



**Facultade de Enfermaría e Podoloxía
UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

GRAO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2012/2013

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**“Conocimientos, actitudes y prácticas de
Enfermería en el fomento de la Lactancia
Materna: Puerperio, Ferrol.”**

Olaya Alonso Marcos

15 de Mayo de 2013

Relación de los directores del Trabajo Fin de Grado:

- María Josefa Piñón Díaz.

ANEXOS

- ANEXO I: Índice de Tablas e Índice de Figuras. 42
- ANEXO II: Siglas y Acrónimos. 43
- ANEXO III: Los Diez Pasos de la OMS y UNICEF para favorecer la Lactancia Materna; objetivos de la IHAN..... 44
- ANEXO IV: Fases para la obtención de la acreditación cómo “Hospital Amigo de los Niños”. 46
- ANEXO V: Observación y valoración de una toma de pecho. 47
- ANEXO VI: Mapa físico y social de la planta de puerperio del CHUF. 48
- ANEXO VII: Consentimientos Informados..... 51

1. Resumen y palabras clave.

Introducción: La información errónea proporcionada por los profesionales sanitarios y las prácticas inadecuadas en el fomento de la lactancia, cómo no explicar la forma correcta de dar el pecho, ofrecer suplementos de leche artificial, separar a la madre y al niño, o recomendar un horario y duración de las succiones, entorpecen el inicio y contribuyen al abandono precoz de la lactancia materna. Se propone llevar a cabo un proyecto de investigación con el personal de Enfermería de la planta de puerperio del Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol (CHUF). De esta forma se pretende conocer el funcionamiento de la unidad, los cuidados prestados a las madres y evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería.

Metodología: Se empleará la metodología cualitativa desde un enfoque etnográfico y de Investigación-Acción-Participación, para identificar y describir la realidad de la planta. Las técnicas empleadas para la obtención de datos serán: observación participante y grupos de discusión. La población de estudio estará formada por las enfermeras y auxiliares de la planta de puerperio del CHUF. El análisis de datos se realizará de forma continua: transcribiendo, reduciendo, codificando y categorizando la información. Posteriormente se compararán los datos hallados con la evidencia científica, empleando una metodología tipo CAP (conocimientos, actitudes y prácticas).

Objetivo: Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería. Identificar las dificultades de las madres y cómo se resuelven, observar cómo valora el personal de enfermería una toma de pecho, y cómo fomentan el contacto piel con piel.

Palabras clave:

Lactancia Materna. Conocimientos Actitudes y Práctica en Salud. Enfermería.

2. Abstract and Keywords

Introduction: Mis information provided by health professionals and inappropriate practices in the promotion of breastfeeding, as the lack of explanation on the proper way to breastfeed, formula supplements offer, separating mother and child, or recommend a schedule and duration suction, may difficult the start and contribute to early cessation of breastfeeding. It is proposed to carry out a research project with the postpartum nursing staff from Hospital Arquitecto Marcide Ferrol. This way we expect to know the unit development, the kind of health care provided to mothers and to assess on knowledge, attitudes and nursing practices.

Methodology: It is used a qualitative methodology from both ethnographic and Investigation-Action-Participation approach to identify and describe the reality of the hospital unit. The techniques used for data collection are: participant observation and discussion groups. The studied population consist of nurses and nurse assistants linked to postpartum unit. Data analysis will be performed continuously: transcribing, reducing, coding and categorizing information. Then, compared with data found scientific evidence, using a methodology type CAP (knowledge, attitudes and practices).

Objective: To evaluate knowledge, attitudes and nursing staff practice. Identify maternal difficulties and how to solve them, to regard the way nurses assess a breastfeed, and how to encourage them towards skin to skin contact.

Keywords:

Breast Feeding. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Nursing

3. Introducción.

3.1 Antecedentes y estado actual.

La lactancia materna es la forma más correcta de alimentación de un recién nacido y una forma efectiva de promover la salud de los bebés. Sus ventajas son múltiples tanto para el recién nacido como para la madre. Entre los beneficios de la lactancia materna se encuentra la protección inmunológica, la prevención de las alergias alimentarias, y la mejora en la evolución cognitiva del niño, a la vez que disminuye el sangrado postparto favoreciendo la involución del útero, facilita la eliminación de la grasa almacenada durante la gestación y reduce el riesgo de cáncer de mama premenopáusico en la madre.^{1,2}

