



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

**PROGRAMA de
DOCTORADO en
CIENCIAS de la
SALUD**

**Educación sanitaria
de la madre primeriza
en el área V de Asturias:
efecto de la implantación
de la visita pediátrica
prenatal sobre resultados
de salud y uso de los
servicios sanitarios**

Tesis Doctoral
Ana Gancedo García
Oviedo 2020



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

**PROGRAMA de
DOCTORADO en
CIENCIAS de la
SALUD**

**Educación sanitaria
de la madre primeriza
en el área V de Asturias:
efecto de la implantación
de la visita pediátrica
prenatal sobre resultados
de salud y uso de los
servicios sanitarios**

Tesis Doctoral

Presentada por

Ana Gancedo García

Directores

Dr. Juan B. García Casas

Dr. Venancio Martínez Suárez

Oviedo 2020



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: EDUCACIÓN SANITARIA DE LA MADRE PRIMERIZA EN EL ÁREA V DE ASTURIAS: EFECTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA VISITA PEDIÁTRICA PRENATAL SOBRE RESULTADOS DE SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS	Inglés: FIRST MOTHER'S HEALTH EDUCATION IN THE AREA V OF ASTURIAS: EFFECT OF THE IMPLEMENTATION OF THE PRENATAL PEDIATRIC VISIT ON HEALTH RESULTS AND USE OF HEALTH SERVICES
2.- Autor	
Nombre: Ana Gancedo García	DNI/Pasaporte/NIE:
Programa de Doctorado: Ciencias de la Salud	
Órgano responsable: COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE CIENCIAS DE LA SALUD	

RESUMEN (en español)

Introducción y objetivo:

Diversos estudios han demostrado que las intervenciones educativas pueden mejorar la salud de la población. La educación maternal mejora su efectividad cuando se realiza de manera participativa y bidireccional. El objetivo de este trabajo es evaluar el efecto de un modelo de visita pediátrica prenatal sobre el nivel de conocimientos de puericultura y lactancia, psicopatología del postparto, tasas de lactancia materna y el uso de los servicios sanitarios de las madres primerizas durante el primer año de vida del lactante.

Material y Métodos:

Diseño: Estudio descriptivo transversal de las madres primerizas del área sanitaria V (Gijón), y una intervención controlada y aleatorizada sobre un subgrupo de ellas.

Población y muestra: Primerizas que cumplieron los cursos prenatales, con criterios de exclusión: gestación múltiple o de riesgo, contraindicación de lactancia materna y problemas lingüísticos. Captación entre el 1 de junio y el 31 de octubre de 2015.

Intervención: visita individualizada de 15 minutos realizada por el pediatra en 3º trimestre de gestación.

Instrumentos de medida y variables de estudio: Datos clínico-demográficos, Strait Test Anxiety Inventory subescala estado (STAI-E) y cuestionario diseñado *ad hoc* sobre conocimientos de puericultura y lactancia. A través del programa OMI, se completó el registro al año de vida del lactante con las consultas realizadas a demanda, así como procesos de psicopatología de la madre.

Análisis: Bivariante y multivariante entre las puntuaciones del test de puericultura y lactancia y el de ansiedad con el resto de variables recogidas. Se calcularon coeficientes de correlación lineal



entre cuantitativas continuas y se utilizó la prueba t de Student para comparación de medias mediante estadística frecuentista.

El efecto de la visita pediátrica prenatal se estimó mediante inferencia Bayesiana.

Se realizó con el programa estadístico R.

Resultados:

Descriptivo (n=104): edad media 34,2 (DE:4,5), gestante fumadora 17,3%, universitarias 61,5%, recibió lactancia materna (LM) 66,3%, planea amamantar 88,5%. Antecedentes ansiedad/depresión 23,1%. 3 principales fuentes de información referidas: matrona (94,2%), familiares (67,3%) e internet (45,2%).

Puntuación media STAI-E:18,2 (DE:7,42) sobre 60 puntos.

Preguntas erradas en el test de conocimientos: 4,5 (DE:2,3) sobre 23 puntos.

Variables asociadas al test de conocimientos: origen extranjero -2,9 (p=0,02), universitarias 2,6 (p=0,04), embarazo no deseado -2 (p=0,03), CS VI 2,2 (p=0,003).

Valores asociados al STAI-E: no fumadora -4,4 (p=0,06), recibió LM -4,4 (p=0,009), no antecedentes de ansiedad/depresión -4,4 (p=0,02), CS IV 5,6 (p=0,04).

Intervención (n=39):

Intervención n=19. Control n=20.

Efecto de la intervención sobre:

- Conocimientos: diferencia de medias de 1,3, con un Intervalo de Credibilidad al 95% (ICred95%) 0,4 a 3. Probabilidad posterior 93,5%.

- Cuestionario ansiedad: diferencia de 0,9 con ICred95% de -4,68 a 6,3. Probabilidad posterior 64%.

- Psicología postparto: Diferencia de proporciones de 0,06. Probabilidad posterior 94%.

- Lactancia materna (LM): sin efecto sobre la duración de la LM. Sí sobre LM exclusiva al alta y al mes: diferencia de proporciones de 0,3 con un ICred95% de 0,02 a 0,6. Probabilidad posterior 98,5%. Al 4º mes sin efecto.

- Consultas a demanda (n=31). Media de 6,6, sumando hospitalarias 7,6. Los 3 motivos más habituales: procesos respiratorios, digestivos y dermatológicos.

La intervención disminuyó de promedio 2,3 consultas con un ICred95% de -5,7 a 1. Probabilidad posterior 69%.

La intervención multiplica por 0,5 la probabilidad de ser hiperfrecuentador (>11 consultas) con ICred95% de 0,02 a 2,34. Probabilidad posterior 87,7%. Por cada punto del STAI-E, se multiplica por 1,3. Probabilidad posterior del 97,6%. Nivel de conocimientos sin efecto.

La intervención multiplica por 0,6 la probabilidad de ser usuario frecuente (>9 consultas), con un ICred95% de 0,01 a 2,5. Probabilidad posterior 83,8%. El STAI-E multiplica por 1,1 la probabilidad con un ICred95% de 0,9 a 1,4. Probabilidad posterior 86%. Nivel de conocimientos sin efecto.



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Conclusiones:

La visita pediátrica prenatal implementada promovió notablemente la instauración de la lactancia materna exclusiva al alta y al mes. De igual manera favoreció la disminución del número de consultas realizadas a los servicios públicos de salud, y la probabilidad de ser usuario frecuente e hiperfrecuentador. Aunque de menor relevancia, mostró también un efecto positivo sobre la adquisición de conocimientos teóricos de puericultura y lactancia. Y, aunque no modificó la puntuación en el cuestionario de ansiedad, también disminuyó de una manera notable el riesgo de psicopatología del postparto.

RESUMEN (en Inglés)

Introduction and objective:

Various studies have shown that educational interventions can improve the health of the population. Maternal education improves its effectiveness when done in a participatory and bidirectional way. The objective of this work is to evaluate the effect of a model of prenatal pediatric visit on the level of knowledge of childcare and breastfeeding, postpartum psychopathology, breastfeeding rates and the use of health services of new mothers during the first year of Infant life

Material and methods:

Design: Cross-sectional descriptive study of first-time mothers in health area V (Gijón), and a controlled and randomized intervention on a subgroup of them.

Population and sample: First-time students who completed prenatal courses, with exclusion criteria: multiple pregnancy or risk, contraindication of breastfeeding and linguistic problems. Collection between June 1 and October 31, 2015.

Intervention: 15-minute individualized visit by the pediatrician in the 3rd trimester of pregnancy.

Measuring instruments and study variables: Clinical-demographic data, Strait Test Anxiety Inventory subscale state (STAI-E) and questionnaire designed *ad hoc* on knowledge of childcare and lactation. Through the OMI program, the one-year registration of the infant's life was completed with the consultations made on demand, as well as the mother's psychopathology processes.

Analysis: Bivariate and multivariate between childcare and lactation test scores and anxiety scores with the rest of the variables collected. Linear correlation coefficients between continuous quantitative variables were calculated and the Student's t-test was used to compare means using frequentist statistics. The effect of the prenatal pediatric visit was estimated by Bayesian inference. It was carried out with the statistical program R.



Results:

Descriptive (n = 104): mean age 34.2 (SD: 4.5), pregnant smoker 17.3%, university students 61.5%, received breastfeeding 66.3%, plans to breastfeed 88.5%. Antecedents anxiety / depression 23.1%. 3 main sources of information referred to: midwife (94.2%), family members (67.3%) and internet (45.2%). STAI-E average score: 18.2 (SD: 7.42) over 60 points. Wrong questions in the knowledge test: 4.5 (SD: 2.3) out of 23 points. Variables associated with the knowledge test: foreign origin -2.9 (p = 0.02), university students 2.6 (p = 0.04), unwanted pregnancy -2 (p = 0.03), CS VI 2, 2 (p = 0.003). Values associated with STAI-E: non-smoker -4.4 (p = 0.06), received LM -4-4 (p = 0.009), no history of anxiety / depression -4-4 (p = 0.02), CS IV 5.6 (p = 0.04). Intervention (n = 39): Intervention n = 19. Control n = 20.

Effect of the intervention on:

- Knowledge: difference of averages of 1.3, with a Credibility Interval at 95% (Icred95%) of -0.4 to 3. Subsequent probability 93.5%.
- Anxiety questionnaire: difference of 0.9 with 95% CI from -4.68 to 6.3. Later probability 64%.
- Postpartum psychology: Difference in proportions of 0.06. Later probability 94%.
- Breastfeeding: no effect on the duration of the breastfeeding. Yes on exclusive breastfeeding at discharge and per month: difference of proportions of 0.3 with an ICred95% of 0.02 to 0.6. Post probability 98.5%. At the 4th month without effect.
- Inquiries on demand (n = 31). Average of 6.6, adding hospital 7.6. The 3 most common reasons: respiratory, digestive and dermatological processes.

The intervention decreased on average 2.3 consultations with a 95% CI of -5.7 to 1. Subsequent probability 69%.

The intervention multiplies by 0.5 the probability of being hyper-frequent (> 11 consultations) with 95% CI of 0.02 to 2.34. Later probability 87.7%. For each STAI-E point, multiply by 1.3. Post probability of 97.6%. Level of knowledge without effect.

The intervention multiplies by 0.6 the probability of being a frequent user (> 9 consultations), with a 95% CI of 0.01 to 2.5. Post probability 83.8%. The STAI-E multiplies by 1.1 the probability with a 95% CI of 0.9 to 1.4. Later probability 86%. Level of knowledge without effect.

Conclusions: The prenatal pediatric visit implemented markedly promoted the establishment of exclusive breastfeeding at discharge and one month. Likewise, it favored the decrease in the number of consultations made to public health services, and the probability of being a frequent and hyper-frequent user. Although of less relevance, it also showed a positive effect on the acquisition of theoretical knowledge of childcare and breastfeeding. And, although it did not change the score in the anxiety questionnaire, the risk of postpartum psychopathology also decreased significantly.

“¿Cuál es el instrumento curativo más importante del que dispone la medicina?”, le preguntaron a Gregorio Marañón. Él se quedó pensativo y respondió: “La silla, que nos permite sentarnos al lado del paciente y escucharlo”.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar mi agradecimiento a todas las personas que han formado parte de este trabajo, sin las cuales esta meta que por fin se alcanza, no hubiera sido posible.

A mi padre, el primer PhD que conocí y padre cum laude para nosotros. A mi madre, la persona más íntegra que conozco ejerciendo la compleja tarea de la maternidad. Vosotros, junto con Quique, habéis sido siempre mi aliciente para mejorar.

A mi marido, que me ha facilitado con paciencia encomiable desarrollarme profesionalmente, siendo el mejor padre imaginable para nuestros hijos.

A Patricio Suárez Gil, un estímulo constante que ha despertado y mantenido vivo mi interés por la investigación, ha desarrollado mi espíritu crítico y riguroso y me ha brindado una amistad inigualable.

A mis directores de tesis el Dr. Juan García Casas por su disponibilidad y orientación siempre accesible y útil, y al Dr. Venancio Martínez Suárez, pediatra y amigo, por el valor incalculable de cada minuto que ha dedicado a guiar y mejorar este trabajo.

A todos mis compañeros del centro de salud de El Llano de Gijón, por vuestra disposición a los nuevos proyectos, vuestra calidad humana y profesional. Entre vosotros fui residente, médico, paciente, madre gestante, madre lactante y madre consultante, no dejando nunca de aprender. Y a todas las participantes del estudio, que en un momento tan importante para ellas se animaron a participar.

A los pediatras de los centros de salud de El Llano y Contrueces que se prestaron a sumar horas a sus ya colapsadas agendas apostando por este proyecto, cuyo resultado es fruto de su profesionalidad y esfuerzo.

A Loreto Fontecha y Ani Fernández, y a todas las matronas del área V por vuestra labor con todas las embarazadas que nos ponemos en vuestras manos y por aún tener tiempo y ganas para colaborar en este proyecto.

A Valeria Rolle, un soplo de ingenio analítico al final de este camino. A Paloma Fuente por su granito de arena. Y a los buenos amigos de carne y hueso, en especial a Ali, porque mejoras este mundo en general, y el mío en particular.

A mis personas de Fraternidad-Muprespa, las únicas e insustituibles, las que en estos seis años habéis sido mi equipo de confianza, ejemplo, estímulo y apoyo, motor indispensable para no dejar nunca de crecer y de crear. Vosotros hacéis que el esfuerzo diario siempre merezca la pena.

A mi tutor de la tesis, el Dr. Fernando Santos Rodríguez, al Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo, a la Gerencia del Área Sanitaria V y al Comité de Ética de Investigación del Principado de Asturias por permitirme realizar esta tesis doctoral.

Y finalmente, a mis hijos Oto y Teo, quienes alimentaron la inquietud y energía para embarcarme en este trabajo. Vosotros sois mi más maravilloso proyecto de aprendizaje e investigación.

ÍNDICE GENERAL

Glosario de abreviaturas	19
Índice de tablas	20
Índice de figuras	22
I. INTRODUCCIÓN	27
1. Intervenciones educativas en la etapa perinatal	27
2. Los cursos de preparación al parto impartidos por las matronas	28
3. Promoción de la lactancia materna	29
4. Beneficios y prevalencia de la lactancia materna	30
5. Uso a demanda de los Servicios Públicos de Salud	31
6. Psicopatología del postparto	32
7. La visita pediátrica prenatal	32
II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	37
1. Hipótesis	37
2. Objetivos	37
2.1 Objetivo general	37
2.2 Objetivos específicos	37
III. MATERIAL Y MÉTODOS	41
1. Diseño	41
2. Emplazamiento	41
3. Población y muestra	41
4. Selección	42
5. Asignación a los grupos de ensayo	42
6. Intervención	42
7. Seguimiento	43
8. Instrumentos de medida y variables de estudio	43
9. Análisis estadístico	45
IV. RESULTADOS	49
1. Análisis descriptivo de la muestra de estudio	49
1.1 Características clínico-demográficas	49
1.2 Resultados de los cuestionarios	51
1.3 Variables asociadas a los resultados de los cuestionarios	54
2. Estudio de intervención	56
2.1 Diagrama de flujo del ensayo clínico	58
2.2 Análisis clínico-demográfico y cuestionarios por grupos	59
2.3 Efecto de la visita pediátrica prenatal sobre la modificación del test de ansiedad (STAI-E) y el cuestionario de puericultura y lactancia	64
2.4 Efecto de la visita pediátrica prenatal sobre el desarrollo de la psicopatología del postparto	67
2.5 Efecto de la visita pediátrica prenatal sobre la consecución y mantenimiento de la lactancia materna	69
2.5.1 Duración lactancia materna	72
2.5.2 Duración lactancia materna exclusiva	73
2.5.3 Lactancia materna exclusiva al alta	75
2.5.4 Lactancia materna exclusiva al mes	76
2.5.5 Lactancia materna exclusiva al 4º mes	77
2.5.6 Resumen del efecto de la visita pediátrica prenatal sobre la lactancia materna exclusiva y ajustes por diversas variables	78
2.6 Efecto de la visita pediátrica prenatal sobre las consultas a demanda al Servicios Público de Salud durante el primer año de vida del lactante	82
2.6.1 Incidencia de consultas	88
2.6.2 Pacientes hiperfrecuentadores	89
2.6.3 Usuarios frecuentes	90

V. DISCUSIÓN	95
1. Perfil de las embarazadas estudiadas	95
2. Conocimientos generales de puericultura y lactancia	97
3. Nivel de ansiedad	99
4. La visita pediátrica prenatal	100
5. Evolución del parto por grupos	101
6. Modificación de la puntuación de los cuestionarios de puericultura y lactancia	102
7. Modificación de la puntuación de los cuestionarios de ansiedad	103
8. Psicopatología del postparto de la madre a lo largo del año de seguimiento	104
9. Instauración y mantenimiento de la lactancia materna	106
10. Uso a demanda de los Servicios Públicos de Salud	109
11. Limitaciones al estudio y líneas futuras de investigación	113
VI. CONCLUSIONES	119
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
VIII. ANEXOS	139
1. Tabla de clasificación del grado de recomendación y nivel de evidencia según la Canadian Task Force on Preentive Health Care (CTFPHC)	139
2. Acta de Consentimientos Informados para la investigación Clínica. Estudio descriptivo	140
3. Acta de Consentimientos Informados para la investigación Clínica. Estudio intervención	141
4. Cuestionario administrado a las embarazadas primerizas	143
5. Resumen de la visita pediátrica prenatal	148
6. Tarjeta Sanitaria Individual	150
7. Autorización del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias	151
8. Diez pasos para una feliz lactancia natural	152
9. Publicaciones científicas y comunicaciones derivadas de la tesis	153
10. Nota de prensa	162
11. Evaluación positiva de la Comisión de Doctorado 2019	163

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

LM: Lactancia materna

LME: Lactancia materna exclusiva

OMS: Organización Mundial de la Salud

NICE: The National Institute for Health and Care Excellence

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CS: Centro de salud

TSI: Tarjeta Sanitaria Individual

STAI-E: Strait Test Anxiety Inventory subescala estado

DLM: Duración de la lactancia materna

DLME: Duración de la lactancia materna exclusiva

MCMC: Markov Chain Monte Carlo

GI: Grupo de intervención

GC: Grupo control

DE: Desviación estándar

ICred95%: Intervalo de Credibilidad al 95%

OR: Odds Ratio

TICs: Tecnologías de la Información y Comunicación

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las embarazadas primerizas que cumplimentaron el curso de preparación al parto entre junio y octubre de 2015 en el Área V, Gijón (N=104).

Tabla 2. Principales fuentes de información referidas por las madres que cumplimentaron el curso de preparación al parto entre junio y octubre de 2015 en el Área V, Gijón (N=104).

Tabla 3. Resultados de los cuestionarios de ansiedad y conocimientos generales de puericultura y lactancia de las embarazadas primerizas que cumplimentaron el curso de preparación al parto entre junio y octubre de 2015 en el Área V, Gijón (n=104).

Tabla 4. Conceptos respondidos erróneamente sobre la lactancia materna y puericultura por las madres que cumplimentaron el curso de preparación al parto entre junio y octubre de 2015 en el Área V, Gijón (N=104).

Tabla 5. Variables asociadas al resultado del test de puericultura y lactancia.

Tabla 6. Variables asociadas al resultado del test de ansiedad STAI-E.

Tabla 7. Variables clínico-demográficas y puntuaciones de los cuestionarios preparto de las embarazadas primerizas que cumplimentaron el curso de preparación maternal entre junio y octubre de 2015 en el Área Sanitaria V de Asturias (N=36).

Tabla 8. Variables clínico-demográficas relacionadas con el parto y el postparto de las embarazadas primerizas que cumplimentaron el curso de preparación al parto entre junio y octubre de 2015 en el Área V, Gijón(N=36).

Tabla 9. Puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de conocimientos y ansiedad preparto y postparto

Tabla 10. Estimación del efecto de la intervención sobre los conocimientos de puericultura y lactancia

Tabla 11. Estimación del efecto de la intervención sobre la puntuación en el test de ansiedad STAI-E.

Tabla 12. Resumen descriptivo de la incidencia de psicopatología del postparto de la madre por grupos.

Tabla 13. Efecto ajustado de la intervención por STAI-E y hábito tabáquico en el 3º trimestre de gestación

Tabla 14. Resumen descriptivo de las variables relacionadas con el desarrollo de la lactancia (n=36).

Tabla 15. Estimación del efecto de la intervención sobre la duración de la lactancia materna completa.

Tabla 16. Estimación del efecto de la intervención sobre la duración de la lactancia materna.

Tabla 17. Estimación del efecto de la intervención sobre la lactancia materna exclusiva al alta.

Tabla 18. Estimación del efecto de la intervención sobre la lactancia materna exclusiva al mes.

Tabla 19. Estimación del efecto de la intervención sobre la lactancia materna exclusiva al 4º mes.

Tabla 20. Efecto crudo de la visita pediátrica prenatal sobre la lactancia materna exclusiva.

Tabla 21. Efecto ajustado de la intervención sobre la lactancia materna exclusiva al alta.

Tabla 22. Resumen descriptivo del tipo de parto según grupo.

Tabla 23. Resumen descriptivo de la realización de piel con piel según tipo de parto.

Tabla 24. Resumen descriptivo del tipo de parto en relación a la administración de complemento artificial a la lactancia.

Tabla 25. Resumen descriptivo de las consultas realizadas a demanda al Servicio Público de Salud en el primer año de vida del lactante para el grupo completo de estudio (n=31).

Tabla 26. Consultas realizadas a demanda al Servicio Público de Salud en el primer año de vida del lactante en el grupo completo de estudio (n=76).

Tabla 27. Resumen descriptivo del número de consultas a demanda del lactante durante el primer año por grupos.

Tabla 28. Efecto crudo de la intervención sobre el número de consultas.

Tabla 29. Resumen descriptivo de los usuarios a demanda a los Servicios Sanitarios por grupos.

Tabla 30. Efecto crudo de la intervención sobre la hiperfrecuentación (>11 consultas) a los Servicios Sanitarios.

Tabla 31. Efecto de la intervención sobre ser hiperfrecuentador ajustado por resultado del test de conocimientos generales de puericultura y lactancia y del test de ansiedad STAI-E.

Tabla 32. Número de usuarios frecuentes (>9 consultas) según grupos.

Tabla 33. Efecto crudo de la intervención sobre ser usuario frecuente.

Tabla 34. Modelo ajustado de regresión para usuario frecuente.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de barras de las principales fuentes de información referidas por las participantes.

Figura 2. Diagrama de cajas de la puntuación total del test de conocimientos de puericultura y lactancia (n=104).

Figura 3. Histograma de la puntuación total del State-Trait Anxiety Inventory, subescala estado (STAI-E) (n=104).

Figura 4. Diagrama de flujo de la intervención.

Figura 5. Diagrama de barras del tipo de parto según grupo.

Figura 6. Diagrama de barras de la prevalencia de aplicación de epidural según grupo.

Figura 7. Diagrama de cajas del número de horas de bolsa rota previo al parto según grupo.

Figura 8. Diagrama de barras de la prevalencia de parto inducido según grupo.

Figura 9. Diagrama de barras de la prevalencia de realización de piel con piel según grupo.

Figura 10. Diagrama de barras de la prevalencia de complemento de leche artificial en el hospital según grupo.

Figura 11. Distribución posterior de la diferencia de medias de diferencia de conocimientos entre grupos.

Figura 12. Distribución posterior de la diferencia de medias de diferencia de puntuación en el test de ansiedad STAI-E entre grupos.

Figura 13. Distribución posterior de la diferencia de proporciones de psicopatología postparto entre grupos.

Figura 14. Diagrama de barras de la prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria según grupos.

Figura 15. Diagrama de barras de la prevalencia de cada tipo de lactancia recibida al mes de vida según grupos.

Figura 16. Diagrama de barras de la prevalencia de cada tipo de lactancia recibida a los 4 meses según grupos.

Figura 17. Diagrama de barras de la prevalencia de cada tipo de lactancia recibida a los 6 meses de vida según grupos.

Figura 18. Diagrama de barras de la prevalencia de cada tipo de lactancia recibida al año de vida según grupos.

Figura 19. Distribución posterior de la diferencia de medias de la duración de la lactancia materna completa entre grupos.

Figura 20. Distribución posterior de la diferencia de medias de duración de la lactancia materna entre grupos.

Figura 21. Distribución posterior de la diferencia de proporciones de lactancia materna exclusiva al alta entre grupos.

- Figura 22.** Distribución posterior de la diferencia de proporciones de lactancia materna exclusiva al mes entre grupos.
- Figura 23.** Distribución posterior de la diferencia de proporciones de lactancia materna exclusiva al 4^o mes entre grupos.
- Figura 24.** Distribución posterior del efecto de la intervención sobre la lactancia materna exclusiva al alta ajustado por variables relacionadas con el parto.
- Figura 25.** Distribución posterior del efecto de la intervención sobre la lactancia materna exclusiva al alta ajustado por la puntuación del test de conocimientos de puericultura y lactancia.
- Figura 26.** Distribución posterior del efecto de la intervención sobre la lactancia materna exclusiva al alta ajustado por la puntuación del STAI-E.
- Figura 27.** Distribución de las consultas totales realizadas al centro de salud y al hospital.
- Figura 28.** Diagrama de barras de los procesos por los que se hicieron consultas a demanda en el grupo completo de estudio (n=76).
- Figura 29.** Diagrama de violín del número de consultas a demanda realizadas a los servicios sanitarios según grupos.
- Figura 30.** Diagrama de violín del número de procesos durante el primer año de vida según grupos.
- Figura 31.** Diagrama de cajas del número de visitas hospitalarias en el primer año de vida según grupos.
- Figura 32.** Diagrama de cajas del número de visitas al centro de salud durante el primer año según grupos.
- Figura 33.** Diagrama de barras de la prevalencia de hiperfrecuentadores según grupos.
- Figura 34.** Diagrama de barras de la prevalencia de usuarios frecuentes según grupos.
- Figura 35.** Distribución posterior del coeficiente de regresión del grupo sobre el número de consultas.
- Figura 36.** Distribución posterior de la razón de odds de la intervención sobre hiperfrecuentación.



I.
INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

1 Intervenciones educativas en la etapa perinatal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta en su declaración de Alma-Ata que la mejora del estado de salud de la población vendrá determinada por la prevención y la promoción, así como por una utilización más racional de los avances tecnológicos¹. Para lograr estos objetivos la educación para la salud desarrolla un papel primordial².

En las últimas décadas, diferentes estudios han demostrado que dichas intervenciones educativas pueden mejorar los resultados en salud de la población cuando éstas tienen lugar en edades tempranas, destacándose como altamente efectivas aquellas que consideran en su diseño el vínculo familiar³.

Las necesidades de los distintos individuos y grupos sociales no son uniformes, por lo que los objetivos de la educación también son diferentes⁴. Por ello los modelos de intervención difieren entre localidades, y está en constante evaluación y modificación para adaptarse a la población a la que van dirigida, cuyas necesidades van cambiando dentro del marco sociocultural, político y económico en el que se desarrollan^{5,6}.

Las matronas que trabajan en atención primaria reconocen ir ajustando los contenidos y la metodología utilizada para adaptar los programas de educación maternal a las nuevas demandas de la sociedad⁷. En el estudio realizado por Gallardo y Sánchez en 2007, el 91% de las matronas manifestaban que había un cambio en la demanda de la población en materia de educación maternal y un 88% de estos profesionales afirmaba que habían realizado adaptaciones en el programa⁸.

A día de hoy, en nuestro país, la evidencia científica no permite decantarse por un único modelo de intervención, ni presentar estudios definitivos por las dificultades de captación y seguimiento. Tampoco aunar en un mismo estudio resultados directos e indirectos en salud, sobre los que una intervención perinatal es capaz de influir, por las dificultades metodológicas que conlleva.

A pesar de los diferentes niveles de eficacia registrados por los diversos modelos de intervención en la etapa perinatal, los resultados son alentadores^{9,10,11}. Sin embargo, la educación para la salud sigue siendo uno de los recursos en los que menos medios se invierte, tanto desde el punto de vista humano como desde el punto de vista económico y material¹².

2 Los cursos de educación maternal impartidos por las matronas

Dentro de los modelos de intervención perinatal, los más extendidos y estandarizados son los cursos de educación maternal impartidos por las matronas. Dichos cursos han ido evolucionando hacia programas de educación para la salud centrados en la salud materno-infantil en el embarazo, parto y puerperio y la vinculación afectiva neonatal¹³. Sus objetivos principales son aumentar los conocimientos de la gestante acerca del embarazo, parto y puerperio con el fin de reducir ansiedad y temor materno y facilitar herramientas para que la pareja tome decisiones durante las tres etapas y especialmente durante el puerperio con la lactancia materna (LM) y los cuidados del recién nacido^{5,6,13}.

En ellos se intenta dar respuesta a las necesidades sociales sobre la maternidad/paternidad actuales, se tiene en cuenta que tanto las mujeres como sus parejas reclaman ámbitos de decisión propios y se le concede mucha importancia a la vivencia positiva del proceso. En la actualidad, la educación maternal se realiza en los centros de salud y constituye una de las principales actividades de promoción y prevención de salud^{14,15}.

Pero es importante resaltar que las necesidades de salud deben ser evaluadas con el fin de comunicar de manera efectiva y eficiente los mensajes de salud que realmente la población precisa¹⁶.

En ocasiones, la educación maternal ha sido entendida como una mera transmisión de conocimientos y lo verdaderamente importante en materia de educación para la salud no es que la persona sepa mucho, sino que se comporte de manera diferente. Esta conjunción de adquisición de conocimientos y desarrollo de actitudes y conductas no sólo deben centrarse en la preparación del parto, sino que repercute positivamente en la salud posparto de madres e hijos¹⁷.

La educación para la salud en general y la educación maternal en particular, mejora su efectividad cuando se realiza de manera participativa y bidireccional¹⁸. Los cambios en la madre siempre han de ser voluntarios y el papel de los profesionales ha de ser el de facilitadores de estos cambios, dirigidos al empoderamiento para la toma de decisiones futuras.

Diversos estudios recomiendan un rediseño y evaluación del programa actual de educación maternal y aconsejan nuevas estrategias y enfoques pedagógicos^{19,20}. Esto concuerda con revisiones sistemáticas que concluyen que, a pesar de que a las mujeres se les haya dado seguimiento durante el embarazo por más de un profesional, el hecho de haber sido atendida por la matrona constituye

un predictor positivo para alimentar al niño de forma natural. Se estima la posibilidad de que esto sea debido a que en las consultas de las matronas de atención primaria, pueda desarrollarse una educación sanitaria individualizada, la cual permite resolver dudas particulares respecto a la lactancia, algo que resulta difícil que se produzca en otros entornos²¹⁻²³.

3 Promoción de la lactancia materna

Dentro de los resultados en salud para la población de embarazadas se pone uno de los focos principales en la consecución y mantenimiento de la LM, por su importancia en términos de nutrición e inmunidad para el niño, como por el resto de resultados en salud que se derivan de ella¹. Las investigaciones han dejado constancia de los beneficios que aporta a corto y largo plazo, tanto para el niño y la madre, como para la sociedad. De manera que las intervenciones dirigidas a mejorar sus resultados son consideradas de las intervenciones más coste-efectivas en salud²⁴⁻²⁵.

La recomendación de las principales asociaciones científicas nacionales e internacionales [Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁶, UNICEF²⁷, Asociación Española de Pediatría²⁸, *American Academy of Pediatrics* (AAP)²⁹, *Australian Breastfeeding Association* (ABA)³⁰, *Canadian Pediatric Association* (CPS)³¹, *American Association of Family Physicians* (AAFP)³², *American Dietetic Association* (ADA)³³, *National Association of Pediatric Nurse* (NAPNAP)³⁴, *American Public Health Association* (AHA)³⁵, Dirección General para la Salud y Protección del Consumidor de la Comisión Europea³⁶] es que la lactancia materna sea el único aporte de alimento hasta los 6 meses de edad, y después sea complementada con otros alimentos, al menos hasta los 12-24 meses de edad, pudiendo mantenerla todo el tiempo que la madre e hijo deseen. No hay establecido un límite superior para finalizar la lactancia²⁹.

Es por ello que la promoción de la lactancia materna se considera una estrategia mundial prioritaria de salud pública apoyada por las principales directrices de salud de los gobiernos y agencias de salud de diferentes ámbitos territoriales, así como las más importantes asociaciones profesionales sanitarias²⁶⁻³⁷. La OMS, en su documento para la educación sobre LM, recomienda, con categoría A, el apoyo positivo y con conocimientos apropiados de la lactancia, por parte del personal sanitario, ya que aumenta la prevalencia, la duración y la exclusividad de la lactancia²⁶.

La guía de práctica clínica del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) sobre cuidados prenatales apoya la realización de educación para la salud sobre LM antes de la semana 10, así como incluir el tema en las clases de educación prenatal antes de la semana^{36,38}. El *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) estadounidense recomienda la educación prenatal en LM,

ya que ésta es la intervención más efectiva a la hora de incrementar el inicio y mantenimiento, al menos a corto plazo, de la LM, especialmente cuando ésta se realiza dentro de un programa con multicomponentes, por ejemplo, el apoyo familiar, laboral y hospitalario³⁹.

Existe evidencia con categoría A (anexo 1), de que las clases prenatales realizadas por matronas, aumentan la prevalencia, la duración y la exclusividad de la lactancia, así como el establecimiento de la lactancia al alta hospitalaria tras el parto⁴⁰⁻⁴⁵.

4 Beneficios y prevalencia de la lactancia materna

Durante los primeros 6 meses de vida, los niños alimentados con lactancia materna exclusiva (LME) tienen menor riesgo de muerte súbita y de episodios de morbilidad por infecciones digestivas, respiratorias, urinarias, del oído medio y enfermedades atópicas en comparación con niños alimentados con lactancia artificial^{46,47}. A largo plazo, la LME se asocia con una menor tendencia a la obesidad y a la diabetes, y con mejores puntuaciones en las pruebas de desarrollo intelectual y motor^{46,47}. Las madres que amamantan tienen además, entre otros beneficios, menores tasas de sangrado postparto, y a largo plazo reducen las tasas de obesidad y el riesgo de cáncer de mama y ovario⁴⁸.

La prevalencia y duración de la lactancia han ido fluctuando a lo largo de la historia. Diferentes abordajes y recomendaciones desde el sistema sanitario y las presiones publicitarias para el consumo de leches artificiales, han influido en la caída de la misma llegando a niveles mínimos en los años setenta. Desde entonces se han realizado campañas para promover su recuperación, logrando un aumento progresivo, pero aún lejos de las cifras óptimas para nuestra sociedad⁴⁹.

En todo el mundo, los menores de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva no llegan al 40%⁵⁰. En España la prevalencia para las primeras 6 semanas de vida es del 60-70%, para los 3 meses es del 53,6% y para los 6 meses del 28,5%⁵⁰. No existe una correcta monitorización de la situación de la lactancia en nuestro país, por lo que los datos varían entre estudios, quedando sin embargo patente en todos ellos, que estamos muy lejos de las cifras recomendadas por la OMS. Los países nórdicos sin embargo, junto con Japón, Canadá y Nueva Zelanda son los que muestran una prevalencia más elevada, alcanzando del 71% al 81% a los 3 meses⁵⁰.

El contraste de estos datos sigue motivando investigaciones para poder determinar qué barreras impiden que alcancemos resultados similares a los de otros países, y cuál es la vía de resolución que el sistema sanitario puede poner en marcha para mejorarlos.

Todo ello redundando sobre otros problemas del sistema socio-sanitario como la incidencia de la psicopatología postparto de la madre, de la que la LM se ha descrito como factor protector, especialmente en madres primerizas⁵¹.

Los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo posparto, generando además otros beneficios psiconeuroinmunológicos que reducen la actividad inflamatoria al atenuar la elevación de cortisol, ACTH, epinefrina y norepinefrina de manera que disminuiría la reactividad materna al estrés, propiciando comportamientos nutricios hacia el bebé. Por el contrario, el cese brusco o su corta duración, se ha asociado a una disminución de los niveles de oxitocina y a una mayor probabilidad de ocurrencia de depresión postparto⁵²⁻⁵⁴.

Esto a su vez, también influye sobre el uso inapropiado de los servicios de emergencias por aquellos familiares que experimentan ansiedad ante el cuidado de los hijos⁵⁵. De manera que todas las variables se retroalimentan entre sí.

