% de *mares d'atenció habitual* (n=14), el 55,5% (n=10) de les *mares que van utilitzar el servei telefònic* i el 54,5% (n=6) de les que no van usar el servei. La segona causa de consulta va ser les cures de la mare amb el 22,7%, 44,4% i el 27% respectivament. Aquestes dades no tenen significació estadística (Taula 16).

**Taula 16: Principals causes de consulta telefònica a l'ASSIR**

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
			Percentatge	n	Percentatge	N		
Cures de la mare	22,7%	5	44,4%	8	27,3%	3	31,4%	16
Consultes alletament	63,7%	14	55,5%	10	54,5%	6	58,8%	30
Altres	13,6%	3	-	-	18,2%	2	9,8%	5
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>51</b>

Valor p 0,1701

Quan s'observa la classificació de les consultes telefòniques a l'ASSIR, la primera causa, entre les mares de l'estudi, va ser per dificultats amb la lactància materna (27%), en segon lloc el dolor de l'episiotomia (21,6%) i en tercer la sospita de mastitis (15,7%) (Taula 17).

**Taula 17**

**Classificació específica de les de consultes telefòniques realitzades a l'ASSIR**

	<b>Percentatge</b>	<b>n</b>
Dificultats durant l'alletament	27,4%	14
Dolor episiotomia	21,6%	11
Sospita mastitis	15,7%	8
Altres	9,8%	5
Alletament i medicació	5,9%	3
Anticoncepció	5,9%	3
Suplement de Fórmula	5,9%	3
Alimentació complementària	3,9	2
Sospita d'inici de treball de part	1,9%	1
Loquis/menstruació	1,99%	1
<b>Total</b>	100%	51

## 5.2.2 Resultats relacionats amb la freqüentació i la causa d'urgències

El 39,2 % de les mares de l'estudi (n=78) van realitzar com a mínim una visita al pediatre. Les *mares que van utilitzar el servei telefònic* van ser les que més visites van realitzar (45.3%; n=29), seguit de les *mares amb atenció habitual* (37.4%; n=37) i de les *mares que no van utilitzar el servei* (33,3%, n=12). Aquestes dades no son estadísticament significatives (Taula 18).

**Taula 18: Freqüentació al servei d'urgències pediàtriques**

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)					
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Cap visita	62,6%	62	54,7%	35	66,7%	24	60,8%	121
Una visita	30,3%	30	34,4%	22	27,8%	10	31,2%	62
Dues visites	5,1%	5	7,8%	5	2,8%	1	5,5%	11
Tres o més visites	2,0%	2	3,1%	2	2,8%	1	2,5%	5
<b>Total</b>	100%	99	100%	64	100%	36	100%	199

Valor p 0,72

## Distribució de les causes de consulta al servei de Pediatria

La primera causa de consulta de les mares a pediatria fa referència a la sospita de patologies com *febre, bronquitis, diarrees o alteracions de la pell* (35%, n= 27), en segon lloc amb un 23,4%, per *còlic, cures del melic; refredat* (n=18). Es posa també en evidència que les consultes relacionades amb l'alletament van ser les menys freqüents en el servei d'urgències de pediatria amb el 18,2% del total de les consultes (n=14). (Taula 19).

**Taula 19 : Causes de consulta al servei d'urgències pediàtriques**

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Patologia ( febre...)	42,9%	15	23,3%	7	41,7%	5	35,0%	27
Refredat	14,3%	5	33,3%	10	25%	3	23,4%	18
Alletament	17,2%	6	16,6%	5	25%	3	18,2%	14
Còlics/C. del melic/altres	25,8%	9	26,6%	8	8,3%	1	23,4%	18
<b>Total</b>	100%	35	100%	30	100%	12	100%	77

Raó de verosimilitud 0,49

### 5.2.3. Resultats relacionats amb el número de visites de puerperi domiciliari realitzades per les llevadores

El 20,6% de les mares (n=41) va rebre com a mínim una visita a domicili durant el puerperi. Quan es comparen els grups d'estudi, s'observa que 11,1% de les *mares que no van utilitzar el servei telefònic* (n=4), i el 14,2% les *mares amb atenció habitual* (n=14) van rebre visites a domicili front al 38,3% de les *mares que van utilitzar el servei telefònic* (n=23). Aquestes dades son estadísticament significatives amb un valor p de 0,001 (Taula 20).

**Taula 20: Puerperi Domiciliari**

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Cap visita	85,8%	85	61,7%	41	88,9	32	79,4%	158
Una visita o més	14,2%	14	38,3%	23	11,1%	4	20,6%	41
<b>Total</b>	100	99	100	64	100	36	100%	199

Valor p 0.001

Cal destacar que quan s'analitza el número de visites rebudes a domicili durant el puerperi, es posa de manifest que el percentatge de les mares que va rebre dues o més visites no supera en cap dels grups d'estudi el 3,4% (n=2, n=2, n=1). (Taula 21).

**Taula 21: núm. de visites a domicili**

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)					
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Cap visita	85,8%	85	61,7%	41	88,9	32	79,4%	158
Una visita	12,1	12	35,0%	21	8,3	3	18,1%	36
Dos o més visites	2,0	2	3,4%	2	2,8	1	2,5%	5
<b>Total</b>	100	99	100	64	100	36	100%	199

*Raó de verosimilitud 0,017*

#### 5.2.4. Resultats relacionats amb el número, el període i la causa de consulta de les trucades realitzades per les mares *que utilitzen el servei telefònic* amb la seva llevadora de referència durant les primeres 8 setmanes postpart

##### a) Número de trucades que van realitzar les mares al servei telefònic

Pel que fa al número de trucades telefòniques, de les mares a la llevadora de referència, es van realitzar un total de 131 trucades. A continuació s'agrupen les mares segons les vegades que van usar el servei telefònic (Taula 22).

**Taula 22: Núm. de trucades que van realitzar les mares al servei telefònic**

Núm. de trucades/mare	Percentatge	Percentatge acumulat	n
1 Trucada	42,2%	42,2%	27
2 Trucades	26,6%	68,8%	17
3 Trucades	21,9%	90,7%	14
4 Trucades	6,2%	96,9%	4
5 o més Trucades	3,1%	100%	2
<b>Total</b>	100%		64

## b) Període de la trucada

Tot i que la mare podia trucar des del naixement fins les 8 setmanes del postpart, la captació es va efectuar durant la gestació i aquest fet va comportar que el 9,2% de trucades es realitzessin abans del naixement (n=12). Les mares que van utilitzar el servei telefònic amb la seva llevadora (n=64) van realitzar un total de 131 trucades. El 80,2% d'aquestes (n=105) es van realitzar entre el naixement i les 4 primeres setmanes del postpart. (Taula 23).

**Taula 23: Distribució de trucades per períodes**

Període	n	Percentatge	Percentatge acumulat
Abans del part	12	9,2%	9,2%
<7 dies postpart	64	48,9%	58,1%
8 a 31 dies p.p.	41	31,3%	89,4%
5 a 8 setmanes p.p.	14	10,6%	100%
Total	131	100%	

## c) Tipus de consulta segons període

Una mateixa trucada podia comportar diferents causes de consulta de manera que el total de trucades realitzades (n=131) van generar 182 consultes.

Com es pot observar, durant els primers 7 dies posteriors al naixement les causes de la trucada telefònica es van distribuir en la mateixa proporció entre l'alletament matern i la causa materna amb un 48,8% (n=42). Del dia 8è al 31 dia del naixement 58,3% de les trucades (n=35) estaven relacionades amb l'alletament, el 40% de les consultes (n=24) van ser per causa materna i el 1,7% va ser sobre dubtes referents al nounat (n=1). De la setmana 5 a la 8 del postpart, la distribució es va mantenir, la consulta sobre lactància amb un 58,3% (n=14) seguida de la causa materna amb un 35,7% (n=9) i el 4,2% per consulta del nounat (n=1). (Taula24).



**Taula 24: Distribució del tipus de consulta segons el període**

	Pre part		0-7 dies		8-31 dies		5-8 setmanes		Total	
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>Materna</b>	100%	12	48,8%	42	40%	24	35,7	9	100%	87
<b>Alletament</b>	-	-	48,8%	42	58,3%	35	58,3%	14	100%	91
<b>Nounat</b>	-	-	2,4%	2	1,7%	1	4,2%	1	100%	4
<b>Total</b>	100%	12	100%	86	100%	60	100%	24	100%	182

## **d) Distribució de les trucades**

### **d.1 Trucades per causa materna**

Del total de consultes per causa materna (n=87), la més freqüent va ser per informar del part amb un 41,4% (n=36), seguida de la sospita de pròdroms amb un 13,8% (n=12) i del dolor a l'episiotomia o cicatriu amb un 12,6% (n=11). La resta (n=28) es van distribuir en *hemorroides*, *consultes d'anticoncepció* i *cures de la mare*.

### **d.2 Trucades per alletament**

La consulta d'alletament més freqüent va ser la relacionada amb qüestions tècniques com les postures, amb un 22% (n=20) seguit del dolor i ingurgitació amb un 20,8% (n=19) i per la durada de les preses amb el 19,8% (n=18) (Taula25).

<b>Taula 25: Trucades per alletament</b>		
	<b>Percentatge</b>	<b>n</b>
Tècniques d'alletament (buidatge, postura, )	22%	20
Ingurgitació i dolor	20,8%	19
Percentatge i durada de les preses	19,8%	18
Plor/gana	8,8%	8
Introducció d'alimentació de fórmula (suplements)	7,7%	7
Ús de mugroneres	5,5%	5
Pèrdua/guany. Control pes	5,5%	5
Dolor mugrons	4,4%	4
Hipogalàctia	4,4%	4
Deslletament	1,1%	1
<b>Total</b>	100%	91

### **d.3 Trucades referents al nounat**

De les 182 trucades realitzades, el 2,2% feia referència al nadó (n=4) i es van distribuir de manera homogènia entre els còlics i les cures del melic ( 50%).

### 5.2.5. Resultats relacionats amb el grau d'abandonament precoç de l'alletament de les mares primíparaes

El tipus d'alimentació dels nadons es va revisar a l'*alta hospitalària*, entre les *3-4 setmanes de naixement*, a les *6 setmanes del naixement* als *tres mesos del naixement* i va classificar en lactància materna exclusiva (LME), lactància materna parcial (LMP) i alimentació de fórmula (AF).

#### 5.2.5.1 Resultats del tipus d'alimentació per períodes.

L'alletament exclusiu passa d'un 76,9% (n=153) en el moment de l'alta hospitalària a un 59,8% (n=119) als 3 mesos. Es pot apreciar que en el moment de l'alta hospitalària, el 10% de les mares (n=20) havia abandonat totalment l'alletament matern passant a alimentació de fórmula (AF) i, al 3er mes, l'AF era del 25,1% (n=50). Si s'analitza la lactància materna parcial, es posa de manifest que aquesta disminueix mentre, simultàniament, l'AF augmenta. Quan s'observen les línies de progressió s'aprecia com als 6 mesos la tendència de la LME disminueix fins al 50% i l'AF augmenta al 40% (Figura2)

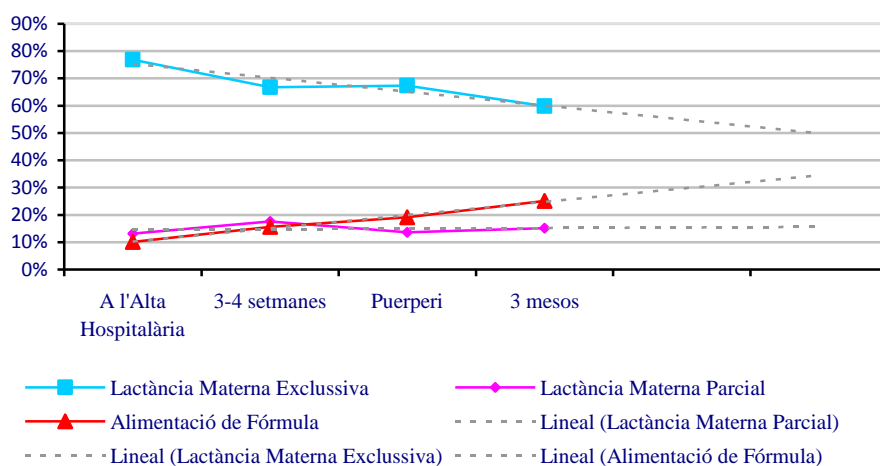


Figura 2: Tipus d'alletament per període d'estudi

## 5.2.5.2 Resultats del tipus d'alimentació per grups d'estudi i períodes

### Resultats de la lactància materna a l'alta hospitalària

#### a) Lactància materna i abandonament a l'alta hospitalària.

El 89,9% de les mares de la mostra (n=179) alletaven en el moment de l'alta. Les mares que més alletaven als nadons en aquest moment van ser les mares que van utilitzar el servei telefònic amb la llevadora en un 95,4% (n=61) seguides pel 88,9% de les que *no el van utilitzar* (n=32) i del 86,9% de les mares amb *atenció habitual* (86). Aquestes dades no tenen significació estadística (Taula 26).

Taula 26: Lactància materna i abandonament a l'alta hospitalària.

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>Lactància materna</b>	86,9%	86	95,4%	61	88,9%	32	89,9%	179
<b>Alimentació de fórmula</b>	13,1%	13	4,7%	3	11,1%	4	10,1%	20
<b>Total</b>	100%	99	100%	64	100%	36	100%	199

*p*-valor 0,07

#### b) Tipus d'alimentació a l'alta hospitalària

El 76,9% de les mares de l'estudi (n=153) alletaven de manera exclusiva a l'alta (n=155). Per grups, el 81,3% de les *mares que van utilitzar el servei telefònic amb la llevadora referent* (n=52) va ser el grup amb més alletament exclusiu en el moment de l'alta hospitalària seguit del 77,8% de les mares *que no el van utilitzar* (n=28) i del 73,7% de les mares amb *atenció habitual* (n=73).

El grup que va donar més lactància materna parcial (llet de fórmula i l'alletament matern de manera simultània) van ser les *mares que van utilitzar el servei telefònic* amb un 14,1% (n=9), seguides pel 13,1% de les mares que van rebre *l'atenció habitual* (n=13) i l'11% de les *mares que no van utilitzar el servei* (n=4).

Les mares amb menys alimentació de fórmula a l'alta hospitalària i per tant, menys abandonament de la lactància materna, van ser *les mares que van utilitzar el servei telefònic amb la llevadora referent* amb un 4.7% (n=3) seguides pel 13,1% de mares amb *atenció habitual* (n=13) i de l'11,1% de les mares *que no el van utilitzar* (n=4). Aquestes dades no són estadísticament significatives (Taula 27).

Taula 27: Tipus d'alimentació a l'alta

		Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
				Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
		Percentatge	N	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>Lactància Materna</b>	<b>L.M. Exclusiva</b>	73,7%	73	81,3%	52	77,8	28	76.9%	153
	<b>L.M. Parcial</b>	13,1%	13	14,1%	9	11,1	4	13.1%	26
<b>Alimentació de fórmula</b>		13,1%	13	4,7%	3	11,1	4	10.0%	20
<b>Total</b>		100%	99	100%	64	100%	36	100%	199

Raó de verosimilitud 0,17

### c) Dificultats en l'alletament matern exclusiu durant l'estada hospitalària

El 22,1% de les mares de l'estudi (n=46) van tenir dificultats en l'alletament exclusiu durant l'estada hospitalària. *Les mares que va utilitzar el servei telefònic* va presentar un 18,8% de dificultats (n=12) i un percentatge de lactància materna exclusiva del 81.3% (n=52) seguit per les *mares que no van utilitzar el servei telefònic* amb un 22,2% de dificultats (n=8) i un 77,8% de LME (n=28). Per últim, el 26,3% de les *mares amb atenció habitual* (n=26) van presentar més dificultats a l'alletament i una LME del 73,7% (n=73). Aquestes dades no són estadísticament significatives (Taula 28).

Taula 28: Dificultats en l'alletament matern durant l'estada hospitalària

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
			Percentatge	n	Percentatge	n		
<b>LM exclusiva</b>	73,7%	73	81,3%	52	77,8%	28	76,9%	153
<b>Dificultats en LM</b>	26,3%	26	18,8%	12	22,2%	8	23,1%	46
<b>Total</b>	100%	99	100%	64	100%	36	100%	199

Valor p 0,5341

#### d) Resolució de les dificultats en l'alletament durant l'estada hospitalària

A l'analitzar què van fer les mares que van presentar dificultats en l'alletament exclusiu durant l'estada hospitalària (n=46), es posa de manifest que el 43.5% d'aquestes mares (n=20) van abandonar l'alletament. Per grups d'estudi, el 25% de les *mares que van utilitzar el servei telefònic* (n=3) van abandonar la lactància front al 50% d'abandonament en les *mares amb atenció habitual* (n=13) i el 50% de les *mares que no van utilitzar el servei telefònic* (n=4)

Aquests resultats no gaudeixen de significació estadística (Taula 29).

Taula 29: Resolució de les dificultats en l'alletament durant l'estada hospitalària

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
			Percentatge	n	Percentatge	n		
<b>Introducció d'alimentació de fórmula en mares lactants (LMP)</b>	50%	13	75%	9	50%	4	56,5%	26
<b>Abandonament de l'alletament matern (AF)</b>	50%	13	25%	3	50%	4	43,5%	20
<b>Total</b>	100%	26	100%	12	100%	8	100%	46

Raó de verosimilitud 0,32

## Resultats de la lactància materna a les 3-4 setmanes

### a) Lactància materna i abandonament a les 3- 4 setmanes

El 84,4% de les mares de la mostra alletaven a les 3-4 setmanes (n=168). Per grups, alletaven el 90,7% (n=58) de *les mares que van utilitzar el servei telefònic* amb la llevadora referent seguides del 83,3% (n=30) de les que no el van utilitzar i del 80,8% (n=80) de les mares amb atenció habitual (n=80). Aquestes dades no tenen significació estadística (Taula 30).

Taula 30: Lactància materna i abandonament a les 3-4 setmanes del part

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>Lactància materna</b>	80,8%	80	90,7%	58	83,3%	30	84,4%	168
<b>Alimentació de fórmula</b>	19,2%	19	9,3%	6	16,7%	6	15,6%	31
<b>Total</b>	100%	99	100%	64	100%	36	100%	199

p-valor 0,24

### b) Tipus d'alimentació a les 3-4 setmanes

A les 3-4 setmanes, el 66,8% de les mares (n=133) alletava de manera exclusiva. En primer lloc, les mares amb *atenció habitual* amb un 70,7% (n=70), seguides per les *mares que van utilitzar el servei telefònic* amb un 64,1% (n= 41) i de *les mares que no van utilitzar el servei* amb un 61,1% (n=22).

El grup de mares que van utilitzar més la lactància parcial van ser les *mares que van utilitzar el servei telefònic* amb un 26,6% (n=17).

El grup amb més alimentació de fórmula van ser les mares amb *atenció habitual* amb un 19,2% (n=19) seguides de les *mares que no va utilitzar el servei telefònic* amb un 16,7% (n=6), i de les *mares que van utilitzar el servei telefònic* amb un 9,4% (n=6) (Taula 31).

Taula 31: Tipus d'alimentació a les 3-4 setmanes

	Mares amb atenció habitual (n=99)	Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total			
		Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)					
	Percentatge	N	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	
<b>Lactància Materna</b>	<b>L.M. Exclusiva</b>	70,7%	70	64,1%	41	61,1%	22	66,8%	133
	<b>L.M. Parcial</b>	10,1%	10	26,6%	17	22,2%	8	17,6%	35
	<b>Alimentació de fórmula</b>	19,2%	19	9,4%	6	16,7%	6	15,6%	31
<b>Total</b>		100%	99	100%	64	100%	36	100%	199

valor p 0,051

Els resultats son marginalment significatius, això indica que, tot i que no es pot afirmar que el baix abandonament de l'alletament matern en el grup de mares que va utilitzar el telèfon (9% versus el 16% i 19%) és estadísticament significatiu, es pot esperar que la tendència es mantingui en un model més gran.

### c) Dificultats en l'alletament matern exclusiu entre les 3-4 setmanes

El 33,2% de les mares de l'estudi (n=66) va presentar dificultats en la LME i van recórrer a altres fórmules. El grup amb menys dificultats va ser el d'*atenció habitual* amb el 29,3% (n=29) seguit per *les mares que van utilitzar el servei telefònic* amb el 35,9% (n=23) i les *mares que no van utilitzar el servei* amb el 38,9% (n=14). Aquestes resultats no gaudeixen de significació estadística (Taula 32).

Taula 32: Dificultats en l'alletament matern exclusiu entre les 3-4-setmanes

	Mares amb atenció habitual (n=99)	Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total		
		Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)				
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>LM exclusiva</b>	70,7%	70	64,1%	41	61,1%	22	66,8%	133
<b>Dificultats en LM</b>	29,3%	29	35,9%	23	38,9%	14	33,2%	66
<b>Total</b>	100%	99	100%	64	100%	36	100%	199

Valor p 0,49



#### d) Resolució de les dificultats en l'alletament entre les 3-4 setmanes

De les mares que van presentar dificultats a l'alletament (n=66), el 47% (n=31), va abandonar totalment la lactància entre les 3-4 setmanes. Per grups d'estudi, van abandonar el 26,1% de les mares que van utilitzar el servei telefònic (n=6) seguit del 42,9% les mares que no van utilitzar el servei telefònic (n=6) i del 65,5% de mares amb atenció habitual (n=19). Aquestes dades són estadísticament significatives amb un valor p 0,01 (Taula 33).

Taula 33: Resolució de les dificultats en l'alletament a les 3-4 setmanes

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)					
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)		Total	
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n		
<b>Introducció d'alimentació de fórmula en mares lactants (LMP)</b>	34,5%	10	73,9%	17	57,1%	8	53%	35
<b>Abandonament de l'alletament matern (AF)</b>	65,5%	19	26,1%	6	42,9%	6	47%	31
<b>Total</b>	100%	29	100%	23	100%	14	100%	66

Valor p 0,01

#### Resultats de la lactància materna a les 6 setmanes

##### a) Lactància materna i abandonament a les 6 setmanes

A les 6 setmanes, el 80,9% de les mares de la mostra alletava (n=161) i el 19,1% havia abandonat totalment la lactància (n=38). També s'observa que el 86% de les mares que van utilitzar el servei telefònic (n=55) alimentaven als seus nadons amb llet materna front al 78,8% de les mares amb atenció habitual (n=78) i el 77,8% de les mares que no van utilitzar el servei (n=28). Aquestes dades no són estadísticament significatives (Taula 34).

Taula 34: Lactància materna i abandonament a les 6 setmanes

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>Lactància materna</b>	78,8%	78	86,0%	55	77,8%	28	80,9%	161
<b>Alimentació de fórmula</b>	21,2%	21	14,1%	9	22,2%	8	19,1%	38
<b>Total</b>	100%	99	100%	64	100%	36	100%	199

Valor p 0,45

### b) Tipus d'alimentació a les 6 setmanes

A les 6 setmanes del part, les mares de l'estudi alletaven un 67,3% (n=134). En les *mares amb atenció habitual* va ser del 69,7% (n=69), en les *mares que van utilitzar el servei telefònic* del 67,2% (n=43) i del 61,1% (n=22) en les *mares que no van utilitzar el servei*.

El grup que va donar més lactància parcial van ser les *mares que van utilitzar el servei telefònic* amb un 18,8% (n=12), les *mares que no van utilitzar el telèfon* ho van fer en un 16,7% (n=6) i les *mares amb atenció habitual* en un 9,1% (n=9).