A mediados del siglo XX con la creación de las fórmulas adaptadas, la lactancia materna fue sustituida progresivamente por éstas. Las consecuencias del abandono no tardaron en dejarse ver, por lo que a finales de los 70 la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a llevar a cabo investigaciones y campañas de promoción de la lactancia materna, abriendo el camino a numerosas investigaciones posteriores sobre el tema³

Como consecuencia de la caída de la incidencia de la lactancia materna en todo el mundo, la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) crearon en el año 1991 la “Iniciativa Hospital Amigos de los Niños” (IHAN), con el fin de adaptar los hospitales para la correcta promoción de la lactancia materna. Para ello establecieron “Diez pasos para una lactancia feliz” (Anexo III) y el “Código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna”^{4,5} En el año 2007 incluyeron tres nuevas condiciones que debían cumplir los hospitales para obtener el galardón IHAN: 75% de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria, información y apoyo a las madres no lactantes, y atención afable con la madre.⁶

El proceso de obtención de la acreditación como “Hospital Amigos de los Niños” consta de 4 fases, con exhaustivas auditorías dónde se valora el cumplimiento de los objetivos de una fase, antes de pasar a la siguiente (Anexo IV).⁶

En el año 1992, 12 hospitales habían sido designados como “Hospital amigo de los niños”, pero actualmente hay más de 20.000 distribuidos en 152 países según cifras de la OMS.

La IHAN ha realizado 67 evaluaciones en España para otorgar la acreditación a diferentes hospitales. En las 67 evaluaciones realizadas se ha comprobado que de los “Diez pasos para una lactancia feliz”, el contacto piel con piel entre madre e hijo inmediatamente después del parto, y la información a las embarazadas sobre lactancia materna, son las recomendaciones más difíciles de llevar a cabo. A día de hoy en nuestro país existen 17 hospitales que han obtenido esta acreditación, y 11 que están en proceso de obtenerla.⁶

Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de España, la lactancia materna exclusiva a las 6 semanas de vida es del 66,16%; a los tres meses del 53,55% y solamente del 28,53% a los seis meses.

La prevalencia y duración varía en las diferentes Comunidades Autónomas (Figura I).⁶

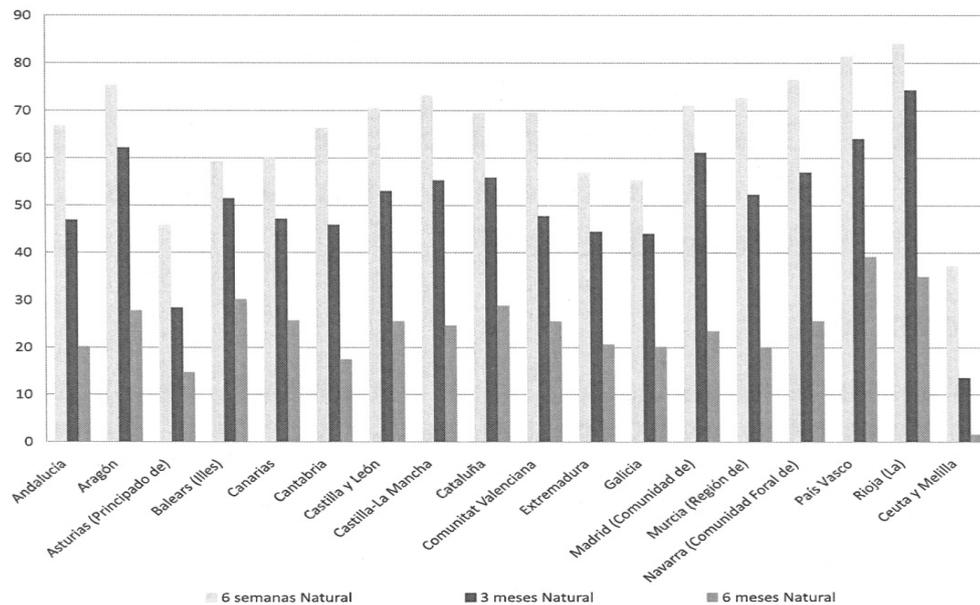


Figura 1: Lactancia Materna en las Comunidades Españolas.