5 Uso a demanda de los servicios públicos de salud

La OMS define la urgencia sanitaria como la aparición de un problema de salud de gravedad variable que genera la conciencia de necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia⁵⁶. En los países occidentales existe un interés creciente en analizar la frecuentación a los servicios de urgencias, pues esta conciencia de necesidad parece aumentar exponencialmente en contraste con el descenso de la natalidad.

Es por ello que surge el concepto de paciente hiperfrecuentador como aquel que percibe esa necesidad de asistencia de forma muy repetida. En la literatura disponible se ha tratado de poner un punto de corte según el número de visitas generadas en un periodo de tiempo (entre 3-12 visitas/año)⁵⁷, otros lo han hecho en función de conceptos estadísticos según se alcance un determinado percentil⁵⁸, sin existir una definición universal y unánime.

Existe la concepción generalizada de que un pequeño grupo de pacientes genera un importante consumo de recursos y una sobrecarga asistencial⁵⁹, que puede repercutir negativamente tanto en los mismos servicios sanitarios como en el paciente (valoración por distintos profesionales, repetición de pruebas complementarias o peor seguimiento). Es importante profundizar en aquellos factores con los que pudiera estar relacionado este fenómeno: los relacionados con los propios servicios médicos (accesibilidad, disponibilidad horaria, conocimiento por la población), el sistema sanitario (promoción y disponibilidad de hospitales), el paciente (enfermedades de base,

seguimiento en consultas) y el nivel socioeconómico y cultural¹⁵⁹⁻⁶². Así como aquellas medidas que puedan corregir este fenómeno.

6 Psicopatología del postparto

Durante el embarazo y el puerperio se suceden los cambios bioquímicos, psicológicos y sociales ya relatados, que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer⁶³⁻⁶⁴. Resulta difícil determinar la prevalencia real de la depresión post-parto pero se estima una frecuencia mundial de un 10 a 20% de las puérperas según algunos autores⁶⁵, siendo en España de un 10%, con 3,6% de depresión mayor y 6,5% de depresión menor⁶⁶. Otros autores la estiman entre un 6 y un 8%⁶⁷.

La presencia de trastorno depresivo durante el embarazo, incrementa de forma importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el niño, asociándose a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales), constituyendo además un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados, así como mayor riesgo de separaciones y divorcios^{68,69}.

El deterioro que puede ocasionar en la interacción madre-hijo, se traduce en el establecimiento de apegos inseguros y alteraciones del desarrollo psicomotor⁷⁰. Asimismo, asisten a un menor número de controles de salud, reciben menos inmunizaciones y presentan alteraciones en sus rutinas de cuidados básicos⁷¹. Además, en las puérperas se ha descrito menor percepción de autoeficacia para mantener lactancias exitosas manifestada en el aumento de las preocupaciones en torno a la alimentación, mayores dificultades, inseguridad y dudas sobre su capacidad para alimentar al bebé, menor satisfacción al amamantar y cese precoz de la lactancia materna^{70,72,73}.

7 La visita pediátrica prenatal

Para mejorar los resultados de estos objetivos de una manera integradora existen, de manera complementaria a la educación maternal impartida por la matrona, modelos de intervención realizados desde el ámbito médico aún en estudio y desarrollo en nuestro país, como es el caso de la visita pediátrica prenatal.

Este modelo de intervención impartido por el pediatra en el tercer trimestre de gestación, parece mejorar la relación padres-pediatra, incrementar la tasa de LM y disminuir el número de visitas a los servicios de urgencias (nivel de evidencia 1, fuerza de la recomendación A) (anexo 1). Viene

siendo practicado y estudiado en Estados Unidos desde hace más de 20 años en sus diversas modalidades, y más recientemente en nuestro país, sin llegar a estar protocolizada⁷⁴⁻⁸².

El objetivo de este trabajo es evaluar el efecto de un modelo de visita pediátrica prenatal sobre diferentes resultados en salud y sobre el uso de los servicios sanitarios, de una población de madres primerizas que hayan cumplimentado los cursos de educación maternal impartidos por la matrona.



II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

1 Hipótesis

Las intervenciones educativas son capaces de modificar los resultados de salud de la población. La visita pediátrica prenatal ha mostrado beneficios a diferentes niveles, y dado que los diversos resultados de salud no dejan de estar influenciados entre sí, se plantea la posibilidad de desarrollar un modelo de intervención coste-efectivo que pudiera influir positivamente sobre ellos de manera conjunta.

2 Objetivos

2.1. Objetivo general

Estimar la efectividad de un modelo de visita pediátrica prenatal diseñado al efecto, sobre diferentes resultados en salud de la población de madres primerizas del área sanitaria V de Asturias que hubieran cumplimentado los cursos de educación maternal.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Conocer el perfil clínico-demográfico de las madres primerizas del área sanitaria V.

2.2.2. Evaluar el nivel de conocimientos de puericultura y lactancia de las madres primerizas del área sanitaria V al finalizar la educación maternal realizada por las matronas.

2.2.3. Evaluar el nivel de ansiedad prenatal de las madres primerizas del área sanitaria V al finalizar la educación maternal realizada por las matronas.

2.2.4. Evaluar el efecto de implantar un modelo de visita pediátrica prenatal sobre la adquisición de conocimientos teóricos de puericultura y lactancia.

2.2.5. Evaluar el efecto de implantar un modelo de visita pediátrica prenatal sobre la modificación de la puntuación de un cuestionario de ansiedad.

2.2.6. Evaluar el efecto de implantar un modelo de visita pediátrica prenatal sobre el desarrollo de psicopatología del postparto de la madre.

2.2.7. Evaluar el efecto de implantar un modelo de visita pediátrica prenatal sobre la instauración y mantenimiento de la lactancia materna.

2.2.8. Evaluar el efecto de implantar un modelo de visita pediátrica prenatal sobre el uso a demanda de los servicios públicos de salud durante el primer año de vida del lactante.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1 Diseño

El estudio se constituyó de 2 partes:

3.1.1. Estudio descriptivo transversal.

3.1.2. Intervención controlada y aleatorizada.

2 Emplazamiento

3.2.1. Para el estudio descriptivo se incluyeron 7 centros de salud (CS) del área sanitaria V de Asturias donde se realizan los cursos de preparación al parto agrupando a todas las embarazadas del área urbana de Gijón. El área V posee un total de 13 Centros de Salud urbanos que prestan servicios a una población de 273.422 habitantes en el momento de la investigación.

3.2.2. La intervención se realizó en los centros de salud de El Llano y Contrueces.

3 Población y muestra

3.3.1. La población de estudio la formaron embarazadas primerizas que completaron la educación maternal impartida por la matrona durante un promedio de 8-10 semanas, entre las semanas 28 y 38 de gestación. En este área el curso es de asistencia voluntaria y participativa, con sesiones de frecuencia semanal y de 2 horas de duración, con contenidos teóricos (puerperio, lactancia materna y puericultura) y prácticos (ejercicios aeróbicos, estiramientos, suelo pélvico, respiración y relajación).

La captación se realizó junto con la matrona en el propio centro de salud, el último día de cada curso completado entre el 1 de junio de 2015 y el 31 de octubre de 2015 siendo contactados un total de 15 grupos.

Fueron criterios de exclusión la gestación múltiple, el embarazo de riesgo, la contraindicación de lactancia materna y problemas lingüísticos que impidiesen la cumplimentación de la documentación.

3.3.2. Para el estudio de intervención se decidió por razones pragmáticas⁸³ un tamaño muestral de 40 pacientes. Sólo aquellas que pertenecían a los centros de salud de El Llano y Contrueces conformaron la muestra sobre la que posteriormente se realizó el estudio de intervención.

4 Selección

Se ofreció participar en el estudio a todas las pacientes que acudieron a los cursos preparto y respondían a la definición de población de estudio. Se explicaron las características del estudio y se obtuvo el consentimiento informado (anexo 2) en aquellas que aceptaron su inclusión. Seguidamente se cumplimentó la documentación consistente en recogida de datos clínico-demográficos, el cuestionario Strait Test Anxiety Inventory subescala estado (STAI-E), estandarizado en embarazadas para medir la ansiedad en un momento vital determinado⁸⁴ y el cuestionario de conocimientos generales de puericultura y lactancia diseñado específicamente para el estudio (anexo 3). La documentación fue autoadministrada.

5 Asignación a los grupos del ensayo clínico

Los cuestionarios fueron numerados en orden consecutivo y entregados en los diferentes grupos de preparación al parto. La asignación de la madre a una rama u otra del estudio vino determinada por el número de su cuestionario en base a una asignación aleatoria de sujetos a tratamiento mediante bloques equilibrados, realizada con epidat 4.¹⁸⁵

A aquellas madres cuyo número de cuestionario pertenecía al bloque intervención se les contactó telefónicamente para concertar, según su estado gestacional, una cita con el pediatra de su centro de salud a lo largo de las 3 semanas siguientes. Se les recomendó acudir acompañadas del que sería el segundo cuidador principal del niño.

6 Intervención

La intervención consistió en una visita por parte del pediatra de carácter informativo y educativo, realizada entre la semana 30 y 39 de embarazo, con una duración de 14 minutos de duración. Los 6 pediatras de referencia de ambos centros de salud aceptaron participar en el estudio. En ella tuvo lugar el primer contacto de la relación padres-pediatra, se recogieron antecedentes personales y se estableció un diálogo sobre las ventajas y técnica de la lactancia materna, cuidados básicos de puericultura, los motivos más frecuentes de asistencia espontánea a la consulta de pediatría durante el primer año de vida, la organización del centro de salud y el servicio de urgencias.

Se concretó con los pediatras participantes un posible guión pero fueron realizadas privadamente, con opción a criterio del pediatra, de ser modificada según las necesidades, dudas y particularidades de cada embarazada y su acompañante.

A los pacientes se les entregó un resumen escrito (anexo 4) de las recomendaciones en cada visita, bien en mano o electrónicamente a quienes hubieran facilitado su email. Se trató de concertar las citas con el que fuese a ser inicialmente su pediatra de referencia, asumiendo los posibles cambios que pudiera haber en el año de seguimiento por cambios en la plantilla o por parte de la paciente a otro centro de salud.

7 Seguimiento

Los cuestionarios de ansiedad y conocimientos fueron cumplimentados de nuevo en la visita de los 15 días o en su defecto en la visita del primer mes, aprovechando las revisiones concertadas del calendario pediátrico establecidas en ese momento en esta comunidad autónoma.

Posteriormente se hizo un seguimiento de la evolución del tipo de lactancia que recibió el niño, de las consultas médicas que realizó a demanda a los servicios sanitarios de Atención Primaria y hospitalarios, y de las consultas que realizó la madre por patología psiquiátrica a su médico de familia.

Se completó la información con una llamada telefónica realizada al año de nacimiento para corroborar los datos registrados, confirmar los traslados de aquellas familias a otros centros asistenciales a los que no se tuviera acceso informático, y realizar las siguientes preguntas: *¿Una vez dado de alta, en qué mes se introdujo el primer biberón de fórmula infantil?, ¿en qué mes se abandonó la última toma de lactancia materna?, ¿cuál fue el motivo principal del abandono de la lactancia materna?, ¿en qué mes empezó a la guardería?, ¿se realizó alguna consulta al médico de cabecera por sintomatología de ansiedad, depresión o algún otro problema psicológico a lo largo de este primer año?*

8 Instrumentos de medida y variables de estudio

La documentación aportada en la captación constaba de:

Variables clínico-demográficas de la madre: edad, nacionalidad, si el embarazo fue planificado o imprevisto, existencia de abortos previos, tabaquismo previo al embarazo y mantenido durante el mismo, nivel de estudios (primarios, secundarios, universitarios), TSI (sistema de copago

farmacéutico que corresponde a la aportación económica calibrada con valores entre 1 y 6 que se determina en función del nivel de renta y de la situación sociolaboral. anexo 5), ocupación (activo autónomo, activo por cuenta ajena, baja laboral, desempleo o ama de casa), haber recibido LM de sus madres, plan de LM para sus hijos, fuentes de información principales (se les solicitó marcar sus tres fuentes principales de información eligiendo entre; matrona, pediatra, enfermera de pediatría, ginecólogo, médico de atención primaria, familiares, amigos, Internet, libros y revistas).

Cuestionario de ansiedad Strait Test Anxiety Inventory (STAI): cuestionario psicométrico validado para embarazadas, formado por dos escalas: ansiedad estado (STAI-E) y ansiedad rasgo. Se registró solamente la ansiedad estado, reactiva a un momento vital concreto. Está compuesta por 20 ítems; redactados en positivo y negativo. La escala de respuesta es tipo Likert desde 0 (nada) a 3 (mucho). Los totales se obtienen sumando los valores de los ítems (tras inversión de las puntuaciones en los negativos), con un rango total de 0 a 60, correspondiéndose una mayor puntuación con mayor ansiedad. En la adaptación al español de Spielberg *et al.*⁸⁶, la media poblacional para la escala estado utilizada en este estudio, fue de 23,30. En la actualización que realizaron en 2011 Guillén-Riquelme y Buela-Casal⁸⁴. Se halló una media de 18,20. Se considera un nivel de ansiedad leve al obtener una puntuación entre 20-25, moderado entre 26-32 y alto al superar los 33 puntos.

Cuestionario de conocimientos generales de puericultura y lactancia: Se diseñó con la colaboración de pediatras, enfermeras y matronas tras revisión de la literatura y experiencia de las consultas más frecuentes^{87,88}. Se hizo un formato combinado de preguntas con respuesta múltiple y una única respuesta correcta y preguntas de tipo verdadero/falso. Dado que se trataba de embarazadas que habían recibido formación en los cursos preparto, se consideró que deberían poder contestar correctamente a las 23 preguntas, por lo que se hizo la medición contabilizando las respuestas erróneas. Se realizó un pilotaje en 30 embarazadas, las cuales no identificaron problemas de comprensión, consideraron mayoritariamente que el grado de dificultad fue bajo y completaron el cuestionario en una media de 7 minutos (rango 5-10 minutos). Se realizaron cambios en la pregunta referida a la fiebre tras el pilotaje por objetivarse una posible ambigüedad de respuesta en la versión inicial que quedó resuelta para el cuestionario final.

Tras el nacimiento se registraron las siguientes variables:

Variables relacionadas con el parto recogidas del informe de alta médica y alta de enfermería que constaban en el programa informático SELENE: Hospital donde fue atendido, sexo del recién nacido, tipo de parto (natural, instrumental, cesárea), epidural, parto inducido, horas de bolsa rota, pérdida de peso >10% en el hospital, si se realizó piel con piel postnatal, si se dio complemento de lactancia artificial durante el ingreso.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA LACTANCIA: Se registró la duración de la lactancia materna (DLM) entendiendo ésta como la duración de la lactancia materna independientemente de los otros alimentos o leches complementarias que hubiera recibido el niño hasta su retirada, y la duración de la lactancia materna exclusiva (DLME).

VARIABLES RELACIONADAS CON LA CONSULTA A DEMANDA A LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD: Se registraron el número de procesos entendidos como patologías por las que se consultó, y el número de consultas independientemente de que correspondiesen al mismo o diferentes procesos. Se definió al usuario frecuente como aquel que realizó 9 o más consultas a lo largo del primer año de vida, y al usuario hiperfrecuentador como aquel que realizó 11 o más consultas.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA PSICOPATOLOGÍA DEL POSTPARTO: fueron registradas del programa informático OMI todas aquellas consultas realizadas al médico de cabecera por las madres participantes que generaron con diagnóstico de ansiedad o depresión, episodio actual, no considerando seguimientos de procesos previos.

9 Análisis estadístico

Estudio descriptivo

La descripción de la situación basal de la población de estudio se realizó a través de un análisis descriptivo donde se calcularon media, desviación estándar, mediana y rango en las variables cuantitativas continuas y porcentajes para las cualitativas. Se realizó análisis bivariante y multivariante entre las puntuaciones del test de puericultura y lactancia y el de ansiedad con el resto de variables sociodemográficas recogidas. Se calcularon coeficientes de correlación lineal entre variables cuantitativas continuas y se utilizó la prueba t de Student para la comparación de medias entre dos grupos mediante estadística frecuentista.

Estudio de intervención

El efecto de la visita pediátrica prenatal sobre los objetivos del estudio se estimó mediante inferencia Bayesiana, a partir de distribuciones previas no informativas para los coeficientes. El modelo estima las medias posteriores de las razones de odds (Odds Ratio, OR) y sus Intervalos de Credibilidad del 95% (ICred95%) para cada factor; es decir, la OR estima por cuánto se multiplica la odds (probabilidad) de la variable por cada unidad de variación de cada variable ajustada por todas las demás. El ICred95% es el análogo Bayesiano del intervalo de confianza de la estadística clásica y presenta la ventaja de poder ser interpretado directamente en términos probabilísticos,

es decir, indica el rango de valores entre los que se encuentra el parámetro con probabilidad 95%. Se presentan así mismo las probabilidades posteriores de que la OR sea mayor de 1, es decir, la probabilidad de que el factor en cuestión sea de riesgo.

Cambio de puntuación en los test de ansiedad y de conocimientos de puericultura y lactancia

Se obtuvieron las distribuciones posteriores de la diferencia de medias de los test, que se resumieron por la media y el Intervalo de Credibilidad al 95% (ICred95%). Se representaron los gráficos de densidad de las distribuciones posteriores.

Lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria, al mes, a los cuatro meses y a los seis meses del nacimiento

Se consideró de forma binaria la consecución de lactancia materna exclusiva o no en dichos momentos y se estimó la OR ajustada por diferentes variables registradas. Se eligieron variables referenciadas en la bibliografía como determinantes para lograr una lactancia materna efectiva y duradera.

Diagnóstico de psicopatología postparto en las madres

Se consideró de forma binaria el haber consultado o no a su MAP por sintomatología ansiosa o depresiva y se estimó la OR ajustada por dos variables pertinentes: el resultado del STAI-E y la condición de haber sido fumadora durante el embarazo, variables que en el análisis descriptivo previo mostraron fuerte asociación.

Uso a demanda de los Servicios Públicos de Salud

Se consideró de forma dicotómica el haber sido usuario frecuente o hiperfrecuentador y se estimó la OR ajustada por el resultado del STAI-E y el test de conocimientos de puericultura y lactancia.

El análisis se realizó con el programa estadístico R89. Las simulaciones *Markov Chain Montecarlo* (MCMC) se ejecutaron con el programa JAGS 3.2 desde R.

Las personas que intervinieron en el análisis estadístico desconocían qué casos pertenecían al grupo intervenido (GI) y al grupo control (GC).

Este trabajo fue aceptado por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias el 31/07/2014 y cumplió todos los criterios de confidencialidad (anexo 6).

IV. RESULTADOS

RESULTADOS

1 Análisis descriptivo de la muestra de estudio

Se recogieron los cuestionarios cumplimentados por 104 embarazadas para el análisis descriptivo y transversal. Ninguna rechazó participar. Se registraron sus características clínico-demográficas, sus principales fuentes de información y las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de conocimientos y de ansiedad. Los resultados se exponen a continuación y han sido publicados en la revista Atención Primaria⁹⁰.

1.1. Características clínico-demográficas

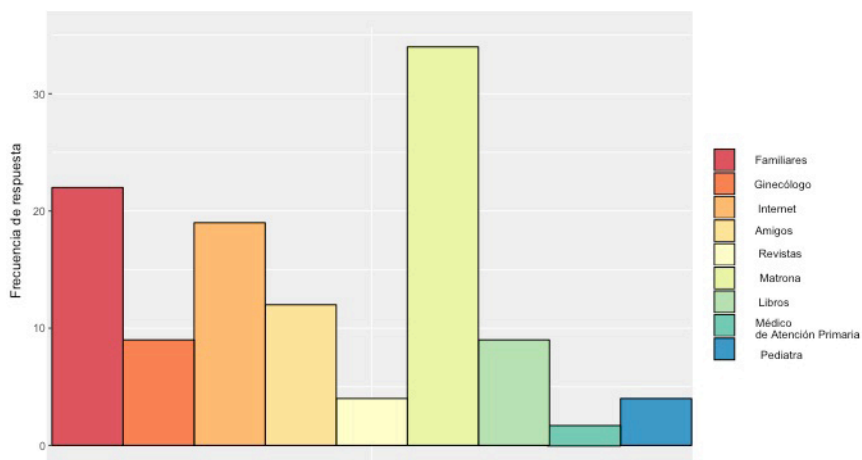
Tabla 1. Características sociodemográficas de las embarazadas primerizas que cumplimentaron el curso de preparación al parto entre junio y octubre de 2015 en el Área V, Gijón (n=104).

Variables	% (n)
Edad, media (Desviación Estándar), rango	34,2 (4,5) 21-43
Origen español	94,2 (98)
Embarazo planificado	94,2 (98)
Antecedente de abortos previos	27,9 (29)
Fumadora habitual	24 (25)
Fumadora durante el embarazo	17,3 (18)
Nivel de estudios	
Primarios	2,9 (3)
Secundarios	35,6 (37)
Universitarios	61,5 (64)
Ocupación	
Ama de casa	3,8 (4)
Activo autónomo	10,6 (11)
Activo por cuenta ajena	40,4 (42)
Baja laboral	25,2 (26)
Desempleo	20,2 (21)
Recibió LM al nacimiento	
Sí	66,3 (69)
No	27 (76)
No sabe	6,7 (7)
Tipo de lactancia que planea dar	
Materna	88,5 (92)
Artificial	4,8 (5)
Mixta	2,9 (3)
No sabe	3,8 (4)
Antecedentes personales de ansiedad/depresión	23,1 (24)

LM: Lactancia Materna; STAI-E: State-Trait Anxiety Inventory, subescala estado

Tabla 2. Principales fuentes de información referidas por las madres que cumplieron el curso de preparación al parto entre junio y octubre de 2015 en el Área V, Gijón (N=104).

Fuente de información	% (n)
Matrona	94,2 (98)
Familiares	67,3(70)
Internet	45,2 (47)
Amigos	34,6 (36)
Libros	30,8 (32)
Ginecólogo	28,8 (30)
Revistas	9,6 (10)
Pediatra	8,7 (9)
Médico de cabecera	2,9 (3)



Fuentes de información principales referidas por las embarazadas en el 3º trimestre de gestación

Figura 1.- Diagrama de barras de las principales fuentes de información referidas por las pacientes.

1.2. Resultados de los cuestionarios

Tabla 3. Resultados de los cuestionarios de ansiedad y conocimientos generales de puericultura y lactancia de las embarazadas primerizas que cumplieron el curso de preparación al parto entre junio y octubre de 2015 en el Área V, Gijón (N=104).

Resultado STAI-E, media (Desviación Estándar), rango	Puntuación total	18,2 (7,42) 1-36
	Síntomas positivos	8,1 (4,34) 1-23
	Síntomas negativos	10 (4) 1-24
STAI-E leve	(20-25)	31,3 (33)
STAI-E moderado	(26-33)	13,5 (14)
STAI-E grave	(>33)	3,9 (4)
Número de errores en test de conocimientos generales de puericultura y LM (23 preguntas)		4,5 (2,3) 0-13

LM: Lactancia Materna; STAI-E: State-Trait Anxiety Inventory, subescala estado

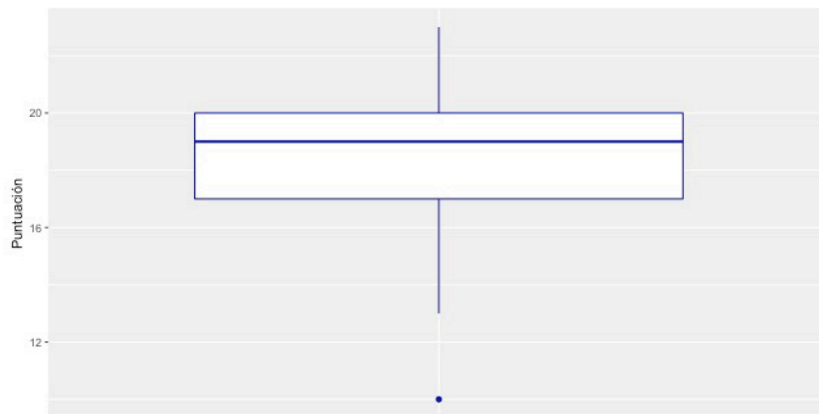


Figura 2.- Diagrama de cajas de la puntuación total del test de Conocimientos de Puericultura y Lactancia (n=104).

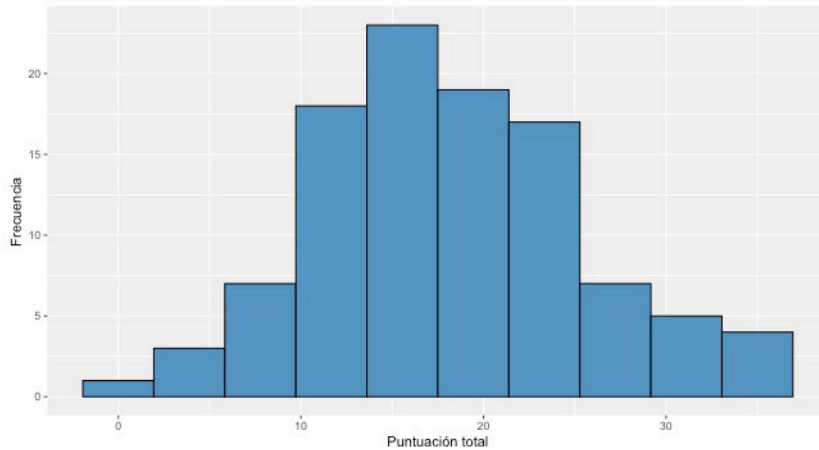


Figura 3.- Histograma de la puntuación total del State-Trait Anxiety Inventory, subescala estado (STAI-E) (n=104).

Tabla 4. Conceptos respondidos erróneamente sobre lactancia materna y puericultura por las madres que cumplieron el curso de preparación al parto entre junio y octubre de 2015 en el Área V, Gijón (N=104).

Concepto preguntado	% de pacientes con respuesta errónea (n)						
La causa más frecuente de fiebre en el niño menor de un año son las infecciones respiratorias leves	57,7 (60)						
*% de pacientes que eligieron cada respuesta posible (n) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>Infecciones respiratorias leves</td> <td>42,3 (44)</td> </tr> <tr> <td>Salida de los dientes</td> <td>51,9 (54)</td> </tr> <tr> <td>Infecciones graves que precisan ingreso hospitalario</td> <td>5,8 (6)</td> </tr> </table>	Infecciones respiratorias leves	42,3 (44)	Salida de los dientes	51,9 (54)	Infecciones graves que precisan ingreso hospitalario	5,8 (6)	
Infecciones respiratorias leves	42,3 (44)						
Salida de los dientes	51,9 (54)						
Infecciones graves que precisan ingreso hospitalario	5,8 (6)						
Es normal que los recién nacidos hagan 1 deposición al día o cada 2 días, o 3-5 deposiciones al día	57,7 (60)						
*% de pacientes que eligieron cada respuesta posible (n) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1 vez día/cada 2 días</td> <td>20,2 (21)</td> </tr> <tr> <td>3-5 veces/día</td> <td>37,5 (39)</td> </tr> <tr> <td>Ambas son correctas</td> <td>42,3 (44)</td> </tr> </table>	1 vez día/cada 2 días	20,2 (21)	3-5 veces/día	37,5 (39)	Ambas son correctas	42,3 (44)	
1 vez día/cada 2 días	20,2 (21)						
3-5 veces/día	37,5 (39)						
Ambas son correctas	42,3 (44)						
La temperatura tomada en la axila que se considera fiebre es $\geq 38^{\circ}$.	52,9 (55)						
*% de pacientes que eligieron cada respuesta posible (n) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>$\geq 36,5^{\circ}$</td> <td>13,5 (14)</td> </tr> <tr> <td>$\geq 37,5^{\circ}$</td> <td>39,4 (41)</td> </tr> <tr> <td>$\geq 38^{\circ}$</td> <td>47,1 (49)</td> </tr> </table>	$\geq 36,5^{\circ}$	13,5 (14)	$\geq 37,5^{\circ}$	39,4 (41)	$\geq 38^{\circ}$	47,1 (49)	
$\geq 36,5^{\circ}$	13,5 (14)						
$\geq 37,5^{\circ}$	39,4 (41)						
$\geq 38^{\circ}$	47,1 (49)						

Durante el primer mes de vida están establecidos dos controles de salud por el Pediatra.		50 (52)
*% de pacientes que eligieron cada respuesta posible (n)	1 control 2 controles Ninguno si está sano	49 (51) 50 (52) 1 (1)
Las deposiciones de los recién nacidos pueden ser oscuras y pegajosas tras el nacimiento, y después semilíquidas, pastosas o con grumos, de color amarillo-verdoso claro (color "pistacho")		31,7 (33)
*% de pacientes que eligieron cada respuesta posible (n)	Pueden ser semilíquidas, pastosas o con grumos, de color amarillo-verdoso claro Las primeras cacas tras el nacimiento pueden ser oscuras y pegajosas Ambas son correctas	21,2 (22) 10,6 (11) 68,3 (71)
Los recién nacidos que reciben lactancia materna no precisan tomar agua.		23,1 (24)
Para el bebé recién nacido no es buena la exposición directa al sol.		20,2 (21)
Existen diferentes leches de biberón.		20,6 (19)
Se recomienda la LM exclusiva hasta los 6 meses de edad.		20,6 (19)
El recién nacido puede tener los pechos abultados por las hormonas que le pasa la madre.		20,6 (19)
Es necesario consultar si el bebé llora mucho cuando además se acompaña de otro signo de enfermedad que nos alarme.		17,3 (18)
La posición recomendada para dormir del recién nacido es boca arriba.		16,4 (17)
El recién nacido, durante las primeras semanas, debe alimentarse cuando lo solicite con un mínimo de 6 tomas al día.		15,4 (16)
Las niñas recién nacidas pueden tener pequeña menstruación al inicio de la vida.		15,4 (16)
El recién nacido tiene riesgo de enfermar si se pone en contacto con personas enfermas y no está vacunado.		11,5 (12)
La pérdida de peso en los primeros días tras el nacimiento no es un signo de enfermedad.		8,7 (9)
Las vacunas aportan más beneficios que riesgos.		6,7 (7)
El momento para iniciar la lactancia materna es inmediatamente tras el parto.		5,8 (6)
Los cólicos del lactante son un trastorno que sufren algunos niños, que no precisa tratamiento ni es grave.		2,9 (3)
La temperatura adecuada para bañar al bebé es la temperatura del cuerpo (rondando los 37°).		1,9 (2)
La leche materna tiene diferentes propiedades que la leche de biberón.		1,9 (2)
Se puede estimular el desarrollo con caricias y masajes.		1 (1)
El transporte del bebé ha de ser en un capazo o silla homologada, adaptada a su edad y tamaño y sujeta con cinturón.		0 (0)

LM: Lactancia Materna

1.3. Variables asociadas a los resultados de los cuestionarios

Tabla 5. Variables asociadas al resultado del test de puericultura y lactancia

Variable	Análisis Bivariante		Análisis Multivariante	
	Estadístico	p-valor	Coefficiente	p-valor
Edad	0,1 ^a	0,08	0,02	0,66
Origen				
Español				
Extranjero	-2,9 ^b	0,003*	-2,2	0,02*
Estudios				
Primarios	-	-	-	-
Secundarios	1,3 ^b	0,1	2	0,13
Universitarios	2,2 ^b	0,3	2,6	0,04*
Trabaja				
Sí	-	-	-	-
No	0,2 ^b	0,7	-0,4	0,49
Embarazo deseado				
Sí	-	-	-	-
No	-1,8 ^b	0,06	-2	0,03*
Fumadora				
Sí	-	-	-	-
No	1,1 ^b	0,07	0,2	0,77
Abortos previos				
Sí	-	-	-	-
No	-0,02 ^b	0,96	0,3	0,55
Recibió LM				
No	-	-	-	-
Sí	-0,2	0,65	0,1	0,86
No sabe	-0,9	0,38	-0,04	0,97
Plan LM ^c				
No	-	-	-	-
Sí	1,5 ^b	0,03*	-0,5	0,14
Antecedentes de ansiedad/depresión				
Sí	-	-	-	-
No	0,1	0,92	-0,4	0,43
Puntuación STAI-E ^d	0,01 ^a	0,66	0,02	0,46
C.S. ^e curso maternal				
C.S. I	-	-	-	-
C.S. II	-0,2	0,84	-0,3	0,73
C.S. III	0,4	0,60	0,2	0,78
C.S. IV	1,7	0,03	1,5	0,08
C.S. V	0,4	0,58	0,3	0,67
C.S. VI	2,4	<0,001*	2,2	0,003*
C.S. VII	1,1	0,16	1	0,23

^aCoefficiente de regresión lineal; ^bDiferencia de Medias ^cLM: Lactancia Materna; ^dSTAI-E: State-Trait Anxiety Inventory, subescala estado; ^eC.S.: Centro de Salud; *Estadísticamente significativo ($p < 0,05$)

Tabla 6. Variables asociadas al resultado del test de ansiedad STAI-E.

Variable	Análisis Bivariante		Análisis Multivariante	
	Estadístico	p-valor	Coficiente	p-valor
Edad	-0,1 ^a	0,44	-0,2	0,34
Origen				
Español	-	-	-	-
Extranjero	-1,2 ^b	0,70	0,5	0,87
Estudios				
Primarios	-	-	-	-
Secundarios	0,8 ^b	0,87	-0,8	0-,86
Universitarios	-0,2 ^b	0,97	1,3	0,76
Trabaja				
Sí	-	-	-	-
No	1,6 ^b	0,29	0,5	0,80
Embarazo deseado				
Sí	-	-	-	-
No	1,6 ^b	0,61	2,6	0,39
Fumadora				
Sí	-	-	-	-
No	-5,5 ^b	-0,004*	-4,4	0,06*
Abortos previos				
Sí	-	-	-	-
No	0,3 ^b	0,85	1,4	0,41
Recibió LM				
No	-	-	-	-
Sí	-3,4	0,04	-4,4	0,009*
No sabe	-1,5	0,63	-2,3	0,47
Plan LM				
No	-	-	-	-
Sí	-3,4	0,14	0,5	0,67
Antecedentes de ansiedad/depresión				
Sí	-	-	-	-
No	-5,7	<0,001	-4,4	0,02*
C.S.º curso maternal				
C.S. I	-	-	-	-
C.S. II	3,8	0,21	3	0,34
C.S. III	-2,2	0,39	-1,4	0,60
C.S. IV	3,7	0,17	5,6	0,04*
C.S. V	-1,8	0,42	-0,5	0,81
C.S. VI	-0,8	0,73	1,4	0,56
C.S. VII	-3,6	0,19	-2,9	0,27

LM: Lactancia Materna; STAI-E: State-Trait Anxiety Inventory, subescala estado; C.S.: Centro de Salud. ^aCoficiente de regresión lineal; ^bDiferencia de Medias; *Estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

2 Estudio de intervención

Del total de embarazadas captadas en el área V, se eligieron las 39 pertenecientes a los grupos prenatales que se reunían en el C.S. de El Llano para el estudio de intervención. La misma matrona impartía el curso para las pacientes de dicho centro junto con las pacientes del C.S. de Contrueces. Ninguna rechazó participar.

Se concertó una visita pediátrica prenatal para las 19 participantes que resultaron asignadas aleatoriamente al grupo intervención. Las 20 embarazadas del grupo control ya no fueron contactadas hasta ser revisadas en la primera cita del calendario pediátrico, cita que fue aprovechada para repetir el test de conocimientos de puericultura y lactancia, al igual que se hizo con las que sí realizaron la intervención. En cuatro casos no se logró la cumplimentación del test en dicha cita, dos de las pacientes pertenecían grupo intervención y dos al grupo control.

En las primeras semanas registramos 3 pérdidas de seguimiento (follow-up lost); por fallecimiento intranatal, por enfermedad grave de un lactante que sufrió una hemorragia cerebral y por brote de esclerosis múltiple de una de las madres. En estos casos se decidió no continuar con el seguimiento pues su pauta de consultas a demanda, tipo de lactancia y psicopatología postparto vendría altamente influenciada por la gravedad de la enfermedad sufrida.

Las 36 embarazadas que continuaron el estudio fueron contactadas telefónicamente al año de nacimiento del niño de manera que se corroboraron y completaron las variables recogidas en los registros informáticos en relación a la duración de la lactancia materna completa, duración de la lactancia materna exclusiva y consulta al médico de familia por psicopatología postparto de la madre.