L'alimentació de fórmula i per tant l'abandonament de la lactància a les 6 setmanes de vida va ser del 19,1% (n= 38). Per grups d'estudi, del 22,2% ( n=8) en les *mares que no va utilitzar el servei telefònic*, del 21,2% (n=21) en el grup de *mares amb atenció habitual* i del 14,1% (n=9) en les *mares que van utilitzar el servei telefònic*. Aquests resultats no gaudeixen de significació estadística (Taula35).

Taula 35: Tipus d'alimentació a les 6 setmanes

	Mares amb atenció habitual (n=99)	Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total		
		Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)				
	Percentatge	N	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>Lactància Materna</b>								
<b>L.M. Exclusiva</b>	69,7%	69	67,2%	43	61,1%	22	67,3%	134
<b>L.M. Parcial</b>	9,1%	9	18,8%	12	16,7%	6	13,6%	27
<b>Alimentació de fórmula</b>	21,2%	21	14,1%	9	22,2%	8	19,1%	38
<b>Total</b>	100%	99	100%	64	100%	36	100%	199

Valor p 0,33

### c) Dificultats en l'alletament matern exclusiu a les 6 setmanes

A les 6 setmanes, el 67,3% de les mares va donar als seus nadons LME (n=134) i el 32,7% (n=65) i van recórrer a altres opcions. El grup de mares amb més LME van ser les mares d'atenció habitual amb un 69,7% (n=69) seguides de les *mares que van utilitzar el servei telefònic* amb un 67,2% (n=43) i de les que *no el van utilitzar* amb un 61,1% (n=22). Aquestes dades no són estadísticament significatives (Taula36).

Taula 36: Dificultats en l'alletament matern exclusiu a les 6 setmanes

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>LM exclusiva</b>	69,7%	69	67,2%	43	61,1%	22	67,3%	134
<b>Dificultats en LM</b>	30,3%	30	32,8%	21	38,9%	14	32,7%	65
<b>Total</b>	100%	99	100%	64	100%	36	100%	199

p-valor 0,6422

#### d) Resolució de les dificultats en l'alletament a les 6 setmanes

El 58,5% (n=38) de les mares que havien presentat dificultats en l'alletament a les 6 setmanes del part van optar per abandonar la lactància. Quan s'analitza l'abandonament segons l'atenció rebuda, les mares que van utilitzar el servei telefònic van patir un abandonament de la lactància del 42,9% (n= 9), les mares que no van utilitzar el servei del 57,1% (n=8) i les mares amb atenció habitual del 70% (n=21). Aquestes dades no són estadísticament significatives (Taula 37).

Taula 37: Resolució de les dificultats en l'alletament a les 6 setmanes

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)					
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>Introducció d'alimentació de fórmula en mares lactants (LMP)</b>	30%	9	57,1%	12	42,9%	6	41,5%	27
<b>Abandonament de l'alletament matern (AF)</b>	70%	21	42,9%	9	57,1%	8	58,5%	38
<b>Total</b>	100%	30	100%	21	100%	14	100%	65

Valor p 0,15

#### Anàlisi de la lactància materna als 3 mesos

##### a) Lactància materna i abandonament als 3 mesos

Als 3 mesos, el 74,9% de les mares (n=149) alletaven als seus nadons i el 25,1% (n=50) els alimentava només amb let de fórmula. Quan s'analitza la lactància segons els grups d'estudi el 81,2% (n=52) de les mares que van utilitzar el servei telefònic alimentava als seus nadons amb llet materna seguides del 73,7% (n=73) de les mares amb atenció habitual i del 66,7% (n=24) de les mares que no van utilitzar el servei. Aquestes resultats no gaudeixen de significació estadística (Taula 38).

Taula 38 : Lactància materna i abandonament als 3 mesos

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>Lactància materna</b>	73,7%	73	81,2%	52	66,7	24	74,9%	149
<b>Alimentació de fórmula</b>	26,3%	26	18,8%	12	33,3	12	25,1%	50
<b>Total</b>	100%	99	100%	64	100%	36	100%	199

p-valor 0,25

### b) Tipus d'alimentació als 3 mesos

Als 3 mesos del part, el 59,8 (n=119) de les mares de l'estudi, alletaven de manera exclusiva. L'alletament exclusiu en les *mares amb atenció habitual* va ser del 63,3% (n=63), en les *mares que van utilitzar el servei telefònic* del 57,8% (n=37) i del 52,8% (n=19) en les *mares que no van utilitzar el servei*.

El grup que va donar més lactància parcial van ser les *mares que van utilitzar el servei telefònic* amb un 23,4% (n=15), les *mares que no van utilitzar el telèfon* ho van fer en un 13,9% (n=5) i les *mares amb atenció habitual* en un 10,1% (n=10).

L'alimentació de fórmula i per tant l'abandonament de la lactància als 3 mesos del part va ser del 25,1% (n=50). Per grups d'estudi, del 33,3% (n=12) en les *mares que no va utilitzar el servei telefònic*, del 26,3% (n=26) en el grup de *mares amb atenció habitual* i del 18,8% (n=12) en les *mares que van utilitzar el servei telefònic*. Aquests resultats no gaudeixen de significació estadística (Taula39).

Taula 39: Tipus d'alimentació als 3 mesos

		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total			
		Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)				Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)	
		Percentatge	N	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>Lactància Materna</b>	<b>L.M. Exclusiva</b>	63,3%	63	57,8%	37	52,8%	19	59,8%	119
	<b>L.M. Parcial</b>	10,1%	10	23,4%	15	13,9%	5	15,1%	30
<b>Alimentació de fórmula</b>		26,3%	26	18,8%	12	33,3%	12	25,1%	50
<b>Total</b>		100%	99	100%	64	100%	36	100%	199

Valor p 0,12

### c) Dificultats a l'alletament matern exclusiu als 3 mesos

Referent a les dificultats en LM s'observa que, als 3 mesos, el 40,2% de les que mares havien tingut dificultats en la LME (n=80). Segons els grups d'estudi, el 47,2% (n= 17) de les mares *no van utilitzar el servei* van tenir dificultats amb la LME seguides del 42,2% (n=27) de les *que el van utilitzar* i del 36,4% (n= 36) de les *d'atenció habitual*. Aquestes resultats no són estadísticament significatius (Taula 40).

Taula 40: Dificultats en l'alletament matern exclusiu als 3 mesos

	Mares amb atenció habitual (n=99)	Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total		
		Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)				
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>LM exclusiva</b>	63,6%	63	57,8%	37	52,8%	19	59,8%	119
<b>Dificultats en LM</b>	36,4%	36	42,2%	27	47,2%	17	40,2%	80
<b>Total</b>	100%	99	100%	64	100%	36	100%	199

valor p 0,48

#### d) Resolució de les dificultats en l'alletament als 3 mesos

Als 3 mesos del part, el 62.5% (n= 50) de les mares que van presentar dificultats amb la LME havia abandonat totalment l'alletament. L'abandonament de la lactància per grups d'estudi, va ser del 72,2% (n=26) en *les mares amb atenció habitual*, del 70,6% (n=12) en les que *no van utilitzar el servei* i del 44,4% (n=12) en les *mares que van utilitzar el servei telefònic*. (Taula 41). Aquestes dades tenen una significació estadística marginal i es podria esperar que en un model més gran és mantingués aquesta tendència.

Taula 41: Resolució de les dificultats en l'alletament als 3 mesos

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>Introducció d'alimentació de fórmula en mares lactants (LMP)</b>	27,8%	10	55,6%	15	29,4%	5	37,5%	30
<b>Abandonament de l'alletament matern (AF)</b>	72,2%	26	44,4%	12	70,6%	12	62,5%	50
<b>Total</b>	100%	36	100%	27	100%	17	100%	80

Valor p 0,058

## 5.2.6. Resultats relacionats amb el benestar de les mares

El benestar matern s'ha mesurat a partir de l'avaluació d'estats emocionals habituals després del part com son la depressió postpart, l'autopercepció de salut, la gestió del descans matern i l'estat anímic durant les primeres setmanes després del part.

### a) Depressió post part

A continuació, es mostren els resultats de la depressió postpart distribuïts per grups d'estudi. La puntuació mínima va ser de 0 i la màxima de 19. La mitja va ser de 2,94 (DE 4,408).

El 88,3% (n=173) de mares va presentar una puntuació normalitat (<9), el 5,6% (n=11) va requerir una revaluació per part de la llevadora i el 6,1% (n=12) van ser diagnosticades de depressió i derivades a l'especialista.

El nivell de normalitat (<9), va ser similar en els tres grups.

Les mares *que van utilitzar el servei telefònic* va ser les que van tenir més reavaluacions per part de la llevadora per un percentatge de risc de depressió (9-10) del 7,9% (n=5). El grup amb més diagnòstic de depressió (>11) va ser el de les mares *que no van utilitzar el servei telefònic* amb un 11,1% (n=4). Aquestes dades no són estadísticament significatives (Taula 42).

Taula 42: Depressió post part

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
Puntuació	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
No Depressió <9	90,7%	88	87,3%	55	83,3%	30	88,3%	173
Risc de depressió 9-10	4,1%	4	7,9%	5	5,6%	2	5,6%	11
Depressió >11	5,2%	5	4,8%	3	11,1%	4	6,1%	12
<b>Total</b>	100%	97	100%	63	100%	36	100%	196

Raó de verosimilitud 0,6



## b) Autopercepció de salut o benestar general

La puntuació mínima va ser d'1 i la màxima de 29 sobre 36, la mitjana va ser de 9,48 (DE 4,909).

El 61% (n=119) de les mares de l'estudi va obtenir una puntuació elevada en autopercepció de salut, el 29,8% (n= 58) va obtenir una puntuació normal i el 9,2% (n=18) una puntuació baixa.

Les mares *que no van utilitzar el servei telefònic* van obtenir un percentatge superior en puntuació elevada en autopercepció del benestar amb un 65,7% (n=23). El grup amb més puntuació baixa d'autopercepció de salut va ser el de les mares *que van utilitzar el servei* amb un 14,3% (n=9). Aquests resultats tenen una significació estadística marginal (Taula 43).

Taula 43: Nivell Autopercepció de benestar general

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
Puntuació	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Elevada	61,9%	60	57,1%	36	65,7%	23	61%	119
Normal	30,9%	30	28,6%	18	28,5%	10	29,8%	58
Baixa	7,2%	7	14,3%	9	5,8%	2	9,2%	18
<b>Total</b>	100%	97	100%	63	100%	35	100%	195

Valor p 0,055

## c) Gestió del descans matern

El 32,5% (n=50) de les mares va gestionar el cansament de manera inadequada. Per grups d'estudi, les mares *que van utilitzar el servei telefònic* van ser les que van gestionar pitjor el cansament amb un 49% (n=25) front al 24,7% (n=19) de les mares *amb atenció habitual* i el 23,1% (n=6) de les mares *que no el van utilitzar*. Aquestes dades són estadísticament significatives amb un valor p de 0,008 (Taula 44).

Taula 44: Gestió del descans matern

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Gestió inadequada	24,7%	19	49%	25	23,1%	6	32,5%	50
Gestió adequada	75,3%	58	51%	26	76,9%	20	67,5%	104
<b>Total</b>	100%	77	100%	51	100%	26	100%	154

Valor p 0,008

#### d) Estat anímic inicial

El 54,8% (n=90) de les mares va puntuar el seu estat anímic als primers dies del part com a alt (4-5). El 23,8% (n=39) va donar una puntuació intermitja (3) i el 21,3% (n=35) la va valorar com a molt baixa (1-2). Per grups d'estudi, s'observa que les mares amb una puntuació més elevada (4-5), van ser el de les *que van utilitzar el servei telefònic* amb un 59.6% (n=31), seguit de les *mares que el no van utilitzar* amb un 53,5% (n=15) i de les *mares amb atenció habitual* amb un 52,4% (n=44). Aquestes dades no són estadísticament significatives (Taula45).

Taula 45: Estat anímic inicial

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
Puntuació	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Molt baix 1-2	21,4%	18	17,3%	9	28,6%	8	21,3%	35
Mig 3	26,2%	22	23,1%	12	17,9%	5	23,8%	39
Alt 4-5	52,4%	44	59,6%	31	53,5%	15	54,8%	90
<b>Total</b>	100%	94	100%	52	100%	28	100%	164

Valor p 0,7305

## 5.2.7. Resultats sobre la satisfacció de les mares referent a la informació rebuda a l'ASSIR

### a) Valoració de les mares sobre l'adequació de la informació rebuda a l'ASSIR

El 54,1% de les mares (n=107) va donar la puntuació màxima a la informació rebuda. Tots els grups d'estudi van valorar entre el 80% i el 90% la informació rebuda amb les puntuacions més elevades *bastant - molt* adequada (4-5). El grup que millor va valorar la informació (4-5) va ser el de les mares amb *atenció habitual* (91,8%; n=90) seguit de les *mares que van utilitzar el servei* (82,8%; n=37) i de les que *no el van utilitzar* (80,6%; n=28). Les puntuacions de satisfacció més baixa (1-2) la va donar el grup de *mares que va utilitzar els servei* (6,3%; n=4), seguida de les que *no el van utilitzar* (5,6%; n=2) i de les mares amb *atenció habitual* (2%; n=2). Aquests resultats no tenen significació estadística (Taula 46).

Taula 46: Adequació de la informació rebuda a l'ASSIR

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Mitjana	DE	Mitjana	DE	Mitjana	DE	Mitjana	DE
	4,46	0,87	4,33	0,96	4,25	0,90	4,38	0,90
Puntuació	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Gens	1%	1	1,6%	1	-	-	1%	2
Poc	1%	1	4,7%	3	5,6%	2	3%	6
Normal	6,2%	6	10,9%	7	13,9%	5	9,1%	18
Bastant	39,2%	38	25%	16	30,6%	11	32,8%	65
Molt	52,6%	52	57,8%	37	50%	18	54,1%	107
<b>Total</b>	100%	98	100%	64	100%	36	100%	198

Raó de verosimilitud 0,45; F 1.301; Sig 0,265

F: Valor F; Sig: Significació, DE: Desviació Estàndard

### a) Continuitat de la llevadora durant les visites a l'ASSIR

Gairebé el 71,7% (n=142) de les mares va valorar amb la puntuació màxima de *sempre o gairebé sempre* (4-5) la continuïtat de la llevadora a l'ASSIR. Quan s'analitzen els resultats per grups, s'observa que les *mares amb atenció habitual* van ser les que van puntuar millor la continuïtat amb la llevadora de consulta amb un 74,2% (n=73) seguides de les *mares que no van utilitzar el servei telefònic* amb un 69,5% (n=25) i de les *que van utilitzar el servei telefònic* amb un 68,2% (n=34). Per altra banda, el grup que va expressar menys continuïtat, amb les puntuacions mínimes (1-2), va ser el de les *mares que no utilitzen el servei* amb el 22,2% (n=8), seguit de les *mares amb atenció habitual* (amb el 5,5% (n=15) i de les *mares que l'utilitzen* amb el 14,3% (n=9) (Taula 47).

Taula 47: La continuïtat de la llevadora

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Mitjana	DE	Mitjana	DE	Mitjana	DE	Mitjana	DE
	4,06	1,32	4,00	1,15	3,89	1,50	4,01	1,30
Puntuació	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Mai	6,2%	6	1,6%	1	13,9%	5	6,1%	12
Poc	9,3%	9	12,7%	8	8,3%	3	10,1%	20
Normal	10,3%	10	17,5%	11	8,3%	3	12,1%	24
Gairebé sempre	26,8%	26	19,0%	12	13,9%	5	21,7%	43
Sempre	47,4%	47	49,2%	32	55,6%	20	50%	99
<b>Total</b>	100%	98	100%	64	100%	36	100%	198

Raó de verosimilituds 0,21; F 1,090 ; Sig 0,367

F: Valor F; Sig: Significació; DE: Desviació Estàndard

**b) Importància per la mare, en relació a la continuïtat de la mateixa llevadora durant les visites**

La valoració mitjana de les mares sobre la importància de la continuïtat de la llevadora va ser de 4,57 sobre 5 (DE 0,95). El 74% de les mares van considerar *molt important* (5) que la llevadora que realitzava el seguiment a consulta sempre fos la mateixa. Les puntuacions màximes, (4-5), es van distribuir de manera homogènia entre les 3 grups d'estudi. En canvi, les mares que menys importància van donar a la continuïtat, amb les puntuacions mínimes (1-2), van ser les que *van utilitzar el servei* amb el 9,4% (n=6) seguides de les que *no el van utilitzar* amb el 5,6% (n=2) i de les *d'atenció habitual* amb l'1% (n=1) (Taula 48).

Taula 48: Importància per la mare sobre la continuïtat de la mateixa llevadora durant les visites de la gestació

	Mares amb atenció habitual (n=99)		Mares amb opció al servei d'atenció telefònica amb llevadora referent (n= 100)				Total	
			Mares que <u>utilitzen</u> el servei telefònic (n=64)		Mares que <u>No utilitzen</u> el servei (n=36)			
	Mitjana	DE	Mitjana	DE	Mitjana	DE	Mitjana	DE
	4,67	0,83	4,45	1,09	4,53	0,97	4,57	0,95
Puntuació	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
Gens	-	-	4,7%	3	2,8%	1	2,0%	4
Poc	1%	1	4,7%	3	2,8%	1	2,5%	5
Normal	10,2%	10	4,7%	3	8,3%	3	8,1%	16
Bastant	14,3%	14	12,5%	8	11,1%	4	13,1%	26
Molt	74,5%	73	73,4%	47	75,0%	27	74,3%	147
<b>Total</b>	100%	98	100%	64	100%	36	100%	198

Raó de verosimilitud 0,35; ; F 1,787 ; Sig 0,117

F: Valor F; Sig: Significació; DE: Desviació Estàndard

### 5.2.8. Resultats relacionats amb la satisfacció de les mares sobre l'atenció rebuda durant el puerperi amb el suport telefònic

#### a) Valoració de les mares sobre l'adequació de la informació rebuda durant el puerperi a amb el suport telefònic

La valoració mitjana de les mares va ser de 4,67 sobre 5 (DE 0,73).

Més del 93,2% de les *mares que van utilitzar el servei telefònic* (n=56) amb la seva llevadora van valorar la informació rebuda telefònicament amb les puntuacions més altes *força o molt adequada* (4-5). L'1,7% de les mares (n=1) van puntuar la informació rebuda amb les puntuacions més baixes de l'escala Likert (1-2) que corresponien a informació *gens, poc adequada* (Taula 49).

Taula 49: Adequació de la informació rebuda al servei telefònic		
	Mitjana	DE
	4,64	0,73
Puntuació	Percentatge	N
Gens	1,7%	1
Poc	-	-
Mitjana	5,1%	3
Força	18,6%	11
Molt	74,6%	45
<b>Total</b>	100%	60

DE: Desviació Estàndard

### **b) Valoració de les mares sobre la continuïtat de la llevadora en el servei telefònic amb la llevadora**

La satisfacció mitjana de les mares va ser de 4,65 sobre 5 (DE 0,85). El 90,2% de les mares (n=55) van valorar la continuïtat de la seva llevadora com a *força bona o molt bona* (4-5) (Taula 50).

Taula 50: Continuïtat de la llevadora durant les consultes telefòniques

	Mitjana	DE
	4,65	0,85
Puntuació	Percentatge	n
Gens	4,9%	3
Poc	-	-
Mitjà	4,9%	3
Força	4,9%	3
Molt	85,3%	52
<b>Total</b>	100%	61

### **c) Importància per les mares, en relació a la continuïtat de la mateixa llevadora durant les consultes telefòniques**

La satisfacció mitjana de les mares va ser de 4,77 sobre 5 (DE 0,71). El 93% de les mares (n=57) van considerar força o molt important (4-5) que la llevadora que respongués a les consultes telefòniques fos sempre la mateixa professional, un 5,1% (n=3) li va donar una importància mitjana i un 1,7% (n=1) ho va considerar gens important.

### **d) Valoració de la mare sobre el període de durada del suport telefònic**

La valoració mitjana sobre el temps de consulta va ser de 4,00 sobre 5 (DE 1,54). El 70% (n=42) de les mares, varen considerar que el temps s'ajustava *molt o força* a les necessitats del puerperi, el 5% va donar una importància mitja (n=3) i el 25% (n=15) de les mares van considerar que el temps era *gens o poc* adequat.

**e) Grau de satisfacció del servei d'atenció telefònica.**

La satisfacció mitjana del servei va ser de 4,68 (DE 0,8). Gairebé el 89,5% dels casos (n=52), el grau de satisfacció va ser alt o *molt alt*, el 7% (n=4) va donar una importància mitja i el 3,5% (n=2) es va mostrar *gens o poc* satisfeta amb l'atenció del servei telefònic.

**f) Desig de suport telefònic en futures gestacions.**

El 93,4% de les *mares que van utilitzar el servei telefònic* (n=56) com a eina de consulta amb la seva llevadora durant el puerperi, desitjarien gaudir d'aquest servei en una gestació futura, el 6,6% (n=4) es van mostrar indecises.

**g) Problemes amb el servei telefònic**

Pel que fa a l'existència de la dificultat expressades per les mares amb el servei telefònic, el 9,4% de mares (n=6) van referir problemes tècnics, de cobertura o de resposta immediata i el 90,6% (n=58) no va expressar cap dificultat amb el servei.

**h) Valoració de les mares que van utilitzar el servei telefònic amb la llevadora sobre l'adequació de la informació rebuda a l'ASSIR i al servei telefònic.**

Les mares que van utilitzar el servei telefònic amb la llevadora, van valorar amb una puntuació molt alta l'adequació de la informació rebuda de la llevadora tant a l'ASSIR com al servei telefònic amb una mitjana de 4,33 sobre 5 (DE 0,96) i de 4,64 sobre 5 (DE 0,73) respectivament. El 68,2% (n=43) de les mares va considerar *força bona o molt bona* (4-5) la informació rebuda a l'ASSIR i en un 82,8% (n=53) com a *força bona o molt bona* (4-5) la informació rebuda durant el servei d'atenció telefònica. En les dues situacions, la puntuació més baixa (Gens) va ser de 1,6% (n=1). (Taula51).



**Taula 51: Adequació de la informació referent al puerperi en les mares que van utilitzar el servei telefònic.**

	Informació rebuda a l'ASSIR		Informació rebuda durant el servei telefònic amb la llevadora	
	Mitjana	DE	Mitjana	DE
	4,33	0,96	4,64	0,73
<b>Puntuació</b>	Percentatge	n	Percentatge	n
Gens	1,6%	1	1,6%	1
Poc	12,7%	8	4,7%	3
Mitja	17,5%	11	9,4%	6
Força	19,0%	12	25,0%	16
Molt	49,2%	31	57,8%	37
<b>Total</b>	100%	63	100%	63

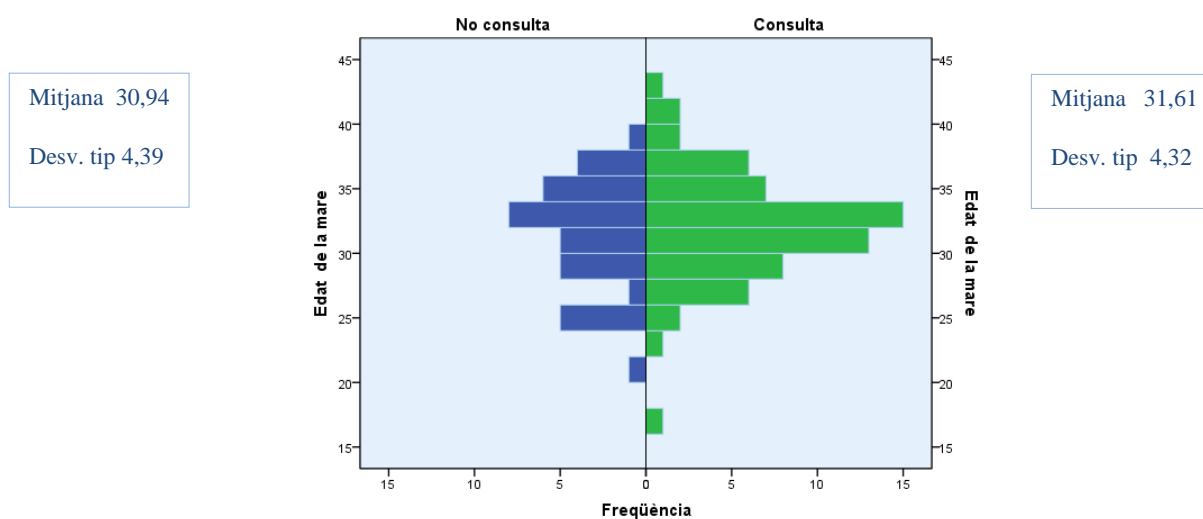
Valor p >0.9

## 5.9 Resultats de les característiques sociodemogràfiques, obstètriques i personals del grup de mares amb opció a utilitzar el servei.