En España se ha perdido la cultura y tradición del amamantamiento. Las madres tienen un escaso apoyo social, por parte de sus familiares y amigos; y un insuficiente apoyo sanitario por parte, principalmente, de pediatras y enfermeras, durante el puerperio.¹ Esta etapa en la vida de las mujeres, está marcada por importantes cambios hormonales y psíquicos y las madres se encuentran con numerosas dificultades en relación con: la forma correcta de amamantar, los cuidados de las mamas, el desempeño del rol materno, los loquios y la curación de los puntos de episiotomía...⁷

Los principales factores asociados al abandono de la lactancia materna, durante los 6 primeros meses, son los conocimientos deficientes de las madres, y la información, errónea y/o insuficiente, brindada por el personal sanitario.⁸ Los conocimientos de las madres no son los adecuados y reciben consejos contradictorios por parte de los profesionales sanitarios, aumentando su ansiedad y el destete prematuro.^{9, 10, 11, 12} El apoyo positivo y con los conocimientos

apropiados, por parte del personal sanitario, incrementa la satisfacción y duración de la lactancia al alta hospitalaria.^{11, 13}

Los profesionales de salud no tienen suficientes conocimientos sobre el tema, un ejemplo, es que el 20% de los profesionales encuestados cree que existe leche materna de mala calidad y un 46% está convencido de que la alimentación de la madre altera las deposiciones del hijo.¹⁴ Los errores más frecuentes son sobre la duración y la frecuencia de las succiones.¹⁵ Un estudio realizado en Brasil en el año 2010, concluyó, que el personal de Enfermería, realiza educación sanitaria sobre lactancia materna, sin basarse en la evidencia científica e indistintamente de los conocimientos que posea sobre el tema.¹⁶

A lo anterior se suman los “Mitos” y falsas contraindicaciones para dar el pecho. Hay mujeres que creen que no producen suficiente cantidad de leche o que esta es de baja calidad; que la leche materna alimenta menos que la leche artificial o que contiene menos hierro del que necesita el bebé. Algunas falsas contraindicaciones son la fiebre de la madre, las mastitis o el tabaquismo. Todo esto da lugar a un abandono de la lactancia precoz e injustificado.^{17, 18}

Algunas prácticas hospitalarias favorecen el inicio y la continuidad de la lactancia como puede ser el contacto piel con piel inmediatamente después del parto, o la recomendación de la lactancia a demanda. Hay una mayor prevalencia de lactancia materna al alta, cuando las madres reciben educación sobre cómo dar el pecho, y cuando las enfermeras supervisan y valoran la primera toma.¹⁹ Sin embargo hay prácticas hospitalarias erróneas y sin base científica, instauradas desde hace más de medio siglo, y que se siguen utilizando:

- No explicar a las madres cómo se debe de dar el pecho: es fundamental que la posición sea la correcta; el recién nacido debe tener la boca muy abierta y abarcar gran parte de la areola,

la nariz y la barbilla deben estar pegadas al pecho, el labio inferior evertido, realizará succiones y descansos, y no morderá el pezón.

- Retrasar la primera toma y/o no estar presente: la primera toma debe realizarse preferiblemente dentro de la primera hora de vida, aprovechando el estado de alerta del bebé en ese período de tiempo, y debe ser supervisada por una enfermera o matrona.
- Recomendar un horario y duración de las succiones: la lactancia materna debe ser a demanda, cuando la madre o el recién nacido quieran y durante el tiempo que deseen.
- Ofrecer biberones de suero o suplementos porque “*parece que el niño tiene hambre*”: esta práctica está asociada con un abandono precoz de la lactancia. Es normal que durante los primeros días, el niño necesite lactar con mayor frecuencia hasta que se regule la producción y secreción láctea de los pechos de la madre.
- Separar a la madre y al recién nacido: la cohabitación y el colecho favorece la lactancia, al ser más fácil para la madre identificar las señales de hambre del bebé, y dar tomas frecuentes y sin restricciones.

Estas prácticas afectan negativamente a la lactancia materna y deben desecharse.^{6, 9, 19, 20, 21, 22}

3.2 Justificación.

¿Existe evidencia científica para la implementación del programa IHAN en el fomento de la lactancia materna? Y... ¿En nuestras maternidades se aplican cuidados basados en dicha evidencia?

“Basada en la evidencia” es un término de moda, pero ¿qué significa práctica basada en la evidencia? Los profesionales de la salud deben saber que la evidencia se deriva de la investigación, y deben hacer uso de ella para apoyar los cambios, con el fin de mejorar los

servicios ofertados a las mujeres y a sus familias. Las recomendaciones basadas en la evidencia científica son una herramienta clave para evitar variabilidades en la práctica, promoción y continuidad de la lactancia.