Sin embargo, se registraron las variables correspondientes al uso a demanda de los Servicios Públicos de Salud sólo para 31 participantes. Se decidió no recoger verbalmente el número y características de las consultas a demanda por considerar que estas respuestas pudieran estar sesgadas por fallos de memoria o de confusión con las consultas pautadas por el calendario de revisiones pediátricas. Analizamos para estas variables sólo aquellos datos que hubieran sido recogidos de los registros informáticos del Servicio Público de Salud. Las 5 madres que se mudaron a otras comunidades autónomas o al extranjero, no pudiendo localizarse la historia clínica de atención primaria ni hospitalaria, se excluyeron de esta parte del análisis.

Se expone a continuación un esquema general del estudio (*Figura 4*).

El análisis de los resultados obtenidos en el ensayo clínico se presenta en relación a las cuatro variables de estudio: el cambio de puntuación de los cuestionarios de ansiedad y puericultura y lactancia, la psicopatología del postparto presentada por la madre a lo largo del año de seguimiento, a la instauración y duración de la lactancia materna y al uso a demanda de los servicios públicos de salud.

En cuanto al análisis descriptivo referido a las variables clínico demográficas preparto y las variables postparto en relación al grupo de pertenencia, intervención o control, se presentan los resultados en las tablas 7 y 8.

2.1. Diagrama de flujo del ensayo clínico

Se registran en la siguiente figura los pasos seguidos en el estudio.

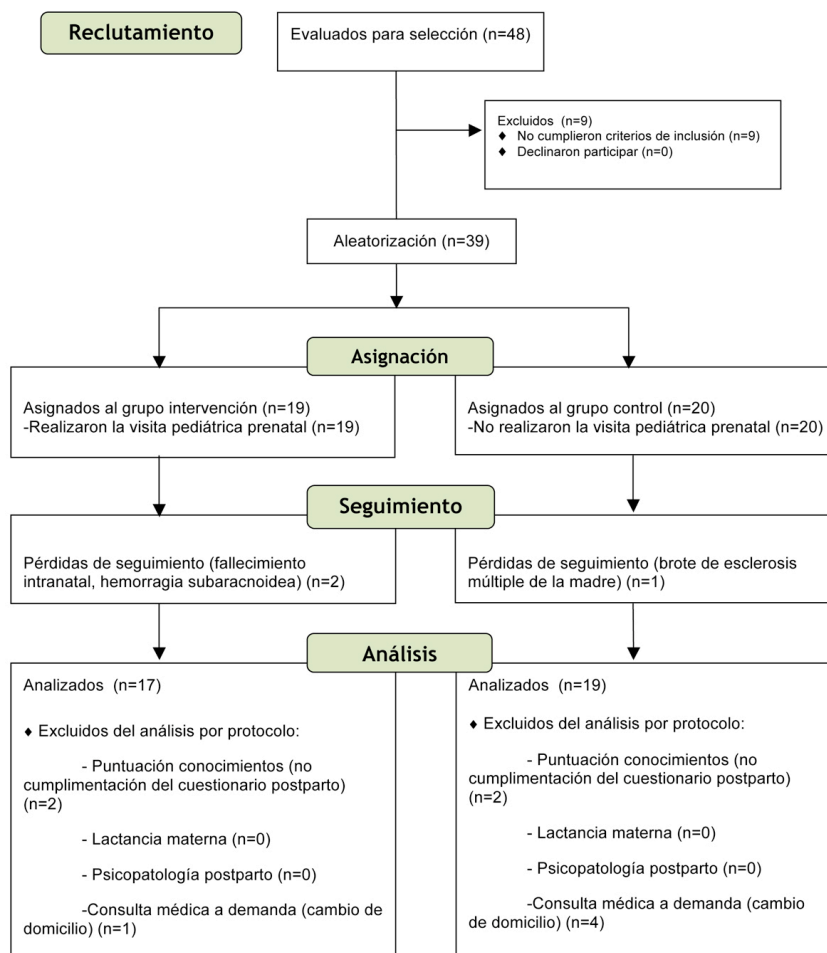


Figura 4.- Diagrama de flujo de la intervención

2.2. Análisis clínico-demográfico y resultados de los cuestionarios por grupos

Tabla 7. Variables clínico-demográficas y puntuaciones de los cuestionarios preparto de las embarazadas primerizas que cumplimentaron el curso de preparación al parto entre junio y octubre de 2015 en el Área V, Gijón (N=36).

Grupo n (%)		Intervención 17 (47,2)	Control 19 (52,8)
Edad, media (desviación estándar)		34,2 (4,16)	33,6 (3,64)
Origen, n (%)	Española	15 (88,2)	15 (78,9)
	Extranjera	2 (11,8)	4 (21,1)
Estudios, n (%)	Primarios	0 (0)	1 (5,3)
	Secundarios	8 (47,1)	7 (36,8)
	Universitarios	9 (52,9)	11 (57,9)
TSI, n (%)	TSI 1	0 (0)	1 (5,3)
	TSI 3	10 (58,8)	15 (78,9)
	TSI 4	7 (41,2)	3 (15,8)
Pareja estable, n (%)		17 (100)	17(89,5)
Ocupación, n (%)	Ama de casa	1 (5,9)	1 (5,3)
	Activo autónomo	2 (11,8)	2 (10,5)
	Activo por cuenta ajena	6 (35,3)	6 (31,6)
	Baja laboral	7 (41,2)	6 (31,6)
	Desempleo	1 (5,9)	4 (21,1)
Fumadora habitual, n (%)		4 (23,5)	7 (36,8)
Fumadora en el embarazo, n (%)		2 (11,8)	4 (21,1)
Abortos previos, n (%)		2 (11,8)	5 (26,3)
Embarazo deseado, n (%)		17 (100)	7 (89,5)
Recibió LM, n (%)	Sí	11 (64,7)	13 (68,4)
	No	5 (29,4)	5 (26,3)
	No sabe	1 (5,9)	1 (5,3)
Plan LM, n (%)	Materna	16 (94,1)	15 (78,9)
	Mixta	1 (5,9)	1 (5,3)
	Artificial	0 (0)	1 (5,3)
	No sabe	0 (0)	2 (10,5)
Conceptos totales puericultura y LM, media (Desviación Estándar)		17,4 (2,32)	17,7 (1,8)
STAI-E (STAI estado), media (Desviación Estándar)		18,1 (6)	18,4 (6,4)
Antecedes ansiedad/depresión, n (%)		2 (11,8)	2 (10,5)

Visita Prenatal; LM: Lactancia materna; STAI-E: State-Trait Anxiety Inventory, subescala estado

Tabla 8. Variables clínico-demográficas relacionadas con el parto y el postparto de las embarazadas primerizas que cumplimentaron el curso de preparación al parto entre junio y octubre de 2015 en el Área V, Gijón, analizadas según intervención (N=36).

Grupo n (%)	Intervención 17 (47,2)	Control 19 (52,8)
Sexo bebé masculino n (%)	10 (58,8)	6 (31,6)
Tipo de parto n (%)		
Natural	8 (47,1)	11 (57,9)
Instrumental	8 (47,1)	2 (10,5)
Cesárea	1 (5,9)	6 (31,6)
Epidural n (%)	13 (76,5)	17 (89,5)
Parto inducido n (%)	6 (35,3)	10 (52,6)
Horas de bolsa rota, media (Desviación Estándar)	4,7 (4,9)	7,8 (10)
Pérdida de peso >10% en hospital n (%)	0 (0)	0 (0)
Piel con piel n (%)	15 (88,2)	5,2 (1,1-24,1)
Complemento LA hospital n (%)	11 (64,7)	18 (94,7)
Mes que empezó a la guardería n (%)		
5	1 (5,9)	1 (5,3)
7	1 (5,9)	0 (0)
8	2 (11,8)	0 (0)
10	1 (5,9)	0 (0)
>12	12 (7,1)	18 (94,7)
Nacimiento en Hospital de Cabueñes n (%)	16 (94,1)	16 (84,2)

LA: lactancia artificial.

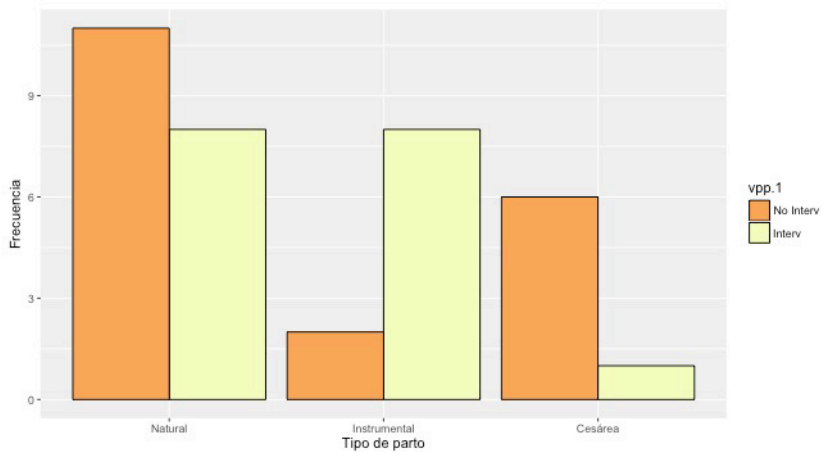


Figura 5.- Histograma del tipo de parto según grupo.

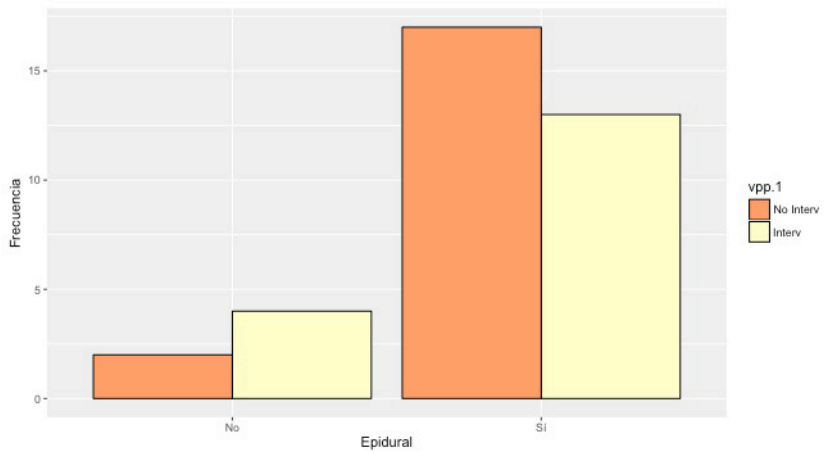


Figura 6.- Histograma del uso de epidural según grupo.

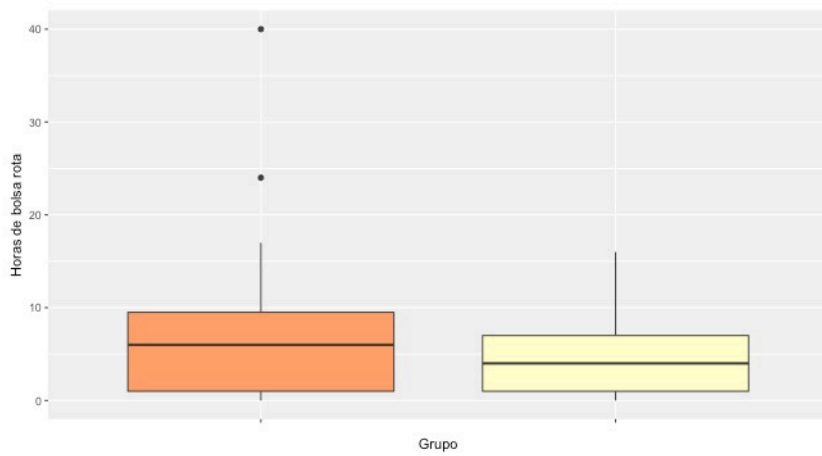


Figura 7.- Diagramas de cajas del número de horas de bolsa rota previo al parto según grupo.

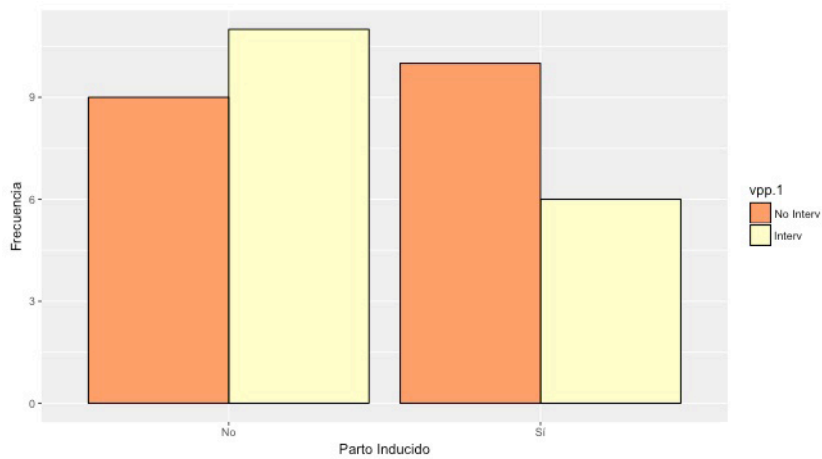


Figura 8.- Histograma de la prevalencia de parto inducido según grupo.

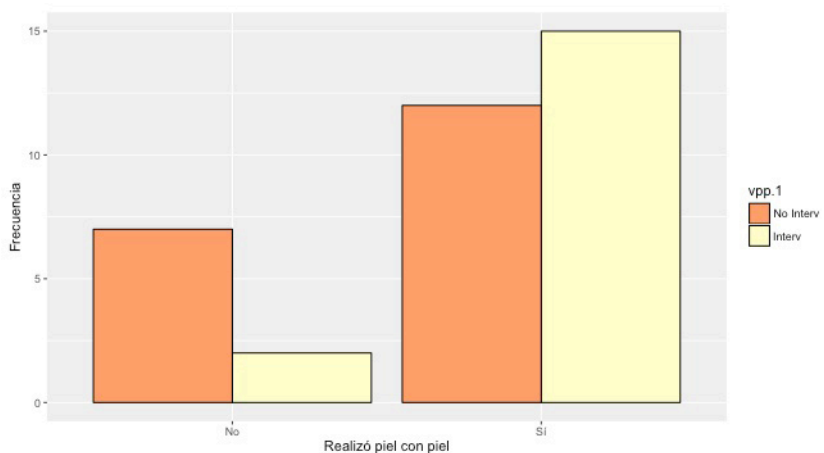


Figura 9.- Histograma de la realización de piel con piel según grupo.

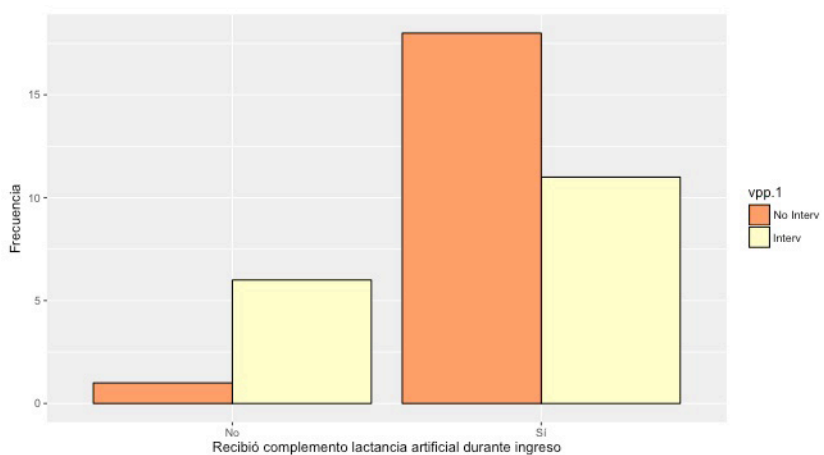


Figura 10.- Histograma de la administración de complemento de leche artificial en el hospital según grupo.

2.3. Efecto de la visita pediátrica prenatal sobre la modificación del test de ansiedad (STAI-E) y el cuestionario de puericultura y lactancia

Para inferir el impacto de la visita pediátrica prenatal sobre la adquisición de conocimientos teóricos de puericultura y lactancia, y la modificación de la puntuación sobre el test de ansiedad, se realizaron comparaciones de medias de las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención.

Tabla 9. Puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de conocimientos y ansiedad preparto y postparto.

Grupo n	Conocimientos preparto Media (DE)	Conocimientos postparto Media (DE)	Diferencia de medias conocimientos	STAI-E preparto Media (DE)	STAI-E postparto Media (DE)	Diferencia de medias STAI-E
Intervención 17	17,4 (2,3)	20,2 (1,4)	2,9	18,1 (6)	14,9 (7,1)	-3,2
Control 19	17,7 (1,8)	19,5 (2,2)	1,6	18,4 (6,4)	14,6 (7,6)	-4,1

DE: Desviación estándar; STAI-E: State-Trait Anxiety Inventory, subescala estado.

Posteriormente realizamos un primer modelo de comparación de medias utilizando distribuciones previas no informativas. Hallamos un resultado de la diferencia de medias de conocimientos de 1,3, es decir, la puntuación de los pacientes del grupo intervención mejora de media 1,3 puntos más que la del control, con un Intervalo de Credibilidad al 95% de -0,4 a 3.

La probabilidad posterior de que la diferencia hallada sea mayor que 0 fue del 93,5%.

Tabla 10. Comparación de diferencia de medias entre los test de conocimientos de puericultura y lactancia.

VARIABLES	Diferencia de medias	Intervalo de Credibilidad al 95%	Probabilidad posterior Diferencia de medias > 0
Conocimientos generales de puericultura y lactancia	1,3	-0,4 a 3	93,5%

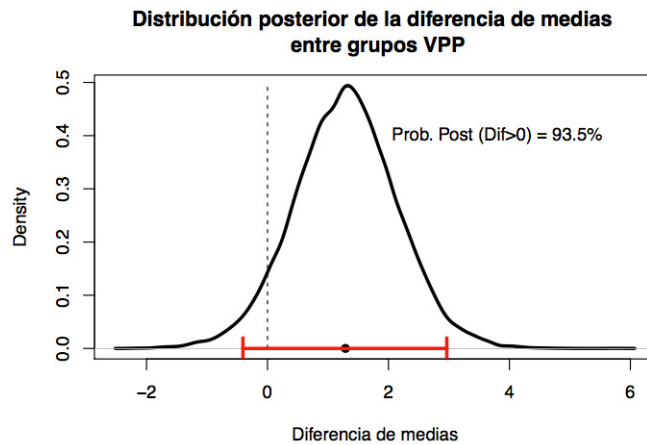


Figura 11.- Distribución posterior de la diferencia de medias de diferencia de conocimientos entre grupos.

En la representación gráfica se objetiva que toda la probabilidad a la derecha del 0 va a favor de la intervención.

Realizamos un segundo modelo de comparación de medias de la diferencia de puntuación en el test de ansiedad STAI-E utilizando distribuciones previas no informativas. Hallamos un resultado de la diferencia de 0,9 con un Intervalo de Credibilidad al 95% de -4,68 a 6,3.

La probabilidad posterior de que la diferencia hallada sea mayor que 0 fue del 64%.

En este caso la puntuación en el grupo intervención empeora respecto al control, sin embargo el intervalo de credibilidad es más amplio y la probabilidad posterior de la diferencia de medias es menor.

Tabla 11. Comparación de diferencia de medias entre los test de ansiedad STAI-E.

Variables	Diferencia de medias (media posterior)	Intervalo de Credibilidad al 95%	Probabilidad posterior Diferencia de medias > 0
STAI-E	0,9	-4,7 a 6,3	64%

STAI-E: State-Trait Anxiety Inventory, subescala estado

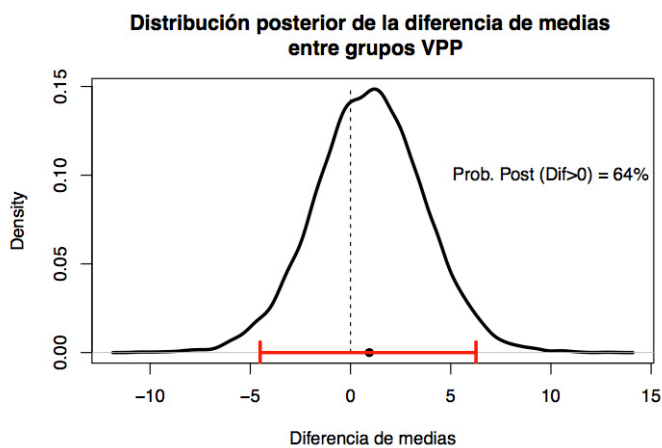


Figura 12.- Distribución posterior de la diferencia de medias de diferencia de puntuación en el test de ansiedad STAI-E entre grupos.

2.4. Efecto de la visita pediátrica prenatal sobre el desarrollo de la psicopatología postparto

Para inferir el efecto de la intervención sobre la psicopatología postparto desarrollada por la madre a lo largo del primer año, se consideró de forma binaria el haber consultado o no a su MAP por sintomatología ansiosa o depresiva.

Tabla 12. Descriptivo de la incidencia de psicopatología postparto de la madre por grupos.

Grupo n	Intervención 17	Control 19
Diagnóstico psicopatología postparto n (%)	0 (0)	3 (15,8)

En este caso se realizó un modelo de diferencia de proporciones. La proporción en el grupo intervención es de 0 y en el control de 0,16. Hallamos un resultado de la diferencia de proporciones de 0,06. Siendo la probabilidad de que esa diferencia sea mayor que 0 del 94%.

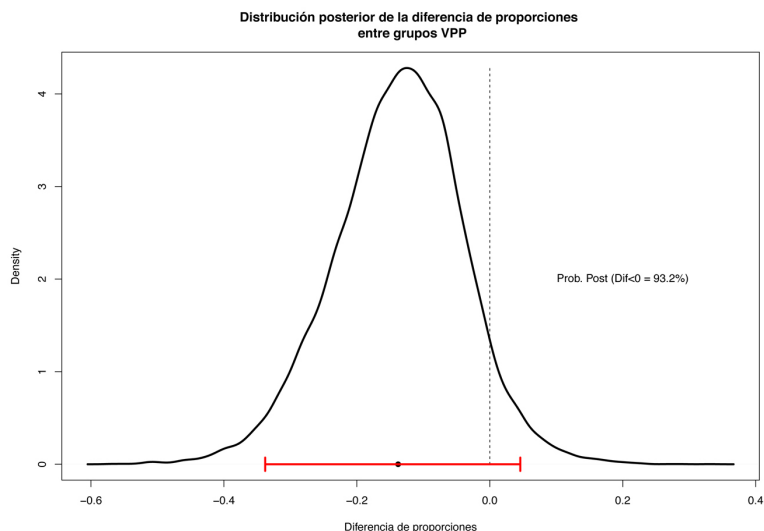


Figura 13.- Distribución posterior de la diferencia de proporciones de psicopatología postparto entre grupos.

Se estimó la OR ajustada por dos posibles marcadores predictores durante el 3º trimestre de gestación; el resultado del test de ansiedad STAI-estado y la condición de haber sido fumadora durante el embarazo.

Tabla 13. Efecto de la intervención sobre la psicopatología postparto ajustado por STAI-E y hábito tabáquico en el tercer trimestre de gestación.

Variable	Media posterior del OR ^a	Intervalo de Credibilidad al 95%;	Probabilidad posterior OR>1
Intervención	0	0 a 0	0%
Fumadora	12	0,1 a 68,3	70,2%
STAI-E	0,9	0,7 a 1,1	11,7%

OR: Odds Ratio; STAI-E: State-Trait Anxiety Inventory, subescala estado.

Haber recibido la intervención reduciría en un 100% la probabilidad de consultar al MAP por psicopatología postparto durante el primer año de vida. Sin embargo, se debería confirmar la magnitud de esta diferencia entre grupos con una muestra mayor pues cabe suponer que el efecto no llegaría a alcanzar una protección completa del desarrollo de la patología, aunque sí parece tener un importante efecto preventivo sobre la misma.

Del resto del modelo se desprende que ser fumador multiplica por 12 la probabilidad de psicopatología postparto con una probabilidad posterior de que esa diferencia sea mayor que uno, del 70,2%.

Y la puntuación del STAI multiplica por 0,9 la probabilidad de padecer psicopatología del postparto con un 88% de probabilidad posterior de que esa diferencia sea mayor que uno. Es decir, a mayor puntuación obtenida en el tercer trimestre de gestación, mayor probabilidad de desarrollo de psicopatología postparto.

2.5. Efecto de la visita pediátrica prenatal sobre la consecución y mantenimiento de la lactancia materna

Tabla 14. Descriptivo de las variables relacionadas con el desarrollo de la lactancia (N=36).

Grupo n (%)		Intervención 17	Control 19
Lactancia al alta	materna	14 (82,4)	9 (47,4)
	artificial	1 (5,9)	3 (15,8)
	mixta	2 (11,8)	7 (36,8)
LMEc alta		14 (82,4)	9 (47,4)
Lactancia 1º mes	materna	14 (82,4)	9 (47,4)
	artificial	1 (5,9)	3 (15,8)
	mixta	2 (11,8)	7 (36,8)
LME 1º mes		14 (82,4)	9 (47,4)
Lactancia 4º mes	materna	9 (52,9)	9 (47,4)
	artificial	3 (17,6)	4 (21,1)
	mixta	5 (29,4)	6 (31,6)
LME 4º mes		2 (11,8)	2 (11,8)
Lactancia 6º mes	materna	6 (35,3)	6 (31,6)
	artificial	7 (41,2)	10 (52,6)
	mixta	4 (23,5)	3 (15,8)
Lactancia 12º mes	materna	1 (5,9)	5 (26,3)
	artificial	15 (88,2)	13 (68,4)
	mixta	1 (5,9)	1 (5,3)
Duración lactancia materna exclusiva, media (Desviación Estándar)		4,2 (3,7)	4,1 (5)
Duración lactancia materna, media (Desviación Estándar)		6,2 (3,7)	6,1 (4,5)
Motivo de abandono de LM referido por la madre.	1. No abandonó a los 12 meses	1 (5,9)	5 (26,3)
	2. El lactante rechaza el pecho	2 (11,8)	0 (0)
	3. Problema bebé postparto que dificulta lactancia	2 (11,8)	0 (0)
	4. Problema mamá postparto que dificulta lactancia	0 (0)	1 (5,3)
	5. Fallo de medro	1 (5,9)	1 (5,3)
	6. Frenillo lingual	0 (0)	1 (5,3)
	7. Poca leche/retirada natural de la leche	4 (23,5)	3 (15,8)
	8. Mal agarre	1 (5,9)	0 (0)
	9. Cree que pasa hambre	1 (5,9)	0 (0)
	10. Incompatibilidad con el trabajo	5 (29,4)	6 (31,6)
	11. Decisión personal	0 (0)	2 (10,5)

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

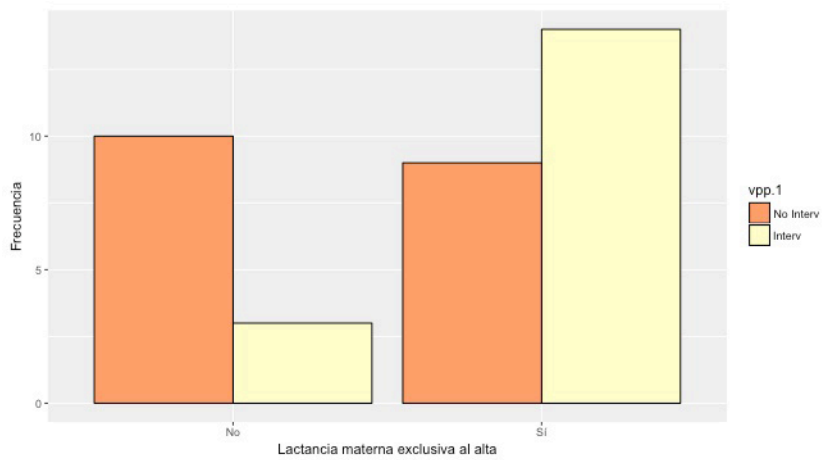


Figura 14.- Diagrama de barras de la prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria según grupo.

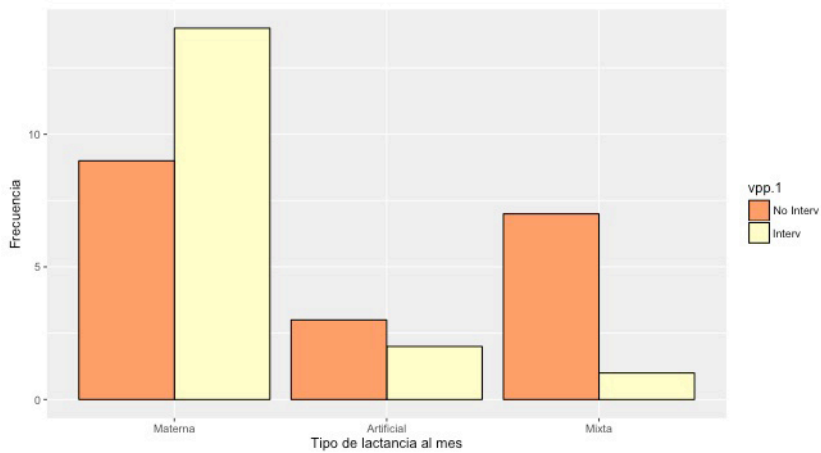


Figura 15.- Diagrama de barras de la prevalencia de cada tipo de lactancia recibida al mes de vida del lactante según grupo.

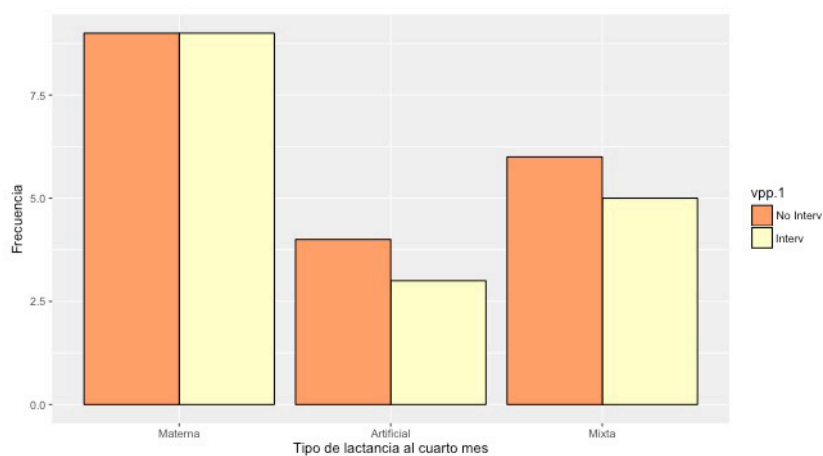


Figura 16.- Diagrama de barras de la prevalencia de cada tipo de lactancia recibida al 4º mes de vida del lactante según grupos.

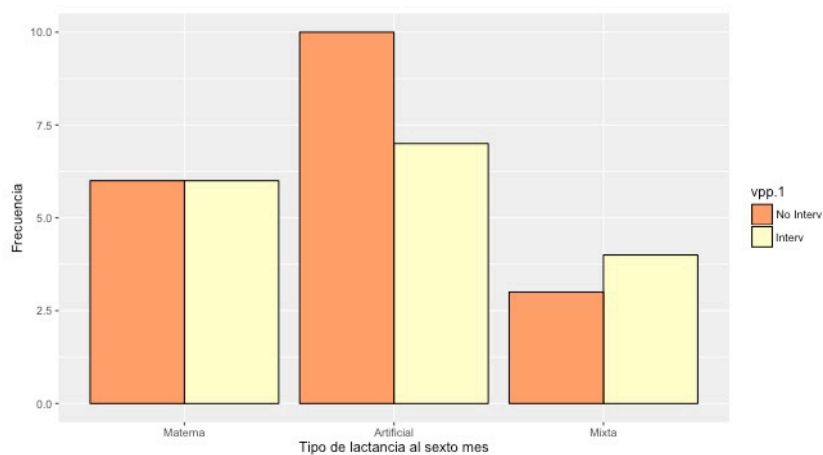


Figura 17.- Diagrama de barras de la prevalencia de cada tipo de lactancia recibida a los 6 meses de vida del lactante según grupos

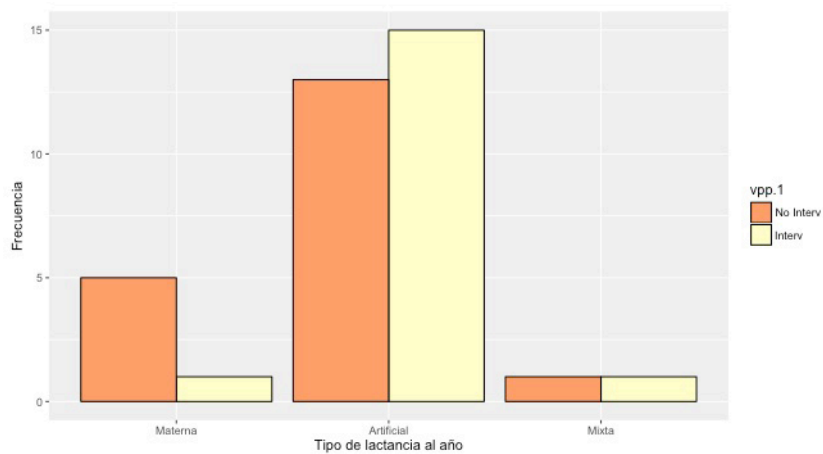


Figura 18.- Diagrama de barras de la prevalencia de cada tipo de lactancia recibida al año de vida del lactante según grupos.

2.5.1. Duración de la lactancia materna exclusiva (DLME)

Las medias de la duración de la lactancia materna exclusiva, fueron de 4,2 meses en el grupo intervención, y 4,1 en el grupo control.

Realizamos un modelo de comparación de medias de la duración de la lactancia materna completa e inferimos una diferencia de 0,04 meses con un Intervalo de Credibilidad al 95% de -3 a 3,1.

La probabilidad posterior de que la diferencia de medias sea mayor que cero fue del 52%. Por lo que consideramos que no existe efecto de la intervención.

Tabla 15. Comparación de la diferencia de medias de duración de la lactancia materna exclusiva.

Variables	Diferencia de medias	Intervalo de Credibilidad al 95%	Probabilidad posterior Diferencia de medias > 0
Lactancia materna exclusiva	0,04	-3 a 3,1	52%

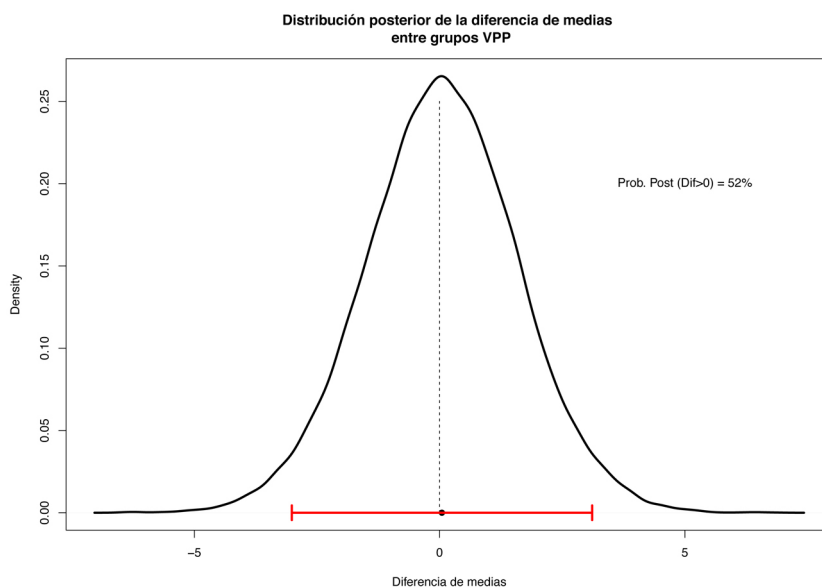


Figura 19.- Distribución posterior de la diferencia de medias de la duración de la lactancia materna exclusiva entre grupos.

2.5.2. Duración lactancia materna (DLM)

Las medias de la duración de la lactancia materna, refiriéndonos a la lactancia materna incluyendo la lactancia mixta, fueron de 6,2 meses en el grupo intervención, y 6,1 en el grupo control. Realizamos un modelo de comparación de medias de la duración de la lactancia materna. Hallamos un resultado de la diferencia de 0,1 con un ICred95% de -2,7 a 3.

La probabilidad posterior de que la diferencia de medias sea mayor que 0 fue del 54%. Por lo que consideramos que no existe efecto de la intervención.

Tabla 16. Comparación de la diferencia de medias de duración de la lactancia materna.