Aquest apartat recull els resultats sorgits de l'anàlisi comparatiu de les característiques sociodemogràfiques, obstètriques i personals de les *mares que tenien opció a utilitzar el servei telefònic* (n=100).

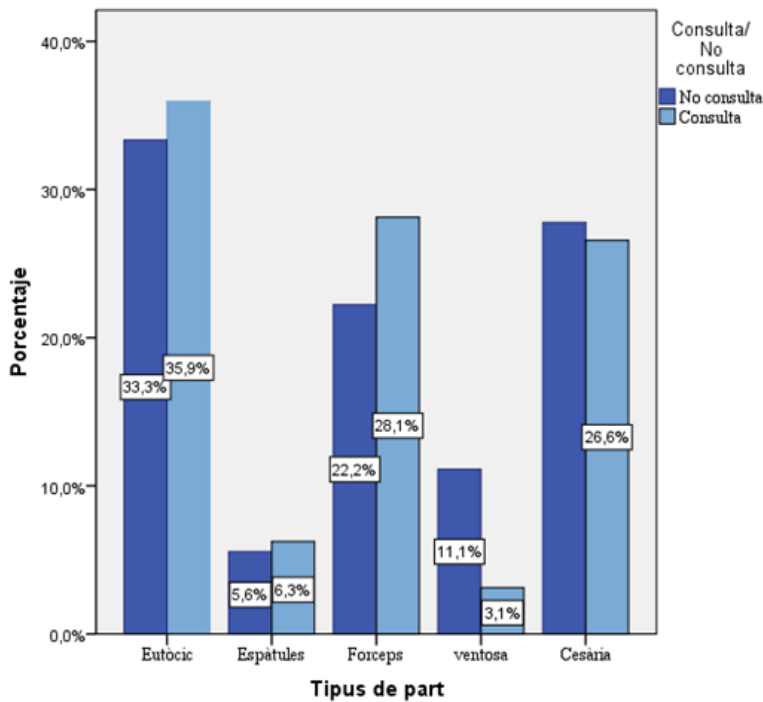
### Edat materna

El grup d'edat més nombrós, tant entre les mares que van consultar com les que no, es troba entre la franja d'edat de 29 i 35 anys. Cal remarcar però, que la proporció de mares que va consultar és superior entre els 25 i 33 anys (Figura3).



Valor p 0,580

Figura 3: Edat materna i ús del servei telefònic



Valor p 0,607

Figura 4: Tipus de part i ús del servei telefònic

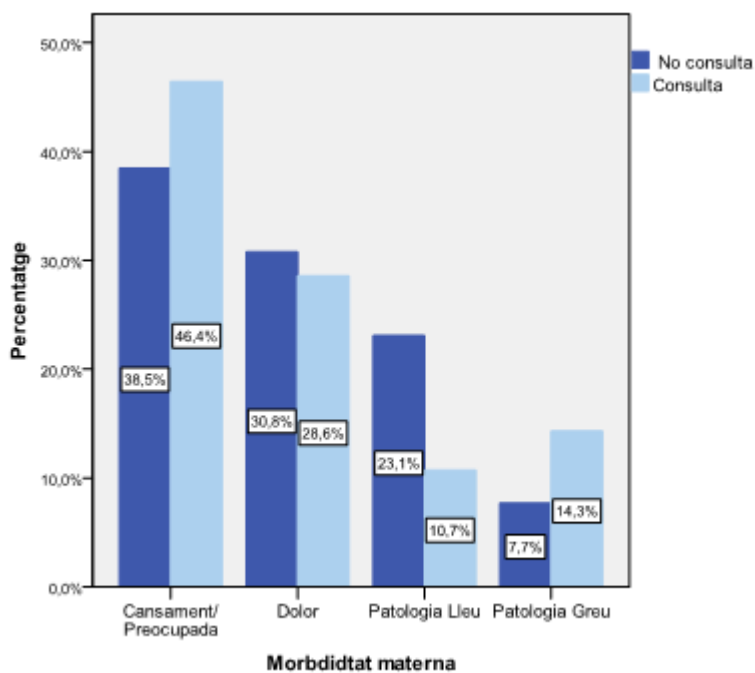
## Tipus de part

La distribució del tipus de finalització del part és similar entre les mares que van utilitzar el servei i les que no. Malgrat que les mares que no van utilitzar el servei van tenir una proporció superior de part finalitzat amb ventosa (n= 4). (Figura4).

## Morbidat materna i ús del servei telefònic

La distribució de la morbidat materna és similar entre les mares que van utilitzar el servei i les que no. S'observa un percentatge elevat de cansament / preocupació en els dos grups sent lleugerament superior en el grup de mares que

van utilitzar els servei amb un 46,4% (n=13). El dolor va ser la segona causa de morbidat postpart en els 2 grups sent lleugerament superior en el grup de mares que no va consultar amb un 30,8% dels casos (n=4). Les mares que no el van utilitzar van presentar més patologia lleu amb un 23,1% (n=3) (Figura 5).

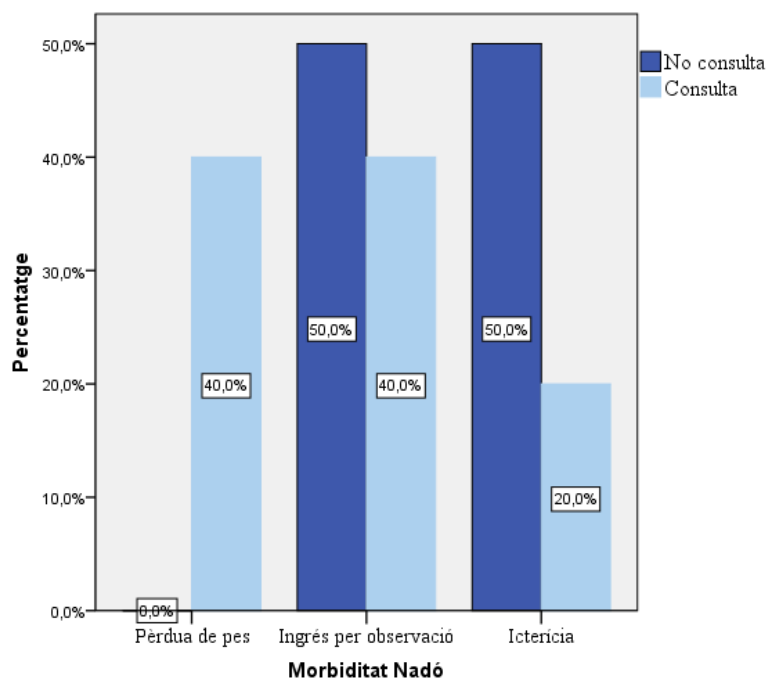


Raó de verosimilitud 0,71

Figura 5: Morbidat materna i ús del servei telefònic

## Morbiditat neonatal i ús del servei telefònic

Totes les mares dels nadons que van presentar *Pèrdua de pes* van consultar per telèfon. Entre les



mares consultores, la pèrdua de pes va suposar el 40% (n=4) de la morbiditat neonatal (Figura 6).

Valor p 0,357

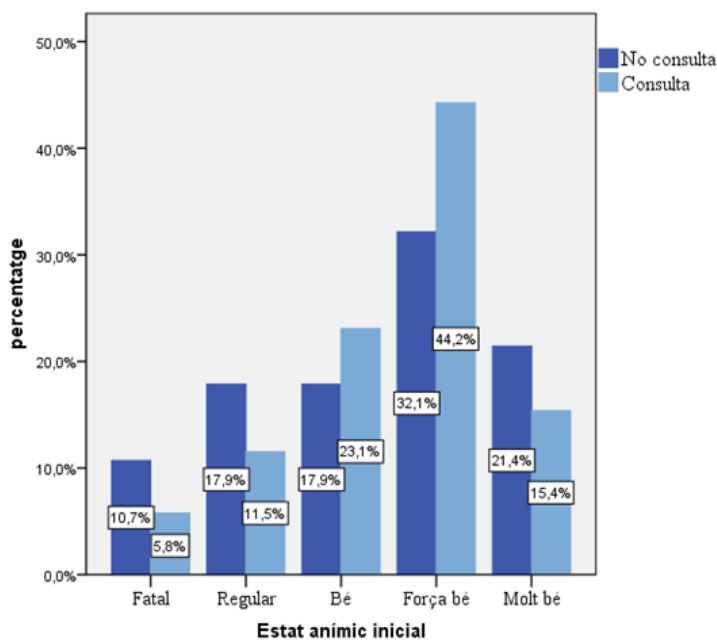
Figura 6: Morbiditat neonatal i ús del servei telefònic

## Benestar matern i ús del servei telefònic

Per analitzar si el benestar matern i l'ús del servei telefònic s'han estudiat en número de consultes telefòniques segons *l'Estat anímic, inicial, la gestió del cansament, la Depressió post part i l'Autopercepció de salut* de les mares.

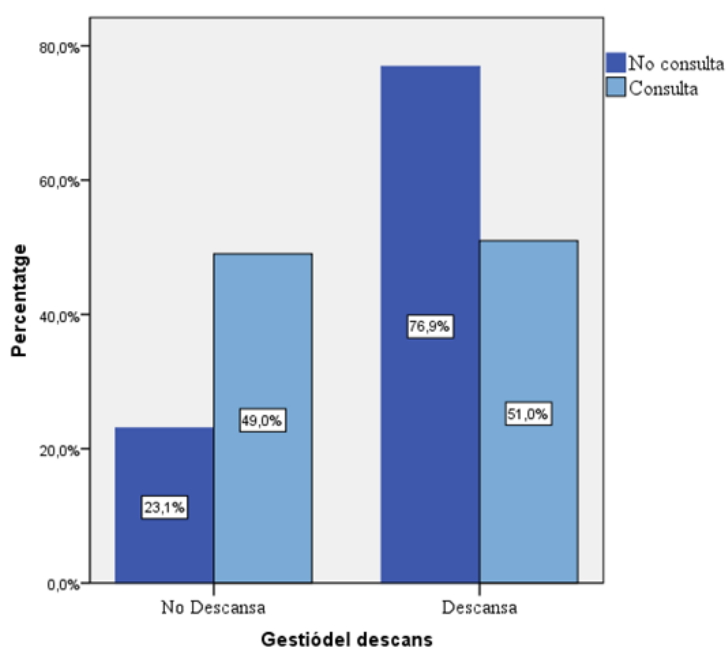
## Estat anímic inicial

Les mares que van utilitzar el servei van presentar un percentatge més elevat de bon estat d'ànim inicial (59,6%, n=31) que la resta (53,5%, n=15). La puntuació més baixa d'estat d'ànim (Fatal/regular) entre les mares que el van utilitzar va ser de 17,3% (n=9) front el 28,6% de l'altre grup (n=8) (Figura7).



Valor p 0,668

Figura 7: Estat anímic inicial i ús del servei telefònic



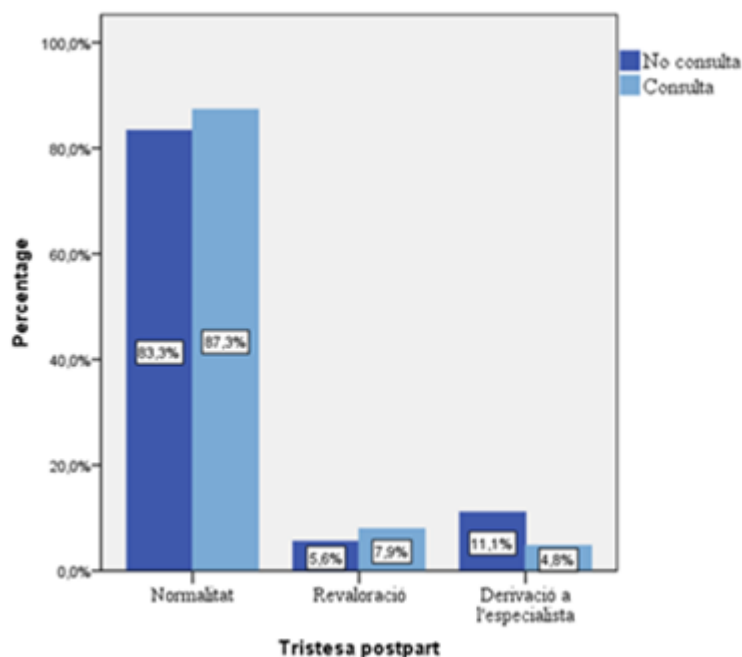
Valor p 0,049

Figura 8: Gestió del descans i ús del servei telefònic

## Gestió del Descans

EL 49% de les mares que van utilitzar el servei telefònic (n= 25), van gestionar malament el descans i EL 51% restant (n=26) ho va fer de manera correcte. Entre el grup que no va consultar, la gestió correcte del descans va ser en el 76,9% dels casos (n=20) i el 23,1% (n=6) el va gestionar malament. Aquestes dades són estadísticament significatives (Figura8).

## Depressió postpart

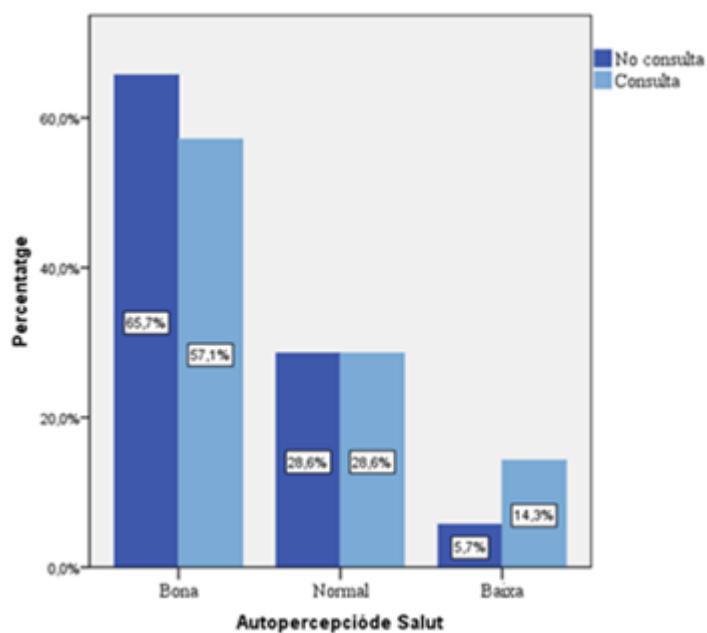


A l'hora d'analitzar la *Depressió Postpart* de les mares amb opció al servei, s'evidencia que la puntuació de normalitat superava el 80% en ambdós grups. Les mares que van utilitzar els servei telefònic, van tenir un 8% de revaloracions del seu estat emocional, per part de la llevadora (n=5) que el grup de mares que no el van utilitzar (5,6%). Per altra banda, aquest últim grup va necessitar més derivacions a l'especialista (11,1% n=4) (Figura 9).

Valor p 0,132

Figura 9: Depressió postpart i ús del servei telefònic.

## Autopercepció de Salut i ús del servei telefònic

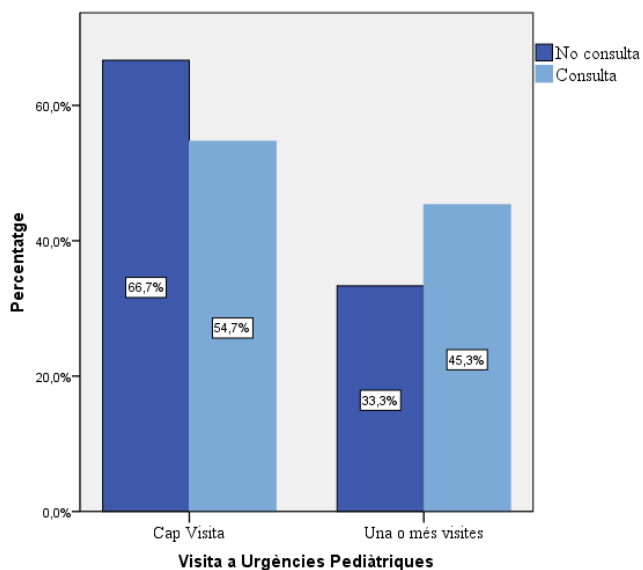


Les mares amb una Autopercepció de Salut *Bona i Normal* es van distribuir de manera similar entre les que van utilitzar el servei telefònic i les que no. La proporció de mares amb una baixa autopercepció de salut va ser major entre les mares usuàries del servei amb un 14,3% (n=9) que entre les mares no usuàries (5,7%, n=2) (Figura10).

Valor p 0,512

Figura 10: Autopercepció de Salut i ús del servei telefònic

## Visites al servei d'urgències pediàtriques i ús del servei telefònic

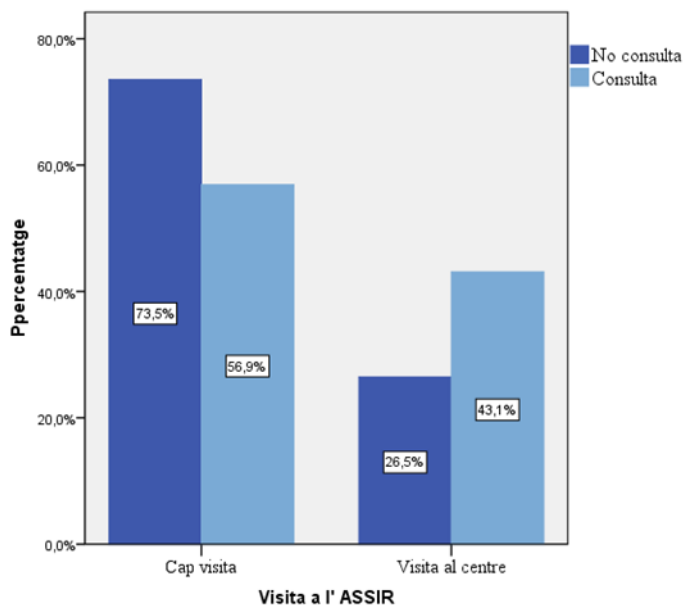


Valor p 0,577

Figura 11: Visites a l'ASSIR i ús del servei telefònic

El 45% de les mares que va utilitzar el servei telefònic va anar a urgències pediàtriques en alguna ocasió (n=29). Entre les mares que no van utilitzar el servei, la freqüentació va ser del 33,3% (n=12) (Figura 11)

## Visites a l'ASSIR i ús del servei telefònic

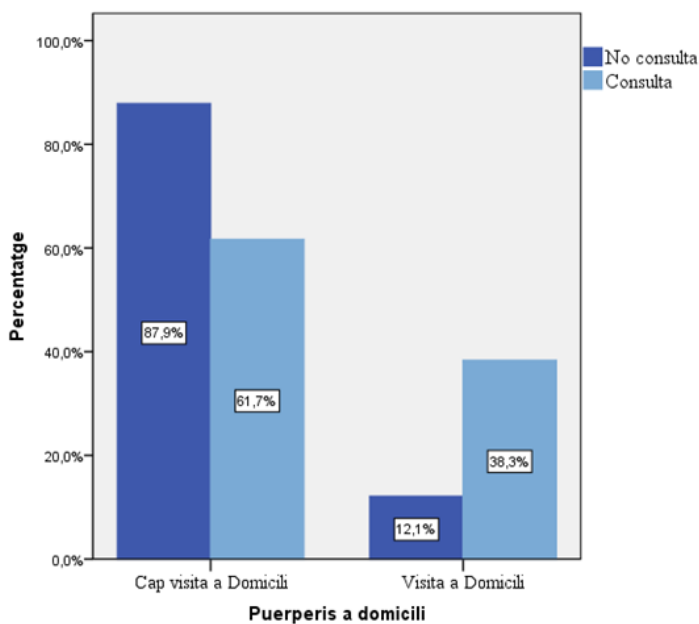


Valor p 0,300

Figura 12: Visites a l'ASSIR i ús del servei telefònic

El 43,1% de les mares usuàries del servei telefònic va anar com a mínim una vegada a l'ASSIR (n=25), en canvi les mares que no el van utilitzar, van acudir a l'ASSIR en el 26% de les ocasions (n=9) (Figura12).

## Visites de puerperi a Domicili i ús del servei telefònic



El 38,3% (n=23) de les *mares que van utilitzar el servei telefònic* va rebre com a mínim una visita a domicili front el 12,1% (n=4) de les *mares que no el van utilitzar*. Aquestes dades tenen significació estadística (Figura 13).

Valor p 0,02

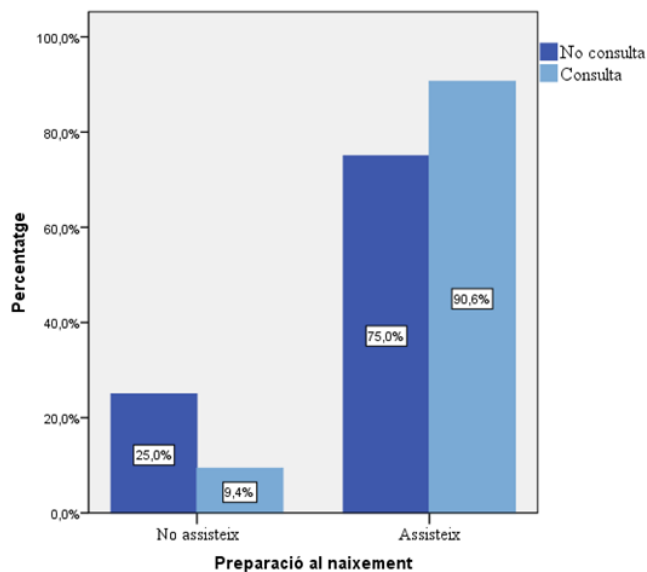
Figura 13: Visites de puerperi a Domicili i ús del servei telefònic

## Assistència a les sessions d'Educació Sanitària de l'ASSIR

Pel que fa a la relació entre l'assistència a les sessions educatives de l'ASSIR (formades per la *Preparació per al naixement*, les *Sessions de postpart* i els grups de *Suport a l'alletament*) i l'ús del servei telefònic, ressaltar que en els tres tipus de sessions, es va seguir la mateixa tendència. Les mares que utilitzaven el servei, van assistir als grups d'educació grupal en major proporció que les mares que no el van utilitzar.