Son muchos los estudios llevados a cabo para evidenciar los beneficios de las recomendaciones propuestas por la IHAN.⁶ Modificando las prácticas inadecuadas siguiendo los “Diez pasos para una lactancia feliz”, aumenta el número de niños puestos al pecho en la primera hora, disminuye la alimentación con leche artificial y más madres reciben orientaciones sobre cómo dar el pecho.²³

En los hospitales dónde se realizaron estudios tipo CAP, como fue en su día el Hospital do Salnés, que es el único en Galicia con la acreditación IHAN, se consiguieron mejoras importantes en la práctica enfermera.

Durante mis prácticas como alumna de Enfermería, en la consulta de una matrona, he sido testigo de las dificultades con las que se encuentran las puérperas a la hora de amamantar: hipogalactia, dolor, colocación de pezoneras, frecuencia de las mamadas, colocación del lactante al pecho... Ellas mismas manifestaban recibir escaso apoyo por parte del personal de Enfermería de la planta de puerperio, y obtener respuestas contradictorias cuando exponían sus dudas.

Es de ésta forma cómo surge mi proyecto de investigación. ¿Qué está ocurriendo? ¿Por qué está ocurriendo?... Si hay suficiente evidencia científica sobre las prácticas adecuadas y las prácticas erróneas para la promoción de la lactancia... ¿Por qué los profesionales de Enfermería no hacen uso de esa evidencia para prestar los cuidados apropiados a las madres y a los recién nacidos? ¿Será que no disponen de los conocimientos adecuados, o del tiempo suficiente? ¿Tendrán una elevada carga asistencial que les lleve a dejar el apoyo y fomento de la lactancia en un segundo plano?

En el año 2012 y durante 5 meses, en la planta de puerperio del Hospital Arquitecto Marcide, trabajó una Asesora de Lactancia Materna de la IHAN. Llevaba a cabo el “Método de Conserjería en Lactancia Materna”, impulsado por la IHAN, y basado en escuchar a las madres, aceptar sus decisiones y sugerir prácticas; negociar con las mujeres, sin imponer consejos estrictos. Se encargaba de realizar la observación de la primera toma tras el parto, y valoraba los signos que indicaban que el amamantamiento era correcto y los que mostraban alguna dificultad (Anexo V).

Durante ese período de tiempo, la prevalencia de lactancia materna al alta aumentó un 12%, según datos facilitados por el Equipo de Soporte Informático del Hospital Arquitecto Marcide. Con esto se demuestra, que con los conocimientos apropiados y las prácticas adecuadas, es posible mejorar los índices de lactancia en el Hospital Arquitecto Marcide.

Al aumentar la prevalencia de lactancia materna, se contribuye a disminuir el gasto sanitario (los recién nacidos tienen menor riesgo de padecer enfermedades infecciosas, por lo que hay menos hospitalizaciones, gasto de medicamentos y necesidad de atención por profesionales sanitarios), y al ser un recurso natural y ecológico, que no precisa tratamientos especiales, se contribuye también a la protección del medio ambiente.

La formación en lactancia materna de los profesionales es un punto importante: se logra modificar las prácticas erróneas y aumentan los niveles de confianza en sí mismos para apoyar a las madres.^{24, 25} La disposición por parte de la Dirección de Enfermería y de la Dirección del Hospital son fundamentales para lograr el cambio.²⁶

Es importante que el equipo de Enfermería de puerperio se acostumbre a tomar decisiones basadas en la evidencia. Ha llegado

la hora de renunciar a la práctica basada en la opinión y al “*siempre se ha hecho así*”.

3.3. Problema.

El problema reside en la dudosa adecuación de la planta de puerperio del CHUF, para promover eficazmente la lactancia materna según las recomendaciones de la OMS y UNICEF.

3.4. Objetivos: general y específicos.

El objetivo principal es evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de Enfermería en el fomento de la lactancia materna.

Los objetivos específicos son:

- Observar cómo valoran una primera toma de pecho.
- Conocer la información que dan a las puérperas sobre la forma correcta de amamantar.
- Identificar cuándo se proporcionan suplementos a los recién nacidos y por qué se hace.
- Observar si fomentan el contacto piel con piel entre madre e hijo.
- Identificar las principales quejas y dificultades de las madres para amamantar.
- Averiguar cómo se resuelven las dudas y solventan las dificultades de las puérperas en cuanto a lactancia materna.