Variables	Diferencia de medias	Intervalo de Credibilidad al 95%	Probabilidad posterior Diferencia de medias > 0
Duración lactancia materna	0,1	-2,7 a 3	54%

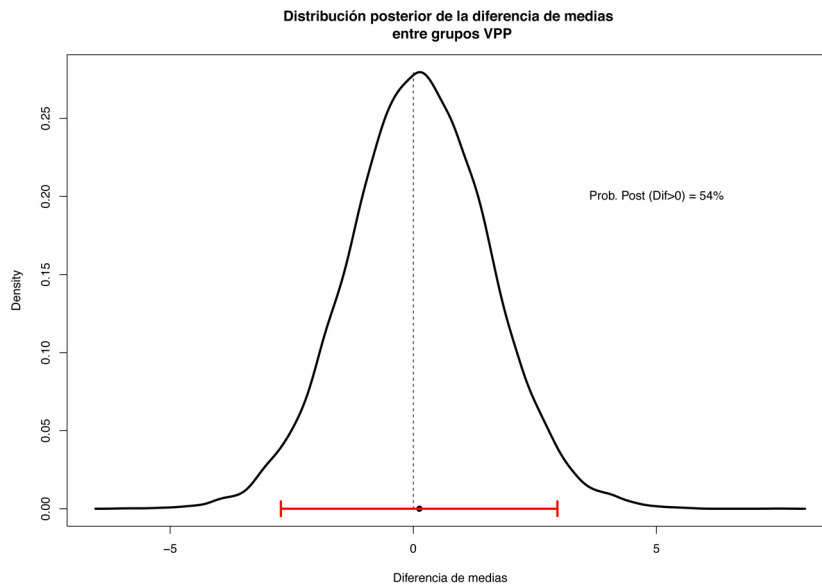


Figura 20.- Distribución posterior de la diferencia de medias de duración de la lactancia materna entre grupos.

2.5.3. Lactancia materna exclusiva al alta

La prevalencia de la LME al alta fue del 80% en el grupo intervención frente al 50% del grupo control.

Realizamos un modelo de comparación de proporciones y hallamos un resultado de la diferencia de proporciones de 0,3 con un ICred95% de 0,02 a 0,6. La probabilidad posterior de que la diferencia de proporciones sea mayor que cero es del 98,5%.

Tabla 17. Comparación de la diferencia de proporciones de lactancia materna exclusiva al alta.

Variables	Diferencia de proporciones	Intervalo de Credibilidad al 95%	Probabilidad posterior Diferencia de proporciones > 0
Lactancia materna al alta	0,3	0,02 a 0,6	98,5%

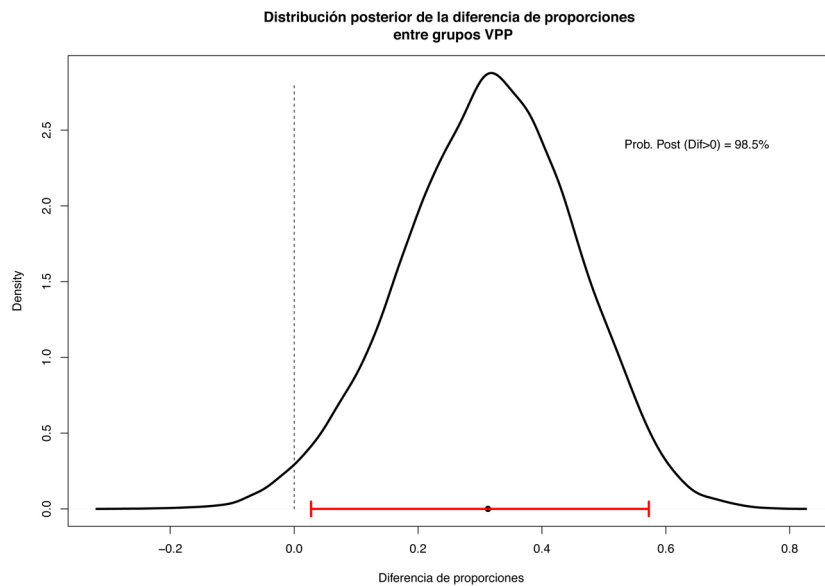


Figura 21.- Distribución posterior de la diferencia de proporciones de lactancia materna exclusiva al alta entre grupos.

2.5.4. Lactancia materna exclusiva al mes

Realizamos un modelo de comparación de proporciones y hallamos un resultado de la diferencia de proporciones de 0,3 con un ICred95% de 0,03 a 0,6.

Así mismo se calculó la probabilidad posterior del $OR > 1$, es decir, la probabilidad de que esa diferencia hallada sea mayor que cero, obteniendo un resultado del 98,3% de probabilidad.

Tabla 18. Comparación de la diferencia de proporciones de lactancia materna exclusiva al mes.

Variables	Diferencia de proporciones	Intervalo de Credibilidad al 95%	Probabilidad posterior Diferencia de proporciones > 0
Lactancia materna al alta	0,3	0,03 a 0,6	98,3%

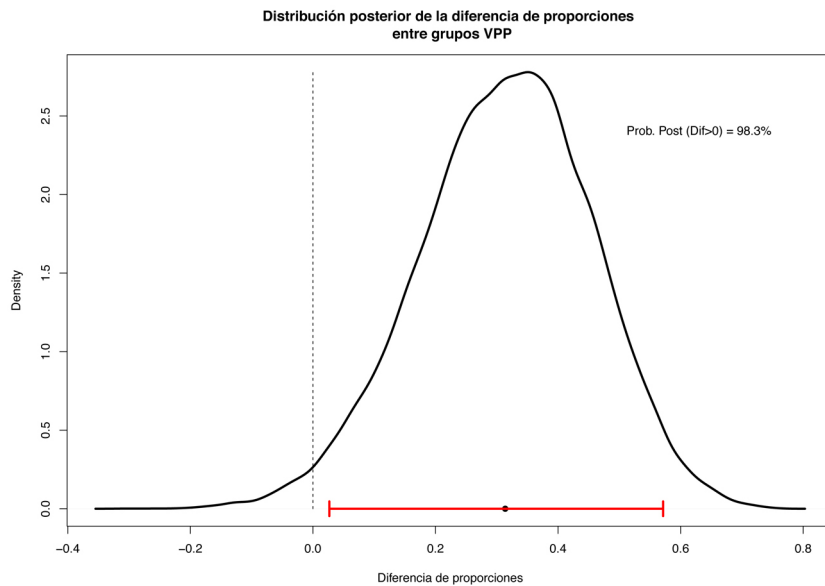


Figura 22.- Distribución posterior de la diferencia de proporciones de lactancia materna exclusiva al mes entre grupos.

2.5.5. Lactancia materna exclusiva al 4º mes

La proporción de madres que continuaba con la lactancia materna exclusiva al 4º mes en el grupo intervención fue del 54%, frente al 48% del grupo control.

Hallamos un resultado de la diferencia de proporciones de 0,05 con un Intervalo de Credibilidad al 95% de -2,5 a 0,4.

La probabilidad posterior de que esa diferencia de proporciones sea mayor que cero es del 63%. Por lo que se ha perdido el efecto de la intervención.

Tabla 19. Comparación de la diferencia de proporciones de lactancia materna exclusiva al 4º mes

Variabes	Diferencia de proporciones	Intervalo de Credibilidad al 95%	Probabilidad posterior Diferencia de proporciones > 0
Lactancia materna al alta	0,05	-2,5 a 0,4	63%

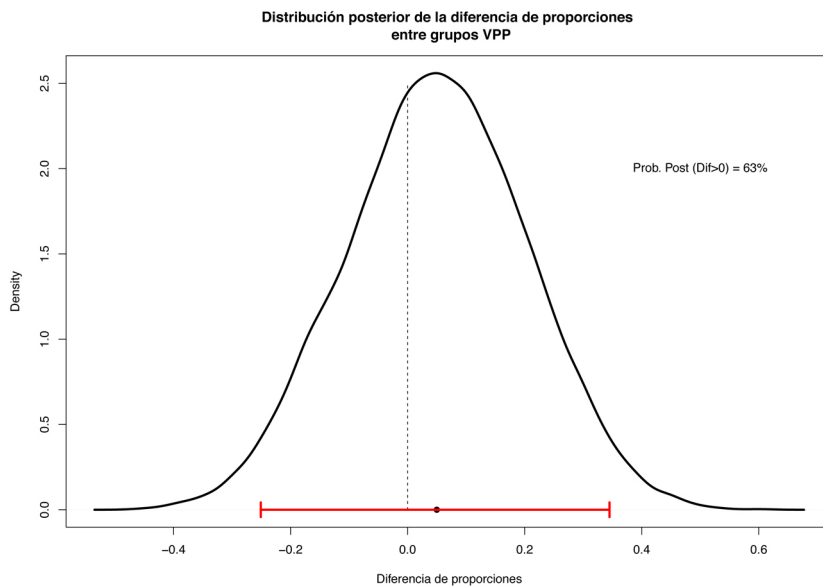


Figura 23.- Distribución posterior de la diferencia de proporciones de lactancia materna exclusiva al 4º mes entre grupos.

2.5.6. Resumen del efecto de la visita pediátrica prenatal sobre la lactancia materna exclusiva y ajustes por diversas variables

Tabla 20. Efecto crudo de la visita pediátrica prenatal sobre la lactancia materna exclusiva.

Variables	Diferencia de proporciones	Intervalo de Credibilidad al 95%	Probabilidad posterior Diferencia de proporciones
Lactancia materna al alta	0,3	0,02 a 0,6	98,5%
Lactancia materna al mes	0,3	0,03 a 0,6	98,3%.
Lactancia materna a los 4 meses	0,05	-0,25 a 0,4	63%

2.3.7. Efecto de la intervención sobre la lactancia materna exclusiva al alta ajustado por el resultado del test de conocimientos generales de puericultura y lactancia y por el test de ansiedad STAI

Tabla 21. Efecto ajustado de la intervención sobre la lactancia materna exclusiva al alta.

Variables	Media posterior del OR	Intervalo de Credibilidad al 95%	Probabilidad posterior OR > 0
Intervención	13	0,02 a 0,6	99,4%
Conocimientos	1,4	0,03 a 0,6	89,1%.
STAI-E	0,9	-0,25 a 0,4	80%

OR: Odds Ratio; STAI-E: State-Trait Inventory Test, subescala estado.

El efecto ajustado de la intervención sobre la odds de prevalencia de la LME fue 13. EL ICred95% fue de 1,53 a 54,69.

La probabilidad posterior de que ese OR sea >1, es decir, que la intervención sea efectiva en cuanto a lograr la lactancia materna exclusiva al alta, es del 99,4%.

Por cada punto del test de conocimientos generales de puericultura y lactancia, la odds de prevalencia de lograr una lactancia materna exclusiva al alta aumenta 1,4 puntos con un ICred95% de 0,9 a 2,1 y con una probabilidad posterior del 89,1%.

Por cada punto del STAI se multiplica por 0,94 (es decir, se reduce un 6%), la odds de prevalencia de LME. La ansiedad disminuye la odds de prevalencia de lactancia materna al alta con una probabilidad posterior del 80%.

Se adjuntan las gráficas de las 3 distribuciones posteriores del OR para intervención, conocimientos y STAI.

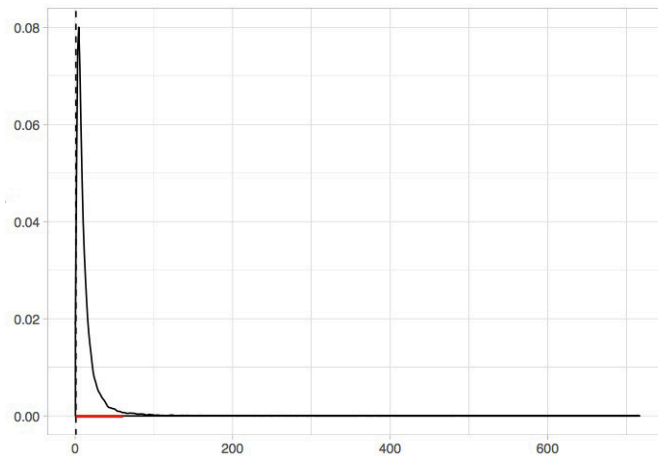


Figura 24.- Distribución posterior del efecto de la intervención sobre la lactancia materna exclusiva al alta ajustado por variables relacionadas con el parto.

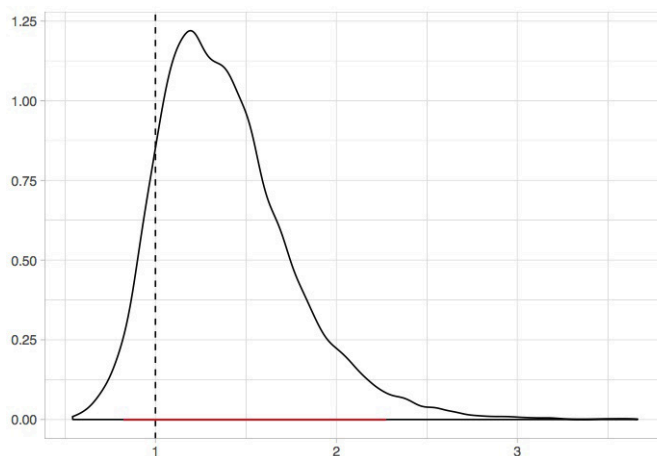


Figura 25.- Distribución posterior del efecto de la intervención sobre la lactancia materna exclusiva al alta ajustado por la puntuación del test de conocimientos de puericultura y lactancia

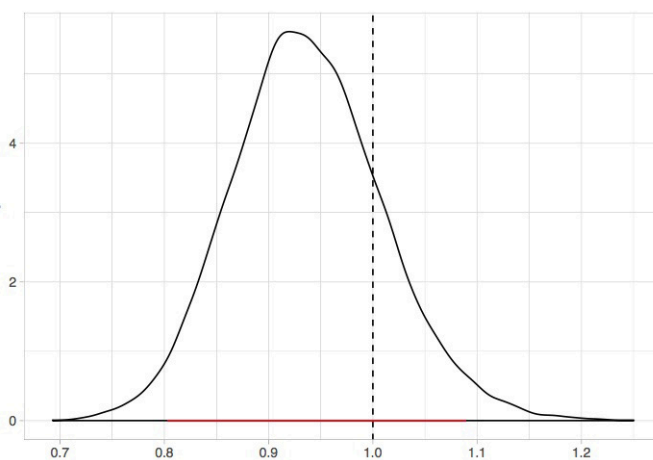


Figura 26.- Distribución posterior del efecto de la intervención sobre la lactancia materna exclusiva al alta ajustado por la puntuación del STAI-E

Se probaron otros modelos ajustados pero se obtuvo colinealidad. El problema de estos modelos es que el efecto de la intervención está muy correlacionado con alguna de las covariables contempladas en el modelo.

Se realizó, entre otros, un modelo introduciendo como posibles variables confusoras aquellas que se consideraron más relevantes para la consecución de una lactancia materna exclusiva al alta, como fueron el tipo de parto, el contacto piel con piel y la administración de complemento de lactancia artificial.

La variable tipo de parto dio problemas de convergencia. Y la estimación del efecto de la variable piel se mostró muy imprecisa aunque el modelo sí convergía. Es decir, la intervención tiene efecto per se, independientemente de haber realizado piel con piel, pero existe incertidumbre en cuanto al tamaño de dicho efecto porque el contacto piel con piel correlaciona con la intervención.

Se muestran los resultados de la distribución de los casos en relación a las variables mencionadas.

Tabla 22. *Descriptivo del tipo de parto según grupo.*

Tipo de parto	Intervención	No intervención
Natural	8	11
Instrumental	8	2
Cesárea	1	6

Tabla 23. *Descriptivo de la realización de piel con piel según tipo de parto.*

Tipo de parto	Piel con piel	No realizó piel con piel
Natural	19	0
Instrumental	8	2
Cesárea	0	7

Tabla 24. *Descriptivo del tipo de parto en relación a la administración de complemento artificial a la lactancia materna.*

Tipo de parto	Complemento lactancia	Sin complemento
Natural	8	11
Instrumental	8	2
Cesárea	1	6

2.6. Efecto de la visita pediátrica prenatal sobre las consultas a demanda al Servicio Público de Salud durante el primer año de vida del lactante

Se realizó un análisis descriptivo de las consultas que realizaron las 31 madres de las que se pudieron registrar las historias médicas, ya que 5 participantes cambiaron de comunidad autónoma o de país durante el estudio.

Tabla 25. Descriptivo de las consultas realizadas a demanda al Servicio Público de Salud en el primer año de vida del lactante para el grupo completo de estudio (N=31).

Variables		N (%)
Usuario frecuente (>9 consultas)	Sí	8 (25,8)
	No	23 (74,1)
Hiperfrecuentación (>11 consultas)	Sí	6 (19,4)
	No	25 (80,6)
Consultas a demanda al Hospital	0	17 (54,8)
	1	5 (16,1)
	2	4 (12,9)
	3	3 (9,7)
	4	2 (6,5)
Consultas a demanda al Centro de Salud	2	2 (6,5)
	3	8 (25,8)
	4	2 (6,5)
	5	1 (3,2)
	6	5 (16,1)
	7	3 (9,7)
	8	4 (12,9)
	11	1 (3,2)
	12	3 (9,7)
	16	1 (3,2)
	19	1 (3,2)
Consultas totales (hospital + CS)	Media 7,6 Mediana 6	

En cuanto a las consultas a demanda al centro de salud del grupo completo se obtuvo una media de 6,6 visitas médicas, con una mediana de 6 y un rango intercuartílico de 3-19.

Para las consultas totales (hospital y centro de salud) la media ascendió a 7,6 con una mediana mantenida en 6 y un rango intercuartílico similar de 3-19.

Los 3 motivos de consulta más habituales fueron por procesos respiratorios, digestivos y dermatológicos.

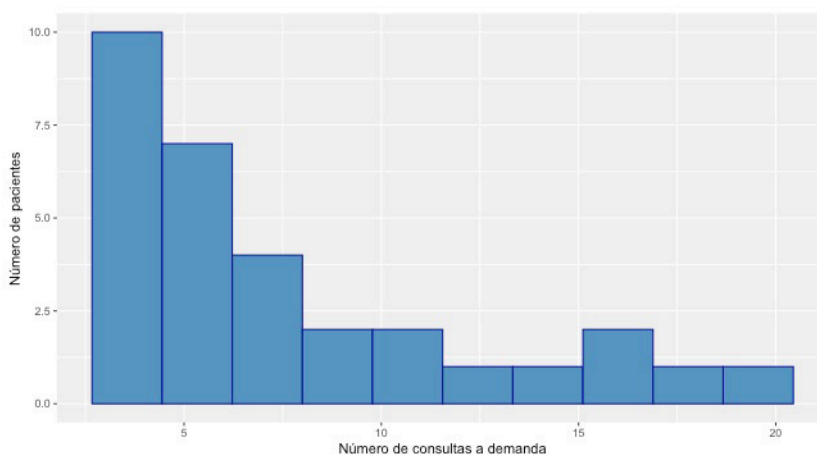


Figura 27.- Histograma de la distribución de las consultas a demanda totales realizadas al centro de salud y hospital.

Tabla 26. Registro de las consultas realizadas a demanda al Servicio Público de Salud en el primer año de vida del lactante en el grupo completo de estudio (N=76).

Tipo de proceso	N (%)
Digestivo	16 (21,1)
Otorrinolaringología	10 (13,2)
Respiratorio	22 (28,9)
Oftalmología	6 (7,9)
Dermatológicos	6 (7,9)
Traumatológicos	1 (1,3)
Otros	6 (7,9)
Solicitud de información	3 (3,9)
Consulta por fiebre	6 (7,9)

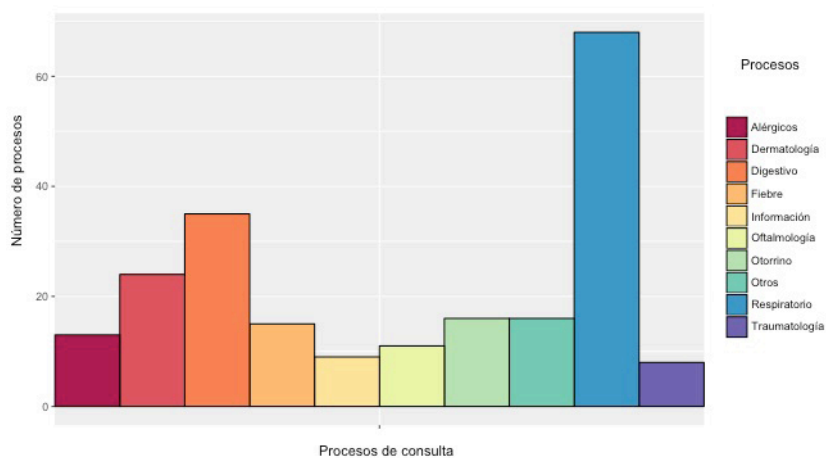


Figura 28.- Diagrama de barras de los procesos por los que se hicieron consultas a demanda en el grupo completo de estudio (N=76).

Posteriormente se analizaron por grupo intervención y grupo control.

Tabla 27. Descriptivo del número de consultas a demanda del lactante durante el primer año por grupos.

Variables N (%)		GI (16)	GC (15)
Usuario frecuente (>9 consultas)	Sí	3 (9,7)	5 (16,1)
	No	13 (41,9)	10 (32,2)
Hiperfrecuentación (>11 consultas)	Sí	3 (9,7)	5 (16,1)
	No	13 (41,9)	9 (29)

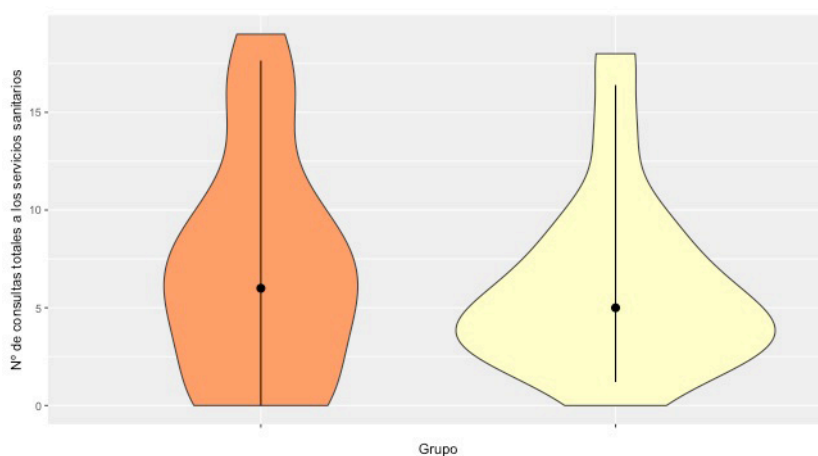


Figura 29.- Diagramas de violín del número de consultas a demanda realizadas a los servicios sanitarios según grupos.

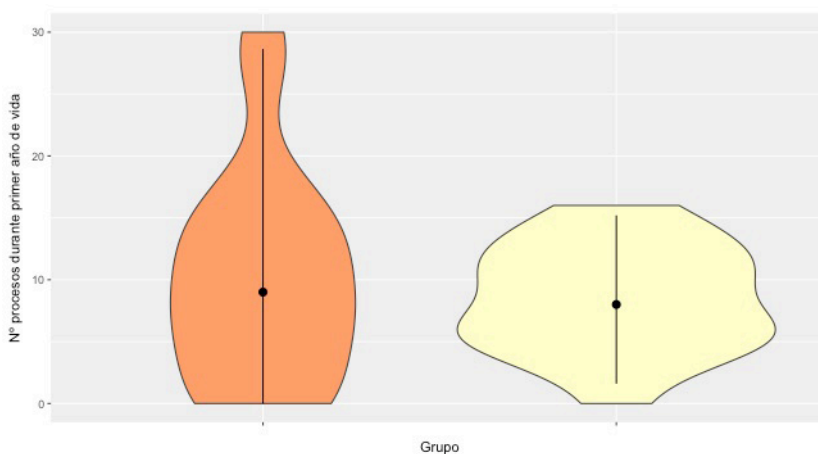


Figura 30.- Diagrama de violín del número de procesos durante el primer año de vida según grupos.

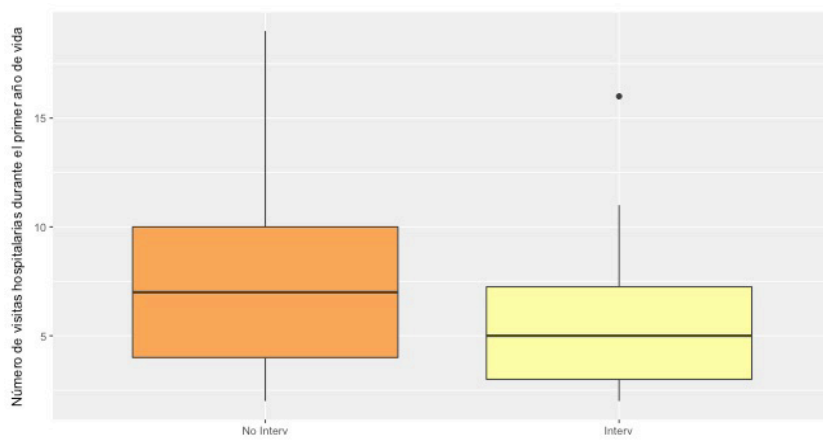


Figura 31.- Diagrama de caja del número de visitas hospitalarias en el primer año de vida del lactante según grupos.

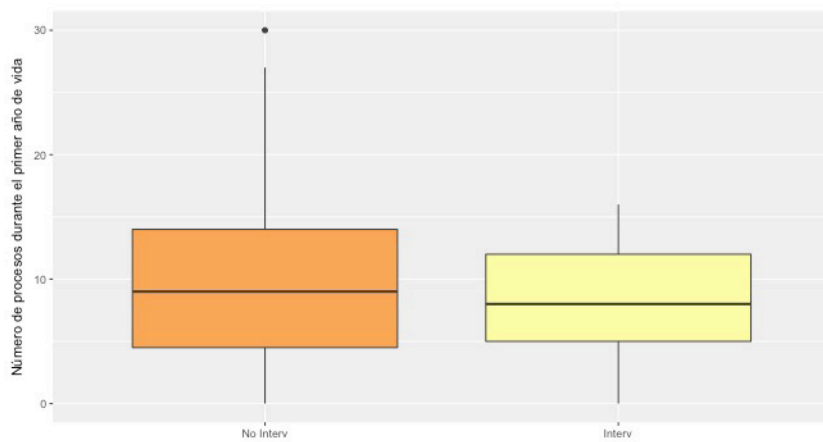


Figura 32.- Diagrama de cajas del número de visitas al centro de salud durante el primer año de vida del lactante según grupos.

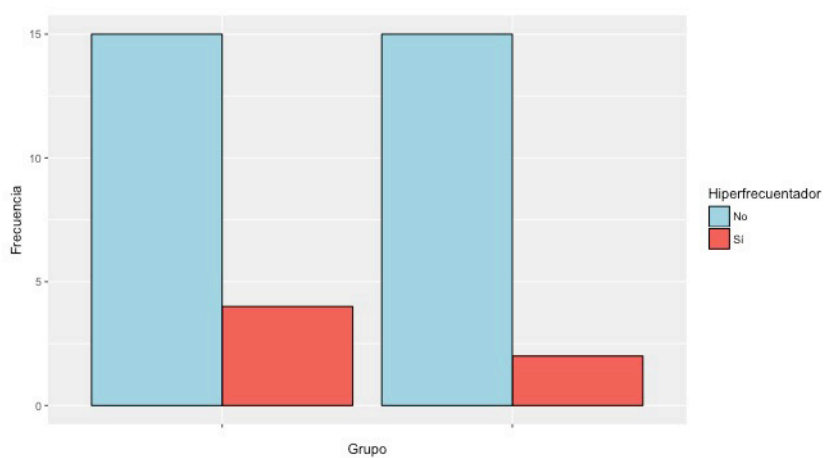


Figura 33.- Diagrama de barras de la prevalencia de hiperfrecuentadores según grupos.

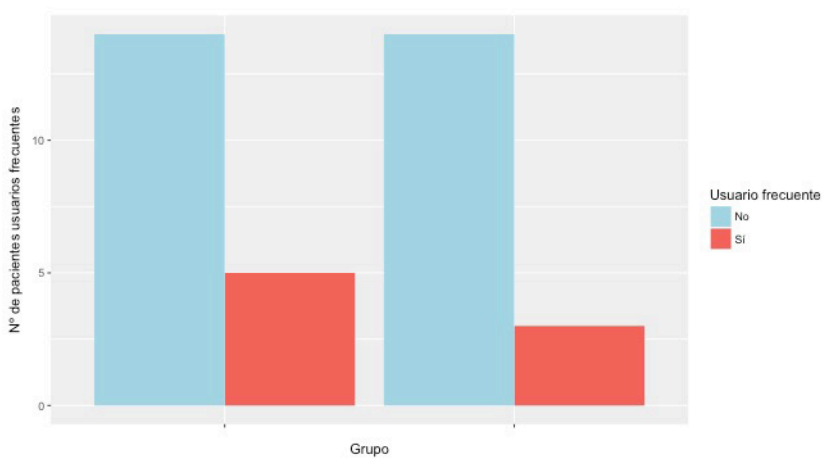


Figura 34.- Diagrama de barras de la prevalencia de usuarios frecuentes según grupos.

2.6.1. Incidencia de consultas

Se calculó el efecto crudo de la intervención sobre el número de consultas realizadas a demanda a los diferentes servicios públicos de salud.

Tabla 28. Efecto crudo de la intervención sobre el número de consultas

Variables	Media posterior del coeficiente de regresión (b)	Intervalo de Credibilidad al 95%	Probabilidad posterior $b > 0$
Grupo intervención	-2,3	-5,7 a 1	31%

Haber recibido la intervención disminuye en promedio 2,3 consultas a los servicios públicos de salud con un ICred95% de -5,7 a 1 y una probabilidad posterior de que esta diferencia sea menor que cero, es decir, que disminuyan el número de consulta, del 69%.

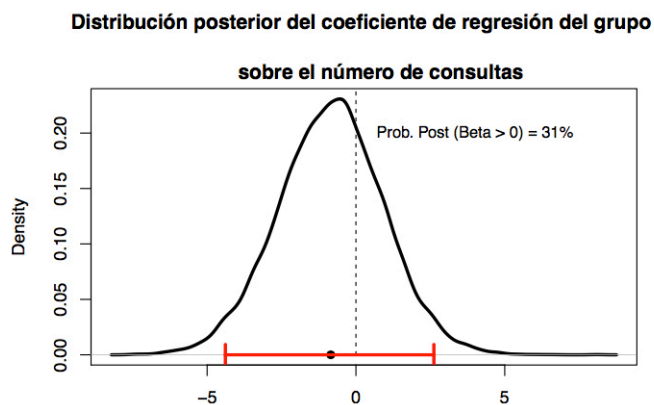


Figura 35.- Distribución posterior del coeficiente de regresión del grupo sobre el número de consultas.

2.6.2. Efecto de la intervención sobre el número de pacientes hiperfrecuentadores

Tabla 29. Descriptivo de los usuarios a demanda a los servicios sanitarios por grupos

Grupo N	Intervención 16	Control 15
Hiperfrecuentador	3 (9,7)	5 (16,1)
No usuario frecuente	13 (41,9)	9 (29)

Tabla 30. Efecto crudo de la intervención sobre la hiperfrecuentación (>11 consultas) a los Servicios Sanitarios

Variables	Media posterior del OR	Intervalo de Credibilidad al 95%	Probabilidad posterior OR > 1
Grupo intervalo	0,6	0,04 a 2,3	20%

OR: Odds Ratio.

Haber recibido la intervención multiplica por 0,6 la probabilidad de ser hiperfrecuentador a los servicios públicos de salud con un ICred95% de -5,7 a 1 y una probabilidad posterior de que esta diferencia sea menor que uno, es decir, no ser hiperfrecuentador, del 80%.

Distribución posterior de la razón de odds de la intervención sobre hiperfrecuentación

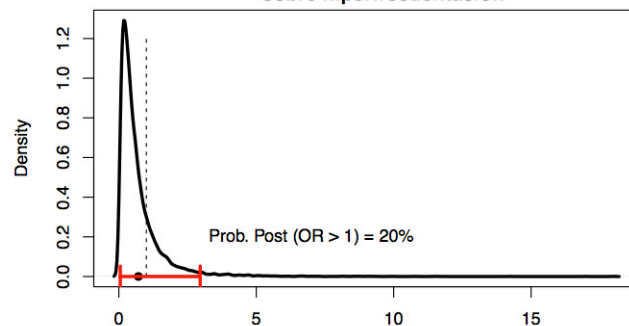


Figura 36.- Distribución posterior de la razón de odds de la intervención sobre la hiperfrecuentación.

Se ajustó el resultado por las covariables resultado del test de conocimientos generales de puericultura y lactancia y por el resultado del test de ansiedad STAI-E.

Tabla 31. Efecto de la intervención sobre ser hiperfrecuentador ajustado por resultado del test de conocimientos generales de puericultura y lactancia y del test de ansiedad STAI-E

Variables	Media posterior del OR	Intervalo de Credibilidad al 95%	Probabilidad posterior OR > 1
Grupo intervención	0,5	0,02 a 2,34	12,3%
Nivel de conocimientos	1,02	0,45 a 1,73	47,1%
STAI-E	1,3	1 a 1,73	97,6%

OR: Odds Ratio; STAI-E: State-Trait Inventory Test, subescala estado.

Haber recibido la intervención multiplica por 0,5 la probabilidad de ser hiperfrecuentador con un ICred95% de 0,02 a 2,34. La probabilidad posterior de que ese OR sea menor que 1, es decir, que la intervención sea efectiva en cuanto a no ser hiperfrecuentador, es del 87,7%.

El nivel de conocimientos no presentó efecto sobre ser hiperfrecuentador.

Por cada punto del STAI-E, se multiplica por 1,3 la probabilidad de ser hiperfrecuentador con una probabilidad posterior del 97,6% de que el OR sea >1.

2.6.3. Efecto de la intervención sobre usuario frecuente

Se calculó el efecto crudo de la intervención sobre ser usuario frecuente, es decir, haber realizado más de 9 consultas en el primer año de vida del lactante

Tabla 32. Número de usuarios frecuentes (>9 consultas)

Grupo N	Intervención 16	Control 15
Usuario frecuente n (%)	3 (9,7)	5 (16,1)
No usuario frecuente	13 (41,9)	10 (32,2)

Tabla 33. Efecto crudo de la intervención sobre ser usuario frecuente

VARIABLES	Media posterior del OR	Intervalo de Credibilidad al 95%	Probabilidad posterior OR > 1
Grupo intervención	0,6	0,07 a 2,31	16,6%

OR: Odds Ratio

La intervención multiplica la probabilidad de ser usuario frecuente por 0,6. Con una probabilidad posterior de que el OR sea >1 del 16,6%, es decir la probabilidad de que la intervención tenga efecto preventivo de ser usuario frecuente, es del 83,4%, con un I. Cred al 95% de 0,07 a 2,3.

Tabla 34. Modelo ajustado de regresión para usuario frecuente

VARIABLES	Media posterior del OR	Intervalo de Credibilidad al 95%	Probabilidad posterior OR > 1
Grupo intervención	0,6	0,1 a 2,5	16,2%
Nivel de conocimientos	1,2	0,7 a 1,95	66%
STAI-E	1,1	0,9 a 1,4	86%

OR: Odds Ratio; STAI-E: State-Trait Inventory Test, subescala estado

Haber recibido la intervención multiplica por 0,6 la probabilidad de ser usuario frecuente, con un ICred95% de 0,01 a 2,5. La probabilidad de que ese OR sea menor que 1, es decir, que la intervención sea efectiva en cuanto a disminuir la probabilidad de ser hiperfrecuentador, es del 83,8%.

El nivel de conocimientos no presentó resultados relevantes.

El STAI-E multiplica por 1,1 la probabilidad de ser hiperfrecuentador con un ICred95% de 0,9 a 1,4, y una probabilidad posterior del 86% de que el OR sea >1.



V.
DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

1 Perfil de las embarazadas estudiadas

La evidencia científica apoya los beneficios físicos, psíquicos y sociales que aportan los programas de educación maternal, para la madre y el niño. Sin embargo el porcentaje de mujeres que solicita participar en estos programas en nuestro país es bajo, entre un 26% y un 45%, a pesar de ofertarse en la cartera de servicios del sistema sanitario público con carácter universal y gratuito¹¹.

En este estudio se analizó el perfil de las primíparas del área sanitaria V de Asturias (Gijón) que acuden actualmente, y de manera voluntaria, a dichos programas de educación maternal impartidos por las matronas.