## Assistència al grup de Preparació al naixement

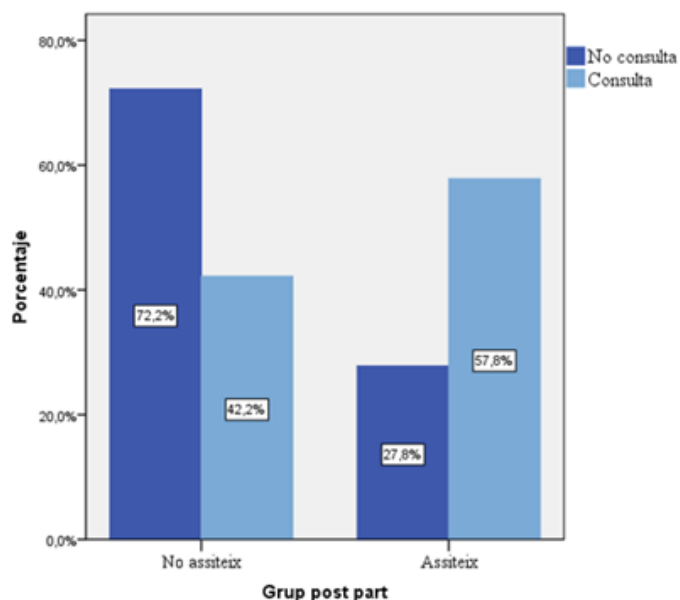


Valor p 0,036

Figura 14: Assistència als grups de Preparació al naixement i ús del servei telefònic.

La preparació al naixement va ser el grup d'educació sanitària més freqüentat per totes les mares. L'assistència als grups de preparació al naixement entre les *mares que van utilitzar el servei telefònic*, va ser del 90,6% (n=58) i l'assistència entre les *mares que no el van utilitzar* va ser del 75% (n=27). Aquestes dades són estadísticament significatives. (Figura 14).

## Assistència al grup de Postpart

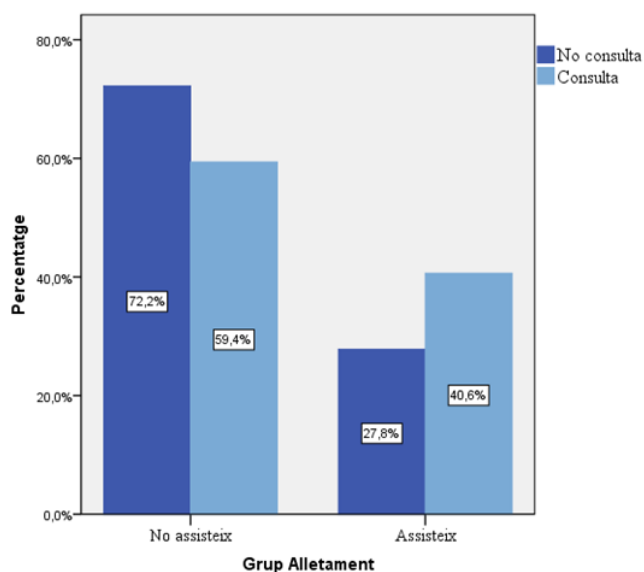


Valor p 0,004

Figura 15: Assistència als grups de post part i ús del servei telefònic.

L'assistència des les *mares que van utilitzar el servei telefònic* als grups de postpart va ser del 57,8% (n= 37). L'assistència de les mares *que no van utilitzar els servei* va ser del 27,8% (n=10). Aquestes dades són estadísticament significatives (Figura 15).

## Assistència al grup de suport a l'alletament



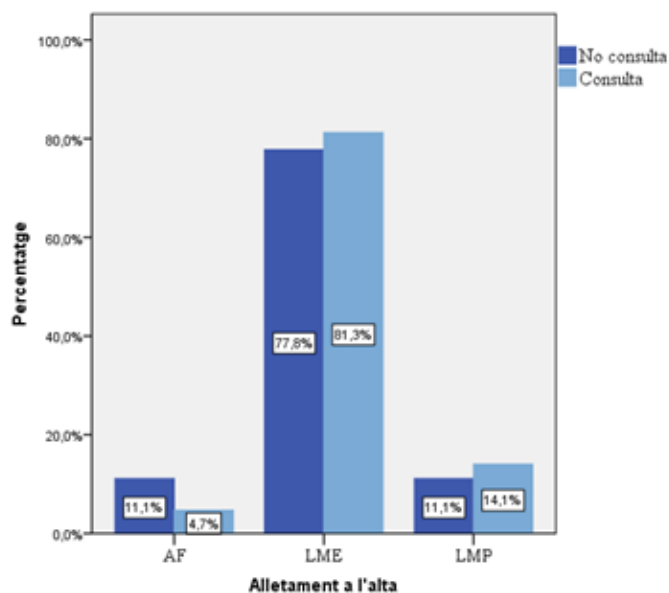
Valor p 0,199

Figura 16: Assistència als grups de suport a l'alletament i ús del servei telefònic.

Els grups de suport a l'alletament van ser els que van tenir menys assistència. La de les mares usuàries del servei telefònic va ser del 40,6% (n=26) mentre que la de les mares no usuàries va ser del 27,7% (n=10). (Figura 16).

## Tipus d'alletament per període i ús del servei telefònic

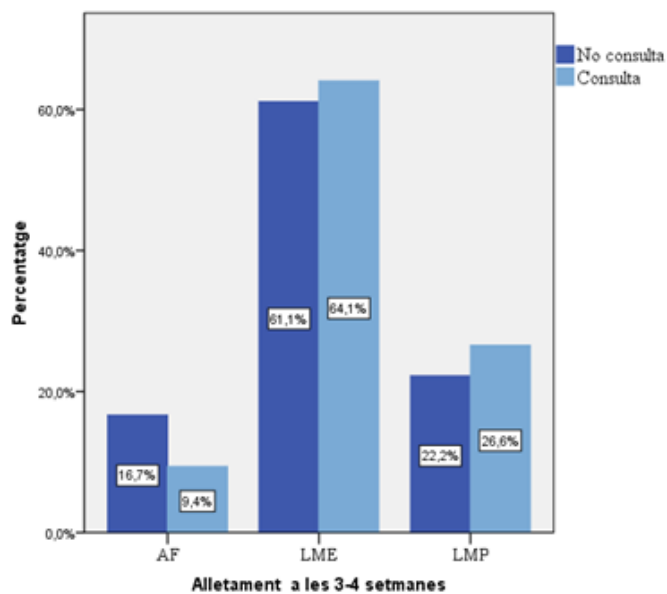
En els quatre períodes, les mares *que van utilitzar el servei telefònic*, van tenir una taxa superior tant



Valor p 0,476

Figura 17: Tipus d'alletament a l'alta hospitalària i ús del servei telefònic

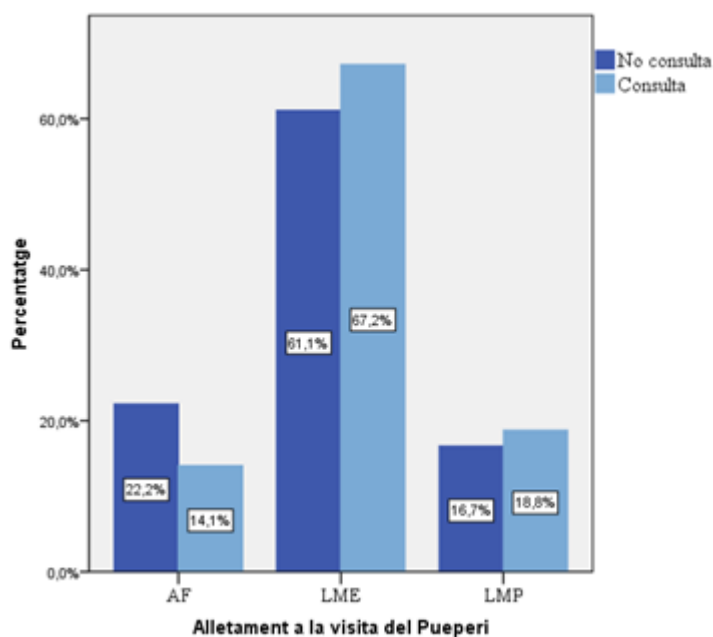
de LME com de LMP que *les mares que no el van utilitzar*. Aquest grup de mares també va donar menys AF als nadons. En el moment de l'alta hospitalària, el 81,2% (n=52) de les *mares que van utilitzar el servei* donaven LME. El 14,1% (n=9) donava LMP i el 4,7% (n=3) donava AF. L'AF de les *mares que no van utilitzar el servei telefònic* va ser de l'11,1% (Figura 17).



Valor p 0,542

Figura 18: Tipus d'alletament a les 3-4 setmanes i ús del servei telefònic

A les 6 setmanes del part, l'alimentació de fórmula (AF) de les *mares que van utilitzar el servei* va ser del 14,1% (n=9) front al 22 % (n=8) de les *mares que no el van utilitzar*, la lactància parcial del 18,7% (n=12) front al 16,6% (n=6) i la lactància exclusiva del 67,2% (n=43) front al 61,1% (n=22). (Figura 19).

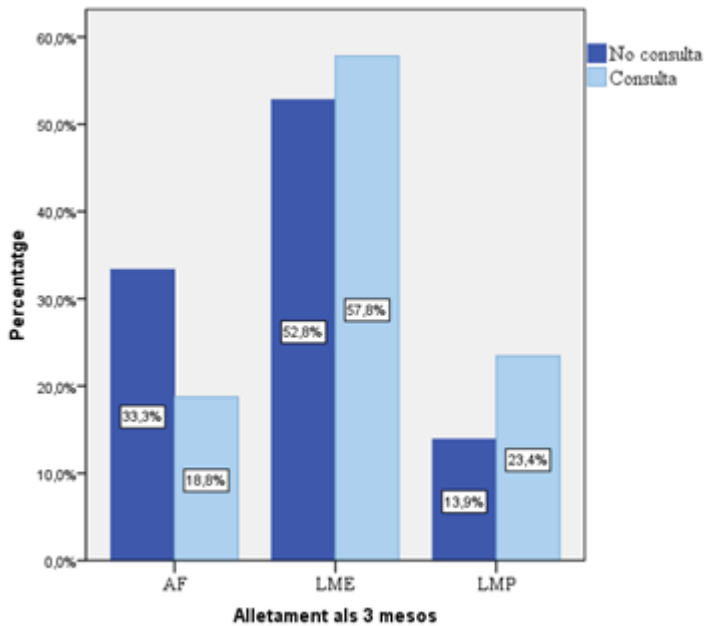


Valor P 0,580

Figura 19: Tipus d'alletament a la visita del puerperi

A les 3-4 setmanes, la LME de les *mares que van utilitzar el servei* era del 64% (n=41) i la LMP del 26,6% (n=17). L'AF d'aquest grups de mares i per tant l'abandó precoç de la LM va ser del 9,4% (n=6), front al 16,7% (n=6) d'abandonament, el 22,2% (n=8) de LMP i el 61,1% (n=22) de LME de les *mares que no el van utilitza* (Figura 18).

Als 3 mesos del part, el 18,8% (n=12) de les *mares que van utilitzar el servei* havien abandonat totalment l'alletament (AF) i l'abandó precoç de les mares que no el van utilitzar va ser del 33,3% (n=12). La LME en el primer grup va ser de 57,8% (n=37) front al 52,7% (n=19) del segon. La LMP de les *mares que van utilitzar el servei* va ser del 23,4% (n=15) versus el 14% (n= 5) de les que no el van utilitzar (Figura 20).



Valor p 0,202

Figura 20: Tipus d'alletament als 3 mesos i ús del servei telefònic

## 5.10 Resultats relacionats amb els factors de risc i factors i protectors de l'abandonament precoç de l'alletament matern exclusiu

### 5.10.1 Factors identificats per les mares relacionats amb l'èxit de la lactància materna els 3 primers mesos

En primer lloc es va preguntar a les mares que lactaven al 3er mes, quins factors relacionaven amb l'èxit en l'alletament. Van expressar van expressar coma més importants la perseverança/motivació individual i el suport professional, ambdós amb un 25,4% (n=61), seguit del suport familiar amb un 20% (n=48). (Taula 52).

Taula 52: Factors relacionats amb l'èxit de la LM expressats per les mares	Mares amb LME		Mares LMP		Total	
	Percentatge	n	Percentatge	n	Percentatge	n
<b>Perseverança / motivació individual</b>	24,3%	47	30,4%	14	25,4%	61
<b>Suport professional</b>	23,7%	46	32,6%	15	25,4%	61
<b>Suport familiar</b>	21,6%	42	13,0%	6	20%	48
<b>Saber que és el millor</b>	16,0%	31	15,2%	7	15,8	38
<b>Comoditat</b>	7,7%	15	4,4%	2	7,1%	17
<b>Disposar de temps</b>	4,1%	8	4,4%	2	4,2	10
<b>Estar bé de salut</b>	2,6%	5	-	-	2,1	5
<b>Total</b>	100%	194	100%	46	100%	240

### 5.10.2 Factors de risc i factors protectors en l'abandonament precoç de la LME

A continuació es classifica a totes les mares de l'estudi segons donessin o no LME, i es calcula la oportunitat relativa de l'exposició a diferents variables per identificar si aquestes es comporten com un factor de risc o un factor protector per l'abandonament precoç de l'alletament matern exclusiu als 3 mesos. (Taula 53).

En aquest, cas, l'*Oportunitat Relativa o Odds Ratio (OR)*, indica quantes vegades és més gran la possibilitat d'abandonament de la LME entre les mares exposades a les variables de l'estudi. Una OR amb valor d'1, indica que no hi ha associació entre l'exposició a la variable i l'abandonament de LME. Una  $OR > 1$  indica una associació positiva entre l'exposició i l'abandonament LME de manera que podrà afirmar-se que l'exposició és un factor de risc per l'abandonament de la LME. En canvi si la  $OR < 1$ , l'associació entre l'exposició i l'abandonament de la LME és negativa i podrà afirmar-se que l'exposició és un factor de protecció per la LME.

**Taula 53: Variables d'estudi relacionades amb d'abandonament precoç de LME als 3 mesos**

	Oportunitat Relativa (OR)	Interval de Confiança (IC)
No Assistència a Preparació al naixement	1,2	0,5 – 2,9
<b>No Assistència a Grups de postpart</b>	<b>2,8</b>	<b>1,3-5,7*</b>
<b>No Assistència Grups de suport a l' Alletament</b>	<b>6,5</b>	<b>2,4-17,3*</b>
<b>Gestació de baix risc</b>	<b>0,4</b>	<b>0,2-0,7*</b>
Absència de morbiditat Materna	0,5	0,3-1,2
Absència de morbiditat del nadó	0,8	0,2-2,4
<b>Estat anímic baix</b>	<b>3,6</b>	<b>1,6-8,2*</b>
<b>Risc de depressió o Depressió postpart</b>	<b>3,39</b>	<b>1,2-9-6*</b>
Autopercepció de salut	1,4	0,5-4,3
Gestió del Descans	3,1	0,7-13

Com es mostra a la taula, la gestació de baix risc es comporta com un factor protector en l'abandonament precoç de LME. Per contra, la no assistència als grups de postpart multiplica per 3 el risc d'abandonament de la LME i no assistir als grups de suport a l'alletament el multiplica per 6,5.

Pel que fa a l'estat anímic, les mares amb una puntuació baixa a l'inici del puerperi, tenen 3,6 vegades més risc d'abandonar LME de manera precoç i les mares amb una tristesa postpart per sobre del que es considera normal, ( Escala d'Edimburg  $\geq 9$  ) multipliquen el risc per 3,4.

L'anàlisi de l'assistència als grups de preparació al naixement, la morbiditat materna, la morbiditat neonatal, la baixa autopercepció de salut i la gestió del descans no obté dades estadísticament significatives (Taula 52).

## 6. Discussió

---

La mitjana d'edat de les mares de l'estudi és de 31,2 anys i és molt similar a l'edat de les mares primíparas a Catalunya del 2016 que és de 30,8 (115). El risc gestacional de la mostra va ser l'esperable segons la classificació del protocol de seguiment de la gestació del Departament de Salut (68), amb el 89% entre el baix risc i risc mitjà. Els principals factors de riscos entre les mares van ser, en primer lloc, l'hàbit tabàquic (34,8%), sensiblement superior a la mitja de dones fumadores a Catalunya (20,6%) i, en segon, l'obesitat (14,7%) sensiblement inferior a l'obesitat femenina present entre les dones segon l'Enquesta de Salut de 2015 (116). Tot i que el risc té una distribució homogènia entre els grups d'estudi, s'observa un incidència més elevada d'obesitat en el grup d'intervenció( 20% vs 8,9%).

Gairebé totes les mares van ser ateses en el moment del part en hospitals públics (95%). Pel que fa a com va finalitzar el part, s'observa un baix índex de parts eutòcics (39%) en comparació amb la mitja dels hospitals públics de Catalunya (63%). Aquestes dades poden ser degudes a la centralització dels parts d'aquest estudi en l'hospital de referència de nivell III al qual van acudir la majoria de les mares.

La morbiditat materna va ser baixa i les mares, com era esperable en primíparas sanes, van presentar poques complicacions. La distribució entre grups d'estudi no és homogènia presentant-se de manera més freqüent en el grup d'atenció telefònica. Cal remarcar que es van incloure situacions que les mares van referir com a morbiditat materna, com és el cas de *Cansament/Preocupació*, tot i que en la pràctica clínica habitual no s'hi consideren perquè, com recull Tobbac en el seu estudi sobre fatiga i abandonament de la lactància, es consideren situacions transitòries habituals del postpart (117), però que degut a l'alta incidència i als possibles efectes en la instauració de la LME es van recollir com a morbiditat materna. És possible que la inclusió d'aquesta variable hagi tingut pes en la distribució heterogènia de la morbiditat materna entre els grups d'estudi. La morbiditat neonatal es va caracteritzar per situacions lleus, típiques dels nadons, com la icterícia (23,3%) o la pèrdua de pes (29,4%) amb una distribució homogènia entre els grups. Aquestes situacions són habituals, i dins dels paràmetres fisiològics poden arribar al 60% en el cas de la icterícia com posa de manifest Omeñaca i Gonzalez-Gallardo en el seu article sobre icterícia neonatal (118). Pel que fa al baix guany ponderal, és un signe inespecífic que pot obeir a múltiples patologies tot i que, freqüentment, es tracta tant sols d'una variació de la normalitat, com afirma Lasarte en el seu article sobre la supervisió del creixement dels nounats (119).



## **Sobre les visites a l'ASSIR, les visites al servei d'urgències Pediàtriques, els Puerperis Domiciliaris i les trucades al centre.**

Pel que fa a les visites assistencials, un dels punts rellevants d'aquest treball és l'elevada freqüentació de les mares, tant al servei d'urgències pediàtriques com a l'ASSIR. Una de cada quatre mares va anar a l'ASSIR abans de la visita de la quarantena per rebre algun tipus de cura o per solucionar dificultats relacionades amb l'alletament. De la mateixa manera, una de cada tres mares va anar al servei d'urgències pediàtriques per resoldre dubtes sobre còlics o sospita de malaltia dels nadons.

Que totes les mares de l'estudi fossin primíparaes, i per tant, amb poca experiència en la criança i la lactància, pot estar relacionat amb aquesta alta freqüentació. Aquestes dades estan en consonància amb el que descriu Batu referent a la relació entre el desconeixement de les primíparaes sobre les cures del nounat i l'accés als serveis especialistes. Les causes de consultes pediàtriques del servei d'urgències van ser bàsicament per sospita de patologia com febre, icterícia o còlics(59,4%) que també coincideixen amb els resultats descrits per Batu (120).

Quan es revisen les trucades telefòniques a l'ASSIR per resoldre els dubtes dels primers dies, s'evidencia que tot i una freqüentació lleugerament inferior a les visites (22,6%), la primera causa de trucada va ser l'alletament (60%). Els puerperis domiciliaris no depenen de la decisió materna i per tant es comentaran més endavant, però cal remarcar una forta relació entre les visites a domicili i la trucada telefònica al centre. S'observa que una alta proporció de les mares que van rebre una visita a domicili (42%) van trucar al centre per realitzar alguna consulta. Aquests resultats estan en sintonia amb Mangwi, sobre la importància de reforçar les visites domiciliàries amb la consulta telefònica per millorar-ne l'eficàcia (121).

## **Sobre el servei telefònic de la llevadora de referència**

Una de les característiques rellevants d'aquest estudi és que el suport telefònic que s'oferia al grup experimental el feia la llevadora que havia realitzat el seguiment de la gestació. Sobre aquesta característica no es van trobar referències bibliogràfiques i es desconeixia l'impacte de l'atenció telefònica que haurien d'assumir les professionals. Tot i això, el suport i promoció de la lactància materna per part dels professionals mitjançant trucada telefònica gaudeix de diferents antecedents.

Reeder utilitza l'acompanyament telefònic de voluntàries durant el puerperi (122) i Ke presenta resultats d'un programa de suport en mares primíparas des de l'atenció primària que inclou trucades de les professionals (123).

L'estudi de referència, però, és el d'Osman sobre suport telefònic a mares primíparas durant 4 mesos postpart perquè en el seu treball focalitza l'atenció en les primíparas i les trucades les realitzaven les mares quan ho necessitaven. En el present estudi el 64% de les mares van utilitzar el telèfon com a mínim una vegada. Aquestes dades són molt superiors als resultats d'Osman amb atenció telefònica a primíparas en el que van consultar el 24% de les mares (124), també són lleugerament superiors als resultats de Seguranyes en l'estudi d'atenció al puerperi mitjançant videoconferència amb un 40,4% de mares que van utilitzar el servei (108). Aquesta discrepància pot venir donada, per una banda, per la mida de la mostra del present estudi, més petita que els dos anteriors, o per la possible repercussió que la professional que donava el suport telefònic fos la llevadora referent.

Pel que fa al número de trucades, el 58% de les *mares que va utilitzar el servei* van trucar més d'una vegada, molt similar als resultats d'Osman (60%).

De la mateixa manera, el període de les trucades també coincideix. La meitat de les trucades van succeir la primera setmana del naixement i el 80% es van concentrar durant les 4 primeres setmanes del postpart, a partir d'aquí l'ús del servei telefònic va baixar dràsticament. En el cas d'Osman, tot i que oferia suport telefònic durant 4 mesos postpart, la majoria de trucades es van realitzar durant el primer mes.

Pel que fa a la causa de consulta, l'estudi actual tenia com objectiu resoldre qualsevol dubte durant el període del postpart. Durant la primera setmana després del naixement, la primera causa de consulta es va distribuir de manera similar entre les cures de la mares i la lactància materna. Del 8è dia fins les 8 setmanes postpart, les consultes de LM van suposar el 60% de les consultes. En l'estudi d'Osman, les trucades relacionades amb alletament també es concentren les primeres setmanes i van suposar el 40% de les consultes.

La concentració de les trucades durant el primer més i la LM com a primera causa de consulta, assenyalen aquest període com un moment clau per la instauració de la LME. Aquestes dades confirmen la línia de Pertile en el seu anàlisi sobre la durada de la LM durant el primer any de vida, en què descriu el període entre el naixement i el primer mes de vida com un dels moments clau de la disminució de la taxa de LME (125).

## **Sobre l'abandonament precoç de l'alletament en les mares primípare**

Pel que fa al tipus de lactància materna i l'abandonament precoç des del naixement fins els 3 mesos post part, els resultats de l'estudi estan en consonància amb els resultats publicats als Indicadors de Salut Perinatal a Catalunya de 2015 (115) i per la *Guia de Pràctica clínica sobre lactància materna* del Ministerio de Sanidad del 2017 (6).

En l'estudi s'ha observat el tipus de lactància i el grau d'abandonament en 4 períodes que van des del moment de l'alta hospitalària als 3 mesos de vida del nadó. Els 3 primers períodes, és a dir, des de l'alta hospitalària fins la visita del puerperi, és quan la mare adquireix habilitats i afronta dificultats que, si no resol, acaben amb l'abandó precoç de la lactància materna que es posa de manifest en l'últim període, és a dir al 3er mes. Aquesta afirmació és compartida per autors com Joshi que descriu la setmana 6 i el mes 3 com l'interval crític de temps d'intervenció dels professionals perquè les dones no abandonin la LME (126).