4. Estrategia de búsqueda bibliográfica.

La recuperación bibliográfica para la realización de este proyecto de investigación se ha hecho en las bases de datos: SCOPUS, COCHRANE, PUBMED, CUIDEN y SCIELO.

Durante todo el procedimiento de búsqueda bibliográfica y tratamiento de la información, se ha manejado un gestor de referencias bibliográficas (Refworks).

En la siguiente tabla se muestran las estrategias de búsqueda empleadas en las diferentes bases de datos:

Tabla I: Estrategia de Búsqueda Bibliográfica.

Base de Datos	Cadena de Búsqueda	Limites Activados	Referencias encontradas
Scopus	(nurs* AND know* AND breastfeeding)	Artículos y revisiones publicados entre los años 2008 y 2013; en inglés, castellano o portugués.	13, 16
PubMed	(breast feeding [Mesh] AND policy making AND nursing care)	Artículos y revisiones publicados entre los años 2008 y 2013; en inglés, castellano o portugués.	24
Cuiden	(lactancia AND materna) AND (factores de riesgo OR promoción OR profesionales sanitarios)	Entre los años 2009 y 2013	8, 12, 20
SCIELO	(lactancia AND apoyo) OR (breastfeeding)	Artículos y revisiones publicados entre los años 2007 y 2013; en inglés, castellano o portugués.	3, 5, 10
Cochrane	(lactancia OR breastfeeding) AND (enfermería OR nursing) AND (knowledge OR conocimientos)	Artículos y revisiones publicados entre los años 2000 y 2013; en inglés, castellano o portugués.	25

5. Bibliografía.

1. Pallás Alonso CR. Promoción de la lactancia materna. Madrid: Grupo de Trabajo PrevInfad de la Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria; 2006.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Lactancia Natural. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2008.
3. Barriuso L, De Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. An Sist Sanit Navar. 2007; 30(3): 383-391.
4. Paricio Talayero JM. Protección Institucional y Legislativa de la Lactancia Materna. La Iniciativa Hospital Amigos de los Niños (IHAN) OMS/UNIFFE. Alicante: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 2004.
5. Hernández Aguilar MT, González Lombide E, Bustinduy Basarán A, Arana Cañedo-Argüelles C, Martínez-Herrera Merino B, Blanco del Val A, et al. Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y Lactancia). Una garantía de calidad. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11(43): 513-529.
6. Aguayo Maldonado J, Cañedo Argüelles CA, Arena Ansótegui J, Canduela Martínez V, Flores Antón B, Gómez Papí A et al. IHAN, Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. [monografía en internet]. Madrid: Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2011 [acceso 19 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>
7. Oliveira JFB, Quirino GS, Rodrigues DP. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerperio. Rev Rene. 2012; 13(1): 74-84.

8. Camargo Figuera FA, Latorre Latorre JF, Porras Carreño JA. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2011; 16(1): 56-72.
9. López López L, Pérez López B, García Gutierrez L, Agulló Velasco MC, García Guerrero V, Martín Palos I. Lactancia Materna. Mitos y Creencias. En: V Congreso Español de Lactancia Materna. Murcia; Consejería de Sanidad y Consumo, Región de Murcia; 2009.p. 485.
10. Belintxon-Martín M, Zaragüeta MC, Adrián MC, López-Dicastillo O. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *An Sist Sanit Navar*. 2011; 34(3): 409-418.
11. Pediatría Atención Primaria Área 09 – Servicio de Pediatría Hospital Dr Peset. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Manejo de la Lactancia Materna. Valencia: 2004.
12. Jiménez Sesma ML, Pardo Vicastillo V, Ibáñez Fleta E. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. *Medicina Naturista*. 2009; 3(2): 77-85.
13. Kaunonen M, Hannula L, Tarkka MT. A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs*. 2012; 21(13-14): 1943-1954.
14. Palomares Gimeno MJ, Labordena Barceló C, Sanantonio Valdearcos F, Agramunt Soler G, Nácher Fernández A, Palau Fuster G. Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2001; 3(11): 393-402.
15. Spinelli Arantes CI, Garcia Montrone AV, Brechesi Milioni D. Concepções e conhecimento sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. *Rev Electr Enf [internet]* 2008 [acceso 22 de diciembre de 2012]; 10(4): [933-944]. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a06.htm>