En cuanto a la edad media registrada, los datos de nuestra muestra coinciden con los de la encuesta de salud del Principado de Asturias⁹¹, donde las embarazadas son mayoritariamente mujeres maduras (el 76% supera los 30 años y el 38% los 35), siendo nuestra media de 34,3 años. Estos datos concuerda con los del Instituto Nacional de Estadística (INE), donde queda patente este retraso de la maternidad como un hecho instaurado, generalizado y progresivo respecto a décadas anteriores⁹². Por lo que, si los riesgos en el embarazo y la vivencia del mismo evolucionan con la edad, también deberían adaptarse nuestras intervenciones educativas.

En cuanto al nivel de estudios y la nacionalidad encontramos diferencias respecto a la encuesta realizada en Asturias⁹¹, con un mayor porcentaje de universitarias en nuestro trabajo (61,5% frente al 40%), y un menor porcentaje de extranjeras con un 5,7% respecto al 9,6% de la población asturiana.

Dichas diferencias podrían deberse a una menor adherencia a los cursos en colectivos extranjeros y de menor nivel educativo, como queda también reflejado en un estudio realizado en Granada donde se registró que sólo el 37% de las mujeres latinoamericanas, y menos del 12% en las demás procedencias realizan el curso de educación maternal⁹³. Estos datos, en contraste con los peores resultados obtenidos en el cuestionario aplicado para este colectivo, nos orienta hacia la necesidad de detectar las barreras que impiden su mayor participación y de intensificar la promoción de la educación prenatal en estos grupos.

Un 76% de las participantes eran mujeres activas laboralmente, dato similar al 80% del informe de salud del Principado⁹¹. Este elevado porcentaje nos hace considerar la necesidad de profundizar en estudios futuros sobre la identificación de aquellos trabajos incompatibles con los cursos de

preparación maternal, y de adaptar soluciones, como el modelo de visita pediátrica prenatal, sin dejar de difundir dentro del mercado laboral, la importancia de la conciliación familiar desde la etapa de cuidados prenatales.

Cabe destacar que el 24% de las participantes se declararon fumadoras habituales y un 17,3% aún mantenía el hábito en el tercer trimestre. Coincidimos con otros estudios donde aproximadamente el 30% fumaba previamente al embarazo y el 18% fumó durante toda la gestación^{94,95}. Parece que aunque existe tendencia al abandono espontáneo al inicio, persiste un elevado porcentaje que no logra deshacerse a pesar de la repercusión que ello conlleva sobre su salud y la del niño.

La exposición del feto al humo inhalado por la madre fumadora produce un riesgo significativamente superior de abortos espontáneos, embarazos ectópicos, de bajo peso al nacer y aumenta la probabilidad de morbilidad pre, peri y posnatal⁹⁶⁻⁹⁹. Los hijos de mujeres que fumaron durante el embarazo corren mayor riesgo de desarrollar trastornos de conducta. Así como estudios nacionales de madres e hijas han revelado que si la madre fuma durante el embarazo hay mayor probabilidad de que las hijas fumen y persistan en fumar^{96,97}.

Aunque medir el efecto de la intervención sobre el hábito tabáquico no era un objetivo de este trabajo, ya que precisaría de diseño específico y ampliado, hemos de reseñar que la intervención sobre el tabaquismo es considerada como el patrón oro de las intervenciones educativas¹⁰⁰, ya que es difícil identificar ningún otro condicionante de la salud que presente esta mezcla de letalidad, prevalencia y desatención, pese a que disponemos de tratamientos eficaces fácilmente disponibles¹⁰¹.

Por ello, y destacando los resultados de tabaquismo activo de nuestra población de estudio, parece conveniente continuar enfatizando la necesidad de formación e implicación de los profesionales de los servicios y programas relacionados con el embarazo parto y puerperio, así como de los servicios y programas relacionados con pediatría, ya que la evidencia científica ha mostrado beneficios en el consejo que los profesionales de enfermería y de medicina brindan a los pacientes para dejar de fumar¹⁰²⁻¹⁰³.

El consejo sanitario para el abandono del tabaco a la persona fumadora, inserto en la atención sanitaria rutinaria, es una de las intervenciones clínicas más coste-efectivas para promover el abandono del tabaquismo¹⁰⁴.

2 Conocimientos generales de puericultura y lactancia

Durante el tercer trimestre de gestación la madre parece mostrarse más sensible y receptiva a las recomendaciones que pueda recibir desde el sistema sanitario. Por ello es importante conocer el nivel de conocimientos en puericultura y lactancia adquiridos a lo largo del periodo de gestación, así como las dudas y problemas que perciben, ya que de ellos se derivarán los hábitos de vida que serán instaurados en el núcleo familiar.

Las preguntas que en nuestro estudio fueron erradas por más de un 50% de las participantes correspondieron a la causa más frecuente de fiebre en el lactante menor de un año, la temperatura axilar que se considera fiebre, el ritmo de deposiciones del recién nacido y el número de controles del pediatra en el primer mes. La frecuencia de dichos errores es relevante si se considera que dos de los motivos más frecuentes de consulta en niños menores de un año son los cuadros febriles y la alteración de las deposiciones, alcanzando entre ambas hasta el 50% de las consultas a demanda^{105,106}.

Obtuvimos buenos resultados en cuanto a conocimientos generales en lactancia, superando el 70% de acierto en todas las preguntas. Disponemos de poca información de trabajos nacionales con la que contrastar nuestra experiencia en cuanto a nivel de conocimientos en este momento de la gestación, pero analizando las preguntas más falladas, estimamos que la orientación y refuerzo sobre la recomendación de la LM exclusiva hasta los 6 meses junto con las prácticas aceptadas como deseables sobre complementos, podrían ser las que resulten más útiles en este periodo.

Estos datos, junto con la intención del 88% de las madres de dar inicialmente LM, contrastan con que el porcentaje de madres que inician y mantienen LM siga siendo muy inferior al objetivo propuesto por los diferentes organismos e instituciones. Estos datos coinciden con otros estudios como el realizado por Baño Piñero *et al.*¹⁰⁷ en Murcia, donde el porcentaje de intención de lactar alcanzaba el 97,8% sin lograr mantener posteriormente la misma tasa de éxito en instauración y mantenimiento. Aunque prácticamente el 100% de estas madres planeaban dar LM, un 40% de ellas refirieron uso de suplementos de leche artificial o suero glucosado en la planta de maternidad sin que se lo hubiera indicado el pediatra.

También acorde a los resultados de dicho estudio, destaca en nuestra población la influencia positiva de la matrona referida como fuente principal de información, siendo las otras dos fuentes principales los familiares y la información accesible en Internet.

La denominada e-salud referida a la práctica de cuidados sanitarios y apoyada en las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)¹⁰⁸ forma ya parte de la realidad sanitaria¹⁰⁹. Según los datos de Eurostat el 49% de los internautas de 16 a 74 años recurriendo al buscador Google en 2016 en busca de asesoramiento médico, un 30% más que hace 10 años¹¹⁰. Estamos ante una nueva generación de consumidores de salud informados que usan Internet y otras tecnologías de la información y la comunicación para mejorar su estado de salud o el de otras personas¹¹¹.

Es necesario entender mejor el acceso a las TICs y el uso y preferencias de nuestras gestantes¹¹², ya que se presenta como un valioso recurso infra explotado que ya empieza a ser analizado por otros investigadores¹¹³. Un manejo adecuado podría reportar una mejora en su salud, un impacto visible en la toma de decisiones sobre su maternidad, así como facilitar un uso más apropiado y eficaz de los servicios asistenciales¹¹⁴⁻¹¹⁷.

En un estudio realizado en la Universidad de León¹¹⁸, el 95,3% de las mujeres utilizaban Internet para recabar información sobre su embarazo, fundamentalmente para ampliar información sobre el desarrollo fetal (77,6%) seguido de síntomas del embarazo y etapas del parto.

Coincidiendo con nuestro estudio admiten tener más confianza en la matrona, sin embargo en nuestra población confían más en los amigos que en los obstetras. Esta posición de confianza depositada en los amigos sí coincide con un estudio realizado también en Asturias en 2012, donde la familia, el médico de atención primaria y los amigos son declarados como los principales medios a los que se recurre en caso de dudas sobre salud, mientras que Internet en aquel momento aún era referido en cuarto lugar¹¹⁹.

Otros motivos de búsqueda en Internet parecen ser la necesidad de un mayor conocimiento sobre el tema así como su utilización para prepararse la reunión con los profesionales sanitarios y buscar una segunda opinión¹²⁰⁻¹²². En un estudio realizado en Sevilla en el que se seleccionaron 31 referencias entre el año 2000 y 2014, se objetivó que avanzamos hacia un nuevo rol de la matrona como gestora de información, existiendo una valoración positiva del efecto de las TICs sobre matronas y gestantes.

De ahí que los profesionales de la salud debiéramos ser capaces de guiar a las mujeres embarazadas en una búsqueda de información de calidad a páginas de Internet que cumplan una serie de requisitos como la autoría reconocida, la actualización de la información, la objetividad o el certificado mediante el sello de calidad pertinente¹²⁴ para posteriormente discutir esa información con las mujeres. No se trata sólo del suministro de información sino de dar oportunidad al intercambio de la misma¹²⁵, recordando que las nuevas tecnologías son un medio y no un fin en sí mismas.

Se buscaron factores asociados a las puntuaciones del test de conocimientos, obteniendo significación estadística en el origen de la madre, puntuando las españolas casi 3 errores menos que las extranjeras, y 2,6 errores menos las que poseían estudios universitarios. El embarazo planificado también arrojaba mejores puntuaciones, así como la matrona que impartió el curso, por lo que se constata que la calidad de los mismos repercute en una mejor preparación teórica de las madres.

Cabe reseñar que el plan de LM obtuvo significación estadística en el análisis bivalente, pudiendo estar relacionado con el hecho de que las madres mejor informadas son más proclives a amamantar¹⁰⁷, aunque en el análisis multivariante perdió su significación.

3 Nivel de ansiedad

Las embarazadas son biológicamente vulnerables a trastornos psicopatológicos, tanto por cambios hormonales como psicosociales. Un metaanálisis realizado en países desarrollados calcula un 7,4, 12,8 y 12% de afectación durante el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente¹²⁶, y hasta el 16% en el posparto¹²⁷. En nuestra muestra, hasta el 23,1% de este colectivo joven ya contaba con antecedentes de ansiedad y/o depresión. Dato bastante superior al reflejado por la encuesta nacional de salud de 2017 donde el 9,1% de las mujeres mayores de 15 años refiere padecer ansiedad crónica y el 9,2% depresión¹²⁸.

El STAI-E preparto reflejó un tercio de embarazadas con ansiedad leve, un 13,5% moderada, y un 3,9% grave. Probablemente nuestros resultados mostrasen porcentajes mayores en población general pues fue criterio de exclusión el embarazo de riesgo, el 94,2% refirió haber planificado su embarazo, y prácticamente todas poseían un nivel socioeconómico medio-alto. Dichas circunstancias excluidas están asociadas a una mayor ansiedad gestacional¹²⁹.

Se quisieron conocer otras variables implicadas y en el análisis multivariante se hallaron fuertes asociaciones con los antecedentes psicopatológicos, el hábito tabáquico, y la matrona con la que se realizó la preparación. Dado que tabaquismo y ansiedad se manifiestan fuertemente asociados, podrían ser atendidos conjuntamente. La evidencia científica apoya el tratamiento cognitivo conductual como primer abordaje en embarazadas y lactantes¹³⁰, el cual podría ofrecerse desde Atención Primaria evitando implicaciones farmacológicas o de segundo nivel asistencial.

El haber recibido LM de sus madres se asoció a menores niveles de ansiedad, quizá en relación a un mejor desarrollo madurativo psicoemocional de quienes recibieron LM, como se ha registrado en el estudio de Cable *et al.*¹³¹ o quizá a la influencia educacional de la madre de la gestante, con

experiencia en lactancia, que las asesora, disminuyendo su ansiedad anticipatoria hacia esa esfera de la futura maternidad.

Aunque no disponemos de suficientes datos en la literatura con la que contrastar este dato antenatal, podría apoyarse esta interpretación en otros estudios como uno realizado en Londres en el que se evidencia que el hecho de ver y conocer a gente que ha tenido una LM satisfactoria es un factor influyente tanto para el inicio como para el mantenimiento de la LM¹³². La guía NICE y la revisión para Up To Date de Schanler, recomienda el contacto con madres con experiencia positiva en LM de forma antenatal para mejorar la motivación, de manera primordial, en aquellas mujeres que no tienen contacto con mujeres que practican LM^{11,133,134}.

4 La visita pediátrica prenatal

Para la segunda parte de este estudio se diseñó un modelo de visita pediátrica prenatal, basado en aquellos que han demostrado mejoras en la relación padres-pediatra, en la tasa de LM y en la disminución del número de visitas a urgencia (nivel de evidencia 1, fuerza de la recomendación A)¹³⁵⁻¹⁴³. Se decidió incluir en ella a los familiares ya que fue a una de las fuentes principales de consulta referidas.

Aunque cada vez más estudios avalan cambios de conducta como resultado del consejo breve¹³⁶, los resultados teóricos deben ponderarse en función de la autonomía que adquieren las madres que reciben dicha preparación, no sólo en cuanto a instauración y mantenimiento de la LM^{137,138} sino también sobre los cuidados, generando menos consultas a demanda gracias al empoderamiento para la toma de decisiones basadas en una información pertinente y de calidad.

En sus revisiones sistemáticas, Jiménez Sesma *et al.*¹³⁹ y Schanler²⁵ enfatizan que el apoyo y la información por parte del personal sanitario en etapas tempranas del embarazo es muy importante para influir en la decisión y en la motivación hacia la LM.

El comité de la Asociación Española de Pediatría²⁸ sobre lactancia, la OMS²⁶, la Comisión Europea en su Plan estratégico para protección³⁷, promoción y apoyo de la LM en Europa, recomiendan como medida para favorecer el inicio y mantenimiento de la LM, distribuir entre los padres una guía de los problemas más frecuentes, puesto que puede mejorar los porcentajes de continuación de la lactancia. En base a ello se apoyó la consulta con material informativo en papel, recogiendo los principales conceptos de puericultura y aspectos fisiológicos del recién nacido. Así como ventajas para la madre y el niño de la lactancia materna.

Una vez realizada la intervención quisimos medir el efecto de la misma sobre las diferentes variables de estudio: conocimientos teóricos, lactancia, psicopatología postparto y consultas a demanda. De manera que también pudiésemos medir el efecto de la intervención a corto, medio y largo plazo sobre diferentes resultados en salud.

5 Evolución del parto por grupos

La OMS recomienda seguir una pauta de asistencia al parto de forma más humanizada, no medicalizada, ni intervencionista, respetando los derechos de la mujer¹⁴⁴. En España, desde el año 2007, el Ministerio de Sanidad para dar respuesta a esta demanda de la sociedad y cumplir con las recomendaciones de la OMS puso en marcha una estrategia para fomentar la atención del parto de baja intervención¹⁴⁵.

En nuestra muestra todas las participantes dieron a luz en el mismo hospital de referencia del área y ninguno de sus recién nacidos sufrieron una pérdida de peso mayor del 10% durante el ingreso que justificase un suplemento de leche artificial.

En el grupo intervención hubo menos partos naturales, y más instrumentales, sin embargo sólo se llegó a una cesárea, frente a las seis cesáreas del grupo control, lo cual concuerda con la revisión Cochrane de 2011¹⁴⁶ donde se asociaban menor tasa de cesáreas en embarazos de bajo riesgo tras las clases de preparación. A la luz de los resultados sería razonable pensar que la visita pediátrica prenatal aporta un beneficio a este respecto.

De igual manera, menos madres del grupo intervención precisaron epidural, y la media de horas de bolsa rota fue menor. Hubo una importante diferencia en cuanto a las madres que realizaron piel con piel, triplicando el número en el grupo intervención, y siendo menor el número de madres que recibieron complemento de lactancia artificial en el hospital. Estos beneficios también han sido asociados a la educación maternal con la probabilidad que ello conlleva de aumentar la probabilidad de lactar y una mayor conducta de apego^{141,147,148}.

Aunque el objetivo de la intervención pediátrica prenatal no contemplaba hablar específicamente sobre los pormenores del parto, ya que es un tema ampliamente abordado en los cursos de la matrona, ni tampoco se pudo introducir la variable en el modelo estadístico, parece que la intervención también apunta beneficios a este respecto. Cabe destacar que otros estudios reportados señalan que aquellas mujeres que tuvieron apoyo continuo tienen resultados significativos en términos de reducción en la tasa de cesáreas, partos instrumentalizados, menos anestesia, episiotomía, uso de oxitocina y mayor tiempo de apego¹⁴⁰.

Todos los elementos del parto, el postparto inmediato y la atención durante el ingreso son claves para un buen desarrollo de la correcta instauración y mantenimiento de la lactancia materna. Sin que ninguno de ellos suponga una condición *sine qua non* para que el siguiente paso se instaure, parece que el tipo de parto y su evolución, realizar contacto piel con piel y la no necesidad de suplementos de leche artificial, obtuvieron mejores resultados en el grupo intervención, lo cual también apoya una mejor consecución de lactancia materna al alta, coincidiendo con la literatura médica¹⁴¹.

En la atención de 2º nivel asistencial no suelen ofrecerse actividades protocolizadas de apoyo a la lactancia, y los diferentes intentos de formación del personal de salas de hospitalización de púerperas y las iniciativas del Hospital Amigos de los Niños no han obtenido los resultados deseados⁶. Esta acreditación es concedida por OMS/UNICEF a hospitales que tras ser evaluados cumplen objetivos del 75% de LM al alta en la maternidad y aplicación de los 10 pasos que gozan de evidencias científicas para promover en frecuencia y duración la LM (Anexo 7).

Gamboa *et al.*¹⁴² evidencian que el apoyo del personal sanitario es un factor influyente a la hora del inicio y mantenimiento de la LM, el cual es valorado por las mujeres a un nivel igual al del apoyo familiar. Por ello es importante promover este apoyo en las etapas críticas de decisión del tipo de nutrición que recibirá el lactante.

6 Modificación de la puntuación de los cuestionarios de puericultura y lactancia

Es complejo medir la efectividad de una intervención educativa, ya que aunque se mida el resultado de un cuestionario, es relevante preguntarse hasta qué punto la teoría adquirida realmente se traduce en un cambio de actitud, como ya se ha expuesto anteriormente. Sin embargo, sin adquirir los conocimientos, difícilmente se desarrollarán comportamientos y actitudes acordes a las recomendaciones sanitarias. Es por ello que se quiso registrar el cambio de puntuación entre cuestionarios previo y posterior al parto, de manera que pudiésemos evaluar la efectividad de la visita pediátrica prenatal en cuanto a aprendizaje teórico por parte de las madres.

Objetivamos en el grupo intervención mejores puntuaciones respecto a las previas obtenidas, pues la diferencia de medias de errores de conocimiento del grupo intervenido fue de 2,9 frente a 1,6 del grupo no intervenido, con una elevada probabilidad de que esta diferencia hallada entre grupos sea mayor que cero. Es decir, existe una elevada probabilidad de que la intervención reafirme y modifique positivamente los conocimientos de puericultura de las embarazadas, gracias a la oportunidad que supone compartir la información bidireccionalmente con el pediatra.

Si bien los resultados son favorables, hablamos de una magnitud poco relevante ya que se trata de una pregunta de diferencia con un intervalo que alcanza en su máximo las 3 preguntas. Esto podría deberse a que ya de inicio el margen de mejora era escaso (apenas 4 puntos), pues los cursos se mostraron de alta calidad, obteniendo las embarazadas un buen nivel de conocimientos ya previo a la realización de la intervención.

Por ello, objetivando la efectividad de la intervención en cuanto a la mejora de la puntuación se podría plantear, para estudios futuros, dirigirla a aquella población de embarazadas que no pueda asistir al curso, tengan menor nivel educativo, que lo finalicen con más dudas conceptuales, o incluso quienes cumplimenten el test voluntariamente y no alcancen unas puntuaciones adecuadas. Sería necesario detectar ese subgrupo de la población que pudiera sacar mayor rendimiento a nivel conceptual, el cual traducir después en mayor y mejor autonomía, seguridad y prácticas más saludables.

Esto coincide con los hallazgos de la revisión sistemática de Wong *et al.*¹⁴³, realizada mediante la guía PRISMA sobre 19 estudios, observan que la educación prenatal en LM es especialmente útil cuando ésta se realiza en mujeres con bajo nivel educativo mediante consultas individuales.

7 Modificación de la puntuación de los cuestionarios de ansiedad

Parte de la complejidad de valorar el resultado de una intervención educativa sobre los niveles de ansiedad radica tanto en la herramienta de medida utilizada, como en la etiología multifactorial de la ansiedad. Es razonable pensar que una intervención en una sola sesión no puede corregir ni compensar otros muchos factores determinantes de la misma, ni pretender un efecto que perdure a corto, medio y largo plazo.

Como ya se ha hecho referencia, cada decisión que la paciente afronta afecta al resultado de las consecutivas, por lo que debería de valorarse el efecto de una intervención como parte de un conjunto, donde se persigue un resultado final lo más beneficioso posible, tanto para la madre y el niño, como para la población y el sistema sanitario.

La importancia de la ansiedad materna perinatal ya ha sido reseñada⁶⁸⁻⁷³, sobre todo por aumentar la probabilidad de psicopatología postparto de la madre, mayores dificultades para una lactancia materna satisfactoria y mayor inseguridad repercutiendo en mayor uso de los servicios sanitarios.

Es por ello que se decidió evaluar el cambio de puntuación sobre el STAI-E, un test que reflejase la ansiedad en el momento de la evaluación, tanto previo como posterior al parto.

La puntuación media fue muy similar entre grupos tanto antes como después, disminuyendo de media 4 puntos en ambos grupos. No se objetivaron diferencias reseñables por efecto de la intervención aunque cabe destacar que parece haber una menor dispersión de puntuaciones en el grupo intervenido, con ausencia de valores que determinen una ansiedad grave en el grupo que recibió la intervención, frente al que no la recibió.

Por el momento en el que fue cumplimentado el cuestionario postparto entendemos que esta disminución se debe de manera global a la desaparición de una de las preocupaciones principales de las gestantes que es el momento del parto. Sin embargo, el hecho de una menor dispersión de los resultados apunta a un mejor control de aquellos casos de mayor riesgo, que no responden a una ansiedad natural acorde al proceso, sino a una preocupación exacerbada que puede devenir en lo patológico.

Entendemos que el STAI presenta limitaciones como screening, pero nos deja traslucir que la intervención parece tener mejores resultados sobre aquellas pacientes con puntuaciones superiores que reflejan peores niveles de ansiedad. Deberían ampliarse estudios sobre esta esfera de la salud perinatal y valorar otras escalas de medida que pudieran afianzar el resultado en términos de coste-efectividad de la visita pediátrica prenatal en pacientes con sospecha de mayores niveles de ansiedad prenatal.

8 Psicopatología del postparto presentada por la madre a lo largo del año de seguimiento

Se sabe que el postparto es una etapa de importantes dificultades psicopatológicas. La primiparidad no se ha registrado como un factor determinante para la presencia de depresión postparto²⁵, pero diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único, y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte que en el caso del segundo o el tercero³⁸.

Esta entidad clínica es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año tras el parto²⁵. Y posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica.

Reconociéndose su etiología multifactorial, en la que están implicados tanto los cambios hormonales como las susceptibilidades específicas de las pacientes en este periodo, existen también otros factores de riesgo involucrados en la génesis de depresión postparto. Según Pérez y

cols⁶³, la actitud negativa hacia el embarazo, los antecedentes de patología en el embarazo, parto por cesárea, ansiedad y depresión prenatal, antecedentes personales o familiares de depresión mayor y el embarazo no deseado, son factores que pueden desencadenar una depresión posparto. De igual forma deben considerarse otros factores que pueden tener influencia sobre la aparición de depresión puerperal como las edades extremas, antecedentes de tensión premenstrual, tipo de trabajo, nivel sociocultural, expectativas personales, complicaciones del parto, grado de apoyo social y emocional por parte de sus allegados, y la mala relación entre la pareja¹⁴⁹.

En nuestro estudio quisimos conocer qué madres, a lo largo del primer año, habían precisado asistencia médica por dicho motivo, y quisimos relacionarlo con la información recogida previa al parto que pudiera ser relevante. Se decidió no pasar un test diagnóstico ya que incurriríamos en un sesgo temporal, perdiendo aquellas pacientes que hubiesen desarrollado la patología antes o después de la recogida del cuestionario. También se consideró relevante que la clínica no sólo cumpliera criterios diagnósticos sino que promoviese la demanda asistencial por parte de la paciente.

Una vez revisadas las historias al año del parto, contamos un total de tres participantes con psicopatología del postparto, todas ellas pertenecientes al grupo que no recibió la intervención. Ninguna de ellas contaba con antecedentes previos de ansiedad y/o depresión. En principio, al analizar dicho resultado estadísticamente, se podría concluir que haber recibido la intervención reduciría en un 100% la probabilidad de consultar a su médico de atención primaria por psicopatología del postparto durante el primer año de vida. Se debería confirmar la magnitud de esta diferencia entre grupos con una muestra mayor, pues es razonable pensar que el efecto no llegaría a alcanzar una protección completa del desarrollo de la patología aunque sí parece tener un efecto preventivo relevante sobre la misma.

Hallamos también una importante asociación con el hecho de ser fumadora, que multiplica por 12 la probabilidad de psicopatología postparto con una probabilidad posterior del 70%, por lo que de nuevo reafirmamos la necesidad de intervenir sobre el tabaquismo en esta población y reflejarlo como un antecedente que pueda estar relacionado con una ansiedad subyacente.

La puntuación del STAI-E multiplicó por 0,9 la probabilidad de padecer sintomatología con un 88% de probabilidad posterior. Es decir a mayor puntuación de ansiedad obtenida en el tercer trimestre de gestación, mayor probabilidad de desarrollo de psicopatología postparto.

Sin embargo analizando las tres pacientes a este respecto, encontramos diferencias entre ellas, con puntuaciones previas del STAI de 5, 18 y 23 puntos, con cambio en el postparto a 16, 15

y 22 respectivamente. Si bien es cierto, que podría decirse que el STAI tiene sus limitaciones como herramienta predictiva, sí que concuerda en el postparto donde las tres pacientes obtienen puntuaciones similares y superiores a la media del STAI en el postparto de ambos grupos.

Los resultados de este estudio apoyan a otros similares, como el ensayo clínico¹⁵⁰ que incluyó 37 mujeres en varias sesiones en grupos de terapia interpersonal, de forma profiláctica en mujeres con factores de riesgo, objetivando que podrían reducir la incidencia de depresión mayor en los tres primeros meses del postparto.

9 Instauración y mantenimiento de la lactancia materna

El inicio y mantenimiento de la LM es un proceso sensible a las influencias externas que pueden provocar un fracaso en muchas mujeres que desean amamantar. La mayoría de las mujeres toman la decisión en el primer trimestre o antes incluso de quedarse embarazadas o previo a cualquier contacto con servicios materno-infantiles, aunque muchas se deciden al final del embarazo y unas pocas después del parto¹³⁹. La intención de realizar LM es un factor determinante a la hora de iniciar ésta, y en especial en relación a la duración de la LM exclusiva¹³. En nuestro estudio el 88,5% de las madres estudiadas tenían intención de amamantar con una distribución similar en ambos grupos.

Se han registrado en la literatura médica factores favorecedores de la lactancia materna como son la edad, experiencia previa, nivel de educación, decisión sólida previa al parto, apoyo familiar, parto eutócico, multiparidad, educación maternal sobre LM, ambiente favorable hospitalario, vivencia favorable del embarazo. Y factores desfavorables como el tabaquismo, la incorporación de la madre al trabajo, cesárea, enfermedad materna o neonatal, prematuridad, prácticas hospitalarias erróneas, ofrecimiento de biberones, falta de información y apoyo prenatal y postnatal a la madre y familiares, prácticas y rutinas inadecuadas en las maternidades, en atención primaria y otros ámbitos de la atención sanitaria; escasa formación de los profesionales y las autoridades sobre LM, escaso apoyo social y familiar de la madre que amamanta, utilización inapropiada de la publicidad de sucedáneos de leche materna en instituciones sanitarias y fuera de las mismas, la visión social de la alimentación con biberón como norma en medios de comunicación, en publicaciones para padres y en libros infantiles, la distribución de muestras de leche artificial tetinas o chupetes en centros de salud, maternidades, farmacias y comercios, escasez de medidas de apoyo a la madre lactante trabajadora en sus lugares de trabajo, algunos mitos sociales y el temor a la pérdida de libertad de la mujer que amamanta^{2,36-38,40-44}.

Prevenir, revisar, educar y ofrecer apoyo para controlar el efecto de dichos factores precisa de una asistencia multidisciplinar de promoción y apoyo tanto en atención primaria como en la atención hospitalaria. El diseño de la intervención en el último trimestre, completada ya la educación maternal de la matrona, y previo al ingreso hospitalario tras el parto, pretende ser un enlace de continuidad entre los niveles asistenciales en un momento crítico de toma de decisiones.

Uno de los resultado más relevantes obtenidos en este estudio fue el efecto de la intervención sobre la consecución de la lactancia materna exclusiva. Encontramos importantes diferencias entre grupos al alta hospitalaria donde catorce madres del grupo intervención lograron la lactancia materna exclusiva frente al grupo control donde sólo se registraron nueve. Así como sólo una madre del grupo intervención fue dada de alta con lactancia artificial, frente a las tres del grupo control. El efecto de la intervención se mantuvo con los mismos resultados y la misma distribución durante el primer mes, con una diferencia de proporciones de 0,3 y una probabilidad de que esa diferencia de proporciones sea mayor que cero del 98,5% y al mes del 98,3%.

Estos resultados concuerdan con diversas revisiones sistemáticas como las realizadas por Martínez-Galán *et al.* de 83 trabajos realizados sobre 2.135 mujeres donde se refleja que la educación prenatal en LM mejora sus tasas de inicio y mantenimiento⁴³. La revisión Cochrane sobre la educación prenatal en LM para aumentar su duración, tras analizar 17 trabajos sobre 7.131 mujeres, evidencia que el asesoramiento por pares aumenta de manera significativa su instauración¹⁵¹. Y en la revisión sistemática realizada por Dyson *et al.*¹⁵² sobre los factores para favorecer el inicio de la LM se observó que tras analizar 8 ensayos aleatorios con un total de 1.553 mujeres se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre la educación materna y el inicio de LM.

El establecimiento de la LM al alta hospitalaria tras el parto está relacionado con la información recibida en la atención prenatal, que puede condicionar de manera decisiva la motivación de la madre⁶. Pero se debe tener en cuenta que el impacto de las intervenciones sobre iniciación y duración de la lactancia es significativo sólo cuando las prácticas habituales de la madre y su entorno familiar y sociolaboral son compatibles con lo que se está enseñando¹⁵³.

Los cambios socioeconómicos y del modelo laboral agravan las dificultades a las que se enfrentan las familias para alimentar y cuidar de forma adecuada a sus hijos. Aumenta el número de familias que dependen de empleos no estructurados o intermitentes, con ingresos variables y prestaciones de maternidad escasas o con repercusiones empresariales al solicitarlas. Al mismo tiempo, la estructura familiar y de apoyo de la comunidad se están erosionando así como los recursos destinados al apoyo de los servicios de salud¹.

En nuestro estudio la duración de la lactancia materna exclusiva, se igualó al 4º mes en ambos grupos y se aproximaron también el número de madres con lactancia mixta y artificial, con una diferencia de una madre más con ambos modelos de lactancia en el grupo control. El descenso de lactancia materna siguió una distribución similar progresiva en ambos grupos, donde parece que el éxito de la misma viene determinado por otras variables, y la intervención pierde su efecto.

Este descenso concuerda con los motivos esgrimidos para el abandono de la lactancia. El más referido fue la incompatibilidad con el trabajo, que argumentaron 11 madres (28,2%) y la hipogalactia o retirada natural de la leche referido por 7 madres (17,9%). Ambos con una distribución similar en ambos grupos. En estudios como el de Oribe *et al.*⁴¹ se refleja que, para las trabajadoras, la falta de apoyo en el trabajo es la barrera más importante para no poder seguir con la lactancia materna exclusiva, siendo el motivo laboral (31,1%) y la hipogalactia (19,4%) las principales razones señaladas. En este estudio no se registró si la hipogalactia fue un diagnóstico médico o una percepción de la madre, pero se estima que sólo en un 5% de los casos tal percepción se corresponde con la realidad. Habitualmente se debe a que el lactante, a medida que crece, tiene más destreza para la succión, por lo que necesita menos tiempo para tomar la misma cantidad^{153,154}. Este último motivo, junto con la concepción prenatal sobre la lactancia materna exclusiva (el interés y la confianza de la madre, entre otros), podrían llegar a tener más impacto que las variables sociodemográficas¹⁵³.

En nuestro estudio sólo dos madres argumentaron que fue una decisión personal, siendo nueve las que refirieron motivos como la creencia de que pasaba hambre, mal agarre, fallo de medro, presencia de frenillo lingual, problemas de la madre o el bebé en el postparto o rechazo del pecho del lactante, sumado a la hipogalactia referida anteriormente o la decisión personal. Estudios como el de Díaz-Gómez *et al.*¹⁵⁵, realizado sobre madres españolas, reflejó como principales causas para elegir lactancia artificial la incorporación al trabajo (33,8%) seguido de la falta de recomendaciones y apoyo de los profesionales sanitarios (32,4%), quienes podrían solventar, con educación sanitaria, los problemas esgrimidos anteriormente.

A pesar de que en los últimos años ha habido un repunte en la LM nacional¹⁵⁴, en Asturias la prevalencia de LM exclusiva al alta hospitalaria es del 33% y al 4º mes del 28%, cifras notablemente inferiores a las obtenidas en otras regiones⁹¹. Teniendo en cuenta que hasta el 4º mes la incorporación laboral no debería ser un impedimento gracias al descanso maternal, deberíamos revisar la eficacia del apoyo sanitario, ya que brindar seguridad y confianza, es un factor determinante a la hora de continuar con la lactancia materna exclusiva, con especial atención a las madres de un menor nivel educativo y difícil acceso a la información⁴¹.

Por otro lado, en contraste con las bajas cifras de lactancia materna en los primeros meses, se registraron 6 madres que no habían abandonado la lactancia materna complementaria al resto de la nutrición a los 12 meses, correspondiendo 5 de ellas al grupo control. Sería interesante analizar estos datos en estudios que profundizasen en el modelo laboral, ya que si uno de los motivos principales de abandono de la lactancia, fue la incompatibilidad con el trabajo, es posible que una vez superada la barrera de las dificultades personales en relación a la adaptación y aprendizaje de los primeros meses, así como los miedos anticipatorios a la ganancia ponderal del lactante que puede suponer una interpretación de hipogalactia por parte de la propia madre, la lactancia prolongada sea más asequible para aquellas mujeres cuyo modelo familiar y laboral les permita seguir practicándola.

Entre las medidas para hacer frente al problema del abandono de la lactancia por la reincorporación laboral están las salas de lactancia para que las madres puedan sacarse la leche, impulsar la flexibilidad horaria o la reducción de jornada, disponer de guarderías adjuntas al trabajo, o incluso teletrabajo. Estas medidas no sólo son beneficiosas para la madre y su hijo, sino también para la propia empresa, ya que durante el primer año de vida los niños amantados con leche materna presentan una reducción de hasta un 50% en la morbilidad característica de esta etapa de la vida, con lo cual se reduce el absentismo laboral de sus progenitores^{41,155,156}.

En cuanto a la responsabilidad del Sistema Sanitario, la LM sigue siendo la mejor intervención coste-efectiva sobre la salud del individuo, por lo que se debería considerar un objetivo prioritario de salud pública y no un estilo de crianza^{24,157}, donde todo esfuerzo será necesario para apoyar a las madres en su consecución, diseñando aquellas intervenciones que mejor se adapten a las necesidades de la población actual, y al mismo tiempo no interfieran en el trabajo asistencial de los profesionales sanitarios.

10 Uso a demanda de los Servicios Públicos de Salud

El hiperfrecuentador pediátrico viene definido en la literatura como aquél que consulta en urgencias como primera opción, por procesos generalmente poco urgentes y que no requieren intervenciones diagnóstico-terapéuticas de forma sistemática¹⁵⁸. Las reconsultas además constituyen un número importante de estas visitas, se caracterizan por precisar más intervenciones y son fuente de más ingresos hospitalarios¹⁵⁸.