Val a dir que, tenint en compte l'alta intenció de lactar de les mares, crida l'atenció la baixa incidència de LME en el moment de l'alta hospitalària (75,9%). Cal comentar que en el moment de l'estudi, l'hospital de referència en el qual van succeir la majoria dels parts no seguia polítiques de protecció envers l'alletament.

Els nens nascuts i controlats en centres de salut que segueixen pràctiques com la pell amb pell (127) o acreditació IHAN, tenen més probabilitats de ser alletats per més temps, sobretot si l'hospital mostra un alt compliment de les directrius del UNICEF (82,80). Espinoza descriu l'inici de l'alletament matern en el moment del naixement com a factor determinant per la durada de la lactància durant els tres primers mesos de (128). Per altra banda Thomas-Jackson, afirma que no alletar les primeres hores després del part influeix negativament en el temps de LME (129).

L'estada hospitalària és doncs, un moment curt i clau per l'actuació professional. Com afirma Loke, no només s'ha de supervisar i donar informació sobre l'alletament sinó que els professionals han d'ajudar a desenvolupar la confiança materna vers la lactància abans de l'alta (130).

La mare amb una bona predisposició cap a l'alletament, suport familiar adequat i una instauració de la lactància sense massa dificultats, acostuma a realitzar poques consultes i tenir poques interferències. Aquest seguit de circumstàncies solen finalitzar amb una instauració satisfactòria de l'alletament. Tal com afirma McFadden a la seva revisió de 2017 sobre el suport a mares sanes que

lacten, aquestes solen deixar d'alletar abans d'hora com a conseqüència de les dificultats que apareixen durant la lactància. En aquest estudi, la LME als 3 mesos té una distribució similar entre tots el grups fet que, seguint les afirmacions de McFadden, és possible que assenyali una distribució homogènia de les mares que van tenir lactàncies satisfactòries (131).

A partir del tercer mes, les mares que alleten de manera exclusiva, molt probablement seguiran fins el 6è tal com recomana l'OMS i moltes continuaran alletant més enllà de l'any de vida del nadó. El coneixement de les mares sobre l'alletament matern cada cop és major i, si superen les dificultats inicials, l'alletament matern s'allarga. Això ja es va manifestar l'any 2010, durant l'enquesta telefònica sobre alletament matern, realitzada a Catalunya per la Direcció General de Salut Pública. Els resultats d'aquesta enquesta posaven de manifest que entre el 2005 i el 2010, la prevalença de la LM al naixement va ser similar (81%) però als 6 mesos s'havia incrementat del 31% al 46% i a l'any de l'11% al 22%. (8).

Des del moment del naixement els professionals gaudeixen d'unes poques setmanes, crucials per realitzar intervencions correctes de suport i promoció a l'alletament, sense les quals moltes mares i nadons patiran un abandonament precoç de la LME. Aquesta afirmació està recolzada per les conclusions de Joshi, que assenyala el període entre la setmana 6 i el mes tres del naixement com a punt crític de temps d'intervenció perquè les mares continuïn alletant (126).

El procés pel qual una mare, amb intenció real d'alletar, abandona la lactància matern i opta per altres opcions, pot tenir múltiples causes. Des de factors sociodemogràfics com la primiparitat, el tipus de part o les pràctiques inadequades com afirma Fernández-Cañadas (11), l'inici tardà de l'alletament, com afirma Espinoza (128) o l'aparició de dificultats com afirma Oribe (23). Tot i això, sol haver un fil conductor i les actuacions de les primeres setmanes condicionen el tipus d'alimentació dels primers mesos del nadó.

La inexperiència de la mare primípara i l'aparició freqüent de petites dificultats durant l'inici de l'alletament, associat a una actitud proactiva de la mare davant les adversitats, la solen dur, com afirma Brown, a consultar a més d'un professional (132). Aquest fet, associat a la diversitat d'actuacions dins la pràctica clínica i, com afirma Anstey, a la dificultat que troben els professionals que donen suport a la lactància materna per aconseguir la col·laboració dels equips interdisciplinaris que tenen contacte amb la mare lactant, la pot conduir a instruccions contradictòries que sovint provoquen inseguretat (31).

Freqüentment, una mare primípara insegura, sol trigar pocs dies a rebre l'ofertament perquè abandoni la LME i introdueixi alimentació de fórmula com a complementació. Com afirma Oribe, les dificultats en l'inici de l'alletament, la sensació de poca productivitat de llet o hipogalàctia, i l'insuficient guany de pes del nadó, són les primeres causes d'abandonament precoç de la lactància materna exclusiva i l'ofertament d'abandonar-la ve principalment d'un professional sanitari o de l'entorn proper de les mares (23). Però la hipogalàctia real és una dificultat amb una prevalença del 10%, massa baixa per situar-la com a una de les causes principals d'abandonament. Com afirma Vayas la raó principal que duu a la mare a sospitar que pateix hipogalàctia, sòl ser la inseguretat sobre la pròpia capacitat de producció, o la por a que el nadó es quedi amb gana. Aquest factor, junt amb la creença, també per part dels professionals, que la poca producció de llet és un problema freqüent duu a l'actuació incorrecta d'aconsellar la introducció d'alimentació de fórmula, abandonant la lactància materna exclusiva i desencadena l'inici de l'abandonament total de la LM (133).

Oribe, en el seu treball sobre prevalença i factors associats amb la durada de la LME durant els primers 6 mesos, identifica als professionals com els principal assessors a l'hora d'abandonar la LME quan apareixen dificultats. Les dificultats que descriu solen ser les habituals durant la instauració de l'alletament, com és el cas dels nadons molt demandants o la sensació subjectiva de poca llet per part de la mare (23). En el present estudi, el 23% del nadons havien rebut alimentació de fórmula durant la estada hospitalària i el 33% a les 3 setmanes. Tenint en compte l'alta intenció d'alletar de les mares primíparaes aquestes dades estan en sintonia amb les afirmacions de Vayas i Oribe.

Taveras, en un estudi de cohort prospectiu, ja afirmava al 2004 que les mares a qui els pediatres recomanaven la complementació de fórmula tenien una major probabilitat d'abandonar la lactància materna exclusiva abans de les 12 setmanes (134).

Per tant, cal posar en evidència el paper negatiu d'algunes actuacions professionals en l'abandonament precoç de la lactància. Cal recordar però, que la legislació actual no exigeix cap acreditació específica a aquells professionals que tracten amb mares i nadons. Aquest fet és rellevant si tenim en compte que les hores lectives en alletament matern de les professions universitàries, relacionades amb la mare i el nadó, es limiten a la fisiologia però, obvien tant la intervenció professional com els signes i símptomes de normalitat.

Així doncs, l'actuació professional és un punt clau en el manteniment de la lactància i cal revisar-lo.

Actualment, la situació dins la pràctica professional és contradictòria. Per una banda, la idoneïtat de la LME té tot el suport de l'evidència científica i les Guies de Pràctica Clínica són flexibles sobre temes com el guany de pes dels nadons o l'ús de les gràfiques de creixement. Des de 1970 i fins el 2006, s'utilitzaven les taules del National Center for Health /OMS per avaluar el creixement dels nadons basada en una mostra limitada d'infants d'EEUU alimentats bàsicament amb AF i poc adequades per l'avaluació en funció de les pautes i normes internacionals. Al 2006, l'OMS va difondre un nou patró de creixement basat en un nadó alimentat essencialment amb llet materna; això assegurava la coherència entre els instruments de mesura del creixement i les directrius internacionals sobre LME (135).

Per altra banda, hi ha recomanacions de les institucions i actuacions acceptades i recolzades en la pràctica clínica que dificulten el suport de l'alletament exclusiu durant els primers 6 mesos.

Un exemple important és la suplementació de vitamina D. Per una banda, la dificultat de determinar la quantitat adequada de llum solar, i per l'altra, les advertències de les societats científiques sobre la restricció de l'exposició solar per evitar la incidència de càncer de pell, comporta noves recomanacions com les de l'Associació Espanyola de Pediatria (AEP) respecte la necessitat de suplementar la ingesta diària amb vitamina D a tots els lactants. Aquestes recomanacions estan avalades per publicacions com la de Dawodu, que en la seva revisió, posa èmfasi en els estudis recents que mostren que una alta suplementació materna de vitamina D durant l'alletament prevé la deficiència de vitamina D en la mare i el lactant sense esdeveniments adversos, tot i que en tots ells, s'assumeix l'exposició solar limitada (136).

La suplementació és una opció a la prevenció del raquitisme i altres problemes de l'edat adulta recomanada fins que el lactant ingereix un litre de llet materna, de fórmula o pren una dieta variada. L'AEP considera que això succeeix sobre els 12 mesos d'edat (137), però aquest no és un indicador massa vàlid per les mares amb LME perquè la quantitat de llet materna ingerida és difícil de calcular i varia entre les tomes.

Que la majoria de les llets de fórmula duguin la vitamina D incorporada però es recomani a tots els nadons amb LME suplementes de vitamina D pot generar sospites, entre mares i professionals, respecte a la capacitat de la LME envers el desenvolupament correcte del nadó. Sobretot si s'administra de manera col·lectiva, sense valorar individualment la ingesta materna d'aquesta vitamina o les hores d'exposició solar.

També cal posar de manifest situacions incongruents dins de l'àmbit professional com el fet que tot i les mesures de protecció a la LME i el codi Internacional Comercialització de Succedanis de la Llet Materna de 1981, una de les principals marques de succedanis de llet és patrocinadora habitual de congressos científics relacionats amb la salut infantil que comprometen la pràctica clínica i la duen a conflicte d'interessos (138).

Els Objectius de l'OMS sobre lactància serveixen per establir els primers fonaments de la salut infantil i, com a conseqüència, de la salut de població adulta del futur. Per això, el Col·lectiu Mundial per l'alletament matern, exhorta als països perquè en millorin l'assessorament qualificat, com a part de les polítiques i programes integrals de lactància materna en els centres de salut (135).

L'abandonament precoç de la LM entre les mares primíparees és un problema internacional tal com determinen les dades de l'OMS (1). Tot i les múltiples causes, cal acceptar que un dels principals factors és la continuïtat de la cultura del biberó entre la població i els professionals sanitaris i tal com s'esmentava a la Declaració d'Innocenti, sense un esforç polític, legal, docent i institucional serà molt difícil assolir els objectius de l'OMS pel que fa a l'alletament matern (2).

### **Sobre el benestar matern**

El benestar de la mare durant el puerperi abasta diferents estats emocionals i psicosocials que poden condicionar l'evolució d'aquest. Mori associa la tristesa postpart amb l'aparició de símptomes físics com la pèrdua de gana, el cansament, l'astènia o palpitations (139) i Wade et al. relacionen el cansament matern amb la depressió postpart (140). En el present estudi es va decidir mesurar el benestar matern amb diferents indicadors que no es limitessin a la tristesa postpart. Així doncs s'han valorat les variables de la depressió postpart, l'autopercepció de salut, el cansament i el benestar inicial.

En relació a les dades obtingudes, la prevalença de la depressió postpart de les mares a partir de la valoració de l'escala d'Edimburg (6,1%), és similar a estudis nacionals com el de Carrascón, que posa de manifest una incidència del 6,8% de la depressió postpart entre les puérperes (141). Quan s'analitza la tristesa per grups, cal remarcar els resultats de *les mares que no van utilitzar el servei telefònic* que doblen els casos de tristesa important en relació als altres grups. Aquest fet pot estar relacionat amb el que s'exposa més endavant sobre l'afinitat entre els trets de la personalitat de la mare i l'ús de recursos disponibles.

No s'han trobat referències bibliogràfiques sobre l'ús l'escala d' autopercepció de salut durant el puerperi. S'utilitza per mesurar el nivell d'estrès en situacions de canvi familiar o laboral i s'ha considerat una eina interessant per mesurar l'estrès, tant del canvi que suposa el naixement del primer fill, com d'alletar un nadó per primera vegada. Una de cada deu mares van puntuar un nivell alt d'estrès durant les primeres setmanes, fet que pot tenir conseqüències en l'objectiu del treball. En relació als grups d'estudi, no s'han trobat diferències significatives i no tenir cap antecedent sobre l'ús d'aquesta escala en puèrperes no permet fer cap afirmació.

Tot i això autors com Dimitraki recolzen la teoria de la influència de l'estrès patit durant el part i la dificultat en l'inici de l'alletament (142). Per altra banda, De Jager relaciona els factors psicosocials i la adaptació psicològica de la mare a la nova etapa amb els resultats de la lactància materna exclusiva (143).

Pel que fa al descans, no s'utilitza en la pràctica clínica cap escala de mesura de manera protocol·litzada. L'any 2017 Cano va presentar la validació al castellà de la *Fatigue Assessment Scale* per mesurar la fatiga en el puerperi, que no estava disponible en el moment de dissenyar aquest l'estudi, en el qual es va valorar la fatiga a partir del descans nocturn i diürn (144). En aquesta recerca, una de cada tres mares no va descansar de manera adequada durant el puerperi. Aquestes dades coincideixen amb el treball de Congden sobre la dificultat de les mares primíparaes en gestionar el descans tot i l'esforç educatiu dels professionals (145). També cal posar de manifest que l'alteració del descans nocturn es veia alterat, entre d'altres, perquè la mare despertava al nadó per alletar per recomanacions diverses, fet que enllaça amb el comentat anteriorment sobre consells professionals poc adequats.

Es va considerar important avaluar l'estat anímic després del part com un aspecte més dels estats psicosocials dels que parla de Jager (143). Tot i no trobar referències per avaluar l'estat anímic, Stockdale descriu resultats rellevants pel que fa l'avaluació de les llevadores sobre la motivació d'alletar en mares primerenques (146). En el present estudi, dos de cada deu mares van referir un estat anímic baix o molt baix durant els primers dies després del part.

Els quatre factors, relacionats amb el benestar matern, es van trobar alterats entre un 10% i un 33%. Si hi afegim que 4 de cada 10 causes de morbiditat materna van ser per factors emocionals, es posa de manifest l'alta labilitat de la mare primípara durant els primers dies i la necessitat d'escales de mesura validades per identificar aquestes mares i donar el suport professional adequat.



Més endavant s'analitza la relació entre aquests factors i els resultats en alletament.

### **Satisfacció materna**

Les mares presenten una alta satisfacció global de l'atenció rebuda per les llevadores. Aquestes dades coincideixen amb el document PLAENSA 2016 en que la satisfacció de les mares amb les llevadores durant el seguiment de la gestació és elevada (55). Aquestes dades estan en consonància amb Díaz-Sáez referent a la satisfacció de les mares durant el procés de la gestació i part en el que les mares van tenir una alta satisfacció pel que fa als professionals del sistema públic de salut, en especial amb la llevadora (147). Per altra banda, García Mozo en el seu estudi sobre la satisfacció entre les mares sobre els diferents professionals i el suport en alletament matern, afirma que la professional més valorada per les mares és la llevadora de referència (148).

El seguiment a l'ASSIR va ser realitzat gairebé sempre per la mateixa professional i, aquest fet, va ser considerat per les mares com a molt important obtenint una puntuació mitja de 4,57 sobre 5. Aquestes dades estant en consonància amb Kildea quan afirma que els beneficis de la continuïtat de la llevadora durant els cures van més enllà de l'experiència positiva de la gestació i el part i pot disminuir efectes de l'estrès i salut psicològica durant el postpart (149).

Pel que fa al servei telefònic, hi ha pocs estudis sobre la satisfacció de les mares en aquest tipus de servei. Wang, en el seu treball d'un servei gratuït de línia de lactància materna aconsella estudiar la satisfacció d'aquests serveis però no n'aporta resultats (106). Osman, que com en el present estudi, també limita el suport telefònic a mares primíparaes, explica que les mares van respondre que estaven satisfetes amb el servei i aquesta dada es compatible amb que la meitat de mares va consultar més d'una vegada (124), però tampoc se n'obtenen puntuacions objectives. És per això que es comparen els resultats obtinguts amb l'estudi sobre suport telemàtic durant el puerperi realitzat per Seguranyes (108).

En el present estudi, la satisfacció sobre la informació rebuda en l'atenció presencial amb la llevadora va obtenir una mitjana elevada de 4,38 sobre 5, lleugerament inferior a la presentada per Seguranyes de 4,70. (108). L'autora presenta una puntuació molt similar entre la informació rebuda a consulta i la obtinguda telemàticament (4,66 versus el 4,64) tot i que les mares van preferir l'atenció presencial sobre la telemàtica. En canvi, en aquesta recerca, *les mares que van utilitzar el servei telefònic* van tenir una satisfacció lleugerament superior sobre la informació rebuda telefònicament (4,64) respecte a la informació rebuda a consulta (4,33) sense significació estadística.

És possible que aquestes dades estiguin influenciades per la mida de la mostra, la immediatesa i comoditat que comporta la trucada telefònica en un moment com el puerperi o el factor condicionant que la professional que responia al telèfon fos la llevadora referent.

Les mares van considerar molt important la continuïtat de la llevadora de referència tant a l'ASSIR com al servei telefònic (4,57 i 4,77 sobre 5).

Pel que fa al temps d'atenció telefònica es va considerar adequat (4 sobre 5). A la pregunta de si les mares voldrien tornar a utilitzar el servei telefònic en gestacions futures, el 93,4% de les mares van respondre afirmativament.

Tot i això, no és es confirma la segona hipòtesi de l'estudi, que fa referència a que les mares que van utilitzar el servei telefònic van tenir una satisfacció superior a la resta.

### **Característiques de les mares que utilitzen el servei telefònic**

Quan s'analitza el perfil de les mares que van decidir utilitzar el servei telefònic i les que no, s'observa que no hi havia diferències rellevants pel que fa a l'edat i a com va finalitzar el part .

Les *mares que van utilitzar el servei* van presentar una proporció de dolor superior a la resta, però una patologia lleu i un *cansament* lleugerament inferiors. Cal destacar que, tant en les mares que van utilitzar el servei com les que no, *el cansament* van representar el 35% i 36% de tota la morbiditat descrita.

Respecte a la morbiditat neonatal s'evidencia que totes les mares dels nadons amb una pèrdua de pes van utilitzar el servei telefònic.

Cal considerar aquesta dada perquè, la pèrdua de pes o el guany insuficient, genera gran angoixa a les mares i, com ja s'ha comentat anteriorment, va lligada a la introducció d'AF sent una de les primeres causes d'abandonament precoç de l'alletament. Tot i el canvi de les gràfiques de control de creixement dels nadons de fa una dècada, es segueixen realitzant pràctiques poc adequades pel que fa al control de pes del nadó, com per exemple, pesar-lo amb massa freqüència o prescriure la durada de les tomes. Aquestes accions, freqüents en la pràctica assistencial, poden generar inseguretats a la mare i condicionar, a la llarga, la introducció de llet de fórmula.

Pel que fa al benestar matern, *les mares que van utilitzar els servei*, van tenir més revaloracions de la llevadora per risc de depressió postpart, però a l'hora, van tenir menys derivacions a l'especialista per depressió. És possible que la trucada telefònica a una llevadora que la mare ja coneixia prèviament, facilités la detecció precoç i el seguiment del risc de depressió. Aquesta teoria es recolza en l'afirmació de Kildea sobre que la llevadora referent durant la gestació pot millorar la salut psicològica durant el postpart (149).

També s'identifica en aquest grup una accentuada mala gestió del cansament i un elevat benestar inicial. Aquests resultats poden estar condicionats pel moment en que es va fer la pregunta. Així doncs, a aquestes se'ls realitzava la pregunta en el moment que la dona trucava per fer alguna consulta, és a dir de manera precoç. A la resta se li va realitzar durant l'avaluació, a les 12 setmanes postpart. És molt probable que les dades més properes a la realitat sobre l'estat anímic inicial i la gestió del cansament siguin les de *les mares que van utilitzar els servei*. Com afirmen Cheng et al. el cansament o fatiga tenen una prevalença molt variable, segons l'instrument i el període de mesura, a l'hora que estan influenciades per factors socials i culturals (150).

*Les mares que van utilitzar el servei* van presentar una autopercepció de salut més baixa que també es pot interpretar com nivell d'estrès més elevat.

Pel que fa a la freqüentació de visites, *les mares que van utilitzar el servei telefònic* van anar més vegades tant al servei d'urgències pediàtriques com a l'ASSIR. Aquests resultats no coincideixen amb els de Seguranyes en els que les mares que rebien atenció immediata virtual van freqüentar menys visites al centre tot i que el número total de visites també va ser superior (103).

Cal valorar la relació entre el nivell d'estrès de les mares que van utilitzar el servei telefònic i les visites a l'ASSIR i al servei de pediatria, com descriu Batu en el seu treball sobre factors associats a la freqüentació de visites (120).

Pel que fa a la visita a domicili, aquestes mares, van triplicar a la resta. En canvi, quan s'observen les mares que van rebre dos o més visites domiciliàries, s'evidencia que la distribució va ser igual en tots els grups. Aquestes dades són rellevants perquè rebre més d'una visita a domicili implica dificultats, importants o greus en el puerperi, que es van distribuir de manera similar entre els tres grups d'estudi.

El gran percentatge de mares que van utilitzar el servei telefònic amb una única visita a domicili o a l'ASSIR duen a pensar que la llevadora, després de la trucada telefònica, va detectar suficients dificultats per decidir revalorar la mare de manera presencial, dificultats que d'altra manera haguessin passat desapercebudes. Que la llevadora conegués la mare prèviament, degut al seguiment gestacional, pot haver influenciat en la detecció precoç d'aquestes dificultats.

Pel que fa a les sessions formatives a l'ASSIR, *les mares que van utilitzar el servei* van assistir més a tots els tipus de sessions, tant durant la gestació com durant el postpart. Tot i que van freqüentar més les sessions durant la gestació que després del naixement.

El fet que aquestes mares fossin usuàries que utilitzaven més els serveis que tenien al seu abast pot tenir relació amb el nivell d'estrès que també era més elevat, però hi ha més factors implicats.

El suport telefònic del treball era reactiu, és a dir, es podia utilitzar sempre que la mare ho necessités. Utilitzar o no un servei de manera reactiva, pot estar relacionat amb el tipus de personalitat de la mare. Com afirma Brown en el seu estudi sobre trets de la personalitat materna i durada de l'alletament, les persones més extravertides fan que es sentin més capaces de fer front a les dificultats, adoptin un enfocament més proactiu i siguin més propenses a buscar el suport d'altres (132). Si partim del fet que totes les mares eren primíparaes, amb un nivell de desconeixement similar respecte l'alletament i la criança, aquesta circumstància podria explicar perquè aquestes mares van utilitzar més totes les opcions que tenien al seu abast.

Pel que fa a l'alletament, en tots els períodes estudiats, *les mares que van utilitzar el servei telefònic* van alletar més als seus nadons. Van donar més LME i LMP que *les mares que no van consultar* i van donar menys AF i per tant van patir menys abandó precoç de LM.

La transcendència d'aquesta recerca rau en que el suport telefònic a demanda pot tenir un paper cabdal per reduir l'abandonament precoç de la lactància, ja que permet solucionar els problemes que apareixen a temps real. El fet que la mare rebi la informació quan ho necessita li permet una gestió del temps i conciliació familiar que no obtindria anant a la consulta.

El procés d'instauració de l'alletament en les mares primíparaes és més crític perquè no gaudeixen de cap experiència ni model previ i requereix una supervisió i assistència continuades durant les primeres setmanes. En aquest estudi, gaudir d'un suport telefònic amb la llevadora que va realitzar el seguiment de la gestació va tenir un paper rellevant durant la instauració de la lactància.

Aquests resultats segueixen la línia d'Osman que afirma que tenir accés a respostes de manera immediata per dubtes en el moment inicial de la criança podria tenir un impacte significatiu en l'estrès i els nivells de confiança de la mare permetent així una millor resolució dels problemes (124).