16. De Oliveira Fonseca-Machado M, José Haas V, Stefanello J, Spano Nakano AM, Gomes-Sponholz F. Aleitamento materno: conhecimento e prática. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(4): 809-815.
17. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc). 2005; 63(4): 340- 356.
18. Ramírez Ontiveros P, Cabrera Cabeza O, Minchón Cano M, Domínguez Carranza E. Desmontando mitos de la lactancia. Biblioteca Lascasas [internet] 2012 [acceso 15 de diciembre de 2012]; 8(3). Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0680.php>.
19. Romero ME, Algaba S, Albar MJ, Núñez E, Calero C, Pérez M. Influencia de las prácticas hospitalarias en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Enferm Clín. 2004; 14(4): 194-202.
20. González Fernández MA. Situación de la lactancia materna en España. Rev Paraninfo Digital [internet] 2011[acceso 19 de noviembre de 2012]; (12). Disponible en:
<http://www.index-f.com/para/n11-12/075d.php>
21. Romero ME et al. Prevalencia de la lactancia materna y práctica hospitalaria en las Maternidades de Sevilla. Metas Enferm. 2003; 6(8): 18-23.
22. Paricio Talayero JM. Rutinas Sanitarias. Reveladores de Lactancia Materna. Alicante: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 2009.
23. Wright A, Rice S, Wells S. Changing Hospital Practices to Increase the Duration of Breastfeeding. Pediatrics. 1996; 97(5): 669-675.

24. Ingram J, Johnson D, L Condon. The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff. *Prim Health Care Res Dev.* 2011; 12(3): 266-275.
25. Cattaneo A, Buzzetti R, Baldissera M, Burmaz T, Centuori S, Davanzo R et al. Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *Brit M J.* 2001; 323(1): 1358-1362.
26. Winikoff B, Myers D, Laukaran VH, Stone R. Overcoming obstacles to breast-feeding in a large municipal hospital: applications of lessons learned. *Pediatrics.* 1987; 80(3): 423-433.

6. Hipótesis.

Se trata de un estudio cualitativo y por lo tanto no partirá de una hipótesis. El proyecto se elabora partiendo de una conjetura: la sospecha de que las prácticas enfermeras de la planta de puerperio no siguen las recomendaciones de la OMS y UNICEF.

Se parte de la suposición de que no se prestan cuidados basados en la evidencia científica por la elevada carga asistencial, la falta de conocimientos o la ausencia de motivaciones en el personal de Enfermería.

7. Metodología.

7.1 Diseño.

Se propone llevar a cabo un estudio descriptivo de paradigma cualitativo, desde un punto de vista etnográfico combinado con un enfoque de Investigación-Acción-Participación.

Se ha escogido el modelo cualitativo para poder describir la esencia del trabajo en la planta de puerperio del CHUF. La investigación cualitativa permite la comprensión de las diferentes interrelaciones que se dan en un contexto concreto.

El enfoque etnográfico es empleado para describir e interpretar a un grupo social en su entorno, desde una perspectiva holística. Permitirá identificar y analizar la realidad de la unidad, detallando los diferentes significados que adquieren los conceptos en función del ambiente.

El método Investigación-Acción-Participación permite la interpretación de la realidad e identificación de los problemas, con la finalidad de resolverlos.

La combinación de ambos enfoques proporcionará la posibilidad de conocer cómo se comportan los profesionales implicados en el estudio, cómo interactúan entre sí, y cómo sus maneras de actuar, motivaciones y perspectivas varían en función de los momentos y de las circunstancias; de esta forma se identificarán las carencias y se buscarán soluciones.

Se compaginarán dos métodos de recogida de datos, la observación participante y los grupos de discusión; posteriormente se llevará a cabo una triangulación que servirá para reclutar información que podría obviarse si se empleara un solo método, y reforzar aquellos datos que se repitan.

La recogida de información durante la observación participante llegará a un punto y se extenderá hasta que los datos obtenidos sean repetitivos y no aporten nueva información; esto es lo que se conoce como saturación de la información. En ese momento, tendremos establecidos los principales “tópicos” y patrones, y será el momento de abandonar el campo de observación.