No existe consenso a la hora de cuantificar cuántas consultas se consideran adecuadas de media en un niño con una evolución de salud dentro de los estándares de la normalidad, pero se

sabe que el número de hiperfrecuentadores en población pediátrica es discretamente superior al reportado en población adulta (0,4% de la población, 2,6% de las consultas)¹⁵⁹⁻¹⁶⁰. Rivas *et al* definen al frecuentador como aquel que realiza más consultas que la media de su estudio y al hiperfrecuentador como el paciente que realiza 10 o más en su periodo de estudio de un año¹⁵⁸.

En este trabajo se realizó un análisis descriptivo de las consultas que realizaron los hijos de las madres que fueron estudiadas durante el primer año de vida. En nuestro estudio, ocho de las pacientes estudiadas (25,8%) fueron usuarias frecuentes según la descripción de haber realizado 9 o más consultas a demanda. Seis madres (19,4%) respondieron a la condición de hiperfrecuentadores con 11 o más consultas a demanda en el año de seguimiento.

Desglosando por el tipo de asistencia objetivamos que 14 madres acudieron a urgencias hospitalarias entre 1 y 4 veces en el año estudiado. Los rangos de consultas a demanda al centro de salud variaron entre 2 y 19 consultas al año.

El registro de las consultas a demanda realizadas al centro de salud del grupo completo obtuvo una media de 6,6 visitas y en cuanto a las consultas totales, sumando las hospitalarias, una media de 7,6. Los tres procesos más habituales de consulta fueron los procesos respiratorios, digestivos y dermatológicos, coincidiendo con la literatura¹⁶¹.

Se han publicado estudios en otros países donde se ha encontrado una asociación entre el número de consultas no rutinarias realizadas y la probabilidad de síntomas depresivos en la madre¹⁶². En un estudio en Singapur se relacionó con realizar 3-4 consultas¹⁶³, en España con un ratio de más de 6 consultas a urgencias durante el primer año de vida del lactante⁵³.

Recientemente se publicó un estudio realizado en Valladolid sobre 202 gestantes en el cual se objetivó que las gestantes primerizas y de mayor nivel educativo fueron las que más acudían a las sesiones de intervención ofertadas por los autores. Y se demostró una reducción de 1,5 consultas pediátricas por los motivos estudiados en el grupo intervención respecto al control, mejorando el nivel de adecuación de la consulta en un 16,3%¹⁶⁴.

Uno de los objetivos de este estudio era evaluar si una intervención educativa como la implementada es capaz de modificar ese hábito de consulta y empoderar a los cuidadores para resolver satisfactoriamente procesos banales no urgentes. Dado que la madre no es necesariamente la cuidadora única, se animó a acudir a la visita pediátrica prenatal acompañada del que fuera a ser el segundo cuidado principal, para resolver las principales dudas de puericultura y procesos fisiológicos del recién nacido.

El análisis crudo objetivó que haber recibido la intervención disminuye de promedio 2,3 consultas a demanda a los servicios públicos de salud, lo cual parece apoyar, aunque con una probabilidad menor a la deseada, lo que otros estudios reflejan como una de las principales causas de la utilización inadecuada de la urgencia hospitalaria, que consiste en la falta de educación sanitaria¹⁴⁴.

Quizá pueda parecer poco relevante hablar de dos consultas de promedio, pero es importante reseñar que se trata sólo de un año de seguimiento, y que no se ha podido registrar si ese efecto se mantiene en los años consecutivos ni si es mayor en otros colectivos más vulnerables que no hayan cursado la preparación maternal. Los datos del Boletín Oficial del Principado de Asturias (BOPA) a 2019 estiman los costes de la consulta médica en Atención Primaria en primera consulta en 58,97 euros y sucesivas en 29,49, ascendiendo a 70,74 y 35,37 euros respectivamente si implican cuidados de enfermería o a 73,70 y 36,86 euros si precisan pruebas complementarias. La consulta en urgencias hospitalarias está estimada en 127,71¹⁶⁵.

Estos datos ya han sido puesto de manifiesto en otros estudios donde se refleja que el coste de la asistencia médica depende de cada comunidad autónoma, pero aproximadamente, el importe de una atención médica sin pruebas complementarias en un centro de salud oscila entre los 30 euros y los 70 euros, mientras que la atención en Urgencias, también sin pruebas complementarias, puede suponer un gasto público entre los 140 euros y los 400 euros. De tal manera, una consulta en Urgencias que podría haber sido solucionada en Atención Primaria supone un sobre coste que oscilaría entre los 70 euros como mínimo y los 370 euros como máximo¹⁴⁵. Aunque se trata de una mera estimación, si este cálculo se realizara en toda España, el ahorro podría alcanzar millones de euros, y sólo considerando los niños, máxime si pudiésemos realizar una inversión de tiempo y recursos de coste muy inferior, que pudiese disminuir la incidencia de dichas consultas.

Es importante enmarcar este coste, dentro del coste estimado de la preparación al parto donde se estima por embarazada y sesión en 6 euros. Es decir, la educación maternal completa impartida por la matrona a lo largo de 8-10 sesiones rondaría los 48-60 euros¹⁶⁵. Coste inferior al de una sola consulta pediátrica realizada a demanda por el cuidador.

La importancia de esta carga contable y de su posible ahorro señala otro aspecto en la organización de la asistencia sanitaria infantil, como es el de los puntos de atención continuada pediátrica en el medio urbano, en añadidura a la seguridad que supondría para el niño al mantenerlo fuera de los servicios de urgencias hospitalarios.

Nuestros resultados muestran que haber recibido la intervención reduce tanto la probabilidad de ser hiperfrecuentador como de ser usuario frecuente. Con una probabilidad de que la intervención sea efectiva del 87% y del 83,3% respectivamente.

El nivel de conocimientos no mostró efecto en ninguno de los dos modelos ajustados, cabe suponer que debido al hecho ya comentado de que se trataba de un grupo con muy buenas puntuaciones en el test de conocimiento previo a la intervención. Por lo que en nuestra muestra de estudio fue más influyente el nivel de ansiedad en cuanto a la probabilidad de ser hiperfrecuentador y usuario frecuente, de lo que fue el nivel de conocimientos registrados en el cuestionario.

Sería interesante realizar estudios donde los modelos laborales se relacionasen con el aumento de la demanda, ya que es razonable pensar que el ritmo del modelo laboral actual, la dificultad de la conciliación familiar y las políticas de descanso maternal y paternal aún en desarrollo, repercute no sólo sobre el éxito de la lactancia materna como ya se ha confirmado ampliamente, sino sobre el tiempo del que disponen las familias para observar, conocer y habituarse a los procesos fisiológicos de los niños, y de esta forma poder reconocer los cambios o signos de alarma que precisan ser consultados. También podrían repercutir en la falta de tiempo para poder estar junto a la evolución natural de la enfermedad, o la preocupación de los cuidadores secundarios, que queriendo evitar riesgos innecesarios genera consultas prematuras cuya actuación médica se resuelve en muchos casos con información y recomendación de vigilar la evolución.

El modelo social, la utilización electoral de los servicios públicos, las campañas informativas generales sobre el uso inadecuado de los Servicios de Urgencias no resuelven las dudas que hacen a los padres abusar del sistema. Conocer el perfil de los pacientes hiperfrecuentadores, hacer una búsqueda selectiva de ellos para una formación específica puntual dirigida hacia los aspectos de la salud de sus hijos que les generan más preocupación podría ser más eficiente y ahorrar costes al Sistema Nacional de Salud.

Explicar detalladamente la evolución posible de las enfermedades que acontecen y comprobar la adecuada comprensión de los signos de alarma y las situaciones en las que se requiere una valoración urgente, forma parte de la asistencia de cada consulta, sin embargo rara vez es posible hacerlo por la saturación de los servicios asistenciales, por lo que el problema se retroalimenta, hasta llegar a la situación actual donde se registra un incremento de las consultas a demanda a costa de patología banal que según los autores varía entre uno y dos tercios del total de consultas, en llamativo contraste con el descenso de la natalidad.

A pesar de la dificultad que supone identificar de forma prospectiva a los pacientes hiperfrecuentadores, serían necesarios nuevos estudios en los que se incluyan no sólo parámetros clínicos sino también socioculturales para ayudar a establecer de forma más completa las causas del comportamiento hiperfrecuentador.

Los estudios ya referidos han registrado como dos principales fuentes de utilización inadecuada de la urgencia hospitalaria, la desconfianza en la atención primaria y la falta de educación sanitaria¹⁴³⁻¹⁴⁵. También la facilidad de acceso al servicio, la realización de exploraciones complementarias, facilitación de primeras dosis de medicamento, actitud cada vez más exigente y consumista del usuario hacia la sanidad. De manera que intervenciones que puedan promover la educación sanitaria y la educación social en el uso responsable de los servicios públicos es de urgencia vital para el cambio de mentalidad de la población actual.

11 Limitaciones al estudio y líneas futuras de investigación

Como limitación principal presentamos el ámbito de estudio reducido por desarrollarse la intervención en pocos centros y ser la población de un medio social determinado. En nuestro caso no fue posible ampliar la muestra por la demora que supondría en la obtención de los resultados del estudio, los cuales no podían ser analizados hasta un año después del nacimiento del último niño dado a luz por las madres captadas en el último curso de preparación, realizados cada 2 meses.

La falta de experiencias previas y escasos trabajos originales publicados en nuestro entorno dificultaron el contraste de los resultados para poder presentar posibles formas de intervención.

Sin embargo la aleatorización con buen resultado de homogeneidad entre grupos y el análisis mediante inferencia bayesiana le aportan a este estudio un buen nivel de validez interna y externa, permitiendo extraer conclusiones relevantes.

En añadidura, obtuvimos un grado de participación completa que permitió conocer el perfil de este grupo de primíparas, participantes de manera voluntaria en la educación maternal. El hecho de que ninguna madre rechazase participar en este estudio, pone de manifiesto el interés de las embarazadas por recibir apoyo del sistema sanitario en la etapa perinatal.

En base a esto, sería interesante plantear la posibilidad de que la matrona realizase algún tipo de triaje implementando cuestionarios similares a los de este estudio, con el fin de detectar pacientes subsidiarias de un seguimiento más exhaustivo, tanto por dudas en cuanto a los cuidados y nutrición del bebé, como por riesgo de afectación psicoemocional que pudiera ser apoyada y controlada a tiempo, mediante intervenciones coste-efectivas similares a la nuestra.

El tamaño de la muestra no permitió introducir simultáneamente en el análisis todas las variables que parecen estar relacionadas con los diferentes resultados en salud para conocer la fuerza de asociación de cada una de ellas. Podrían ser reanalizadas en estudios de mayor envergadura y

posibilidades logísticas. Así como sería interesante realizar el mismo análisis sobre una muestra de pacientes que no haya acudido a la preparación al parto o en subgrupos de riesgo, para objetivar si el beneficio de una intervención pediátrica prenatal puntual, es aún más significativo en ellas, como parecen apuntar nuestros resultados.

El seguimiento a largo plazo generó algunas pérdidas por dificultad para volver a contactar a las pacientes. No se registró la evolución de ciertas variables que no respondían a nuestro objetivo, pero podrían ser relevantes para estudios futuros, como el momento de la reincorporación laboral, los cambios en el modelo laboral de la madre a lo largo de los primeros 12 meses de crianza, el disfrute o no de la baja maternal y el modelo laboral del segundo cuidador principal. Por el mismo motivo no se pudo profundizar en la evolución de la sintomatología ansioso-depresiva, ya que la manera óptima de hacerlo a través de consultas específicas de seguimiento fue inviable por motivos pragmáticos, pero en futuros estudios con mayor cobertura de población, se podría registrar el problema del infradiagnóstico de la depresión postparto.

Algunas variables, como el hecho de haber realizado piel con piel, presentaron colinealidad con la variable intervención, no pudiendo obtener resultados definitivos en los modelos en los que eran incluidas.

Hubiera sido interesante profundizar en los motivos, tratamiento y resolución de las consultas a demanda realizadas. Pero el análisis estuvo limitado por la recogida retrospectiva multicéntrica, con importante heterogeneidad en el registro de los profesionales del área. Los resultados de este estudio muestra una visión integradora de diferentes aspectos de la maternidad durante el primer año de crianza, sin pretender un análisis exhaustivo de cada uno de ellos, lo cual precisaría de estudios más específicos.

Sería conveniente analizar cómo se modifican los resultados en LM con las nuevas políticas de descanso por paternidad posteriores al momento de estudio de este trabajo. Sin dejar por ello de abogar por la consecución de al menos 6 meses de baja maternal, que permitan igualar cifras como las registradas en Suecia, donde los permisos por maternidad llegan a los 16 meses, y las tasas de lactancia materna exclusiva a los 6 meses alcanzan el 75,1%.

Dentro del Plan Estratégico de la Unión Europea se estima que las intervenciones en periodos pre y posnatal, incluyendo los días cruciales tras el nacimiento, parecen más eficaces que si se centran en un solo periodo³⁷, de manera que valorar este modelo de intervención pediátrica prenatal y quizá un modelo similar en el momento de mayor tasa de abandono de la lactancia materna a los 4 meses, incluyendo entre los posibles implementadores de la misma no sólo a pediatras y

matronas, sino también a los médicos de atención primaria y a los profesionales de enfermería de pediatría, podría promover mejores resultados en salud para la población y un uso más racional de los servicios públicos asistenciales.



VI. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Las madres primerizas del área sanitaria V son mujeres de edad media alta, en su mayoría de origen español que planifican su embarazo. Manifiestan de manera generalizada intención de dar lactancia materna. Casi un cuarto de dicha población cuenta antecedentes de ansiedad o depresión. En una proporción similar se declaran fumadoras habituales, con bajo éxito de abandono tabáquico en el tercer trimestre. Como fuentes principales de información refieren a la matrona, los familiares e Internet.
2. Tras finalizar el curso de educación maternal poseen buenos conocimientos de lactancia, pero precisan más información sobre aspectos de puericultura como la fiebre y las deposiciones del niño. Se asoció una mayor puntuación en el test de conocimientos a la matrona que realizó el curso, a que el embarazo fuera deseado, que los estudios de la madre fueran universitarios y a la procedencia de origen español.
3. El nivel de ansiedad prenatal al finalizar la educación maternal es leve para casi un tercio de las madres. Un pequeño porcentaje manifestaron ansiedad grave. Se asoció una mayor puntuación a los antecedentes de ansiedad y/o depresión y al hábito tabáquico y una menor puntuación a la matrona que realizó el curso y a haber recibido lactancia materna de sus madres.
4. La visita pediátrica prenatal implementada mejoró levemente la adquisición de conocimientos teóricos de puericultura y lactancia en esta población.
5. La visita pediátrica prenatal no se asoció a una modificación de la puntuación en el cuestionario de ansiedad STAI subescala estado.
6. La visita pediátrica prenatal disminuyó de una manera relevante el riesgo de psicopatología del postparto, y tanto ser fumador como la puntuación del STAI se asociaron a una mayor probabilidad de padecerla.
7. La visita pediátrica prenatal favoreció la instauración de la lactancia materna exclusiva al alta y al mes. A mayor puntuación del test de conocimientos y menor puntuación del STAI, mayor probabilidad de lograr lactancia materna exclusiva al alta. La intervención no mostró efecto sobre el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva tras el cuarto mes de vida del lactante. La incompatibilidad con el trabajo y la percepción de hipogalactia fueron los motivos esgrimidos por las madres como principales causas de abandono del amamantamiento.

8. Los tres motivos de consulta más frecuentes fueron procesos respiratorios, digestivos y dermatológicos. Haber recibido la visita pediátrica prenatal disminuye el número de consultas realizadas a los servicios públicos de salud, así como disminuye la probabilidad de ser usuario frecuente e hiperfrecuentador. El test de conocimientos no se asoció a ser hiperfrecuentador, pero sí multiplicó la probabilidad de serlo una mayor puntuación en el test de ansiedad.

VII.
REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization [Internet]. Infant and young child nutrition. WHO. En: Fifty-Fifth World Health Assembly. Geneva. Switzerland; 2002 [consultado el 30 Dic 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42695/9243562215.pdf>.
2. Martín Zurro A. Atención primaria de salud. En: Cano Pérez J F, Martín Zurro A. Compendio de Atención Primaria. Atención primaria Conceptos, organización y práctica clínica. 3a ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 3-10.
3. Menor Rodríguez M, Aguilar Cordero M, Mur Villar N, Santana Mur C. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. Medisur [Internet]. 2017 [citado 16 Feb 2019]; 15(1):71-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100011&lng=es
4. Fuentes Almendras A, Garrido Morales P, Prat Marín A, Salleras Sanmartí L. Educación sanitaria. Conceptos y métodos. En: Cueto Espinar A et al Piedrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 11a ed. Barcelona: ElsevierMasson; 2008. p. 265-87.
5. Fernández Idiago M. Impacto de los programas de educación maternal. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología). 2009; 1(2): 383-99.
6. Fernández M, Fernández-Arroyo M. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. Index Enferm [Internet]. 2013 [citado 29 Dic 2019]; 22(1-2):40-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100009&lng=es.
7. Blanco ML, Cenjor M, Díaz J, Elena A, Fernández M, Sánchez MI, et al. 1999. Análisis de los programas utilizados por las matronas en Educación para la Maternidad en los distintos centros de la Comunidad de Madrid. Matronas Hoy 12(1):6-14.
8. Gallardo Diez Y, Sánchez Perruca MI. Opinión de las matronas de atención primaria de Madrid sobre la evolución de los programas de educación maternal. Matronas Prof. 2007;8(1):5-11.
9. Araya Cubero Z, Brenes Campos G. Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2012 [citado 29 Dic 2019];(23):1-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44824928008>
10. Olhaberry M et al. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. Rev Chilena de Psicología Clínica 2013;31(2):249-61.
11. Martínez Galiano, JM. Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la madre y el Recién Nacido. Granada España: Editorial de la Universidad de Granada; 2012. D.L.: GR 45-2013 ISBN: 978-84-9028-258-8 Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/21277709.pdf>

12. Morilla Bernal M, Morilla Bernal, AF, Ortega Peinado M, López Eslava I. La educación maternal ¿es un factor determinante en la salud materno infantil? Evidentia [Internet]. 2009 [citado 29 Dic 2019];6(27). Disponible en: www.index-f.com/evidentia/n27/ev2719.php
13. Solís Linares H, Morales Alvarado S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Rev Horiz Med.* 2012;12(2):49-52.
14. Márquez García A, Pozo Muñoz F, Sierra Ruiz M, Sierra Huerta M, Aguado Taberna C, Jaramillo Martín I. Perfil de las embarazadas que no acuden a un programa de educación maternal. *Med fam Andal.* 2001;3:239-43.
15. Guillén Rodríguez M, Sánchez Ramos JL, Toscano Márquez T, Garrido Fernández MI. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. *Aten Primaria.* 1999; 24(2): 66-74.
16. Montazeri A. Social marketing: a tool not a solution. *J R Soc Health* 1997;117(2):115-8.
17. García-Calvente MM, Maroto-Navarro G, Mateo Podríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit* 2004;18(2):13-23.
18. Anderson GC, Bergman N, Moore ER. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sano (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 1. Oxford: Update Softwar Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library), Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & son, Ltd.
19. Arones Collantes MA, Melero López A, Pellicer Yborra P, Priego Correa E, Torres Martí JM, Valverde Martínez JA. Comportamiento materno durante el parto según parámetros clínicos y sociológicos de la gestación. *Prog Obstetricia Ginecol* 2002;45(4):137-44.
20. Artieta-Pinedo I. Efecto de la asistencia a Educación Maternal sobre la evolución del parto. En: *XI Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería.* 2007. Madrid.
21. Araya Z, Brenes G. Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. *Rev Enf.* 2012;23:1-14.
22. Llorens Mira B, Ferrer Hernández E, Morales Camacho V, et al. Creíamos en lactancia materna. Una aproximación de la experiencia en 3 generaciones. *Index Enferm.* 2007;16:34-8.
23. UNICEF, World Health Organization. *The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative.* Geneva: World Health Organization and UNICEF; 2009.
24. Pokhrel S, Quigley MA, Fox-Rushby J, McCormick F, Williams AF, Trueman P, et al. Potential economic impacts from improving breastfeeding rates in the UK. *Archives of Disease in Childhood* 2014;100:334-40.
25. Schanler RJ, Potak DC. Breastfeeding Parental Education and Support. UpToDate [Internet]. 2016 [citado 14 Dic]. Disponible en: <http://bit.ly/2aA8gTT>

26. OMS | Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. WHO. [citado 14 Dic 2018]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/global_strategy_icyf/es/
27. Lactancia materna | Nutrición | UNICEF [Internet]. [citado 14 Jun 2018]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
28. Asociación Española de Pediatría (AEP). Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. [Internet]. 2014. [citado 14 Dic 2018]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_16-5-2014.pdf
29. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115(2):496–506.
30. Australian Breastfeeding Association. Position Statement on Breastfeeding [Internet]. 2013 [citado 15 Jun 2015]. Disponible en: https://www.breastfeeding.asn.au/system/files/content/POL-Statement%20on%20Breastfeeding-V2.2-201311_1.pdf
31. Grueger B. Weaning from the breast. *Paediatr Child Health*. 2013;18(4):1.
32. American Academy of Family Physicians. Breastfeeding (Policy Statement) [Internet]. [citado 19 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding.html>
33. Position of the American Dietetic Association: Promoting and Supporting Breastfeeding. *J Am Diet Assoc*. 2009;109(11):1926–42.
34. National Association of Pediatric Nurse Practitioners. NAPNAP Position Statement on Breastfeeding. *J Pediatr Health Care*. 2007;21(2):A39–40.
35. American Public Health Association. A Call to Action on Breastfeeding: A Fundamental Public Health Issue [Internet]. 2007 Nov [actualizado 2008; citado 19 Jun 2015]; Disponible en: <https://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2014/07/29/13/23/a-call-to-action-on-breastfeeding-a-fundamental-public-health-issue>
36. Dirección General para la Salud y Protección del Consumidor de la Comisión Europea. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blue print for action. [consultado 29 Dic 2019]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/6-newblueprintprinter.pdf>
37. Proyecto de la UE sobre Promoción de la lactancia en Europa. Promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en Europa: plan estratégico. Luxemburgo: Comisión Europea. Dirección de Salud Pública y Control de Riesgos; 2004 [consultado 23 Mar 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2aWdk79>
38. National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Antenatal care for uncomplicated pregnancies (CG62). United Kingdom: NICE 2008 [consultado 23 Mar 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2a2wg1Q>

39. CDC. Strategies to Prevent Obesity and other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Support Breastfeeding Mothers and Babies. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2013.
40. Nnebe-Agumadu UH, Racine EF, Laditka SB, et al. Associations between perceived value of exclusive breastfeeding among pregnant women in the United States and exclusive breastfeeding to three and six months postpartum: A prospective study. *Int Breastfeed J*. 2016;11(8) doi:10.1186/s13006-016-0065-x
41. Oribe M., Lertxundi A., Basterrechea M., Begiristain., Santa Marina L., Villar M. et al . Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit* [Internet]. 2015 [citado 9 Mar 2019];29(1):4-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>.
42. Duijts L, Ramadhani MK, Moll HA. Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review. *Matern Child Nutr*. Jul 2009;5(3):199-210.
43. Martínez-Galán P., Martín-Gallardo E., Macarro-Ruiz D., Martínez-Martín E., Manrique-Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enferm Univ*. 2017;14(1):54-66.
44. Cabezuelo Huerta G, Vidal Mico S, Abeledo Gómez A, et al. Factores relacionados con el abandono precoz de la lactancia materna. *Rev Esp Pediatr*. 2006;62:212-8.
45. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59:254-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.12.001>
46. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity-A Systematic Review and Meta-analysis. *Matern Child Health J*. *Matern Child Health J*. 2015;19(3):468-79. doi: 10.1007/s10995-014-1526-8.
47. Coronel Carbajal Carlos. Estado de salud en los niños lactados por más de 4 meses. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2000 [citado 12 Ago 2019];72(4):275-280. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312000000400007&lng=es.
48. León-Cava N, Lutter C, Ross J, et al. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. En: Programa de Alimentación y Nutrición (HPN). Organización Panamericana de la Salud (OPS); [Internet] 2002 [consultado 29 Dic 2019]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18539/9275123977_esp.pdf?sequence=1
49. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2011 [citado 05 Oct 2019];13(49):33-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100004&lng=es.

50. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. Lactancia Materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. [Internet] 2017. [consultado 29 Dic 2019]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
51. Hamdan A, Tamim H. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(2):125-33.
52. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2012 [citado 29 Dic 2019]; 38(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400016&Ing=es
53. Lara-Cinisomo S, McKenney K, Di Florio A, Meltzer-Brody S Associations Between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers. *Breastfeed Med*. 2017;12(7):436-42. doi: 10.1089/bfm.2016.0213.
54. Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depresión: a longitudinal cohorte study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012;12(36). doi:10.1186/1471-2393-12-36
55. Farr SL, Dietz PM, Rizzo JH, et al. Health care utilisation in the first year of life among infants of mothers with perinatal depression or anxiety. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2013;27(1):81–88.
56. Grupo de Trabajo de Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Servicios de urgencias: indicadores de calidad de la atención sanitaria. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:569-80.
57. LaCalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: The myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med*. 2010;56:42-8.
58. Santamera AS, Aguilar JT, Vázquez MS. Frequency of attendance at primary care clinics. A new conceptual framework. *Aten Primaria*. 2005;36:471.
59. Ruger JP, Richter CJ, Spitznagel EL, Lewis LM. Analysis of costs, length of stay, and utilization of emergency department services by frequent users: Implications for health policy. *Acad Emerg Med*. 2004;11:1311-7.
60. Sandín-Vázquez M, Conde-Espejo P. Grupo de Investigación sobre Utilización de Servicios en Atención Primaria. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre la influencia de factores sociales y de organización del entorno sanitario. *Rev Calid Asist*. 2011;26:256-63.
61. Sansa Pérez L, Orús Escolà T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M, Travería Casanova J. Frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarios: motivaciones y características de las urgencias pediátricas procedentes de un Área Básica de Salud. *An Esp Pediatr*. 1996;44:97-104.
62. Martínez Sánchez J, Portella Argelaguet E, Pascual Mettler M. Razones del usuario en la utilización de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Clin Esp*. 1992;191:494-9.

63. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007;67(3):187-91.
64. Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003;68(6):491-4.
65. Moreno A, Domínguez L, França PS. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69(3):209-13.
66. Ascaso Terrén C, García Esteve L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Med Clin (Barc)* 2003;120:326-9.
67. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S y Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatr* 2010;67:1012-24.
68. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2010 [citado 02 Mar 2019];75(5):312-20. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007&lng=es.
69. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Register JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*. 2019 Jan-Dec;15:1745506519844044. doi: 10.1177/1745506519844044
70. Dennis CL, Hodnett ED. Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión posparto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Art. No.: CD006116. DOI: 10.1002/14651858.CD006116.pub2.
71. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behav Dev*. 2010;33(1):1-6.
72. Grote V, Vik T, von Kries R, Luque V, Socha J, Verduci E, et al. Maternal postnatal depression and child growth: A European cohort study. *BMC Pediatrics*. 2010;12(10):14. doi: 10.1186/1471-2431-10-14.
73. Schwartz K, D'Arcy H, Gillespie B, Bobo J, Longeway ML, Foxman B. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J Fam Pract*. 2002;51(5):439-44.
74. Pallás Alonso CR. Prevención prenatal. Visita prenatal. En *Recomendaciones PrevInfad / PAPPs* [Internet]. [Actualizado Oct 2005; consultado 20 Mar 2019]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/prenatal>
75. American Academy of Pediatrics, Cohen G. The Prenatal Visit. *Pediatrics* 2009;124 (4);1227-32; DOI: 10.1542/peds.2009-1785.

76. Merón de Cote PM, Coronel Rodríguez C. Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. Consulta prenatal y primera visita al recién nacido normal *Pediatr Integr* 2006;X(6):395.
77. Verd Vallespir S., López Saldaña I., La visita prenatal en pediatría. Revisión bibliográfica.
78. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Prenatal Visit *Pediatrics* 2001;107:1456.
79. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Prenatal Visit *Pediatrics* 1996;97:141-42
80. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Prenatal Visit *Pediatrics* 1984;73:561-2.
81. Dershewitz RA. The pediatric prenatal visit: a time for a change? *Pediatrics* 1996;98:1195-6.
82. Sprunger LW, Preece, E. Characteristics of Prenatal Interviews Provided by Pediatricians. *Clin Pediatr* 1981;(20)12:778-82. <https://doi.org/10.1177/000992288102001204>
83. Bacchetti P. Current sample size conventions: Flaws, harms, and alternatives. *BMC Med* 2010;8:17.
84. Guillén-Riquelme A, Buela-Casal G. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI) *Psicothema*. 2011;23:510-15.
85. Servizo Galego de Saúde. Epidat 4.2. Análisis epidemiológico de datos. A Coruña, España. 2016. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/EPIDAT?idioma=es>
86. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. 9ª Edición. Madrid: TEA Ediciones S.A; 2015. Disponible en: <http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/STAI-Manual-Extracto.pdf>
87. Salvadó Hernández MC, Hernández Fabà E, Guerrero Cabana E, Florido Argueta M, Tomás Malapeira M, Soler Castillo A. Intervención educativa grupal sobre cuidados neonatales a futuros padres. *Metas Enferm*. 2012;15:20-5.
88. García Onieva Artazcoz M. Seguimiento del recién nacido normal y promoción de la salud *Pediatr Integr*. 2010;14:440-5.
89. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. 2018. Disponible en: <https://www.R-project.org/>.
90. Gancedo-García A, Fuente-González P, Chudácik M, Suárez-Gil P, Suárez Martínez V. Factores asociados al nivel de ansiedad y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas. *Aten Primaria*. 2019;51(5):285-93 . <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.005>.

91. García González MC. Atención Sanitaria al parto y al nacimiento en los Hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Boletín de Información-Acciones. III encuesta de salud para Asturias 2012 (Dirección General de salud Pública) Observatorio de Salud en Asturias, nº 18 [Internet]. 2016 [consultado 8 Mar 2017]. Disponible en: http://www.obsaludasturias.com/obsa/wpcontent/uploads/OBSA18mVD_2016.pdf
92. Instituto Nacional de Estadística. Demografía y población. Estadística de nacimientos. Fenómenos demográficos. Estadística de nacimientos. Movimiento natural de la población. [Internet]. Fecha [actualizado 2018; consultado 19 Dic 2019]. Disponible en: <https://public.tableau.com/views/Fenmenosdemograficos/Fenmenosdemograficos?:showVizHome=no&embed=true>
93. Valverde Pareja M et al. Atención en el parto en la mujer inmigrante; características sociodemográficas y de comportamiento en función de la procedencia de la paciente. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2015;(42)2:50-5 DOI: 10.1016/j.gine.2013.10.007
94. Jiménez-Muro A et al. Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en las mujeres embarazadas: diferencias entre españolas e inmigrantes. *Gac Sanit* 2012;26(2):138-44.
95. Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E; Grupo Periférico del ECEMC. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. *Med Clin (Barc).* 2005;29;124(3):86-92.
96. Hrubá D, Kachlik P. Influence of maternal active and passive smoking during pregnancy on birthweight in newborns. *Cent Eur J Public Health.* 2000;4:249-52.
97. De la Rosa L, Montero M. Tabaquismo en la mujer. Consideraciones especiales. *Trastornos adictivos.* 2004;6(2):113-24.
98. Leonardi-Bee J, Smyth A, Britton J, Coleman T. Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2008;93:F351-61. doi: 10.1136/adc.2007.133553.
99. Pichini S, Puig C, García-Algar O, Pacifici R, Figueroa C, Vall O et al. Neonatal effects of smoking habit during pregnancy and sociodemographic determinants in Barcelona, Spain. *Med Clin (Barc)* 2002;118:53–6.
100. Mateos PM. Consumo de tabaco en mujeres gestantes: propuesta de un modelo de intervención psicológica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía [tesis doctoral]. Málaga (España), 2009 [consultado el 30 Dic 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000300007
101. Camarelles Guillem F, Salvador Llivina T, Ramón Torell JM, Córdoba García R, Jiménez Ruiz C, López García-Aranda V et al. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2009 [citado 05 Oct 2019]; 83(2):175-200. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200004&lng=es.
102. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD001188. DOI:10.1002/14651858. CD001188

103. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI:10.1002/14651858. CD000165
104. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III, 2003. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp>
105. Ruiz-Arcos R. Fiebre en Pediatría. *Rev Mex Pediatr* 2010;77(1):S3-S8.
106. Mintegi Raso S, Benito Fernández J, García González S, Corrales Fernández A, Bartolomé Albistegui MJ, Trebolazabala Quirante N. Demanda y asistencia en un servicio de Urgencias hospitalario. *Anales de Pediatría*. 2004;61(2):156-61.
107. Baño Piñero I, Canteras Jordana M, Carrillo García C, López Araez A, Martínez Roche ME. Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2015 Abr [citado 05 Oct 2019]; 31(4):1525-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000400010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.4.8338>.
108. Eysenbach, G. What is e-health?. *J Med Internet Res* 2001;3(2):e20
doi:10.2196/jmir.3.2.e20
109. Caballero-Uribe, C. V. (2013). E-pacientes y la relación médico-paciente. *Revista Científica Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2013; 29 (2): vi-vii. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewFile/5635/3363>
110. González M. La utilización de Internet como fuente de información en mujeres embarazadas. [Trabajo Fin de Master del Máster Universitario de Investigación en Ciencias Sociosanitarias]. León (España). 2015 [consultado el 30 Dic 2019]. Disponible en: <https://buleria.unileon.es/handle/10612/5094>
111. Cepeda JM. Manual de Inmersión 2.0 para profesionales de salud. [Internet]. 1a ed. Salud conectada. 2014 [actualizado 2014; citado el 29 Dic 2019]. Disponible en: <http://saludconectada.com/>
112. Rodger D, Skuse A, Wilmore M, Humphreys S, Dalton J, Flabouris M y Clifton VL. Pregnant women's use of information and communications technologies to access pregnancy-related health information in South Australia. *Aust. J. Prim. Health* 2013;19(4):308-12. doi:10.1071/PY13029
113. Oviatt JR, Reich SM. Pregnancy posting: exploring characteristics of social media posts around pregnancy and user engagement. *Mhealth*. 2019;5:46. doi: 10.21037/mhealth.2019.09.09. eCollection 2019.
114. Ferguson, T. E-pacientes: cómo nos pueden ayudar a mejorar la salud. 2007. Recuperado de: <http://e-patients.net/u/2011/11/Libro-blanco-de-los-e-Pacientes.pdf>
115. Lupiáñez-Villanueva F. Internet, salud y sociedad. Análisis de los usos de Internet relacionados con la salud en Catalunya [tesis doctoral]. Barcelona (España). Universitat Oberta de Catalunya. 2009 [citado el 29 Dic 2019]. Disponible en: <http://ictconsequences.net/uoc/internetsaludsociedad/>

116. Lagan BM, Sinclair M y Kernohan WG. What Is the Impact of the Internet on Decision-Making in Pregnancy? A Global Study. *Birth*. 2011;38(4):336-45. doi:10.1111/j.1523-536X.2011.00488.x
117. Weston C y Anderson JL. Internet use in pregnancy. *BJM*. 2014;22(7):488-93.
118. García F. Salud e Internet: nuevo escenario para la práctica médica. *Evidencia* [Internet]. 2019 [Citado 4 Dic 2019]; 22(2). Disponible en: <http://evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/4228#R55330513541156>
119. Miguel González I, Echevarría Broz C, Ferrero Fernández E, Suárez Gil P. Uso de Internet por parte de los adolescentes de Gijón como fuente de información sobre salud. *Aten Primaria*. 2011;43(6):281-6 .
120. Bert F, Gualano MR, Brusaferrro S, De Vito E, de Waure C, La Torre G et al. Pregnancy e-health: a multicenter Italian cross-sectional study on internet use and decision-making among pregnant women. *Journal of epidemiology and community health*. 2013;67(12):1013-8. Doi:10.1136/jech-2013-202584
121. Lagan BM, Sinclair M, Kernohan WG. Internet Use in Pregnancy Informs Women's Decision Making: A Web-Based Survey. *Birth-Issues in Perinatal Care*, 2010;37(2):106-15.
122. Johnsen H. The impact of internet use on the client-professional relationship: A comparative analysis. *BJM* 2014;22(3):188-93.
123. Fernández Aranda MI. Impacto de las Tecnologías de la Información en la interrelación matrona-gestante. *Index Enferm* [Internet]. 2016 [citado 04 Dic 2019]; 25(3):156-60. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200007&lng=es.
124. Vall i Casas A, Boté C. "¿Quieres buscar información sobre salud en Internet? ¡Ven y aprende!": descripción de una actividad formativa. *BiD: Textos universitaris de biblioteconomia i documentació*, 2013;(30):16,5.
125. Gao L, Larsson M y Luo S. Internet use by Chinese women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 2013;29(7):730-5. doi:10.1016/
126. Aparicio Rodrigo M, Balaguer Santamaría A. Con breves sesiones de educación sanitaria pueden aumentarse las tasas de lactancia materna exclusiva. *Evid Pediatr*. 2007;3:93.
127. Benett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depresión during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):698-709.
128. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos. *Salud mental*. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
129. Biratu A, Demewoz H. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2015;12:99.

130. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1285-98.
131. Cable N, Bartley M, McMunn A, Kelly Y. Gender differences in the effect of breastfeeding on adult psychological well-being. *Eur J Public Health*. 2012;22(5):653-8.
132. Hoddinott P, Pill R. Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. *BMJ*. 1999;318:30-4, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7175.30>
133. National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Antenatal care for uncomplicated pregnancies (CG62). [Internet]. United Kingdom: NICE 2008 [consultado 23 Mar 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2a2wg1Q>.
134. Penuelas Carcavilla MC, Enjuto Rodríguez B, Cruz Argudo J et al. Prevalencia de lactancia materna en atención primaria. *Metas Enferm*. 2008;11:14-7.
135. Pallás Alonso C.R., Grupo PrevInfad Actividades preventivas en la infancia y adolescencia (Grupo PrevInfad/PAPPS). Prevención prenatal. Visita prenatal. *Rev Pediatr Aten Primaria*., 2005;7:101-6.
136. Jaddoe V.W.. Antenatal education programmes; Do they work? *Lancet*. 2009(74):863-4. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61610-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61610-X) Medline
137. Pallás Alonso CR. Promoción de la lactancia materna. Actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas para la infancia y adolescencia. Grupo de Trabajo PrevInfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y a su vez del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS-semFYC) [Internet] [actualizado May 2014; consultado 8 Mar 2017]. Disponible en: <http://WWW.aepap.org/previnfad/actividades.htm>
138. Benito Herreros A. Revisión sistemática de las intervenciones para la promoción y práctica de la lactancia materna. *Evid Pediatr*. 2016(12)35.
139. Jiménez Sesma ML, Pardo Vicastillo V, Ibáñez Fleta E. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. *Med Natur*. 2009;3:77-85.
140. Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Rev. chil. obstet. ginecol*. [Internet]. 2006 [citado 2019 Mar 16];71(2):98-103. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000200005>
141. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index Enferm* [Internet]. 2012 [citado 15 Abr 2019]; 21(4):209-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300007>.

142. Gamboa D, Edna M, López N, Prada GE, Gallo KY. Knowledge, attitudes and practices related to breast-feeding in women in reproductive age in a vulnerable population. *Rev Chil Nutr* 2008 [Internet]. 2008 [citado 15 Abril 2019];35(1):43-52. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000100006&lng=en130. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000100006>.
143. Wong KL, Tarrant M, Lok YW. Group versus Individual Professional Antenatal Breastfeeding Education for Extending Breastfeeding Duration and Exclusivity: A Systematic Review. *JHL*, 2015;31(3):354–66. <https://doi.org/10.1177/0890334415583294>
144. OMS | Recomendaciones de la OMS: Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar [Internet]. WHO. [consultado 14 sept 2010]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
145. Ministerio de Sanidad y Consumo (2010) - Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Vitoria: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusla. [Internet]. 2011. [consultado 14 sept 2010]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf
146. Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen RL. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;6: CD005528.
147. Reyes Hoyos LM. Psicoprofilaxis obstétrica asociada a beneficios materno-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal, enero-diciembre 2002 [tesis doctoral]. Lima (Perú), 2004 [consultado el 30 Dic 2010]. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/reyes_hl/html/index-frames.html
148. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(5):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3
149. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2000;38(2):84-93.
150. Clotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-orientes group intervention. *Am J Psychiatry* 2001;158:638-40.
151. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 12. Art. No.: CD006425. DOI: 10.1002/14651858.CD006425.pub4
152. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Sys Rev* 2005. DOI:10.1002/14651858.CD001688.pub2
153. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007;67(3):187-91.

154. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *JOGNN*. 2009;38:259-68.
155. Díaz-Gómez M, Ruzafa Martínez M, Ares S, Espiga I, de Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública*. 2016;90:e1-e18.
156. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Lactancia materna y vuelta al trabajo. (Internet). NTP 664. (Citado 30 Jun 2019) Disponible en: http://www.uclm.es/servicios/prevencion/documentacion/maternidad/ntp_664_Lactancia_y_vuelta_al_trabajo.pdf. [Links]
157. Drane D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. *Breastfeed* 1997;5:7-15.
158. Rivas García A, Manrique Martín G, Butragueño Laiseca L, Mesa García S, Campos Segura A, Fernández Iglesia V, et al. Hiperfrecuentadores en urgencias, quiénes son y por qué consultan *An Pediatr (Barc)*. 2017;86(2):67-75.
159. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico del SNS. [Internet] Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 [citado 8 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuesta/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetI1011.htm>
160. Aguilar Mulet JM, Fernández Alonso C, Fuentes Ferrer ME, González Armengol JJ. Pacientes frecuentadores/as en servicios de urgencias hospitalarios *Gac Sanit*. 2015;29(5):394-6 <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.013>
161. Lapeña S, Reguero S, García M, Gutiérrez M, Abdallah I, González H. Estudio epidemiológico de las urgencias en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr* 1996;44:121-5.
162. Eilat-Tsanani S, Merom A, Romano S, et al. The effect of postpartum depression on women's consultations with physicians. *Isr Med Assoc J* 2006; 8(6): 406–10.
163. Chee CYI, Chong Y-S, Ng TP, et al. The association between maternal depression and frequent non-routine visits to the infant's doctor—a cohort study. *J Affect Disord* 2008;107(1-3):247–53.
164. Vázquez Fernández ME, Sanz Almazán M, García Sanz S, Berciano Villalibre C, Alfaro González M, Del Río López A. Intervención educativa en atención primaria para reducir y mejorar la adecuación de las consultas pediátricas. *Rev Esp Salud Pública*. 2019;93:e1-e11.
165. Boletín del Gobierno del Principado de Asturias nº219 del miércoles 13 de noviembre de 2019. Decreto 194/2019, de 31 de octubre, de segunda modificación del Decreto 87/2009, de 29 de julio. Disponible en: <https://sede.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.1003733838db7342ebc4e191100000f7/?vgnnextoid=d7d79d16b61ee010VgnVCM1000000100007fRCRD&fecha=13/11/2019&refArticulo=2019-11967&i18n.http.lang=es>

π

VIII. ANEXOS

ANEXO 1. Tabla de clasificación del grado de recomendación y nivel de evidencia según la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)

Grados de recomendación	Interpretación
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención
B	Existe evidencia moderada para recomendar la intervención clínica de prevención
C	La evidencia disponible es contradictoria y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión
D	Existe evidencia moderada para NO recomendar la intervención clínica de prevención
E	Existe buena evidencia para NO recomendar la intervención clínica de prevención
I	Existe evidencia insuficiente (cualitativa y cuantitativamente) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión

Figura 1. Grados de recomendación para las intervenciones de prevención (CTFPHC).

Niveles de evidencia	Interpretación
I	Evidencia existente surge a partir de EC CON asignación aleatoria.
II-1	Evidencia existente surge a partir de EC SIN asignación aleatoria.
II-2	Evidencia existente surge a partir de estudios de cohortes, y de casos y controles, idealmente realizados por más de un centro o grupo de investigación.
II-3	Evidencia existente surge a partir de comparaciones en el tiempo o entre distintos centros, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados provenientes de estudios SIN asignación aleatoria.
III	Evidencia existente surge a partir de la opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Figura 2. Niveles de evidencia e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC).

ANEXO 2. Acta de Consentimiento Informado para la investigación clínica. ESTUDIO DESCRIPTIVO

140

ACTA DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

INVESTIGADORES RESPONSABLES: Ana Gancedo García (Médico de Familia del Área V), Paloma Fuente González (EIR C.S El Llano), Venancio Martínez Suárez (Pediatra C.S. El Llano).

Se me ha solicitado participar en una investigación que pretende estudiar el perfil de las embarazadas primerizas que no están en seguimiento por la consulta de embarazo de alto riesgo. Será realizado en diferentes Centros de Salud del área sanitaria V (Gijón).

Mi participación consiste en cumplimentar el cuestionario que se adjunta a continuación.

Yo entiendo que:

1. Este estudio cumple todos los criterios éticos de investigación clínica y en mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad de mis datos.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación será contestada por los colaboradores del proyecto. Preguntas más específicas serán respondidas por los investigadores responsables del proyecto.
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Este estudio no tiene ningún riesgo para mi salud ni para la de mi futuro hijo.
5. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
6. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.
7. Este estudio no tiene ningún conflicto de intereses ni habrá remuneración para los participantes ni para los investigadores.

Dra. Ana Gancedo García
NºCOLEGIADO 3311002

INVESTIGADOR RESPONSABLE

USUARIA PARTICIPANTE

ANEXO 3. Acta de Consentimiento Informado para la investigación clínica. ESTUDIO DE INTERVENCIÓN

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

INVESTIGADORES RESPONSABLES: Ana Gancedo García (Médico de Familia del Área V), Venancio Martínez Suárez (Pediatra C.S. El Llano), Paloma Fuente González (Enfermera Interna Residente)

Se me ha solicitado participar en una investigación que pretende estudiar el calendario de visitas del Control del Niño Sano. Será realizado en diferentes Centros de Salud del área sanitaria V (Gijón).

Al participar, estoy de acuerdo con que se me realice un cuestionario al entrar en el estudio y otro cuestionario transcurridas unas semanas. Así como acudir a la primera visita concertada con su Pediatra cuya fecha se le comunicará telefónicamente.

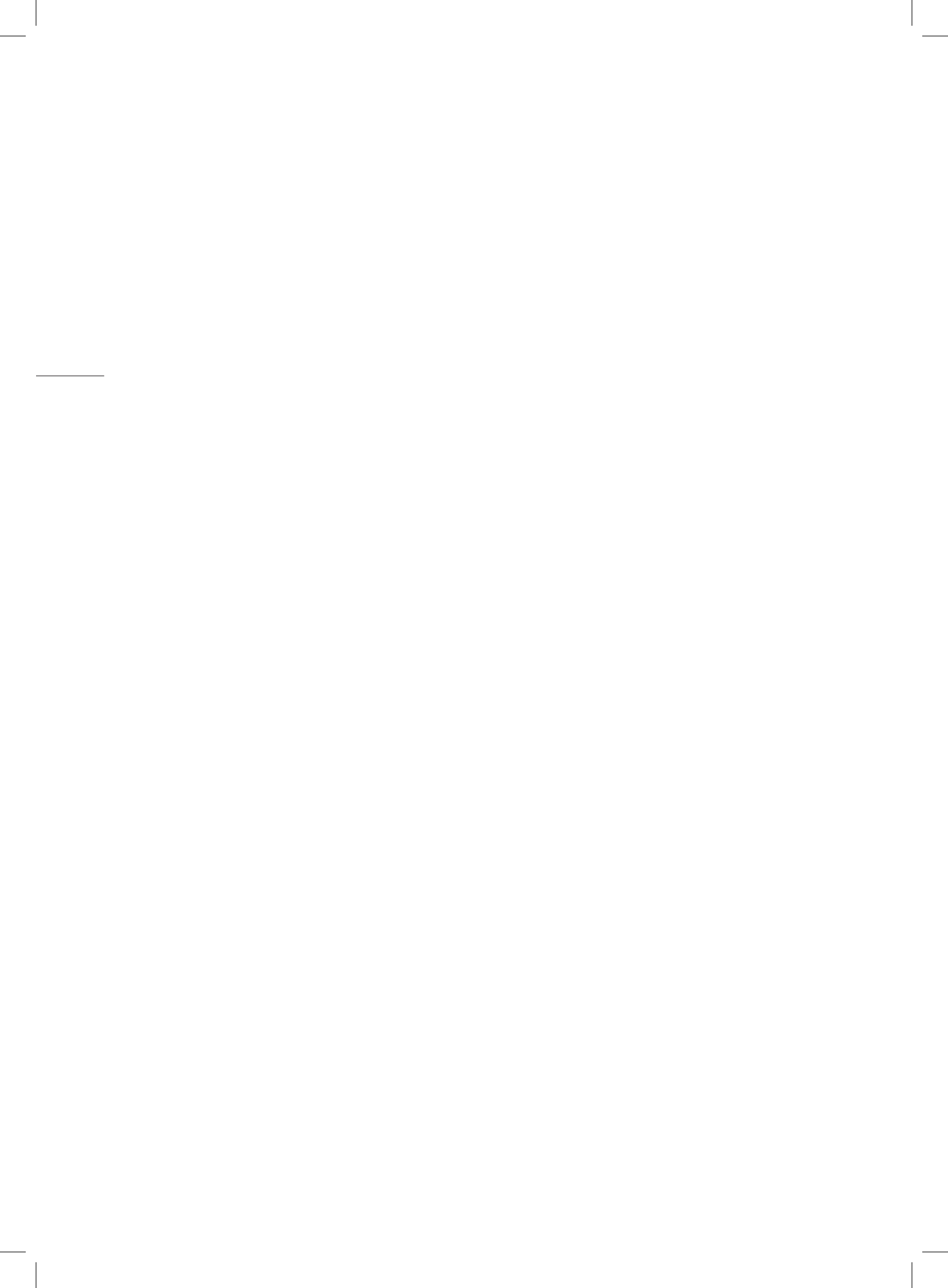
Yo entiendo que:

1. Este estudio cumple todos los criterios éticos de investigación clínica y en mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad de mis datos.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación será contestada por los colaboradores del proyecto. Preguntas más específicas serán respondidas por los investigadores responsables del proyecto.
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Este estudio no tiene ningún riesgo para mi salud ni para la de mi futuro hijo.
5. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
6. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.
7. Este estudio no tiene ningún conflicto de intereses ni habrá remuneración para los participantes ni para los investigadores.

Dra. Ana Gancedo García
NºColegiado 3311002

INVESTIGADOR RESPONSABLE

USUARIA PARTICIPANTE



ANEXO 4. Cuestionario administrado a las embarazadas primerizas

Fecha: _____

Complete y marque con un círculo la respuesta que considere adecuada.

Nombre y apellidos: _____ Fecha de nacimiento _____

Teléfono y/o email de contacto: _____

Fecha probable de parto (FPP) _____ Nacionalidad 1. Española 2. Otras

Embarazo planificado / deseado 1. Sí 2. No Abortos previos: 1. Sí 2. no

Fumadora habitual 1. Sí 2. No. Fumadora durante el embarazo 1. Sí 2. no

Nivel de estudios: 1. Primarios
2. Secundarios
3. Universitarios

Ocupación: 1. Estudiante
2. Ama de casa
3. Activo autónomo
4. Activo por cuenta ajena
5. Baja laboral
6. Paro

¿Usted recibió lactancia materna (LM) al nacimiento? 1. Sí 2. No 3. No sabe

Tipo de lactancia que planea dar inicialmente: 1. Natural 2. Artificial 3. Mixta 4. No sabe

Marque las 3 fuentes de información principales acerca del embarazo y cuidado del niño:

- | | |
|---------------|-----------------------|
| 1. Familiares | 6. Matrona |
| 2. Amigos | 7. Ginecóloga |
| 3. Internet | 8. Médico de cabecera |
| 4. Libros | 9. Pediatra |
| 5. Revistas | |

Detrás de cada frase, marque el número que mejor refleje su situación actual.

0. Nada	1. Algo	2. Bastante	3. Mucho
1. Me siento calmada			0. 1. 2. 3.
2. Me siento segura			0. 1. 2. 3.
3. Estoy tensa			0. 1. 2. 3.
4. Estoy contrariada			0. 1. 2. 3.
5. Me siento cómoda (estoy a gusto)			0. 1. 2. 3.
6. Me siento alterada			0. 1. 2. 3.
7. Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras			0. 1. 2. 3.
8. Me siento descansada			0. 1. 2. 3.
9. Me siento angustiada			0. 1. 2. 3.
10. Me siento confortable			0. 1. 2. 3.
11. Tengo confianza en mí misma			0. 1. 2. 3.
12. Me siento nerviosa			0. 1. 2. 3.
13. Estoy desasosegada			0. 1. 2. 3.
14. Me siento muy "atada" (como oprimida)			0. 1. 2. 3.
15. Estoy relajada			0. 1. 2. 3.
16. Me siento satisfecha			0. 1. 2. 3.
17. Estoy preocupada			0. 1. 2. 3.
18. Me siento aturdida y sobreexcitada			0. 1. 2. 3.
19. Me siento alegre			0. 1. 2. 3.
20. En este momento me siento bien			0. 1. 2. 3.

Acerca del cuidado del recién nacido, marque la respuesta que considere más adecuada.

1. ¿Cuándo debe el recién nacido iniciar la lactancia materna?
 1. Inmediatamente
 2. A las 3-6 h de vida
 3. A las 12 h de vida

2. ¿Cada cuántas horas debe alimentarse el recién nacido durante las primeras semanas?
 1. Cada hora, incluida la noche
 2. Cada 2-3 horas rigurosamente
 3. Cuando el niño lo solicite con un mínimo de 6 tomas al día.

3. ¿Hasta qué edad se recomienda que un bebé sea alimentado sólo con leche de su madre?
 1. 4 meses
 2. 6 meses
 3. 1 año

4. ¿Qué número de cacas considera que es normal en un recién nacido?
 1. Que haga caca una vez al día o cada dos días
 2. Que haga caca de 3 a 5 veces al día
 3. Ambas son correctas

5. ¿Cuál suele ser el aspecto normal de las cacas de un niño alimentado exclusivamente al pecho?
 1. Pueden ser semilíquidas, pastosas o con grumos, de color amarillo-verdoso claro (color "pistacho")
 2. Las primeras cacas tras el nacimiento pueden ser oscuras y pegajosas
 3. Ambas son correctas

6. ¿Cuál es la posición ideal del recién nacido para dormir?
 1. Boca arriba sin almohada
 2. Boca abajo o del lado derecho sin almohada
 3. Boca abajo o del lado izquierdo con almohada

7. El agua para bañar al recién nacido debe estar:
1. Cercana a la temperatura del cuerpo, rondando los 37°
 2. Fría para que el niño no se queme
 3. Caliente para que el niño no coja frío
8. ¿Cuántos son los controles de salud establecidos con el pediatra en el primer mes de vida?
1. 1 control
 2. 2 controles
 3. Ninguno si es un niño sano
9. ¿Qué temperatura, tomada en la axila, se considera fiebre?
1. Desde 36,5°
 2. Desde 37,5°
 3. Desde 38°
10. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de fiebre en el niño menor de un año?
1. Las infecciones respiratorias leves
 2. Las infecciones graves que precisan ingreso hospitalario
 3. La salida de los dientes
11. ¿Considera necesario consultar si su bebé llora mucho?
1. Sólo si se acompaña de otro signo de enfermedad que me alarme
 2. Sí, siempre se ha de consultar
 3. Sí, llorar mucho podría darle un problema respiratorio
12. Cree que los cólicos del lactante son:
1. Lo sufren algunos niños y no precisa tratamiento ni es grave
 2. Una enfermedad urgente
 3. Una enfermedad que siempre necesita tratamiento
13. La forma de transportar a un recién nacido en el coche es:
1. En un capazo o silla homologada, adaptada a su edad y tamaño, sujeta con cinturón.
 2. En brazos de la madre
 3. El recién nacido no debe ir en coche.

Indique si estas afirmaciones le parecen verdaderas o falsas

14. Los niños recién nacidos pueden tener los pechos abultados por las hormonas que le pasa la madre. V / F
15. Las niñas recién nacidas pueden tener una pequeña menstruación al inicio de la vida. V/F
16. En los primeros días tras el nacimiento si el bebé pierde algo de peso es que está enfermo. V/F
17. Las vacunas aportan más riesgos que beneficios. V/F
18. Además de la lactancia materna, los bebés deben recibir agua. V/F
19. Todas las leches de biberón son iguales V/F
20. Tiene riesgo de enfermar el recién nacido si se pone en contacto con personas enfermas y no está vacunado V/F
21. Para el bebé recién nacido es buena la exposición directa al sol. V/F
22. La leche materna es igual que la leche de biberón V/F
23. Se puede estimular el desarrollo con caricias o masajes desde que nace V/F

¿Centro de Salud al que pertenece?

ANEXO 5. Resumen escrito de la visita pediátrica prenatal

RESUMEN VISITA PEDIÁTRICA PRENATAL LACTANCIA MATERNA

148

VENTAJAS PARA TU HIJO	VENTAJAS PARA TI
<p>Contiene los nutrientes más equilibrados.</p> <p>Facilita la absorción de vitaminas y hierro.</p> <p>Se adapta a las necesidades de cada bebé.</p> <p>Es el alimento que mejor digiere.</p> <p>Le aporta protección inmunológica frente a las enfermedades.</p> <p>Propicia un desarrollo adecuado de la estructura bucal y dental.</p> <p>El bebé recibe consuelo y seguridad.</p> <p>Previene la muerte súbita.</p> <p>Previene las alergias.</p> <p>Mejora el desarrollo intelectual.</p> <p>Previene la obesidad infantil.</p> <p>Siempre está lista, en cantidad necesaria y temperatura perfecta.</p>	<p>Refuerza el vínculo afectivo entre madre e hijo.</p> <p>Ayuda a la expulsión de la placenta (si das el pecho a tu bebé inmediatamente después del parto).</p> <p>Facilita la contracción del útero después del parto y disminuye el riesgo de hemorragias e infecciones post-parto.</p> <p>Previene las depresiones post-parto.</p> <p>Reduce la probabilidad de tener cáncer de mama y ovario.</p> <p>Ayuda a perder peso y a recuperar la figura.</p> <p>Anticonceptivo natural.</p> <p>Supone un ahorro económico importante.</p>

El pecho debe ofrecerse desde el mismo momento del nacimiento. La frecuencia será la que demande el niño (aproximadamente 6-8 tomas al día) durante las primeras semanas de vida.

La leche de la madre de forma exclusiva es suficiente para completar las necesidades nutricionales del niño durante los primeros 6 meses. Las causas médicas para utilizar biberón en la alimentación del niño son excepcionales.

Mientras dure la lactancia materna evite fumar, la ingesta de alcohol y de medicamentos sin control médico.



CUIDADOS GENERALES DE PUERICULTURA

Usar **sillas homologadas** adecuadas al peso y cinturón en el coche.

La posición idónea del bebé para dormir es boca arriba y sin almohadas. Cuando esté despierto es recomendable que pase un tiempo boca abajo con vigilancia, para facilitar el desarrollo motor y evitar la deformidad craneal.

Una **habitación** soleada, ventilada y no húmeda da menos síntomas respiratorios.

Las **vacunas** incluidas en el calendario vacunal son eficaces y seguras. Existen otras vacunas optativas cuya administración debes consultar con tu pediatra o enfermera de pediatría.

No es necesario esterilizarlo todo ni **bañarle** todos los días. Al hacerlo vigilar temperatura del agua (cerca a 37º) y secar bien los pliegues del bebé para evitar infecciones.

No debes **abrigarle demasiado**.

Tratar de prevenir los **accidentes domésticos**: comprobar la temperatura del biberón en la muñeca, no darles objetos pequeños con los que se puedan atragantar, no dejarles solos sobre el cambiador, evitar almohadas y juguetes en la cuna...

Cuidados del **cordón umbilical**: agua y jabón neutro. Posteriormente alcohol de 70º.

Las **manos** deben estar limpias para tocar al niño, son el mayor vehículo de infecciones.

El niño ha de recibir manifestaciones de **afecto** para un correcto desarrollo.

Durante el primer mes de vida el pediatra realizará **dos controles** de salud.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS DEL RECIÉN NACIDO

Es normal que los niños sanos **lloren** hasta tres horas al día, aunque no tengan cólicos.

Es normal que el recién nacido **pierda peso** los primeros 4-5 días. Después irá aumentando poco a poco.

Los **cólicos** son dolores abdominales benignos con llanto inconsolable, que pueden durar un tiempo variable a lo largo del día (más de 3 horas, más de 3 días, más de 3 semanas) y que se repiten días seguidos, habitualmente a las mismas horas, de forma parecida.

El número de **cacas** normal puede variar entre 1 cada 2-3 días hasta 6 o más al día. Al principio son negras y pegajosas, luego verdosas con grumos y más tarde amarillas y líquidas.

La **fiebre** se considera a la elevación de la temperatura corporal $\geq 38^\circ$. La causa más frecuente es la infección vírica, que no precisa antibióticos.

El **color amarillento de la piel** es frecuente los primeros días. Si se hace más intenso en vez de disminuir, debes consultar.

Las niñas al nacer pueden tener una pequeña **menstruación**. Y tanto los niños como las niñas pueden tener los **pechos algo abultados** por las hormonas que le pasa su madre durante el embarazo. Ambas cosas son normales y se resuelven solas.

Todos los niños **regurgitan y vomitan** espontáneamente las primeras semanas o meses de vida. Si los vómitos son muy frecuentes, se hacen más frecuentes, o se acompañan del algún otro signo de enfermedad, debes consultar con tu pediatra.

ANEXO 6. TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL

150

REAL DECRETO-LEY 16/2012, de 20 de abril REAL DECRETO 1192/2012, de 3 de Agosto ORDEN ESS/1452/2012, de 29 de junio			
GRUPO ASEGURAMIENTO	SUBGRUPO ASEGURAMIENTO	APORTACIÓN A FARMACIA	
01 ACTIVOS (Trabajadores en alta o asimilada)	01 Trabajador	TSI 003: 40% TSI 004: 50% TSI 005: 60%	
02 PENSIONISTAS de la Seguridad Social	01 Pensión contributiva	TSI 002.01: 10% (hasta 8,23€/mes) TSI 002.02: 10% (hasta 18,52€/mes) TSI 005 : 60% (hasta 61,75€/mes)	
	02 Pensión No contributiva	TSI001	EXENTO
03 PERCEPTORES DE PRESTACIONES	01 Desempleo	TSI 003: 40% TSI 004: 50% TSI 005: 60%	
	02 Subsidio		
	03 Renta de Integración Social SEPE	TSI 001	EXENTO
	04 Síndrome Tóxico		
	05 Discapacitado LISMI		
	06 Otras (incapacidad temporal, maternidad, paternidad etc.)	TSI 003: 40% TSI 004: 50% TSI 005: 60%	
	07 Renta de Integración Social CCAA	TSI 001	EXENTO
04 AGOTADO DESEMPLEO	01 DESEMPLEO	TSI 003:40% TSI 004:50% TSI 005:60%	
	02 SUBSIDIO	TSI 001	EXENTO
05 RESIDENTE EN ESPAÑA <i>(Ciudadanos que no superan el límite de ingresos)</i>	01 RESIDENTE EN ESPAÑA	TSI 002.01: 10% (hasta 8,23€/mes) TSI 003: 40% TSI 004: 50%	
06 CONCIERTO ASISTENCIA SANITARIA CON SEGURIDAD SOCIAL	01 MUFACE	TSI 006	30%
	02 ISFAS		
	03 MUGEJU		
07 MENORES TUTELADOS ADMINISTRACIÓN	01 ASEGURADOS MENORES CON TUTELA	TSI 003: 40% TSI 004: 50% TSI 005: 60%	
	02 SITUACIONES ESPECIALES DE MENORES		
08 RESIDENTES EN EL EXTRANJERO	01 RETORNADOS DEFINITIVAMENTE A ESPAÑA	TSI 005: 60%	
	02 DESPLAZADOS TEMPORALMENTE A ESPAÑA		
	03 DIRECCION GENERAL DE LAS MIGRACIONES	TSI 003: 40%	
09 UE/CONVENIO BILATERAL	01 INTERNACIONAL BENEFICIARIO DE TRABAJADOR	TSI 003: 40% TSI 004: 50% TSI 005: 60%	
	02 INTERNACIONAL PENSIONISTAS	TSI 002: 10% (Hasta 8,23€/mes)	
	03 INTERNACIONAL BENEFICIARIO DE PENSIONISTA	TSI 002: 10% (Hasta 18,52€/mes) TSI 005: 60% (Hasta 61,75 €/mes)	

ANEXO 7: Autorización del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité de Ética de la Investigación del
Principado de Asturias
C/ Celestino Vilamiel s/n
33006 - Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.29
e-mail: geicr_asturias@hsca.es

Área Sanitaria

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

D. Carlos Gómez Alonso, Presidente del COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN
CLÍNICA REGIONAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado el ensayo clínico **SIN** intervención, medicamentos ni técnicas
invasivas:

TÍTULO: "EFICACIA DE LA VISITA PEDIÁTRICA PRENATAL EN ATENCIÓN
PRIMARIA EN MADRES PRIMERIZAS DE UN ÁREA BÁSICA DE SALUD"

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dra. Ana Gancedo García.

Este CEIC, emite DICTAMEN FAVORABLE

- El ensayo se plantea siguiendo los requisitos del Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero y las normas que lo desarrollan, y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el ensayo.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.



ANEXO 8. Los Diez pasos para una feliz lactancia natural

Documento que aparece en la declaración conjunta OMS/ UNICEF sobre lactancia natural y servicios de maternidad; Ginebra, OMS, 1989.

Protección, fomento y apoyo de la lactancia materna: papel especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF, Ginebra, OMS, 1989.

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Colocar al bebé en contacto piel con piel de su madre inmediatamente después del nacimiento. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora de vida.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia aún en caso de separación de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida a no ser que estén médicamente indicados.
7. Practicar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los bebés alimentados al pecho, biberón, tetinas ni chupetes.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y referir a las madres a esos grupos.

ANEXO 9. Publicaciones científicas y comunicaciones derivadas del estudio de investigación.

Aten Primaria. 2019;51(5):285–293



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ANEXOS

153

ORIGINAL

Factores asociados al nivel de ansiedad y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas



Ana Gancedo-García^{a,b,*}, Paloma Fuente-González^c, Michal Chudáčik^d,
Ana Fernández-Fernández^e, Patricio Suárez-Gil^f y Venancio Suárez Martínez^g

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Área V, Gijón, Asturias, España

^b Mutua Fraternidad-Muprespa, Avilés, Asturias, España

^c Enfermería de Atención Primaria, Área V, Gijón, Asturias, España

^d Medicina de Familia y Comunitaria, Área III, Avilés, Asturias, España

^e Servicio de Obstetricia, Hôpital Daler, Friburgo, Suiza

^f Pediatría Atención Primaria, C.S. El Llano, Área V, Gijón, Asturias, España

^g Unidad de Investigación, Área V, Gijón, Asturias, España

Recibido el 5 de julio de 2017; aceptado el 13 de diciembre de 2017

Disponible en Internet el 24 de mayo de 2018

PALABRAS CLAVE

Salud materno-infantil;
Consejo;
Lactancia materna;
Ansiedad;
Cuidados prenatales;
Tabaquismo

Resumen

Objetivo: Conocer el nivel de ansiedad y conocimientos de puericultura y lactancia de las embarazadas primerizas actuales, y las variables clínico-demográficas con las que se relacionan.

Diseño: Estudio transversal.

Emplazamiento: Siete centros de salud del Área V (Asturias).

Participantes: Embarazadas primerizas que completaron cursos preparto del 01.06.2015 al 31.10.2015, excluyendo gestación múltiple, embarazo de riesgo, lactancia materna (LM) contraindicada y problemas lingüísticos.

Intervenciones: Cuestionario de variables sociodemográficas, cuestionario ansiedad STAI y 23 preguntas sobre puericultura y lactancia.

Mediciones principales: Realizamos análisis descriptivo y coeficientes de regresión lineal múltiple (programa R).

Resultados: Captamos 104 embarazadas, con una edad media de 34,2 (DE: 4,5) años; el 94,2% eran españolas, el 61,5% universitarias, el 17,3% fumadoras en el embarazo, y el 23,1% tenía antecedentes psicopatológicos. El 88,4% planeaba dar LM. El STAI estado (STAI-E) medio fue de 18,1 (DE: 7,4) y puntuaron 4,5 (DE: 2,3) errores de media. Las preguntas más falladas versaban sobre causas de fiebre (56,7%), medición de fiebre (54,8%) y deposiciones fisiológicas (55,7%). El análisis multivariante entre conocimientos y perfil mostró asociaciones estadísticamente

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anagancedogarcia@gmail.com (A. Gancedo-García).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.005>

0212-6567/© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Maternal and child health;
Counseling;
Breast feeding;
Anxiety;
Prenatal care;
Tabaquism

significativas con ser extranjera, universitaria, con planificación del embarazo y con la matrona. En relación con el STAI-E, este fue significativo para ser fumadora, haber recibido LM, antecedentes psicopatológicos y matrona.

Conclusiones: Las embarazadas actuales que completan cursos preparatorio son principalmente maduras, universitarias y españolas. Poseen buenos conceptos sobre lactancia pero muchas desconocen conceptos básicos de fiebre y deposiciones del lactante. Las madres extranjeras, con embarazo no deseado y estudios primarios parecen tener conceptos más confusos. Las madres fumadoras, con antecedentes psicopatológicos y que no han recibido LM presentan más ansiedad. La matrona influye significativamente sobre la ansiedad y los conceptos adquiridos. © 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Factors associated with the anxiety level and knowledge about childcare and lactation in first-time pregnant women

Abstract

Objective: To know the level of anxiety and knowledge of childcare and lactation of the current pregnant women, and the clinical-demographic variables with which they are related.

Design: Cross-sectional study.

Setting: Seven health centers of Area V (Asturias).

Participants: First-time pregnant women who completed preparatory courses from 01.06.2015 to 31.10.2015, excluding multiple gestation, risk pregnancy, contraindicated breastfeeding and language problems.

Interventions: Sociodemographic variables questionnaire, STAI state anxiety questionnaire and 23 questions about childcare and lactation.

Main measurements: We performed descriptive and multivariate analysis (program R) of the variables of the questionnaire.

Results: We captured 104 pregnant women; average age 34.2 (SD: 4.5), 94.2% Spanish, 61.5% university, 17.3% smokers in pregnancy, 23.1% with psychopathological antecedents; 88.4% planned to give breastfeeding. The mean STAI-S was 18.1 (SD: 7.4) and scored 4.5 (SD: 2.3) mean errors. The most faulty ones were on causes of fever (56.7%), fever measurement (54.8%) and physiological stools (55.7%). The multivariate analysis between knowledge and profile showed statistically significant associations with: being foreign, university, pregnancy planning and matron. In relation to the STAI-S was significant for being a smoker, receiving breastfeeding, psychopathological antecedents and matron.

Conclusions: The current pregnant women who complete preparatory courses are mainly mature, university and Spanish. They have good concepts about breastfeeding but many are unaware of basic concepts of fever and stool of the infant. Foreign mothers with unwanted pregnancy and primary education seem to have more confusing concepts. Smoking mothers with psychopathological antecedents and who have not received breastfeeding present more anxiety. The matron significantly influences anxiety and acquired concepts.

© 2018 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El periodo de gestación es una etapa de cambios físicos, psicoemocionales y sociofamiliares en la que aumenta el riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos más que en cualquier otro momento de la vida¹. Esto conlleva repercusiones directas sobre la salud del niño² e indirectas a través de los hábitos que se establecen en el seno familiar, pues es también una etapa de continuo aprendizaje en materia de salud.

Los consejos preconceptionales y la atención prenatal se han mostrado útiles para mejorar la salud de la madre y del niño (nivel de evidencia 1, fuerza de la recomendación

A)³. La labor de educación en salud recae sobre la matrona, el médico de familia, el ginecólogo, el pediatra y el profesional de enfermería, tanto hospitalarios como de Atención Primaria. Este modelo múltiple y estratificado de educar en salud parece el más eficaz, pero los profesionales no siempre estamos coordinados en los consejos que se transmiten. Los padres reciben información sesgada, e incluso contradictoria⁴, pudiendo generar consultas reiterativas y hábitos inadecuados difícilmente modificables una vez establecidos, como ocurre con la instauración y mantenimiento de la lactancia materna (LM).

El problema no reside entonces en la cantidad de información que aportamos, sino en saber adecuarla a

sus necesidades, concretando qué información precisan, y cómo, cuándo y a quién se la ofrecemos. Precisamos promover cambios conductuales adecuados y duraderos, la autonomía de las madres en el cuidado de sus hijos y una correcta relación con el sistema sanitario desde la primera infancia.