Per contra, no es va aconseguir un augment de la lactància materna exclusiva. Aquesta dada coincideix amb estudis sobre suport telefònic i alletament d'autors com Reeder que en el seu treball sobre acompanyament per l'alletament matern va aconseguir un augment de LM però no de LME i l'augment de LME de les mares només es va donar en el grup de mares hispanes (122). Tahir, en el seu assaig controlat aleatori sobre el consell de lactància telefònica i la millora de lactància materna a Malàisia, va obtenir un augment de la taxa de LME durant el primer mes postpart (151) i Al-Sadat, va valorar el suport telefònic com efectiu per augmentar la taxa de LME durant el primer mes postpart, però no entre el 4rt i 6è mes. Val a dir que els tres estudis oferien un suport telefònic proactiu, és a dir, realitzaven el suport de manera sistematitzada sense esperar a que la mare ho sol·licités i aquest fet podria haver influït en els resultats de LME del primer mes. Renfrew, en la seva revisió sistemàtica sobre l'efectivitat de les intervencions clíniques per promoure la lactància, fa referència a que quan el suport s'ofereix de forma reactiva i s'espera que les dones iniciïn el contacte, aquest és menys eficaç (152).

Tot i això, es confirma la primera hipòtesi de l'estudi sobre que les mares primíparaes que reben suport telefònic de la seva llevadora durant el puerperi presenten un menor d'abandonament de l'alletament a les 3 setmanes del part. Pel que es coneix fins la presentació d'aquest estudi, no s'han trobat antecedents en els que el suport professional a l'alletament l'administra la llevadora de referència, és a dir, la que ha realitzat el control gestacional i per tant, caldria ampliar l'estudi per comparar l'efectivitat del suport per part de la llevadora de referència amb d'altres professionals.

### **Factors relacionats abandonament LME**

Els múltiples factors implicats en l'abandonament precoç comporten que s'estudiïn les causes des de diferents perspectives i es formulin tesis sobre com reduir-la. Espinoza per exemple, identifica com a factors determinants d'abandó l'alletament els primers 3 mesos la sensació d'hipogalàctia, les clivelles o la incorporació laboral (128); en canvi, Yeneabat estudia el paper determinant per la LME del suport dels professionals durant el puerperi (153).

Altres publicacions estudien com disminuir l'abandonament de la lactància des d'altres perspectives, com és el cas Wouk que en el seu metanàlisi analitza l'eficàcia de les intervencions en la durada de

l'alletament (154) o de Rollins que avalua les estratègies de protecció a l'alletament matern des de l'administració (16).

Quan una mare amb intenció d'alletar positiva abandona la LM de manera precoç, és perquè les dificultats superen aquesta intenció. L'últim objectiu d'aquest treball pretenia identificar variables significatives que permetessin als professionals reconèixer les mares i nadons vulnerables i d'aquesta manera, millorar els resultats en relació a l'abandonament precoç de l'alletament.

### **Sobre els factors individuals, culturals, familiars i socials**

Analitzar els factors que la mare considera claus per l'èxit en la lactància sembla més rellevant que preguntar a les mares quina va ser la causa per la qual van deixar d'alletar perquè, com explica Oliver-Roig, generalment aquesta visió destaca els motius i justificacions de les mares per abandonar l'alletament sense aprofundir en factors que poden influir en aquestes decisions (22).

La poca productivitat de llet o hipogalàctia és identificada per autors com Oribe com la principal causa d'abandonament precoç de la LME (23). En canvi, Espinoza, tot i situar aquesta percepció subjectiva de la mare com a principal causa d'abandó, afirma que pot ser deguda a una manca de suport professional eficaç i a la gran predisposició d'aquests a introduir llet de fórmula (128). Moltes vegades sensacions com la poca producció de llet són percepcions referides per les mares, més que causes reals. Com afirma Oliver Roig, l'abandó prematur de la LM s'està més fortament relacionat amb la baixa satisfacció de la mare durant el procés d'alletament que l'existència de problemes en si mateix (22).

Per aquesta raó, als 3 mesos es va demanar a les mares que lactaven que identifiquessin els factors que contribuïen a l'èxit de la LM. En proporcions similars van expressar la perseverança individual, el suport familiar i el suport professional. Cal esmentar que al 3er mes, les mares amb lactància materna parcial (LMP) és a dir, les que no havien aconseguit alletar de manera exclusiva però seguien alletant, van situar en primer lloc la perseverança i el suport professional. Aquestes dades posen de manifest que davant de les dificultats durant la lactància, la mare dona importància per una banda, a la seva intenció de lactar i per l'altra, al paper de la llevadora per mantenir la lactància. Hauck, al 2016, en el seu estudi sobre la percepció de les mares australianes, sueques i irlandeses sobre el que aquestes consideraven suport essencial per la lactància, va situar en els primers llocs

aquests mateixos factors (155). De la mateixa manera Yang, en el seu anàlisi sobre els predictors d'autoeficàcia en lactància materna durant el període immediatament posterior al part i el postpart, coincideix que el suport de la parella, el suport professional i la intenció de la mare influeixen sobre l'autoeficàcia d'aquesta a l'hora d'alletar (156).

La intenció d'alletar sol ser una dada present en els estudis sobre lactància materna perquè reflecteix la intenció prèvia i a l'hora, la discordança entre la disposició de la mare durant la gestació i el resultat en el postpart. A més, com descriu Oribe, la intenció de lactar indecisa es considera un clar factor de risc per abandonar la LME abans dels 4 mesos (23). Per altra banda Ogbo, en el seu estudi de determinants sobre l'abandonament precoç de la LME, confirma una alta intenció d'alletar prèvia al part sobretot entre les mares primíparaes, tot i que la majoria de mares que pretenen alletar de manera exclusiva no compleixen les seves expectatives (157). És possible que l'alta intenció d'aquestes mares sigui resultat de l'absència d'experiències anteriors. Perrine, en el seu estudi sobre expectatives en intenció d'alletar després de l'estada hospitalària, arriba a la mateixa conclusió (158).

La intenció d'alletar varia segons al població. Yang, per exemple, identifica una intenció de lactar d'un 70% (87). En canvi el 98% de les mares de l'estudi va expressar intenció de lactar de manera exclusiva. Aquesta alta intenció pot ser deguda a la condició de primíparaes, tal com descriu Ogbo, però el percentatge de LME als tres mesos va ser inferior al 60% fet que corrobora les afirmacions de Perrine (158). És possible que davant la pregunta sobre la intenció de lactar, la mares responguin afirmativament amb la intenció de donar el més adequat al seu fill però, a l'hora de posar-la en pràctica, les dificultats i la manca de suport superin la intenció.

Pel que fa al suport de la parella o suport familiar, Mcfadden, en la seva revisió de 2017, l'identifica com a un punt clau per millorar la prevalença d'alletament exclusiu (131). En el present estudi s'observa que 93,4% de les mares de la mostra van respondre afirmativament a la previsió d'ajut després del part. D'aquestes, el 86,8% l'ajut feia referència a la parella i el 6,6% a les mares de les gestants. Altres autors, com Hauck, consideren el suport de les àvies o suport familiar, molt superior. Aquestes dades però, no son comparables, perquè l'autor suma les àvies maternes a altres consellers com germanes, amics, cosins i àvies paternes. En el present estudi es va recollir, durant la gestació, si la mare esperava tenir ajut a casa després del part. Si la resposta era afirmativa, es demanava de qui l'esperava. És possible que la proporció elevada de la parella com a principal ajut estigui més relacionada amb el permís de paternitat actual que a una expectativa baixa de l'ajuda de la mare o altres membres de la família (30).

Les mares que al 3er mes alletaven van assenyalar el suport professional com factor clau per l'èxit, En el present estudi les actuacions professionals s'han identificat en el suport durant l'estada hospitalària i la formació grupal dirigida per llevadores.

Tot i que el després del part l'estada a l'hospital és generalment molt curta, el paper dels professionals és clau. Com descriu Loke, aquests no tant sols han d'informar les mares sobre alletament, sinó que cal que supervisin la instauració durant les primeres hores per desenvolupar la confiança materna abans de l'alta, factor clau en la durada de la LME. L'acreditació IHAN dels hospitals augmenta les taxes d'iniciació, durada i exclusivitat en la lactància materna però com ja s'ha comentat anteriorment, en el moment de l'estudi, l'hospital de referència no tenia la acreditació IHAN ni actuacions específiques de protecció vers l'alletament matern.

En aquesta recerca gairebé una de cada quatre mares no alletava de manera exclusiva en el moment de l'alta hospitalària. Aquest fet va tenir sens dubte un paper decisiu en la prevalença i la durada de la LME perquè tal com afirma Thomas-Jackson, la LME a l'hospital durant les primeres 48h influeix en la intenció del temps de lactància de les mares, i augmenta l'abandonament precoç de la LM (129).

Cal remarcar el paper dels professionals experts en alletament entre el personal sanitari. Al 2015 Cameron va realitzar un assaig a Nova Zelanda per determinar si, tal com recomana l'OMS pels països desenvolupats, l'actuació d'un consultor especialista en alletament podia retardar la introducció d'aliments complementaris o llet de fórmula fins al 6 mesos. L'assaig va concloure que proporcionant recursos educatius especialitzats durant els 4 mesos postpart, les dones podien retardar la introducció d'aliments complementaris fins a 5 mesos d'edat, però no fins que la recomanació de l'OMS de 6 mesos (159). Aquest fet posa en evidència el paper primordial dels professionals especialistes, i a l'hora corrobora les dades europees de LME als 6 mesos de països com Alemanya o Suècia, on tot i tenir molts professionals qualificats en assessorament de LM no aconsegueixen les recomanacions de LME de l'OMS (1) i confirma d'aquesta manera la implicació de múltiples factors en l'abandó precoç de LME.

L'assistència als grups d'educació sanitària va ser molt heterogènia, segons es tractés de l'embaràs o després del naixement. La majoria de les mares varen assistir als grups de preparació al naixement (86%), menys de la meitat van assistir als grups de postpart (45%) i una de cada 3 mares va assistir a, com a mínim, una sessió del grup de suport a l'alletament (34,5%). Aquest fet té relació amb



l'afirmació de Congden, sobre que l'educació sanitària de les mares i pares es centra en el part, mentre que després del naixement s'hi dedica menys atenció (145).

Les visites programades durant la gestació, així com l'interès de la mare per la proximitat imminent del part, facilita l'accés a l'educació grupal. Aquest aspecte s'evidencia en les dades d'assistència a aquests grups entre les mares de l'estudi. En canvi, l'accés a l'educació sanitària després del naixement depèn de la necessitat o interès de la mare.

Pel que fa a assistència i resultats d'al·letament, no hi ha diferències en la prevalença de LM entre les mares que van assistir als grups prenatals i les que no. Aquests resultats no coincideixen amb la revisió de García Méndez que evidencien una relació positiva entre educació maternal i èxit en LME (160).

Per contra, hi ha una forta relació entre l'educació sanitària rebuda després del part i l'èxit amb l'al·letament matern. Les mares amb dificultats durant l'al·letament que van assistir als grups de postpart i als grups de suport a la lactància van resoldre millor els problemes i van patir menys abandonament precoç de LME que la resta. Revisions com la de Mcfadden donen suport a aquesta relació (127).

Cal valorar la baixa assistència als grups després del naixement i el seu paper com a factor protector en la LME. Aquest és un aspecte rellevant perquè la no assistència a aquests grups augmenta el risc d'abandonament de LME i assistir-hi o no depèn de la decisió de la mare d'utilitzar el servei. Com afirma Ericson, això pot ser insuficient per a aquelles mares amb major necessitat de suport, ja que són les menys propenses a accedir-hi; per tant, aquesta dada dona fonament a la pluralitat de factors implicats en l'abandonament precoç de la LME (161).

Pel que fa al el risc obstètric durant la gestació i la morbiditat materna en el postpart i seguint la línia d' Oliver-Roig s'obté una relació amb l'abandonament precoç de l'al·letament als 3 mesos (22).

En aquest estudi s'observa que la gestació de baix risc té un factor protector en vers la LME. De tota la patologia observada, la meitat dels embarassos de risc van ser per hàbit tabàquic i obesitat. Aquestes dades coincideixen amb Dieterich que estableix una relació negativa entre la durada de la lactància i aquestes dues variables. (162).

Pel que fa a la morbiditat materna, no s'evidencia relació amb l'abandonament precoç de la LME als 3 mesos, possiblement, per la mida de la mostra. Com s'ha comentat anteriorment l'anàlisi de la morbiditat materna es va incloure la variable cansament perquè així ho van referir les mares quan se'ls hi va preguntar sobre problemes o molèsties com a dificultat per la criança dels primers dies.

La relació entre el benestar matern i l'abandonament precoç de la LME és centre de múltiples investigacions. La línia de recerca apunta a que hi ha una relació entre ambdues variables i aquesta pot ser bidireccional. Tal com afirma Woolhouse, la decisió de les mares referent a l'alletament matern, pot estar influenciada per factors psicosocials i es pot comportar com a causa o conseqüència en la decisió d'abandonar l'alletament (107).

Pel que fa als símptomes depressius, tal i com descriu Thome, existeix una relació entre aquests i els baixos nivells LME (163). Com a resultat rellevant, en el present estudi la puntuació alterada en l'Escala d'Edimburg ( $\geq 9$ ) triplica les possibilitats d'abandonar la LME als 3 mesos (OR3,39).

Maehara et al. associen la LMP amb un augment d'estrès i fatiga, sobretot durant les primeres 8 setmanes postpart (164). En aquest treball però, no s'han obtingut dades estadísticament significatives sobre el paper de l'autopercepció de salut i la gestió de descans com a factor de risc en l'abandonament precoç de la LME.

## 6.1 Limitacions

Aquest treball contempla la mare primípara com un criteri d'inclusió per ser considerada grup de risc. L'exclusió de les mares múltiples pot limitar l'estudi, ja que és possible que les mares que no varen poder lactar el seu primer fill ho intentin amb el segon i no formin part de la mostra.

A l'hora d'analitzar els resultats pot sorgir la dificultat de mesurar la veritable intenció d'alletar de la mare. És possible que la verbalització positiva durant la gestació estigui condicionada per la pressió social o familiar que duen a la mare a no expressar el seu veritable propòsit. Així doncs, la baixa taxa de lactància materna exclusiva en el moment de l'alta hospitalària podria ser una conseqüència d'aquest fet, i no tant sols una causa relacionada amb les polítiques hospitalàries.

En el disseny de la recollida de dades no es va incloure si la mare treballava de manera remunerada perquè es va considerar que l'estudi analitzava la prevalença i les dificultats de l'alletament matern fins els 3 mesos, 4 setmanes abans de la finalització del permís per gestació que subvenciona l'estat. En aquesta elecció no es van tenir en compte les mares que treballen per compte propi o que ho feien de manera no regular, fet que es considera una limitació de l'estudi. Per altra banda, es va obviar el nivell d'estudis de les mares i el lloc de procedència de les mares, fet que podria haver donat més projecció als resultats .

## **6.2 Aplicabilitat dels resultats de la recerca**

La valoració sistemàtica dels factors protectors i dels factors de risc per l'abandonament de la LM per part de la llevadora de l'ASSIR, pot ajudar a aquestes professionals a detectar la població vulnerable i treballar de manera més eficient.

El telèfon mòbil és un estri habitual entre la majoria de la població. Característiques com la seva globalització i immediatesa el converteixen en una eina ideal de consulta durant el puerperi i permet a les llevadores de l'ASSIR proporcionar un suport a temps real, clau per resoldre els dubtes que apareixen durant el període d'instauració de l'alletament.

El fet que sempre o gairebé sempre respongués la mateixa llevadora i que la majoria de mares realitzessin entre una o dues trucades, evidencia una càrrega assistencial possiblement assumible en la jornada laboral de les professionals.

Focalitzar el suport a les mares primíparaes permet disminuir l'abandonament precoç de la lactància materna i en conseqüència millorar la salut dels nadons, les mares i les seves famílies.

Dins de l'àmbit de la promoció de la salut la llevadora té un paper rellevant. Tot i això, la seva tasca assistencial està focalitzada a la sala de parts dels hospitals i els ASSIR. Ampliar la seva tasca a nous espais com són les sales d'estada hospitalària de mares i nadons i en l'atenció comunitària permetria fer més eficient el potencial professional de les llevadores que contribueix a l'apoderament de les mares primerenques i permetria obtenir resultats més contundents en la promoció de la salut.

### 6.3 Futures línies d'investigació

Els resultats d'aquesta investigació suggereixen diferents línies d'investigació com la d'analitzar l'impacte de l'atenció telefònica en l'apoderament de la mare en la seva autocura i l'atenció al nadó.

Tanmateix, caldria dur a terme recerques orientades a conèixer la relació entre variables normalment alterades durant el puerperi, com el cansament, l'estrès i l'estat anímic inicial amb l'abandonament precoç de l'alletament matern.

De la mateixa manera, és imprescindible analitzar si els diferents trets de personalitat de la mare poden incidir en l'eficiència de l'actuació de les professionals pel que fa a l'abandonament precoç de la LME.

A l'hora, caldria establir una relació clara i sustentada en l'evidència científica entre l'alletament matern exclusiu i la puntuació al test d'Edimburg. Si en mostres més grans es mantingués la tendència manifestada pel present estudi, s'obriria la hipòtesi que l'alletament matern exclusiu podria ser un factor protector de la depressió postpart i, al mateix temps, un test d'Edimburg >9 podria indicar un elevat risc d'abandonament precoç de l'alletament.

Finalment, caldria dirigir la recerca en vers a determinar el cost econòmic pel sistema de salut dels ingressos neonatals i la morbi-mortalitat de mares i nadons en relació a l'abandonament precoç de la lactància exclusiva. Així com analitzar, tant la despesa econòmica que suposaria per a la població, com el cost ecològic de la fabricació de llet de fórmula.

## 7. Conclusions

---

1. El suport telefònic de la llevadora de referència durant el puerperi és una eina efectiva per disminuir l'abandonament precoç de l'alletament matern a les 3 setmanes del part en mares primíparas, tot i que no augmenta la LME.
2. El perfil de les mares primíparas que usen el servei telefònic és el de dones sanes, que alleten als seus nadons i que son proactives a l'hora de buscar suport. Existeix relació entre l'ús del servei telefònic amb la llevadora de referència i l'ús d'altres serveis com l'assistència a les sessions de suport del puerperi i l'alletament.
3. El servei telefònic permet a la llevadora detectar problemes i dificultats durant el puerperi i l'alletament que, d'una altra manera passarien desapercebudes, posant-se de manifest en l'elevada quantitat de visites a domicili que van rebre les mares que varen fer-ne ús.
4. La distribució de les trucades del servei telefònic i la lactància materna com a principal causa de consulta assenyalen el primer mes del postpart com el període en que les mares primíparas necessiten més suport en vers la lactància.
5. L'elevada utilització del servei indica la necessitat d'un suport àgil i a temps real amb la llevadora de referència durant el puerperi. A l'hora, el baix nombre de trucades per mare pot suggerir la inclusió d'aquest servei dins la pràctica diària.
6. Les mares primíparas realitzen visites al serveis sanitaris relacionades amb la manca d'experiència. Les principals causes de consulta durant les primeres setmanes estan relacionades amb la lactància materna.
7. Les primeres setmanes de vida del nadó són un període crític per l'abandonament precoç de la lactància materna, les causes del qual son multifactorials.
8. El benestar matern pot alterar-se durant el puerperi. 1 de cada 10 mares té una situació de risc o depressió postpart, 2 de cada 10 presenten un estat anímic inicial baix i una de cada 3 gestiona de manera inadequada el descans.

9. El baix estat anímic inicial, el risc de depressió o depressió postpart i la no assistència a les sessions grupals durant el postpart i l'alletament actuen com factors de risc en l'abandonament precoç de la lactància materna exclusiva mentre que com a factor protector destaca la gestació de baix risc.
  
10. Les mares presenten una alta satisfacció amb la informació rebuda a la consulta per la llevadora i amb el fet que sigui sempre la mateixa professional la que fa el seguiment. La satisfacció amb el servei telefònic ofert per aquesta, assenyala aquest mitjà com una eina adequada per les mares durant el puerperi i evidencia la importància de la continuïtat de la llevadora durant la gestació i el postpart.

## 8. Bibliografia

---

1. Organització Mundial de la Salut. Alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: OMS; 2018. [accés 26 de març de 2018]. Disponible a: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
2. Declaración de Innocenti, sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna. [sede Web] Florencia: Organización Mundial de la Salud. Unicef. 1990. [accés 20 d' octubre de 2017]. Disonible a: [https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_24807.html](https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html).
3. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al; PROBIT Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA. 2001 Jan 24-31;285(4):413-20. PubMed PMID: 11242425.
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J et al; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016 Jan 30; 387(10017):475-90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7. Review. PubMed PMID: 26869575.
5. World Health Organization, Unicef. Nutrition. Tracking progress for breastfeeding policies and programmes: Global breastfeeding scorecard. Ginebra: OMS; 2017.[accés octubre 2017]. Disponible a: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017/en/>
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible a: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_560\\_Lactancia\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf)
7. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Agència de Salut Pública de Catalunya. Memòria 2011-2012 de l'Agència de Salut Pública de Catalunya. Barcelona; 2013. Disponible a: <http://canalsalut.gencat.cat>



8. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Resultats de l'enquesta de salut de catalunya (ESCA) 2010 i intervencions principals. Barcelona. Programa de Salut Maternoinfantil. Direcció General de Salut Pública. 2011. Disponible a:  
[http://salutweb.gencat.cat/ca/eldepartament/estadístiquessanitaries/enquestes/esca/resultats/enquesta\\_salut\\_catalunya/](http://salutweb.gencat.cat/ca/eldepartament/estadístiquessanitaries/enquestes/esca/resultats/enquesta_salut_catalunya/)
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012 Disponible a: <http://www.msssi.gob.es>
10. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 9; 11: CD001688. Review. Pubmed PMID: 27827515.
11. Fernández-Cañadas Morillo A, Durán Duque M, Hernández López AB, Muriel Miguel C, Martínez Rodríguez B, Oscoz Prim A, et al. A Comparison of Factors Associated with Cessation of Exclusive Breastfeeding at 3 and 6 Months. Breastfeed Med. 2017 Sept; 12(7): 430-435. doi: 10.1089/bfm.2017.0045. Epub 2017. Aug 8. PubMed PMID: 28787188
12. Organizació Mundial de la salut. Codi Internacional Comercialització de Succedanis de la Llet Materna. Ginebra: OMS; 1981. Disponible a:  
[https://www.unicef.org/spanish/nutrition/files/nutrition\\_code\\_english.pdf](https://www.unicef.org/spanish/nutrition/files/nutrition_code_english.pdf)
13. Stuart Gillespie, Lawrence Haddad, Venkatesh Mannar, Purnima Menon, Nicholas Nisbett, y el Grupo de Estudio de Nutrición Materno-Infantil en nombre del Grupo de la Serie de Lactancia Materna de The Lancet. ¿Por qué invertir y qué se necesita para mejorar las prácticas de lactancia materna? The Lancet 2016; 387 (17-30). Disponible a:  
<http://www.thelancet.com/series/breastfeeding>.
14. KramerMS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1. Art. No.: CD003517. doi: 10.1002/14651858.CD003517.
15. Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Madrid Baños N, Mur Villar N, Expósito Ruiz M, Hermoso Rodríguez E. Breastfeeding for the prevention of overweight and obesity in children and teenagers; systematic review. Nutr Hosp. 2014 Nov 30;31(2):606-20. doi: 10.3305/nh.2015.31.2.8458. Review. Spanish. PubMed PMID:25617541.

16. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC et al. Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016 Jan 30; 387 (10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2. Review. PubMed PMID:26869576.
17. Romieu II, Amadou A, Chajes V. The Role of Diet, Physical Activity, Body Fatness and Breastfeeding in Breast Cancer in Young Women: Epidemiological Evidence. *Rev Invest Clin*. 2017 Jul-Aug;69(4):193-203. Review. PubMed PMID: 28776604.
18. Kramer MS. Invited commentary: Does breastfeeding protect against "asthma"? *Am J Epidemiol*. 2014 May 15;179(10):1168-70. doi: 10.1093/aje/kwu070. Epub 2014 Apr 11. PubMed PMID: 24727808.
19. Dogaru CM, Nyffenegger D, Pescatore AM, Spycher BD, Kuehni CE. Breastfeeding and childhood asthma: systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2014 May 15;179(10):1153-67. doi: 10.1093/aje/kwu072. Epub 2014 Apr 11. PubMed PMID:24727807.
20. World Health Organization, Unicef. Nutrition. Nurturing the Health and Wealth of Nations : The Investment Case for Breastfeeding. Ginebra: OMS; 2017 [accès desembre 2017]. Disponible a: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-collective-investmentcase/en/>
21. Zakarija-Grković I, Šegvić O, Vučković Vukušić A, Lozančić T, Božinović T, Čuže A, et al. Predictors of suboptimal breastfeeding: an opportunity for public health interventions. *Eur J Public Health*. 2016 Apr;26(2):282-9. doi:10.1093/eurpub/ckv203. Epub 2015 Nov 4. PubMed PMID: 26541859.
22. Oliver-Roig A. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia [tesis]. Valencia: Universidad de Alicante; Disponible a: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23524/1/Tesis\\_Oliver.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23524/1/Tesis_Oliver.pdf)
23. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalence of factors associated with the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life in the INMA birth cohort in Gipuzkoa. *Gac Sanit*. 2015 Jan-Feb;29(1):4-9. doi:10.1016/j.gaceta.2014.08.002. Epub 2014 Sep 23. Spanish. PubMed PMID: 25258325.

24. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta nacional de salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2006 [acces octubre 2017]. Disponible a:  
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
25. Generalitat de Catalunya. Departament De Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2010-2014. Fitxa tècnica. Barcelona: Departament de Salut; 2012 [acces novembre 2017]. Disponible a:  
[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/02\\_enquesta\\_catalunya\\_continua/documents/fitxatecnica\\_esca.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/documents/fitxatecnica_esca.pdf)
26. World Health Organization. Health Promotion. 9 th Global Conference on Health Promotion, Shanghai 2016. Ginebra: WHO; 2016. [ acces gener 2018]. Disponible a:  
[www.who.int/shanghai2016](http://www.who.int/shanghai2016). Darrer acces 22 de gener de 2018.
27. World Health Organization. Health Promotion. The Ottawa charter for health promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa 1986 [acces setembre 2017]. Disponible a: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
28. Generalitat de Catalunya. Tràmits. Perm s de maternitat o paternitat. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2018. [acces febrer 2018]. Disponible a: <http://web.gencat.cat/ca/tramits/que-calf-fer-si-neix-un-fill/baixa-per-maternitat-de-la-mare/>
29. Generalitat de Catalunya. Perm s per lactància de fill/filla menor de 12 mesos. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2018 [ acces febrer 2018]. Disponible a:  
[http://ensenyament.gencat.cat/web/.content/home/serveis\\_territorials/baix\\_llobregat/00\\_documents/personal\\_docent/Instruccions\\_permisos/20180109\\_20\\_permis\\_lactancia.pdf](http://ensenyament.gencat.cat/web/.content/home/serveis_territorials/baix_llobregat/00_documents/personal_docent/Instruccions_permisos/20180109_20_permis_lactancia.pdf)
30. Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. Boletín Oficial del Estado núm. 69, ( 21 de marzo de 2009).
31. Anstey EH, Coulter M, Jevitt CM, Perrin KM, Dabrow S, Klasko-Foster LB, et al. Lactation Consultants' Perceived Barriers to Providing Professional Breastfeeding Support. J Hum Lact. 2018 Feb;34(1):51-67. doi: 10.1177/0890334417726305. Epub 2017 Aug 18. PubMed PMID: 28820951.

32. World Health Organization, Unicef. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held. Washington DC: WHO; 2007 Nov. 10 p.
33. Labbok M, Krasovec K. Toward Consistency in Breastfeeding Definitions. *Stud Fam Plann.* 1990 Jul-Aug;21 (4); 226-30. Pubmed PMID: 2219227.
34. Stuart-Macadam P, Dettwyler K, Breastfeeding B, Perspectives. *Breastfeeding, Biocultural Perspectives.* 5th ed. New York, USA; 2017. 430 p.
35. Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna: guía para profesionales.* Monografías del la A.E.P. n° 5. Madrid; 2004. 7-446 p.
36. Nguyen M-T, Snow G, Wheeler H, Owens T. Clinical Question: In post-partum first-time mothers, what interventions are successful for helping women sustain exclusive breast feeding for one month or more? *J Okla State Med Assoc.* 2016 Nov;109(11):521-4. Review. PubMed PMID: 29283545; PubMed Central PMCID:PMC5301907.
37. Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna. España. [sede web] FEDALMA [acceso 24 de enero 2018]. Disponible a: <http://www.fedalma.org/la-federacion/>.
38. Associació Catalana Pro-Alletament matern. Catalunya. [sede web] ACPAM [acceso enero 2018]. Disponible a: <http://www.acpam.org>.
39. Asociación para la normalización de la lactancia materna. Valencia. [sede web] Mammalia [acceso 25 de enero 2017]. Disponible a: <http://mammalia.info/cultura-del-biberon/>.
40. Nylander G. *Bryst er best.* [DVD]. Norway 1994.
41. Alt Empordà. Àrea de benestar. [sede web]. Alt Empordà. [acceso enero 2018]. Disponible a: <http://inclusioaltemporda.cat/portal/>
42. Organización Mundial de la Salud. *Temas de Salud. Objetivos de desarrollo del milenio.* Ginebra: OMS; 2018. [acceso marzo 2018]. Disponible a: [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/es/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/).
43. Organización Mundial de la Salud. *Salud de La madre, el recién nacido, del niño y del adolescente.* Ginebra: OMS; 2018. [acceso 15 de nov de 2017]. Disponible a: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/es/).
44. United Nations Children's Fund. *Mortalidad infantil.* New York: UNICEF; 2018. [acceso noviembre 2017]. Disponible a: <http://www.unicef.es/noticia/la-mortalidad-infantil>.

45. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar. Ginebra: OMS; 2016. Disponible a: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf)
46. Organización Mundial de la Salud . Evolución De La Mortalidad Materna 1990-2015. Ginebra: OMS; 2015. Disponible a: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO\\_RHR\\_15.23\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf)
47. Instituto Nacional de Estadística.. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los Hogares. año 2017. INE Notas de prensa. 5 oct 2017 [acces desembre 2017]. Disponible a: [http://www.ine.es/prensa/tich\\_2017.pdf](http://www.ine.es/prensa/tich_2017.pdf)
48. Banc Mundial. Datos. Indicadores de salud. Whashington: Banco Mundial; 2017 [acces agost 2017]. Disponible a: <http://datos.bancomundial.org/indicador>.
49. Plasència-Taradach A. Cent anys de salut materna-infantil a Barcelona (1891-1991 ): una revolució inacabada. A: Roca Rosell A (Coord) Cent anys de salut pública a Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1991; 171– 92.
50. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Propuestas aprobadas por el pleno del consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Salud materno-infantil. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 1990.
51. Decret 283/1990, de 21 de novembre, pel qual es crea el Programa Sanitari d'Atenció a la dona. DOGC núm. 1374, 30 de novembre.
52. Decret 284/2004, d'11 de maig, pel qual es dicten normes complementàries relatives a l'especialitat d'obstetrícia i ginecologia en l'àmbit de l'Institut Català de la Salut, i per al desplegament i organització del Programa d'atenció a la salut sexual en l'àmbit d'aquest mateix organisme. DOGC núm. 4132, 13 de maig.
53. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Cartera de Servicios de las Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Apoyo a la Atención Primaria. Barcelona: Dirección General de Planificación y Evaluación; 2007.

54. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Maternoinfantil als Hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya. Barcelon: Direcció General de Planificació i Avaluació. Disponible a:  
[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/model\\_assistencial/ordenacio\\_cartera\\_i\\_serveis\\_sanitaris/pla\\_estrategic\\_dordenacio\\_maternoinfantil\\_i\\_atencio\\_salut\\_sexual\\_i\\_reproductiva/marc\\_de\\_treball/documents/plamatinf.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_estrategic_dordenacio_maternoinfantil_i_atencio_salut_sexual_i_reproductiva/marc_de_treball/documents/plamatinf.pdf)
55. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla d'Enquestes de Satisfacció d'Assegurats del CatSalut per la Línia de Servei. Atenció hospitalària 2013. PLAENSA. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2013.
56. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla d'Enquestes de Satisfacció d'Assegurats del CatSalut per Línia de servei. Atenció hospitalària 2016. PLAENSA. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2016.
57. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2016.
58. Rosemberg K, Trevathan W. Birth. Obstetrics and Human Evolution. Int J Obstet Gynaecol. 2003 Nov; 109:1199–206. Disponible a <https://doi.org/10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x>
59. Manrique J, Fernández AI, Echevarría P, Figuerol MI, Teixidó J, Barranco M. Historia de la profesión de matrona. *Ágora de Enfermería* 2014;18(1):26–8. [accés novembre 2017]. Disponible a: [https://www.agoradenfermeria.eu/magazine/articles/037\\_coill\\_es.pdf](https://www.agoradenfermeria.eu/magazine/articles/037_coill_es.pdf)
60. Fajardo C. Història de las matronas des de sus orígenes hasta nuestros días. *Enfermería avanza*. 2013; [accés octubre 2017] Disponible a: <http://enfeps.blogspot.com.es/>
61. Ehrenreich B English D. Brujas, comadronas y enfermeras: Historia de las asanadoras; Dolencias y transtornos: política sexual de la enfermedad. New York 1973.
62. Directiva 2005/36/CE del parlamento europeo y del consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. *Diario Oficial de la Unión Europea* 2005. [ accés setembre 2017] Disponible a: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/DIRECTIVA\\_2005\\_36\\_CE.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/DIRECTIVA_2005_36_CE.pdf)
63. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). *Boletín Oficial del Estado*, nº 129, (28 de Mayo de 2009).

64. Browne M, Jacobs M, Lahiff M, Miller S. Perineal injury in nulliparous women giving birth at a community hospital: reduced risk in births attended by certified nurse-midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2010 May-Jun;55(3):243-9. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.11.006. PubMed PMID: 20434084.
65. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. 2nd ed. London: RCOG Press. 2008. Disponible a:   
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/cg62-antenatal-care-full-guideline-corrected-june-20082>
66. Grupo de Trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.
67. Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Boletín Oficial del Estado núm. 280, (20 de Noviembre de 2008).
68. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (2ª ed). Barcelona: Direcció General de Salut Pública Barcelona; 2005.
69. Generalitat de Catalunya. Departament de salut. Agència de Salut Pública de Catalunya. ASPCAT. artera de serveis. [accés octubre 2017]. Disponible a: <http://salutpublica.gencat.cat.Secretaria>. Barcelona; 2015.
70. Paricio JM. Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. En: *Lactancia materna. Guía para profesionales.*: Madrid; 2004. p. 7-27.
71. WHO Collaborative Study on Breast-Feeding & World Health Organization. (1981). Modalidades de la lactancia natural en la actualidad : informe sobre el estudio en colaboraäci'on de la OMS acerca de la lactancia natural. Ginebra: Organizaci'on Mundial de la Salud. [accés gener 2018]. Disponible a: <http://www.who.int/iris/handle/10665/40109>.

72. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington,DC,EE.UU. Ginebra: OMS; 2008. Disponible a:  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241596664/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/es/)
73. La leche Ligue .Nursing babies, Nurturing families. USA [ sede web] la leche ligue.[acceso gener 2018] Disponible a: <http://www.llusa.org/>.
74. La liga de la leche. [sede web] España. La liga de la leche. [acceso gener 2018] Disponible a: <http://www.laligadelaleche.es/>.
75. La lliga de llet. [sede web] Catalunya . La lliga de llet. [acceso gener 2018] Disponible a : <http://www.laligadelallet.org/>.
76. La leche League International. El arte femenino de amamantar.Colombia: Medici; 2011.582 p.
77. International Board of Lactation Consultant Examiners.[sede web] USA: IBLCE; 2018. [acceso febrer 2018][aprox. 2 pantallas] Disponible a: <https://iblce.org/?s=IBCLC>
78. Asociación Española de Consultoras Certificadas en Lactancia Materna. [sede web] IBCLC [acceso noviembre 2017] Disponible a: <http://ibclc.es/directorio-ibclcs>.
79. Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación. Boletín Oficial del Estado núm. 131, (30 de mayo de 2008).
80. Ministerio de Sanidad Política Social e igualdad. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e igualdad; 2011. 151p. Disponible a: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
81. İnal S, Aydın Y, Canbulat N. Factors associated with breastfeeding initiation time in a baby-friendly hospital in Istanbul. Appl Nurs Res. 2016 Nov;32:26-29. doi: 10.1016/j.apnr.2016.03.008. Epub 2016 Apr 1. PubMed PMID: 27969039.
82. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? Pediatrics. 2005 Nov;116(5):e702-8. PubMed PMID: 16263985.



83. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, Odom E, Grummer-Strawn LM. Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*. 2012 Jul;130(1):54-60. doi: 10.1542/peds.2011-3633. Epub 2012 Jun 4. PubMed PMID: 22665406; PubMed Central PMCID: PMC4537174
84. Generalitat de Catalunya. Salut i Educació, promoció l'alletament matern a les escoles bressol i llars d'infant. Nota de premsa. 2007. [accés 30 de novembre 2017] Disponible a: [http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/0/home.html](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/0/home.html).
85. Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública. Actualització en lactància Materna. Barcelona:ASPCAT;2017.[accés novembre 2017] Disponible a: <http://salutpublica.gencat.cat/ca/actualitat/agenda/inscripcio-al-curs-per-a-professionals-sanitaris-actualitzacio-en-lactancia-materna/>.
86. International Confederation of Midwives. [sede web] The Netherlands: International Confederation of Midwives; 2017 [accés gener 2018] Disponible a: <http://internationalmidwives.org>.
87. Federación de Asociaciones de Matronas de España. [sede web] España: FAME [accés gener 2018] Disponible a: <http://www.federacion-matronas.org>.
88. Sanchez C, Perez-Cabrero I. Hospital de l'Hospital de la Vall d'Hebron. Programa de la realització de las altas en el puerperio de bajo riesgo por parte de la matrona. Catalunya: Hospital de la Vall d'Hebron; 2012. Disponible a: [http://www.sergas.es/docs/muller/VIIIPerinatal/Documentacion/9\\_alta\\_puerperio\\_matrona\\_Consuelo.pdf](http://www.sergas.es/docs/muller/VIIIPerinatal/Documentacion/9_alta_puerperio_matrona_Consuelo.pdf)
89. European Midwives Association [sede web] Europe: European Midwives Association; 2018 [accés gener 2018] Disponible a: <http://www.europeanmidwives.com>.
90. Generalitat de Catalunya. Departament de salut. Educació maternal: Preparació per al naixement (1ª ed) Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2009.
91. Alba Lactància. [sede web] Barcelona: Alba Lactancia; 2013. [accés setembre 2017] Disponible a: <http://albalactanciamaterna.org/grupos/>.

92. Generalitat de Catalunya. Les Tecnologies de la Informació i de la Comunicació a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2013. Disponible a: [http://www.gencat.cat/eapc/revistes/RCDP/Documents\\_interes/RCDP\\_54/05\\_05Tecnologies\\_informacio\\_comunicacio.pdf](http://www.gencat.cat/eapc/revistes/RCDP/Documents_interes/RCDP_54/05_05Tecnologies_informacio_comunicacio.pdf)
93. Blanquerna. Universitat Ramon Llul. [sede web] Barcelona: Blanquerna; 2014 [accés gener 2018] Disponible a: <https://www.blanquerna.edu/>
94. Generalitat de Catalunya. TIC Salut Social [sede web]. Barcelona: TIC Salut Social; 2013.[accés gener 2018] Disponible a: <http://www.ticsalut.cat/observatori/innova-tic-salut/>.
95. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
96. Sistema Nacional de Salud. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud [sede web] Madrid: Sistema Nacional de Salud; 2017. [accés setembre 2017] Disponible a: <https://www.guiasalud.es>.
97. International Board of Lactation Consultant Examiners.[sede web] USA: IBLCE; 2018. [accés febrer 2018] Disponible a: <http://iblce.org/>.
98. Institut Català de la Salut. Atenció a la Salut Sexual i reproductiva. Metropolitana Nord Blog [sede web] Catalunya. Atenció a la Salut Sexual i reproductiva; 2017. [accés setembre 2017] Disponible a: <http://assirmn.wordpress.com/>.
99. Asociación Española de Pediatría. En familia AEP. [sede web] España: AEP; [accés setembre 2017] Disponible a: <http://enfamilia.aeped.es/>.
100. Falguera G. Análisis del uso de la web Sexe Joves y evaluación de una estrategia en la formación de mejora de la consulta virtual, basada en la formación complementaria de las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas) que gestionan la web [tesis]. Barcelona: Universitat de Barcelona. Escuela de Enfermería; 2012.
101. Whitehead L, Seaton P. The Effectiveness of Self-Management Mobile Phone and Tablet Apps in Long-term Condition Management: A Systematic Review. J Med Internet Res. 2016 May 16;18(5):e97. doi: 10.2196/jmir.4883. Review. PubMed PMID: 27185295; PubMed Central PMCID: PMC4886099.

102. Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, Amir LH, Gold L, Small R, et al. Ringing Up about Breastfeeding: a randomised controlled trial exploring early telephone peer support for breastfeeding (RUBY) - trial protocol. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 May 28;14:177. doi: 10.1186/1471-2393-14-177. PubMed PMID: 24886264; PubMed Central PMCID: PMC4068322.
103. Seguranyes G, Costa D, Fuentelsaz-Gallego C, Beneit JV, Carabantes D, Gómez-Moreno C, et al. Efficacy of a videoconferencing intervention compared with standard postnatal care at primary care health centres in Catalonia. *Midwifery*. 2014 Jun;30(6):764-71. doi: 10.1016/j.midw.2013.08.004. Epub 2013 Aug 14. PubMed PMID: 24016553.
104. Ahmed AH, Roumani AM, Szucs K, Zhang L, King D. The Effect of Interactive Web-Based Monitoring on Breastfeeding Exclusivity, Intensity, and Duration in Healthy, Term Infants After Hospital Discharge. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016 Mar-Apr;45(2):143-54. doi: 10.1016/j.jogn.2015.12.001. Epub 2016 Jan 11. PubMed PMID: 26779838; PubMed Central PMCID: PMC4789120.
105. Osma J, Barrera AZ, Ramphos E. Are Pregnant and Postpartum Women Interested in Health-Related Apps? Implications for the Prevention of Perinatal Depression. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2016 Jun;19(6):412-5. doi: 10.1089/cyber.2015.0549. PubMed PMID: 27327069.
106. Wang SF, Chen CH, Chen CH. Related factors in using a free breastfeeding hotline service in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2008 Apr;17(7):949-56. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02111.x. PubMed PMID: 18321292.
107. Woolhouse H, James J, Gartland D, McDonald E, Brown SJ. Maternal depressive symptoms at three months postpartum and breastfeeding rates at six months postpartum: Implications for primary care in a prospective cohort study of primiparous women in Australia. *Women Birth*. 2016 Aug;29(4):381-7. doi: 10.1016/j.wombi.2016.05.008. Epub 2016 Jul 19. PubMed PMID: 27450375.
108. Seguranyes Guillot G. Eficacia de una intervención Telemática en la atención al postparto en relación a la atención habitual, respecto a la opinión, consultas y morbilidad en las mujeres atendidas en los centros del PASSIR de Atención Primaria en Cataluña. [Tesis]. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. 2013.

109. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782-6. PubMed PMID: 3651732.
110. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti Suárez G, Campos Sánchez M. [Validation of a Spanish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002 Mar-Apr;30(2):106-11. Spanish. PubMed PMID: 12028943.
111. Ascaso Terrén C, Garcia Esteve L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. [Prevalence of postpartum depression in Spanish mothers: comparison of estimation by mean of the structured clinical interview for DSM-IV with the Edinburgh Postnatal Depression Scale]. *Med Clin (Barc)*. 2003 Mar 15;120(9):326-9. Spanish. PubMed PMID: 12646107.
112. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 1988 Oct 8;297(6653):897-9. PubMed PMID: 3140969; PubMed Central PMCID: PMC1834427.
113. Sánchez-López Mdel P, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*. 2008 Nov;20(4):839-43. PubMed PMID: 18940092.
114. Llei orgànica 15/1999 , de 13 de diciembre, de protecció de dades de caracter personal. BOE núm. 298, (14 de desembre i suplement en català núm. 17, de 30 de desembre).
115. Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Publica de Catalunya. Agència de Salut Pública. Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Catalunya: Agència de Salut Publica; 2012. Disponible a:  
[http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/temes\\_de\\_salut/salut\\_maternoinfantil/indicadors/indicadors\\_maternoinfantil\\_2012\\_complet.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_maternoinfantil/indicadors/indicadors_maternoinfantil_2012_complet.pdf)
116. Generalitatde Catalunya. Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya. Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya. Informe dels principals resultats 2015. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2015. Disponible a: [salutweb.gencat.cat/esca](http://salutweb.gencat.cat/esca)
117. Tobback E, Behaeghel K, Hanouille I, Delesie L, Loccufier A, Van Holsbeeck A, et al. Comparison of subjective sleep and fatigue in breast- and bottle-feeding mothers. *Midwifery*. 2017 Apr;47:22-27. doi: 10.1016/j.midw.2017.01.009. Epub 2017 Jan 17. PubMed PMID: 28232215.

118. Omeñaca Teres F, González Gallardo M. Ictericia neonatal. *Pediatr Integr.* 2015;18(6):367–74.
119. Lasarte JJ, Hernandez-Aguilar MT. Supervisión del crecimiento y alimentación en el primer año de vida. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2007; 9 Supl 2S77-90.
120. Batu ED, Yeni S, Teksam O. The factors affecting neonatal presentations to the pediatric emergency department. *J Emerg Med.* 2015 May;48(5):542-7. doi: 10.1016/j.jemermed.2014.12.031. Epub 2015 Jan 31. PubMed PMID: 25648054.
121. Mangwi Ayiasi R, Kolsteren P, Batwala V, Criel B, Orach CG. Effect of Village Health Team Home Visits and Mobile Phone Consultations on Maternal and Newborn Care Practices in Masindi and Kiryandongo, Uganda: A Community-Intervention Trial. *PLoS One.* 2016 Apr 21;11(4):e0153051. doi: 10.1371/journal.pone.0153051. eCollection 2016. PubMed PMID: 27101379; PubMed Central PMCID: PMC4839625.
122. Reeder JA, Joyce T, Sibley K, Arnold D, Altindag O. Telephone peer counseling of breastfeeding among WIC participants: a randomized controlled trial. *Pediatrics.* 2014 Sep;134(3):e700-9. doi: 10.1542/peds.2013-4146. Epub 2014 Aug 4. PubMed PMID: 25092936; PubMed Central PMCID: PMC4143999.
123. Ke J, Ouyang YQ, Redding SR. Family-Centered Breastfeeding Education to Promote Primiparas' Exclusive Breastfeeding in China. *J Hum Lact.* 2018 May;34(2):365-378. doi: 10.1177/0890334417737293. Epub 2017 Nov 21. PubMed PMID: 29161530.
124. Osman H, Chaaya M, El Zein L, Naassan G, Wick L. What do first-time mothers worry about? A study of usage patterns and content of calls made to a postpartum support telephone hotline. *BMC Public Health.* 2010 Oct 15;10:611. doi: 10.1186/1471-2458-10-611. PubMed PMID: 20946690; PubMed Central PMCID: PMC2965723.
125. Pertile R, Bombarda L, Pedron M, Clivati E, Piffer S. Breastfeeding during the first year of life: estimates using records generated in general paediatrics. *Minerva Pediatr.* 2016 Sep 22. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 27652993.
126. Joshi A, Amadi C, Meza J, Aguire T, Wilhelm S. Evaluation of a computer-based bilingual breastfeeding educational program on breastfeeding knowledge, self-efficacy and intent to breastfeed among rural Hispanic women. *Int J Med Inform.* 2016 Jul;91:10-9. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.04.001. Epub 2016 Apr 2. PubMed PMID: 27185505.

127. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov 25;11:CD003519. Review. PubMed PMID: 27885658.
128. Espinoza C, Zamorano C, Graham S, Orozco A. Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. *An Médicos.* 2014 Jul; 59 (2):120-26.
129. Thomas-Jackson SC, Bentley GE, Keyton K, Reifman A, Boylan M, Hart SL. In-hospital Breastfeeding and Intention to Return to Work Influence Mothers' Breastfeeding Intentions. *J Hum Lact.* 2016 Nov;32(4):NP76-NP83. doi: 10.1177/0890334415597636. Epub 2016 Jul 11. PubMed PMID: 26243753.
130. Loke AY, Chan LK. Maternal breastfeeding self-efficacy and the breastfeeding behaviors of newborns in the practice of exclusive breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013 Nov-Dec;42(6):672-84. doi: 10.1111/1552-6909.12250. Epub 2013 Oct 15. PubMed PMID: 24128113.
131. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Feb 28;2:CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5. Review. PubMed PMID: 28244064.
132. Brown A. Maternal trait personality and breastfeeding duration: the importance of confidence and social support. *J Adv Nurs.* 2014 Mar;70(3):587-98. doi: 10.1111/jan.12219. Epub 2013 Aug 6. PubMed PMID: 23919294; PubMed Central PMCID: PMC4114133.
133. Vayas A, Cabrera R. Hipogalactia: Causas Y Orientacion de Manejo. *Med Gen Fam.* 2017;1(3):143-7.
134. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, Miroshnik I, Lieu TA. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics.* 2004 Apr;113(4):e283-90. PubMed PMID: 15060254.
135. Organización Muncial de la Salud. Centro de prensa. La OMS difunde un nuevo patrón de crecimiento infantil. Ginebra: OMS; 2006. [acceso gener 2018] Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr21/es/>.

136. Dawodu A, Tsang RC. Maternal vitamin D status: effect on milk vitamin D content and vitamin D status of breastfeeding infants. *Adv Nutr.* 2012 May 1;3(3):353-61. doi: 10.3945/an.111.000950. Review. PubMed PMID: 22585912; PubMed Central PMCID: PMC3649470.
137. Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. España : AEP; 2018. [acces agosto 2017] Disponible a: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/foros-comite-lactancia-materna>.
138. Asociación Española de Pediatría.[sede web] Madrid: AEP; 2014. [acces noviembre 2017] Disponible a: [http://www.aeped.es/sites/default/files/eventos/programa\\_preliminar\\_congreso\\_aep](http://www.aeped.es/sites/default/files/eventos/programa_preliminar_congreso_aep). Congreso extraordinario de la AEP.
139. Mori E, Iwata H, Sakajo A, Maehara K, Tamakoshi K. Association between physical and depressive symptoms during the first 6 months postpartum. *Int J Nurs Pract.* 2017 Jun;23 Suppl 1. doi: 10.1111/ijn.12545. PubMed PMID: 28635063.
140. Wade C, Giallo R, Cooklin A. Maternal fatigue and depression: Identifying vulnerability and relationships to early parenting practices. *Adv Ment Heal.* 2012;10(3):277-91. DOI: 10.5172/jamh.2012.10.3.277.
141. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas Prof.* 2006; 7(4):5-11.
142. Dimitraki M, Tsikouras P, Manav B, Gioka T, Koutlaki N, Zervoudis S, et al. Evaluation of the effect of natural and emotional stress of labor on lactation and breast-feeding. *Arch Gynecol Obstet.* 2016 Feb;293(2):317-28. doi: 10.1007/s00404-015-3783-1. Epub 2015 Jun 26. PubMed PMID: 26112355.
143. de Jager E, Broadbent J, Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H. The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. *Midwifery.* 2014 Jun;30(6):657-66. doi: 10.1016/j.midw.2013.07.008. Epub 2013 Aug 8. PubMed PMID: 23932036.
144. Cano-Climent A, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, de Vries J, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Fatigue Assessment Scale: reliability and validity assessment in postpartum women. *PeerJ.* 2017 Sep 27;5:e3832. doi: 10.7717/peerj.3832. eCollection 2017. PubMed PMID: 28970968; PubMed Central PMCID: PMC5622603.
145. Congden KA. Perinatal Education and Support Program: Baystate's New Beginnings. *J Perinat*

- Educ. 2016;25(2):97-104. doi: 10.1891/1058-1243.25.2.97. PubMed PMID: 27445447; PubMed Central PMCID: PMC4944455.
146. Stockdale J, Sinclair M, Kernohan G, McCrum-Gardner E, Keller J. Sensitivity of the breastfeeding motivational measurement scale: a known group analysis of first time mothers. *PLoS One*. 2013 Dec 31;8(12):e82976. doi: 10.1371/journal.pone.0082976. eCollection 2013. PubMed PMID: 24391731; PubMed Central PMCID: PMC3876990.
147. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez MM, Granados-Gámez G. [Communication and satisfaction among primiparas in a public health service]. *Gac Sanit*. 2011 Nov-Dec;25(6):483-9. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.03.010. Epub 2011 Jun 23. Spanish. PubMed PMID: 21703729.
148. García Mozo R, Alonso Sagredo L. [Maternal assessment of pre-natal measures to promote natural breast-feeding]. *Aten Primaria*. 2002 Feb 15;29(2):79-83. Spanish. PubMed PMID: 11844423.
149. Kildea S, Simcock G, Liu A, Elgebeili G, Laplante DP, Kahler A, et al. Continuity of midwifery carer moderates the effects of prenatal maternal stress on postnatal maternal wellbeing: the Queensland flood study. *Arch Womens Ment Health*. 2018 Apr;21(2):203-214. doi: 10.1007/s00737-017-0781-2. Epub 2017 Sep 27. PubMed PMID: 28956168.
150. Cheng CY, Chou YH, Wang P, Tsai JM, Liou SR. Survey of trend and factors in perinatal maternal fatigue. *Nurs Health Sci*. 2014 May 18. doi: 10.1111/nhs.12149. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24835296.
151. Tahir NM, Al-Sadat N. Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices? A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2013 Jan;50(1):16-25. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.006. Epub 2012 Oct 17. PubMed PMID: 23084438.
152. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;(5):CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub4. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 28;2:CD001141. PubMed PMID: 22592675; PubMed Central PMCID: PMC3966266



153. Yeneabat T, Belachew T, Haile M. Determinants of cessation of exclusive breastfeeding in Ankesha Guagusa Woreda, Awi Zone, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Aug 9;14:262. doi: 10.1186/1471-2393-14-262. PubMed PMID: 25107331; PubMed Central PMCID: PMC4137087.
154. Wouk K, Lara-Cinisomo S, Stuebe AM, Poole C, Petrick JL, McKenney KM. Clinical Interventions to Promote Breastfeeding by Latinas: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016 Jan;137(1). doi: 10.1542/peds.2015-2423. Epub 2015 Dec 14. Review. PubMed PMID: 26668300; PubMed Central PMCID: PMC4702022.
155. Hauck YL, Blixt I, Hildingsson I, Gallagher L, Rubertsson C, Thomson B, et al. Australian, Irish and Swedish women's perceptions of what assisted them to breastfeed for six months: exploratory design using critical incident technique. *BMC Public Health*. 2016 Oct 10;16(1):1067. PubMed PMID: 27724932; PubMed Central PMCID: PMC5057437.
156. Yang X, Gao LL, Ip WY, Sally Chan WC. Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery*. 2016 Oct;41:1-8. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.011. Epub 2016 Jul 18. PubMed PMID: 27479635.
157. Ogbo FA, Eastwood J, Page A, Arora A, McKenzie A, Jalaludin B, et al. Prevalence and determinants of cessation of exclusive breastfeeding in the early postnatal period in Sydney, Australia. *Int Breastfeed J*. 2017 Apr 8;12:16. doi: 10.1186/s13006-017-0110-4. eCollection 2016. PubMed PMID: 28405212; PubMed Central PMCID: PMC5385049.
158. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, Odom E, Grummer-Strawn LM. Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*. 2012 Jul;130(1):54-60. doi: 10.1542/peds.2011-3633. Epub 2012 Jun 4. PubMed PMID: 22665406; PubMed Central PMCID: PMC4537174.
159. Cameron SL, Heath AL, Gray AR, Churcher B, Davies RS, Newlands A, Galland BC, Sayers RM, Lawrence JA, Taylor BJ, Taylor RW. Lactation Consultant Support from Late Pregnancy with an Educational Intervention at 4 Months of Age Delays the Introduction of Complementary Foods in a Randomized Controlled Trial. *J Nutr*. 2015 Jul;145(7):1481-90. doi: 10.3945/jn.114.202689. Epub 2015 May 20. PubMed PMID: 25995280.

160. García Méndez JA. Eficacia diferencial de los programas de apoyo a madres con intención de lactar sobre la exclusividad y duración de la lactancia materna: un estudio meta-analítico. [Tesis] Murcia: Universidad de Murcia; 2010.
161. Ericson J, Flacking R, Udo C. Mothers' experiences of a telephone based breastfeeding support intervention after discharge from neonatal intensive care units: a mixed-method study. *Int Breastfeed J.* 2017 Dec 19;12:50. doi: 10.1186/s13006-017-0142-9. eCollection 2017. PubMed PMID: 29270208; PubMed Central PMCID: PMC5735875.
162. Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatr Clin North Am.* 2013 Feb;60(1):31-48. doi: 10.1016/j.pcl.2012.09.010. Epub 2012 Nov 3. Review. PubMed PMID: 23178059; PubMed Central PMCID: PMC3508512.
163. Thome M, Alder EM, Ramel A. A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? *Int J Nurs Stud.* 2006 Jan;43(1):11-20. Epub 2004 Dec 10. PubMed PMID: 16326160.
164. Maehara K, Mori E, Iwata H, Sakajo A, Aoki K, Morita A. Postpartum maternal function and parenting stress: Comparison by feeding methods. *Int J Nurs Pract.* 2017 Jun;23 Suppl 1. doi: 10.1111/ijn.12549. PubMed PMID: 28635064.



## Annex 2

### Escala d'Edimburg per la depressió postpart EPDS ( Inclosa dins la HC informatitzada)

Puntuació de 0...1....2....3

#### Tabla 1. Escala de

He podido reír y apreciar lo divertido de las cosas

He disfrutado las cosas que hago

Me he echado la culpa innecesariamente cuando las cosas no han salido bien

Me he sentido preocupada y ansiosa sin una buena razón

Me he sentido asustada o en pánico sin una buena razón

He sentido que las cosas se me están viniendo encima

He estado tan infeliz que tengo problemas para dormir

Me he sentido triste o miserable

He estado tan infeliz que me he puesto a llorar

Se me ha ocurrido la posibilidad de hacerme daño a mí misma.

### **Annex 3**

#### **Escala de Salud General GHQ de Goldberg ( validada al castellà)**

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

1 ) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

- a) Mejor que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

2 ) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- a) Mejor que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

3 ) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

- a) Mejor que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

4 ) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- a) Mejor que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

5 ) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

- a) Mejor que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

6 ) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

- a) Mejor que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

7 ) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

- a) Mejor que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

8 ) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

- a) Mejor que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

9 ) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

- a) Mejor que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

10 ) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?

- a) Mejor que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

11 ) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- a) Mejor que lo habitual
- b) Igual que lo habitual
- c) Menos que lo habitual
- d) Mucho menos que lo habitual

12 )¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

a) Mejor que lo habitual

b) Igual que lo habitual

c) Menos que lo habitual

d) Mucho menos que lo habitual



## Annex 4

### Taula de la recollida de dades telefònica.

<p><b><u>1ª trucada prepart 37/38</u></b>  <b><u>S.g.</u></b>  <b><u>Qui fa la trucada</u></b>  Llevadora referent  Puérpera Data</p>	<p><b><u>Consulta de la mare</u></b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentació professional de <i>referència</i>:</li> <li>2. Reforç referent a l'ajuda al domicili.</li> <li>3. Qui l'ajuda</li> <li>4. Reforç referent preparació del niu. (panereta, menjar i queviures, ajuda per les feines domèstiques...)</li> <li>5. Consens de la trucada de la usuària per confirmar el part.</li> </ol>
<p><b><u>2ª trucada 3/6è dia postpart</u></b>   Data</p>	<p><b><u>Consulta de la mare</u></b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lloc, dia i tipus de part.</li> <li>2. Estat de la mare.</li> <li>3. Estat del nadó</li> <li>4. Tipus d'alletament</li> <li>5. Reforcem descans matern</li> <li>6. Pactem nova trucada</li> </ol>
<p><b><u>3ª trucada 7è/15è diap</u></b>   puérpera</p>	<p><b><u>Consulta de la mare</u></b></p>	<p><b><u>Cansament: Reforç</u></b>   Despertador a la nit?   Descansa durant el dia?</p>

		<p><b><u>Consulta Alletament Reforç</u></b></p> <p>Va rebre suport a l'hospital?</p> <p>Quantes vegades± mama en 24h? 8 a 10...</p> <p>Fa pipi i caca durant el dia?</p> <p><b><u>Estat de la mare</u></b></p> <p>Com estàs d'ànims?</p> <p>1.....5</p> <p>Fatal            perfecte</p>
<p><b><u>4ª trucada 15è/35è dia</u></b></p> <p>Data</p>	<p><b><u>Consulta de la mare</u></b></p>	<p><b><u>Cansament: Reforç</u></b></p> <p>Et poses el despertador a la nit?</p> <p>Descances durant el dia?</p> <p><b><u>Consulta Alletament Reforç</u></b> Reforç per augmentar la seguretat</p> <p>Quantes vegades± mama en 24h? 8a 10</p>

		<p>Fa pipi i caca durant el dia?</p> <p><b><u>Estat de la mare</u></b></p> <p>Com estàs d'ànims?</p> <p>1.....5</p> <p>Fatal          perfecte</p> <p>1.          Pactem telèfon obert fins les 18set. pp.</p>
--	--	--

**Consulta de la mare** Data

**Consulta de la mare** Data

**Consulta de la mare** Data

## Annex 5

### Avaluació telefònica als 3 mesos del part

#### Grup Atenció Habitual      Grup atenció telefònica

Puntuem de l'1 al 5 1: Totalment en desacord fins a 5: totalment d'acord

1- Adequació de la informació rebuda a l'ASSIR amb la realitat postpart.

1.....2.....3.....4.....5

2- Sempre o quasi sempre m'ha visitat la mateixa llevadora

1.....2.....3.....4.....5

3- Això és important per mi.

1.....2.....3.....4.....5

4- LM a l'inici                      AF a l'inici

Actualment LME

Actualment LMC /              Abandona LME a les      setmanes

Actualment AF.              Abandona LM a les      setmanes

5- En cas de LM a l'inici. Durant els primers dies...:

- Es posava el despertador per alletar?

- Descansava de dia quan el nen dormia?
- 6- Ha anat al curs de post part si no
- 7- Ha anat al curs d'alletament si no
- 8- Ha anat d'urgències o visites sense cita a la infermera pediàtrica

No

Si quantes

Causes:

9- S'ha visitat a l'ASSIR amb la llevadora a banda de la visita de la quarantena?

9- Ha Trucat a l'ASSIR per realitzar alguna consulta? Quantes vegades? (Revisió d'HC Informatitzada)

10- L'estat anímic durant els primers dies era de: 1:molt baix 5: molt alt

1.....2.....3.....4.....5

## Annex 6

### Avaluació telefònica als 3 mesos del part

Grup Atenció Habitual      Grup atenció telefònica

Puntuem de l'1 al 5 1: Totalment en desacord fins a 5: totalment d'acord

1- Adequació de la informació rebuda a l'ASSIR amb la realitat postpart.

1.....2.....3.....4.....5

2- Sempre o quasi sempre m'ha visitat la mateixa llevadora.

1.....2.....3.....4.....5

3- Això és important per mi.

1.....2.....3.....4.....5

4- Adequació de la informació rebuda telefònicament amb la realitat postpart.

1.....2.....3.....4.....5

5- Sempre o quasi sempre m'ha trucat la mateixa llevadora.

1.....2.....3.....4.....5

6- Això és important per mi.

1.....2.....3.....4.....5

5- Hagués necessitat més trucades

1.....2.....3.....4.....5

6- Alletament matern d'inici    Alletament artificial d'inici

Actualment LME

Actualment LMC /        Abandona LME a les        setmanes

Actualment AF.        Abandona LM a les        setmanes

7- En cas de LM a l'inici. Durant els primers dies...:

- Es posava el despertador per alletar?
- Descansava de dia quan el nen dormia?

8- Ha anat al curs de post part    si    no

9- Ha anat al curs d'alletament    si    no

10- Ha anat d'urgències o visites sense cita a la infermera pediàtrica

No

Si        quantes

Causes:

11- S'ha visitat a l'ASSIR amb la llevadora a banda de la visita de la quarantena?

Per quina causa?

12- Ha trucat a l'ASSIR per realitzar alguna consulta? Quantes vegades? Per quina causa? (Revisió d' HC Informatitzada)

## INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Gemma Rodríguez Palomar, secretaria del Comitè Ètic d' Investigació Clínica del l'IDIAP Jordi Gol i Gurina.

### **CERTIFICA:**

Que aquest Comitè en la reunió del dia 30 de Juny de 2010, després d'avaluar per petició de la Investigadora Principal Roser Gol, ASSIR Barcelonès Nord i Maresme, el projecte d'investigació **(P10/53)** titulat: **Suport estructurat i específic durant el puerperi, dirigit a augmentar la durada de l'alletament matern durant els tres primers mesos i potenciar el benestar matern.**

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona a 2 de Juliol de 2010.





## Annex 8

### CONSENTIMENT INFORMAT

Jo.....  
.....

He llegit el full d'informació que m'han entregat

He pogut preguntar sobre l'estudi

He rebut suficient informació sobre l'estudi

He estat informada

per.....

(Nom i cognoms de la llevadora)

Comprenc que la meva participació és voluntària, comprenc que puc retirar-me de l'estudi quan vulgui sense haver de donar explicacions i sense que això tingui repercussió i atenció sanitària.

Dono lliurement la meva conformitat per participar en l'estudi.

A.....el.....de.....del 2009

Població i data

Firma de la gestant

Firma de la llevadora

## **Annex 9**

### **Full d'informació a la gestant**

Invitació a participar:

Apreciada Sra.,

L'invitem a participar a en l'estudi "Suport durant el puerperi dirigit a augmentar la durada de l'alletament matern durant els primers 3 mesos i potenciar el benestar matern".

Els sistemes sanitaris busquen noves alternatives per millorar l'assistència i serveis mitjançant noves propostes. La finalitat d'aquest estudi és conèixer si l'atenció telefònica a les mares durant el període del puerperi per part de les seves llevadores és més efectiva en relació a l'atenció habitual que proporcionen les llevadores a les puèrperes en els centres d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) de l'Atenció Primària de Catalunya.

El benefici esperats de l'estudi és la possibilitat de solucionar de manera ràpida amb la llevadora de referència els dubtes i problemes de l'alletament i la criança a les mares que tenen el seu primer fill.

#### **Desenvolupament de l'estudi:**

- Si vostè accepta participar en l'estudi la seva llevadora li farà un mínim de 3 entrevistes, una al final de la gestació una a la quarantena i una als tres mesos del part. Aquestes entrevistes es poden realitzar a la consulta o per via telefònica. Per poder accedir a l'estudi és necessari tenir la possibilitat de contacte telefònic.
- Es realitzaran dos grups de forma paral·lela l'assignació de la qual es farà de manera aleatòria per sorteig.
  - En ambdós grups de dones es realitzaran coma mínim tres entrevistes.
  - Totes les dades recollides sobre la seva participació en l'estudi seran considerades com confidencials. En els fulls de recollida de dades solament constarà el número que se li ha assignat en l'estudi. En l'informe final de l'estudi o en el cas de comunicar aquests resultats a la

comunitat científica es mantindrà la seva identitat en l'anonimat. L'informem, tal com es preveu en l'article 5 de la *Llei Orgànica 5/1992, de regulació del tractament automatitzat i dels drets que assisteixen als participants de l'estudi de consultar, modificar o eliminar del fitxer les seves dades personals*.

- La seva participació en aquest estudi es voluntària i en qualsevol moment pot retirar-se del mateix. Si decideix fer-ho no tindrà cap conseqüència en l'assistència sanitària que vostè rep.
- En aquest estudi no es preveu donar cap mena de compensació econòmica.

Si té algun dubte sobre l'estudi o li agradaria comentar algun aspecte d'aquesta informació, pot contactar per correu electrònic [rgol.bnm.ics@gencat.cat](mailto:rgol.bnm.ics@gencat.cat) o posar-se en contacte amb la seva llevadora.

Un cop llegida aquesta informació i consultats els dubtes que puguin haver-se-li plantejat i en el cas que vulgui participar en l'estudi haurà de firmar el consentiment informat.

Agraïm anticipadament la seva participació en l'estudi,

Roser Gol i Gómez

Investigadora principal

Treball de recerca Promoció de la salut

Universitat de Girona.

## **Annex 9.1**

### **Full d'informació a la gestant del grup “ Atenció habitual en el puerperi”**

#### **Informació addicional sobre l'atenció habitual**

Apreciada Sra.,

Vostè ha estat assignada aleatòriament, és a dir mitjançant sorteig, al grup de dones que seran ateses mitjançant assistència habitual durant el puerperi. Això significa que rebrà:

- La possibilitat de visites durant el puerperi a la consulta o a domicili.
- Una visita en la quarantena a la consulta.
- La possibilitat d'assistir als cursos de postpart o de suport a l'alletament.
- La possibilitat de realitzar consultes telefòniques al centre.

Per poder comparar els resultats en termes d'efectivitat de l'assistència rebuda, un cop finalitzat l'estudi, s'analitzaran els resultats entre les dones que hi participen.

Els resultats d'aquest estudi ens permetran conèixer si l'atenció durant el puerperi amb la llevadora de referència és efectiva per millorar el benestar matern i la durada de l'alletament.

Agraïm la seva col·laboració en la participació d'aquest projecte.

## **Annex 9.2**

### **Informació per la gestant del grup “suport telefònic ”**

#### **Informació addicional sobre l'ús del suport telefònic**

Apreciada Sra.,

Vostè ha estat assignada aleatòriament, és a dir mitjançant sorteig, al grup de dones que podran ser ateses mitjançant suport telefònic a més de poder requerir l'assistència habitual, per tant tindrà la possibilitat de realitzar consultes telefòniques a la seva llevadora de dilluns a divendres de 9 a 19h durant les primeres 12 setmanes postpart.

Si durant la primera setmana vostè no realitza cap trucada de consulta la llevadora la trucarà per veure com es troba.

Per això és necessari que:

Doni un nº de telèfon on la puguem localitzar.

Es posi en contacte amb nosaltres un cop hagi succeït el part.

Agraïm a seva col·laboració per voler participar en aquest projecte.