Del mismo modo, la recogida de información en los grupos de discusión se realizará hasta que las aportaciones de los participantes sean reiteradas, proporcionen las mismas respuestas y no se obtengan nuevos datos.

Se empleará una metodología tipo CAP; esta herramienta permite analizar los conocimientos que se deberían saber, las actitudes que se deberían tener y las prácticas que se deberían realizar.

A continuación se contrastarán los datos obtenidos con el “patrón de oro”, con los conocimientos, actitudes y prácticas basados en la evidencia científica.

7.2 Población y ámbito de estudio

La población de estudio, serán las enfermeras y auxiliares de la planta de Puerperio del CHUF (Anexo VI).

La muestra del estudio será no aleatoria y estará limitada al personal de enfermería que trabaje en la planta.

7.3 Criterio de inclusión.

- Estar en posesión del título de Diplomada Universitaria en Enfermería (DUE), Graduada en Enfermería, Auxiliar Técnico Sanitario (ATS) con homologación y/o Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

- Trabajar en la planta de puerperio desde hace más de un año.
- Decidir voluntariamente participar en el estudio y haber firmado previamente el consentimiento informado.

7.4 Criterios de exclusión.

- Trabajar como supervisora en la unidad: es la encargada de los trámites burocráticos y de la organización de la planta, no realizar tareas asistenciales.
- Trabajar en la planta desde hace menos de un año o de forma eventual: es probable que no dispongan de la experiencia y conocimientos suficientes para el cuidado de las puérperas.

7.5 Variables sociodemográficas.

Como posibles variables durante la realización del estudio se tendrán en cuenta:

- Estudios realizados: DUE, Grado en Enfermería, ATS con homologación, TCAE, especialidades de Enfermería, otros.
- Edad.
- Sexo.
- Ser madres.
- Haber amamantado.
- Haber tenido dificultades durante el amamantamiento.

7.6 Etapas del estudio.

En primer lugar, se informará al Comité de Ética Asistencial del Área y a la Dirección de Procesos de Soporte de la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol del tipo de trabajo a realizar, de sus objetivos, de

la manera en la que se recogerá la información y de los profesionales implicados en el estudio.

Se establecerá contacto con la Supervisora de la unidad para requerir su colaboración y se realizará una sesión informativa con el personal de Enfermería de la planta. Durante la sesión informativa se explicarán las fases del estudio y se solicitará su participación.

Se llevará a cabo una observación participante y se realizarán 4 grupos de discusión.

Se le entregará al grupo asistencial 2 consentimientos informados (Anexo VII): uno para la realización de la observación participante y otro para la realización de los grupos de discusión.

7.6.1. Observación participante.

La observación participante es una técnica etnográfica de recogida de datos que consiste en la integración del investigador en el contexto y realidad de los miembros a estudio, para conocer la “cultura del grupo”: su forma de actuar, experiencias, motivaciones, reacciones, interrelaciones... Es muy importante una observación minuciosa y persistente para identificar correctamente aquello que se pretende estudiar.

Durante la observación, se pretende conocer cuándo las madres requieren la atención de profesionales, cómo responden las enfermeras a las demandas más habituales de las madres, cómo guían a las puérperas en el amamantamiento, cómo solucionan sus dudas, de qué manera solventan las situaciones adversas que se presentan, cómo valoran una toma al pecho..., a la vez que se logra un acercamiento a los profesionales, facilitando los

posteriores grupos de discusión. De esta forma se evaluarán los conocimientos, actitudes y prácticas del grupo asistencial.

Será llevada a cabo por parte de 2 investigadores. Los investigadores se integrarán en la unidad, observarán su funcionamiento y los cuidados prestados por las enfermeras y auxiliares a las puérperas. La observación, se centrará en aquellas prácticas que se desean evaluar, es decir, en los cuidados enfermeros para el fomento de la lactancia materna.

Estarán en la planta en turnos de mañana, tarde y noche, durante aproximadamente 2 meses. De esta forma podrán observar las posibles variabilidades en los cuidados prestados en función del turno en el que se encuentren y también las derivadas de los distintos grupos de trabajo. Dispondrán de un cuaderno de campo y de una parrilla de verificación para punteo del test de cumplimiento de acciones en la observación de la toma (Anexo V).

Se facilitará así, la comparación posterior entre la “práctica observada” y la “práctica ideal”.