Este trabajo responde a la necesidad de conocer el nivel de ansiedad prenatal y conocimientos generales sobre puericultura y lactancia que poseen las embarazadas primerizas en el tercer trimestre de gestación, y aquellas variables clínico-demográficas con las que pudieran estar relacionadas para detectar problemas poblacionales o subgrupos de riesgo sobre los que nuestras intervenciones educativas pudieran ser más necesarias, así como ampliar información que permita diseñar más específicamente el contenido de las mismas.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo y transversal sobre embarazadas primerizas del Área Sanitaria V de Gijón, que posee un total de 12 Centros de Salud (CS) para una población de 273.422 habitantes. Se realizó la captación de participantes entre junio y octubre de 2015 en los 7 CS donde las matronas imparten los cursos de preparación prenatal agrupando a todas las mujeres del Área: CS El Llano, CS Severo Ochoa, CS Pumarín, CS Laviada, CS El Parque, CS La Calzada y CS Montevil. Fueron criterios de exclusión: embarazos múltiples, embarazo de riesgo, madres con LM contraindicada y problemas lingüísticos que impidiesen la comprensión del cuestionario.

El curso prenatal se imparte durante un promedio de 8-10 semanas, entre las semanas 28 y 38 de gestación. Es de asistencia voluntaria y participativa, con sesiones de frecuencia semanal y de 2 horas de duración, con contenidos teóricos (puerperio, LM y puericultura) y prácticos (ejercicios aeróbicos, estiramientos, suelo pélvico, respiración y relajación).

Se realizó la captación en la última sesión del curso para todas aquellas embarazadas que lo hubieran completado. Se explicó el objetivo del estudio, se solicitó el consentimiento informado y se entregó el cuestionario autoadministrado (anexo 1) que recogía:

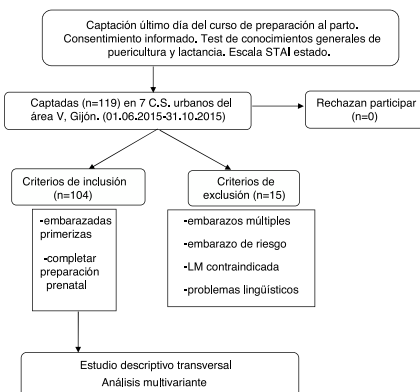
- Variables clínico-demográficas: edad, nacionalidad, planificación del embarazo, abortos previos, tabaquismo previo y actual, nivel de estudios, ocupación, haber recibido LM de sus madres, plan de LM para sus hijos, fuentes de información, matrona que impartió el curso.
- Cuestionario de ansiedad (STAI): cuestionario psicométrico validado para embarazadas, formado por dos escalas: ansiedad estado (STAI-E) y ansiedad rasgo. Se registró solamente la ansiedad estado, reactiva a un momento concreto. Consta de 20 ítems, redactados en positivo y negativo, con una escala de respuesta de tipo Likert desde 0 (nada) a 3 (mucho). La puntuación total se obtiene sumando los valores de los ítems (tras inversión de las puntuaciones en los negativos), con un rango total de 0 a 60, correspondiéndose una mayor puntuación con mayor ansiedad. En la adaptación al español de Spielberg et al.⁵, la media poblacional para la escala estado fue de 23,30. En

la actualización que realizaron en 2011 Guillén-Riquelme y Buela-Casal⁶, se halló una media de 18,20. Se considera ansiedad leve entre 20-25 puntos, moderada entre 26-32 y alta si es de 33 o más puntos.

- Conocimientos generales de puericultura y lactancia: se diseñó un cuestionario con la colaboración de pediatras, enfermeras y matronas tras revisión de la literatura y experiencia de dificultades y consultas frecuentes sobre puericultura y lactancia^{7,8}. Se hizo un formato combinado de preguntas con respuesta múltiple y una única respuesta correcta y preguntas de tipo verdadero/falso. Dado que se trataba de embarazadas que ya habían recibido formación, se consideró que deberían poder contestar correctamente las 23 preguntas, por lo que se hizo la medición contabilizando las respuestas erróneas. Se realizó un pilotaje en 30 embarazadas, las cuales no identificaron problemas de comprensibilidad, consideraron que el grado de dificultad fue bajo y completaron el cuestionario en una media de 7 minutos (rango de 5-10). Se realizaron cambios en la pregunta referida a la fiebre por objetivarse una posible ambigüedad de respuesta en la versión inicial.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa R. Para el análisis descriptivo se calcularon la media y la desviación estándar (DE) en las variables cuantitativas continuas, y porcentajes en las cualitativas. Se realizó una regresión lineal múltiple con la puntuación STAI y la puntuación de conocimientos como variables dependientes, y las características clínico-demográficas como independientes. Se consideraron como estadísticamente significativos los valores p inferiores a 0,05.

El diseño de este trabajo, que forma parte de un seguimiento completo desde el tercer trimestre de embarazo hasta cumplir el primer año de vida del lactante, fue aceptado por el Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias el 31.07.2014 y cumplió todos los criterios de confidencialidad.



Esquema general del estudio: diagrama de flujo.

Resultados

De las 119 embarazadas captadas, ninguna rechazó participar y 15 presentaron criterios de exclusión. La media de edad fue de 34,2 años (DE: 4,5); el 94,2% eran españolas y el 61,5% refirió tener estudios universitarios. El 24% de las embarazadas se declararon fumadoras habituales y el 17,3% aún mantenía el hábito durante el tercer trimestre de gestación.

El 94,2% refirió haber planificado su embarazo, el 66,3% había recibido LM de sus madres y el 88,4% la refiere como plan de alimentación para su hijo. El 4,8% tiene decidido dar lactancia artificial.

Como fuentes de información principales las madres refirieron la matrona (94,2%), familiares (67,3%) e Internet (45,2%).

El 23,1% de las embarazadas tenían antecedentes de ansiedad y/o depresión. La puntuación media del STAI-E fue de 18,2 (DE: 7,4; rango: 1-36; mediana: 17,5). Un 31,7% (n=33) presentó ansiedad leve, un 13,5% (n=14) moderada, y un 3,9% (n=4) alta.

Respecto al test de conocimientos, sobre el test de 23 preguntas, se registró una media de 4,5 preguntas falladas (DE: 2,3; rango: 0-13 errores; mediana: 4) (tabla 1).

Al desglosar por preguntas los resultados del cuestionario de conocimientos de puericultura, los porcentajes de error más altos se encontraron en la causa más frecuente de fiebre en el lactante menor de un año (56,7%), qué temperatura tomada en la axila se considera fiebre (54,8%), número de deposiciones que se considera normal en el recién nacido (55,7%), número de controles del pediatra en el primer mes (50%) y aspecto de las deposiciones del recién nacido (31,7%).

Las preguntas de lactancia obtuvieron mejores resultados. Se registraron errores en cuanto a complementar LM con agua (23,1%), la existencia de diferentes leches de biberón adaptadas (20,6%) y la recomendación de la LM exclusiva hasta los 6 meses (20,6%).

Las preguntas con menor porcentaje de error fueron la frecuencia de alimentación del recién nacido (15,4%), la posible menstruación de las recién nacidas (15,4%) y el riesgo de enfermar en ausencia de vacunación (11,5%). La única pregunta contestada correctamente por el 100% de las participantes fue aquella referida al transporte en el automóvil (tabla 2).

En la regresión lineal múltiple entre el resultado del test de conocimiento y las variables clínico-demográficas, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos para origen extranjero (coeficiente: 2,2; $p=0,02$), embarazo no deseado (coeficiente: 2; $p=0,03$), estudios universitarios (coeficiente: -2,6; $p=0,04$), y matrona que impartió el curso (coeficiente: -2,2, $p=0,003$). El plan de LM resultó estadísticamente significativo en el análisis bivariable pero perdió su significación en el multivariante (tabla 3).

En la regresión múltiple con el resultado del STAI-E, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, de manera que empeora la puntuación al ser fumadora en 4,4 puntos ($p=0,06$) y al tener antecedentes de ansiedad/depresión en 4,4 ($p=0,02$), y mejora si han recibido LM

Tabla 1 Características clínico-demográficas de las embarazadas sanas primerizas que cumplieron los cursos de preparación al parto entre junio y octubre de 2015 en el Área V de Gijón (n=104)

Variables		
Edad: media (DE)		34,2 (4,5)
Origen español: n (%)		98 (94,2)
Embarazo planificado: n (%)		98 (94,2)
Antecedente de abortos previos: n (%)		29 (27,9)
Fumadora habitual: n (%)		25 (24)
Fumadora durante el embarazo: n (%)		18 (17,3)
Nivel de estudios: n (%)	Primarios	3 (2,9)
	Secundarios	37 (35,6)
	Universitarios	64 (61,5)
Ocupación: n (%)	Ama de casa	64 (63,8)
	Activo autónomo	11 (10,6)
	Activo por cuenta ajena	42 (40,4)
	Baja laboral	26 (25,2)
	Desempleo	21 (20,2)
Recibió LM de su madre: n (%)	Sí	69 (66,3)
	No sabe	7 (6,7)
Tipo de lactancia que planea dar: n (%)	Materna	92 (88,5)
	Artificial	5 (4,8)
	Mixta	3 (2,9)
	No sabe	4 (3,8)
Resultado STAI-E: media (DE)	Puntuación total	18,2 (7,42)
	Síntomas positivos	8,1 (4,34)
	Síntomas negativos	10 (4)
Nivel de ansiedad (STAI-E): n (%)	Leve	33 (31,3)
	Moderada	14 (13,5)
	Alta	4 (3,9)
Número de errores en test de conocimientos: media (DE)		4,5 (2,3)
Antecedentes personales de ansiedad/depresión: n (%)		24 (23,1)
Fuentes de información: n (%)	Matrona	98 (94,2)
	Familiares	70 (67,3)
	Internet	47 (45,2)
	Amigos	36 (34,6)
	Libros	32 (30,8)
	Ginecólogo	30 (28,8)
	Revistas	10 (9,6)
	Pediatra	9 (8,7)
	Médico de cabecera	3 (2,9)

DE: desviación estándar; LM: lactancia materna; STAI-E: Test Estado del *State-Trait Anxiety Inventory*.

de sus madres en 4,4 puntos ($p=0,009$) y según la matrona que impartió el curso en 5,6 ($p=0,04$) (tabla 3).

Se incluyó en el análisis como variable independiente los resultados obtenidos en ambos test de ansiedad y puericultura, sin hallar resultados estadísticamente significativos que mostrasen asociación entre ellos.

Tabla 2 Porcentaje de respuestas erróneas en el cuestionario de conocimientos sobre lactancia materna, aspectos fisiológicos del recién nacido y puericultura

Concepto preguntado y desglose de opciones de respuesta en aquellas preguntas más falladas	% (n)	% error (n)
<i>La causa más frecuente de fiebre en el niño menor de un año son:</i>		57,8
Infecciones respiratorias leves	42,3 (44)	(59)
Salida de los dientes	51,9 (54)	
Infecciones graves que precisan ingreso hospitalario	5,8 (6)	
<i>La temperatura tomada en la axila que se considera fiebre es:</i>		54,8
≥ 38°	47,1 (49)	(57)
≥ 36,5°	13,5 (14)	
≥ 37,5°	39,4 (41)	
<i>Es normal que los recién nacidos hagan:</i>		55,7
Una deposición al día o cada día, o 3-5 deposiciones al día	42,3 (44)	(58)
Una vez día/cada 2 días	20,2 (21)	
3-5 veces/día	37,5 (39)	
<i>Durante el primer mes de vida del bebé, el número establecido de controles de salud por el pediatra es:</i>		50
Dos	50 (52)	(52)
Uno	49 (51)	
Ninguno si está sano	1 (1)	
<i>Las deposiciones de los recién nacidos:</i>		31,73
Pueden ser oscuras y pegajosas tras el nacimiento, y después semilíquidas, pastosas o con grumos, de color amarillo-verdoso claro (color «pistacho»)	68,3 (71)	(33)
Pueden ser semilíquidas, pastosas o con grumos, de color amarillo-verdoso claro	21,2 (22)	
Las primeras cacas tras el nacimiento pueden ser oscuras y pegajosas	10,6 (11)	
<i>Los recién nacidos que reciben lactancia materna no precisan tomar agua</i>		23,1 (24)
<i>Para el bebé recién nacido no es buena la exposición directa al sol</i>		20,2 (21)
<i>Existen diferentes leches de biberón</i>		20,6 (19)
<i>Se recomienda la LM exclusiva hasta los 6 meses de edad</i>		20,6 (19)
<i>El recién nacido puede tener los pechos abultados por las hormonas que le pasa la madre</i>		20,6 (19)
<i>La posición recomendada para dormir del recién nacido es boca arriba</i>		16,4 (17)
<i>Es necesario consultar si el bebé llora mucho cuando además se acompaña de otro signo de enfermedad que nos alarme</i>		17,3 (18)
<i>El recién nacido, durante las primeras semanas, debe alimentarse cuando lo solicite con un mínimo de 6 tomas al día</i>		15,4 (16)
<i>Las niñas recién nacidas pueden tener pequeña menstruación al inicio de la vida</i>		15,4 (16)
<i>El recién nacido tiene riesgo de enfermar si se pone en contacto con personas enfermas y no está vacunado</i>		11,5 (12)
<i>La pérdida de peso en los primeros días tras el nacimiento no es un signo de enfermedad</i>		8,7 (9)
<i>Las vacunas aportan más beneficios que riesgos</i>		6,7 (7)
<i>El momento para iniciar la lactancia materna es inmediatamente tras el parto</i>		5,8 (6)
<i>Los cólicos del lactante son un trastorno que sufren algunos niños, que no precisa tratamiento ni es grave</i>		2,9 (3)
<i>La temperatura adecuada para bañar al bebé es la temperatura del cuerpo (rondando los 37°)</i>		1,9 (2)
<i>La leche materna tiene diferentes propiedades que la leche de biberón</i>		1,9 (2)
<i>Se puede estimular el desarrollo con caricias y masajes</i>		1 (1)
<i>El transporte del bebé ha de ser en un capazo o silla homologada, adaptada a su edad y tamaño y sujeta con cinturón</i>		0 (0)

LM: lactancia materna.

Tabla 3 Variables asociadas al resultado del Test de Puericultura y Lactancia y al resultado del Test de Ansiedad STAI-E. Coeficientes de regresión lineal múltiple

Variables clínico-demográficas	Test de Puericultura y Lactancia		Test de Ansiedad STAI-E	
	Coefficiente	p	Coefficiente	p
<i>Edad</i>	-0,02	0,66	0,2	0,34
<i>Origen:</i>				
Español	—	—	—	—
Extranjero	2,2	0,02*	-0,5	0,87
<i>Estudios:</i>				
Primarios	—	—	—	—
Secundarios	2	0,13	0,8	0,86
Universitarios	-2,6	0,04*	-1,3	0,76
<i>Trabaja:</i>				
Sí	—	—	—	—
No	0,4	0,49	-0,5	0,80
<i>Embarazo deseado:</i>				
Sí	—	—	—	—
No	2	0,03*	-2,6	0,39
<i>Fumadora:</i>				
Sí	—	—	—	—
No	-0,2	0,77	4,4	0,06*
<i>Abortos previos:</i>				
Sí	—	—	—	—
No	-0,3	0,55	-1,4	0,41
<i>Recibió LM de su madre:</i>				
No	—	—	—	—
Sí	-0,1	0,86	-4,4	0,009*
No sabe	0,04	0,97	2,3	0,47
<i>Plan LM:</i>				
No	—	—	—	—
Sí	0,5	0,14	-0,5	0,67
<i>Antecedentes de ansiedad/depresión:</i>				
Sí	—	—	—	—
No	0,4	0,43	4,4	0,02*
<i>CS curso parto:</i>				
CS I	—	—	—	—
CS II	0,3	0,73	-3	0,34
CS III	-0,2	0,78	1,4	0,60
CS IV	-1,5	0,08	-5,6	0,04*
CS V	-0,3	0,67	0,5	0,81
CS VI	-2,2	0,003*	-1,4	0,56
CS VII	-1	0,23	2,9	0,27

CS: Centro de Salud (numeración anonimizada); LM: lactancia materna; STAI-E: Test Estado del *State-Trait Anxiety Inventory*
* Estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Discusión

El perfil de nuestra muestra coincide con los datos de la Encuesta de Salud del Principado de Asturias⁹, donde las embarazadas son mayoritariamente mujeres maduras (el 76% supera los 30 años y el 38% los 35), siendo nuestra media de edad de 34,25 años. El porcentaje de universitarias ascendía al 61,54% (superior al 40% de la encuesta), siendo nuestro porcentaje de extranjeras del 5,7% respecto

al 9,6% de extranjeras en Asturias. Dado que el estudio se realizó entre mujeres que acudían a los cursos preparto, parece existir menor adherencia a dichos cursos en colectivos extranjeros y de menor grado formativo, por lo que se podría reforzar en ellos su promoción, ya que además, son precisamente quienes manifestaron más errores de conceptos en el cuestionario aplicado.

El informe registra un 80% de mujeres activas laboralmente, dato similar al 76% de nuestras mujeres, aunque de

ellas ya se encuentran de baja laboral el 25,2%. Un 20,2% refirió estar en paro.

Cabe destacar que el 24% de las encuestadas se declararon fumadoras habituales y un 17,3% aún mantenía el hábito en el tercer trimestre. Coincidimos con otros estudios donde el 31,1% fumaba previamente al embarazo y el 18,2% fumó durante toda la gestación¹⁰. Aunque existe tendencia al abandono espontáneo al inicio, persiste un elevado porcentaje que no lo logra, con importantes repercusiones para la salud de madre e hijo.

Conocimientos generales de puericultura y lactancia

Las preguntas que superaron el 50% de error fueron: la causa más frecuente de fiebre en el lactante menor de un año, la temperatura axilar que se considera fiebre, el ritmo de deposiciones del recién nacido y el número de controles del pediatra en el primer mes. La frecuencia de dichos errores es relevante si se considera que dos de los motivos más frecuentes de consulta en niños menores de un año son los cuadros febriles y la alteración de las deposiciones, rondando entre las dos hasta el 50% de las consultas a demanda^{11,12}.

Sin embargo, obtuvimos buenos resultados de conocimiento de lactancia, superando el 70% de acierto en todas las preguntas. Podrían mejorarse los conceptos sobre complementos a la LM, las diferentes leches de biberón adaptadas y la recomendación de la LM exclusiva hasta los 6 meses.

Estos datos, junto con la intención del 88% de las madres de dar inicialmente LM, contrastan con que el porcentaje de madres que inician y mantienen LM siga siendo muy inferior al deseable. El estudio de Díaz-Gómez et al.¹³, realizado sobre madres españolas, reflejó como principales causas para elegir lactancia artificial, la incorporación al trabajo (33,8%), seguido de la falta de recomendaciones y apoyo de los profesionales sanitarios (32,4%).

A pesar de que en los últimos años ha habido un repunte en la LM nacional¹⁴, en Asturias, las cifras siguen siendo desalentadoras con una prevalencia de LM exclusiva al alta hospitalaria del 33% y al 4.º mes del 28%. Teniendo en cuenta que hasta el 4.º mes la incorporación laboral no debería ser un impedimento gracias al descanso maternal, deberíamos revisar la eficacia del apoyo sanitario.

La LM sigue siendo la mejor intervención coste-efectiva sobre la salud del individuo, por lo que se debería considerar un objetivo prioritario de salud pública y no un estilo de crianza^{15,16}, donde todo esfuerzo será necesario para apoyar a las madres en su consecución.

Destaca la influencia de la matrona, referida además como fuente principal de información. Pero se podrían reforzar los conceptos de puericultura, por pediatras o enfermero/as de pediatría, ya sea individualizadamente a través de una visita prenatal, la cual ha demostrado mejoras en la relación padres-pediatra, en la tasa de LM y en la disminución del número de visitas a urgencia (nivel de evidencia 1, fuerza de la recomendación A)³, o de manera colectiva¹⁷. E incluir en ellas las otras fuentes principales de consulta referidas: los familiares y orientación sobre cómo consultar Internet. Aunque cada vez más estudios avalan cambios de conducta como resultado del consejo

breve¹⁸, los resultados teóricos deberían ponderarse en función de la autonomía que adquieren las madres que reciben dicha preparación, no solo en cuanto a instauración y mantenimiento de la LM¹⁹⁻²¹ sino también sobre los cuidados, generando menos consultas a demanda.

Se buscaron factores asociados a las puntuaciones del test, obteniendo significación estadística en el origen de la madre, puntuando las españolas casi 3 errores menos que las extranjeras, y 2,6 puntos menos las que poseían estudios universitarios. El embarazo planificado también arrojaba mejores puntuaciones, así como la matrona que impartió el curso, por lo que se constata que la calidad de estos repercute en una mejor preparación teórica de las madres. El plan de LM obtuvo significación estadística en el análisis bivariable, aunque en el multivariante perdió su significación.

Nivel de ansiedad

Las embarazadas son biológicamente vulnerables a trastornos psicopatológicos, tanto por cambios hormonales como psicosociales. Un metaanálisis realizado en países desarrollados calcula un 7,4, 12,8 y 12% de afectación durante el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente²², y hasta el 16% en el posparto²³. En nuestra muestra, hasta el 23,1% de este colectivo ya contaba con antecedentes de ansiedad y/o depresión.

El STAI-E reflejó un tercio de embarazadas con ansiedad leve, un 13,5% moderada, y un 3,9% grave. Probablemente nuestros resultados mostrasen porcentajes mayores en población general pues fue criterio de exclusión el embarazo de riesgo; el 94,2% refirió haber planificado su embarazo, y prácticamente todas poseían un nivel socioeconómico medio-alto. Dichas variables están asociadas a una menor ansiedad gestacional²⁴. Se quisieron conocer otras variables implicadas y en el análisis multivariante se hallaron fuertes asociaciones con los antecedentes psicopatológicos, el hábito tabáquico, y la matrona con la que se realizó la preparación. El haber recibido LM de sus madres se mostró estadísticamente significativo mostrando menores niveles de ansiedad. No encontramos otros estudios que reflejasen dicha asociación, que quizá tenga relación con un mejor desarrollo madurativo psicoemocional de quienes recibieron LM y/o con la influencia educacional de la propia madre, con experiencia en lactancia, que las asesora. Podría ser útil reflejarlo en la anamnesis como antecedente.

Dado que tabaquismo y ansiedad se manifiestan fuertemente asociados, deberíamos abordarlos conjuntamente. La evidencia científica apoya el tratamiento cognitivo conductual como primer abordaje en embarazadas y lactantes²⁵, el cual podría ofrecerse desde Atención Primaria evitando implicaciones farmacológicas o de segundo nivel asistencial.

Como limitaciones presentamos sesgo de selección, por ser exclusivamente madres que completaron los cursos preparto, pero el alto grado de participación permite conocer un perfil concreto de madres, participantes activas de su educación sanitaria²⁶.

En resumen, creemos que es importante detectar dificultades de las primigestas actuales y sus factores relacionados, para proponer soluciones que mejoren las tasas de LM, la disminución de la psicopatología pre y posparto, el abandono del tabaquismo y la disminución de consultas a los servicios

de urgencia. Para ello, además de los cambios sanitarios, sociales y políticos pertinentes, deberíamos actualizar los contenidos de la educación sanitaria que aportamos, unificar criterios entre profesionales y reevaluar la efectividad de dichos programas.

160

Lo conocido sobre el tema

- El perfil de las madres actuales se ha modificado debido a factores como su incursión en el mundo laboral.
- Las dudas sobre lactancia materna y puericultura siguen generando múltiples consultas a demanda, sobre todo entre madres primerizas.
- La tasa de lactancia materna en nuestro país es muy inferior a los estándares de calidad que propone la OMS.
- La ansiedad prenatal es un factor de riesgo para el correcto desarrollo del parto y posparto.

Qué aporta este estudio

- El perfil de las madres primerizas que completan los cursos preparto de la matrona corresponde mayoritariamente a mujeres de edad media alta, con estudios superiores, con un nivel de ansiedad dentro de los estándares poblacionales aunque el 23% presenta antecedentes de ansiedad y/o depresión.
- Las madres adquieren buena formación preparto sobre lactancia materna pero persisten dudas sobre fiebre y deposiciones del recién nacido.
- Las madres extranjeras, con embarazo no deseado y estudios primarios tienen más errores de conocimiento.
- Las madres fumadoras, con antecedentes psicopatológicos y que no han recibido lactancia materna de sus madres presentan mayores niveles de ansiedad.
- La matrona influye significativamente en los niveles de ansiedad y en la adquisición de conocimientos de puericultura y lactancia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todas las matronas del Área V que colaboraron en la captación de pacientes, revisaron el cuestionario aportando sugerencias de mejora y realizan a diario una labor encomiable de atención perinatal.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2017.12.005](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.005).

Bibliografía

1. Rodrigues AR, Pérez-López J, Brito de la Nuez AG. La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *An Psicol*. 2004;20:95–102.
2. Misri S, Oberlander TF, Fairbrother N, Carter D, Ryan D, Kuan AJ, et al. Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal health. *Can J Psychiatry*. 2004;49:684–9.
3. Pallás Alonso CR, Grupo PrevInfad. Actividades preventivas en la infancia y adolescencia (Grupo PrevInfad/PAPPS). Prevención prenatal. Visita prenatal. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7:101–6.
4. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoras D, Fernández-Martínez M, Granados-Gómez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit*. 2011;25:483–9.
5. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA Ediciones S.A; 1982.
6. Guillén-Riquelme A, Buela-Casal G. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*. 2011;23:510–5.
7. Salvadó Hernández MC, Hernández Fabà E, Guerrero Cabana E, Florido Argueta M, Tomás Malapeira M, Soler Castillo A, et al. Intervención educativa grupal sobre cuidados neonatales a futuros padres. *Metas Enferm*. 2012;15:20–5.
8. García Onieva Artazcoz M. Seguimiento del recién nacido normal y promoción de la salud. *Pediatr Integral*. 2010;14:440–5.
9. García González MC. Atención Sanitaria al parto y al nacimiento en los Hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Boletín de Información-Acciones. III encuesta de salud para Asturias 2012 (Dirección General de salud Pública) Observatorio de Salud en Asturias, n° 18, enero 2016 [en línea] [consultado 8 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wpcontent/uploads/OBSA18mVD.2016.pdf>
10. Jiménez-Muro A, Samper MP, Marqueta A, Rodríguez G, Nerín I. Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en las mujeres embarazadas: diferencias entre españolas e inmigrantes. *Gac Sanit*. 2012;26:138–44.
11. Ruiz Arcos R. Fiebre en Pediatría. *Rev Mex Pediatr*. 2010;77:53–8.
12. Mintegi Raso S, Benito Fernández J, García González S, Corrales Fernández A, Bartolomé Albistegui MJ, Trebolazabala Quirante N. Demanda y asistencia en un servicio de Urgencias hospitalario. *An Pediatr*. 2004;61:156–61.
13. Díaz-Gómez M, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, de Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública*. 2016;90:e1–18.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico del SNS. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 [en línea] [consultado 8 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuesta/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetI1011.htm>
15. Pokhrel S, Quigley MA, Fox-Rushby J, McCormick F, Williams A, Truema P, et al. Potential economic impacts from improving breastfeeding rates in the UK. *Arc Dis Child*. 2015;100:334–40.
16. Drane D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. *Breastfeed Rev*. 1997;5:7–15.
17. Blanco Rojas L. La consulta pediátrica prenatal colectiva. *Act Med Cost*. 1981;24:255–65.
18. Jaddoe VW. Antenatal education programmes; Do they work? *Lancet*. 2009;374:863–4.
19. Pallás Alonso CR. Promoción de la lactancia materna. Actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas

- para la infancia y adolescencia. Grupo de Trabajo PrevInfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y a su vez del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS-semFYC) [en línea] [actualizado May 2014; consultado 8 Mar 2017]. Disponible en: <http://WWW.aepap.org/previnfad/actividades.htm>
20. Benito Herrerros A. Revisión sistemática de las intervenciones para la promoción y práctica de la lactancia materna. *Evid Pediatr.* 2016;12:35.
 21. Aparicio Rodrigo M, Balaguer Santamaría A. Con breves sesiones de educación sanitaria pueden aumentarse las tasas de lactancia materna exclusiva. *Evid Pediatr.* 2007;3:93.
 22. Benett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004;103:698–709.
 23. Biratu A, Demewoz H. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa. Ethiopia: A cross-sectional study. *Reprod Health.* 2015; 12:99.
 24. Bluestein D, Levin JS. Symptom reporting in wanted and unwanted pregnancies. *Fam Med.* 1991;23:271–4.
 25. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:1285–98.
 26. Gunning MD, Denison FC, Stockley CJ, Ho SP, Sandhu HK, Reynolds RM. Assessing maternal anxiety in pregnancy with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI): issues of validity, location and participation. *J Reprod Infant Psychol.* 2010;28: 266–73.

Dos de cada diez madres primerizas de Gijón fuman durante todo el embarazo

Un estudio elaborado en varios centros de salud de la ciudad destaca la importancia de los cursos preparatorio y el papel educativo de las matronas

S. F. LOMBARDÍA

La lactancia materna, la educación en puericultura y los riesgos del tabaquismo durante el embarazo se presentan como los tres de los grandes retos sanitarios de la región. Así lo refleja un reciente estudio elaborado en el área sanitaria de Gijón, que analizó el estado de 104 embarazadas primerizas de la ciudad que habían finalizado cursos preparatorio. El resultado confirmó parte de las sospechas de los investigadores: un 24% de las embarazadas se declararon fumadoras habituales, el 17% mantuvo su adicción durante el tercer trimestre de gestación y más de la mitad fallaron varias preguntas básicas relacionadas con los problemas de salud más comunes de un recién nacido.

Según una de las autoras del estudio, Ana Gancedo (médica de Medicina de Familia y Comunitaria en Gijón y en la Mutua Fraternidad-Mupresa en Avilés), la investigación se puede dividir en tres partes. Primero, se analizaron los datos personales y demográficos básicos de cada embarazada - aquí es donde una de cada cuatro reconoció ser fumadora y casi dos

de cada diez no haberlo dejado en el tercer mes de gestación- y, después, su nivel de ansiedad. Fue en esta segunda parte del estudio donde se halló otro de los datos más llamativos: casi una cuarta parte de las embarazadas tenían antecedentes de ansiedad o depresión, destacando porcentualmente las mujeres fumadoras y las que no habían recibido lactancia materna en su infancia. Un tercio de las encuestadas, además, presentó síntomas leves de ansiedad durante el propio embarazo. "Esto nos llama la atención, sobre todo, porque estamos hablando de mujeres jóvenes", apunta Gancedo. La media de edad de las encuestadas en el momento del estudio (se hizo en el año 2015) era de 34 años.

La tercera y última parte del estudio se centró los conocimientos básicos sobre lactancia y puericultura. Los porcentajes de error más altos se encontraron en la causa más frecuente de fiebre de un bebé (57%), qué temperatura tomada en la axila se considera fiebre (55%) y el número de deposiciones que se considera normal en un recién nacido (56%). Que estos sean los principales errores

Perfil de madres primerizas

Estudio elaborado con 104 embarazadas que participaron en cursos de preparación en siete centros de salud de Gijón

El perfil de las encuestadas

34,2 años edad media
94,2% españolas
61,5% con estudios universitarios

24% se declararon fumadoras habituales (El 17,3% aún se mantuvo durante el tercer trimestre de gestación)

23,1% tenían antecedentes de ansiedad y/o depresión

Como fuentes de información, las madres refirieron:

94,2% matrona, 67,3% familiares, 45,2% internet

Los porcentajes de error más altos en cuestiones de puericultura

Número de deposiciones que se considera normal en el recién nacido (55,7%) La temperatura axilar que se considera fiebre (54,8%) Número de controles del pediatra en el primer mes (50,0%)

Las cifras

01 Lactancia materna. El 88% de las mujeres quieren dar de mamar a sus bebés, pero en Asturias la lactancia materna ronda el 30% a los cuatro meses. "Algo estamos haciendo mal", explica Gancedo.

02 Ansiedad y tabaquismo. Las mujeres fumadoras y las que no hayan recibido lactancia materna en su infancia tienen más riesgos de padecer ansiedad o depresión.

es también llamativo, según Gancedo, porque se trata precisamente de las causas más comunes en las consultas en pediatría. "La fiebre, los catarros y si nuestros hijos

hacen muchas o pocas cacas siguen colapsando a los pediatras y los servicios de Urgencias. Necesitamos dedicar más tiempo en consulta para cubrir nuestra labor

de educación sanitaria y prevenir posibles consultas innecesarias", asegura.

Además, el estudio se soldó con muy buenos resultados en cuanto a conocimientos de lactancia. Un dato "esperanzador", según Gancedo, es que el 88% de las embarazadas se mostraron interesadas en dar el pecho a sus niños. "Sin embargo, si las cifras en Asturias en cuanto a lactancia materna rondan el 30% a los 4 meses, algo no estamos haciendo bien. El inicio y mantenimiento de la lactancia sigue siendo nuestro caballo de batalla. Debemos apoyar y asesorar a las madres y demandar políticas laborales que les ayuden a llevar una lactancia saludable y satisfactoria", apostilla la experta. "Esto no significa que tengamos que demostrar la lactancia artificial; sigue siendo una alternativa perfecta para lactancias maternas complejas o contraindicada", aclara. Las preguntas con menor porcentaje de error, además, fueron la frecuencia de alimentación del recién nacido (15,4%), el sangrado vaginal en recién nacidos (15,4%) y el riesgo de enfermar en ausencia de vacunación (11,5%).

La otra buena noticia, según el informe, es la alta calidad de los cursos preparatorio del área, ya que "inciden positivamente sobre los resultados de conocimientos y disminuyen los niveles de ansiedad", así como la elevada participación de las madres "Contamos con excelentes matronas en nuestra área, pero ellas sólo pueden abordar una pequeña parte de puericultura y tabaquismo, por lo que tenemos que seguir estudiando intervenciones de mejora en este ámbito integrando el trabajo de médicos de familia, pediatras y enfermeras de pediatría", sentencia Gancedo.

Cabuënes detecta ya cardiopatías congénitas en la primera ecografía

"Las nuevas tecnologías permiten reaccionar con mucho más tiempo", afirma el jefe de Obstetricia

S. F. L.

El Hospital de Cabuënes se ha propuesto diagnosticar parte de los casos de cardiopatías congénitas en el primer trimestre del embarazo, fecha en la que se suele programar la primera ecografía a la madre. Así lo explicó ayer el doctor Javier Arenas, jefe de Obstetricia del centro gijonés, en las Jornadas Nacionales sobre Cardiopatías Congénitas en el Principado de Asturias de la asociación APACI. "En este sentido no deberíamos tener nada que envidiar a los grandes hospitales de referencia de Madrid y Barcelona. Contamos con profesionales perfectamente formados", aseguró.

El diagnóstico prenatal de este tipo de dolencias es prioritario, según el experto, desde un punto

de vista estrictamente médico -permite programar el parto de la madre y planear su posible traslado a otro hospital más preparado en caso de precisar cirugía-, pero también beneficia a los propios padres. "La familia debe mentalizarse con tiempo y, en caso de tener que viajar a Madrid para operarse, pueden planear su viaje, pedir una excidencia laboral y buscar los recursos que necesiten", apuntó Arenas. "En Gijón no tenemos un servicio concreto para operar este tipo de cardiopatías pero, por suerte, mantenemos una excelente relación con hospitales de referencia como el de La Paz, en Madrid, al que derivamos buena parte de los casos", explicó el doctor.

El diagnóstico prenatal precoz de cardiopatías congénitas sigue



Por la izquierda, la pediatra Sonsoles Suárez y el obstetra Javier Arenas (Hospital de Cabuënes), con los cardiólogos del Hospital de La Paz de Madrid Federico Gutiérrez, José Ruiz y Ángel Aroca, ayer, en Gijón. | ANGELO GONZALEZ

siendo, no obstante, muy inferior al deseado. "El 90 % de los afectados no pertenecen a familias con factores de riesgo y a veces se nos escapan. El corazón de un feto de

13 semanas tiene el tamaño de una moneda de un céntimo; sigue siendo muy difícil detectar fallos, pero creo que en Cabuënes podemos hacerlo porque tenemos máquinas

muy avanzadas, igual que las del resto del país. Con ellas en la primera ecografía ya se pueden ver algunas malformaciones y esto, antes, era imposible", agregó.