7.6.2. Grupos de discusión.

El grupo de discusión es una técnica de recogida de datos. Consiste en una entrevista grupal de duración variable, normalmente entre 30 y 60 minutos, sobre un tema específico. El escuchar a otros impulsa a los participantes a exponer sus puntos de vista sobre el tema a tratar.

En este estudio se llevarán a cabo 4 grupos de discusión formados por un máximo de 6 personas y con una duración aproximada de

40 minutos. Las reuniones se realizarán en la Sala de Juntas de la planta y se ofrecerá a los participantes unos botellines de agua.

Inicialmente se realizarán 2 grupos de discusión, y un mes después, se realizarán otros 2 grupos de discusión, con las mismas personas. De esta forma se podrán obtener nuevos datos, y valorar la posible aparición de nuevas actitudes y comportamientos surgidos a raíz de la primera reunión.

Las discusiones serán recogidas en formato audio con una grabadora, para facilitar la extracción de la información y evitar la pérdida de información relevante.

Al inicio de los grupos de discusión ambos investigadores se presentarán, agradecerán la participación de los profesionales y recalcarán la importancia de todas las respuestas proporcionadas, señalando que todas las opiniones y comentarios serán válidos e importantes para el estudio.

- El investigador nº 1, será el moderador. El rol de este investigador será fundamental para lograr fluidez en la conversación; expondrá las líneas a seguir y guiará la discusión hacia sus objetivos. Deberá facilitar la involucración de los participantes, dando la palabra y sin inhibir la expresión de opiniones de los entrevistados, haciendo partícipes a todas las personas del grupo.
- El investigador nº2, se encargará de tomar notas y de grabar la discusión. Deberá reflejar en sus notas, los gestos y el lenguaje no verbal, las interjecciones, las tensiones entre participantes; las características no definidas de los grupos, es decir, las relaciones interpersonales no

institucionales, cómo pueden ser grupos muy unidos o poco cohesionados. Tendrá en cuenta todos aquellos aspectos que puedan interferir o modificar el discurso de la conversación.

Los grupos focales se desarrollarán en torno a 4 preguntas planteadas de forma abierta con la finalidad de que las participantes se involucren en la discusión y aporten sus diferentes opiniones y experiencias.

Las preguntas podrán estar sujetas a modificaciones en función de los datos recogidos durante la observación participante; en un primer momento las líneas a seguir serán las siguientes:

- Principales dificultades y dudas de las puérperas; soluciones proporcionadas.
- ¿Se valora la primera toma al pecho de los recién nacidos? Esta valoración... ¿Cómo se realiza? ¿Es la forma adecuada?
- ¿Se dan suplementos de leche artificial a los recién nacidos? ¿Por qué? ¿En qué momentos del día?
- ¿Se fomenta el contacto piel con piel? ¿De qué manera?

7.6.2.1. Criterios de homogeneidad y heterogeneidad.

Los grupos de discusión serán confeccionados en base a criterios de homogeneidad y heterogeneidad intra-grupo:

- Homogeneidad intra-grupo: los participantes de cada grupo tendrán una característica común, es decir, pertenecerán al mismo colectivo profesional. Para ello se realizarán dos grupos con enfermeras y dos grupos con

auxiliares. Tratando de evitar posibles tensiones e inhibición de opiniones como consecuencia de pertenecer a diferentes categorías profesionales.

- Heterogeneidad intra-grupo: dentro de cada grupo podrá haber profesionales con características diferentes a tener en cuenta: edad, género y formación educativa.

7.6.3. Recogida y análisis de datos.

La recogida de información se extenderá hasta que los datos se repitan y no se logre extraer más información, llegando a la saturación.

Para el análisis de datos se realizarán cuatro actividades: transcripción, reducción, codificación y categorización.

- Transcripción: se hará una transcripción literal; se escribirán “palabra por palabra”, las frases e ideas recogidas.
- Reducción: descarte y eliminación de aquellos datos que no se ajusten a los objetivos del estudio.
- Codificación o asignación de etiquetas: consiste en asignarle a cada idea o concepto descubierto y transcrito un código. A cada frase, “verbatim” o párrafo que se considere interesante, se le asignará un número.
- Categorización: aquellas ideas y conceptos, previamente codificados, y relacionados entre sí, serán reunidos bajo una misma categoría. De esta forma se podrán realizar comparaciones entre las etiquetas pertenecientes a una

misma categoría, observar similitudes y diferencias, y analizar posibles contrastes.

Durante todo el proceso de transcripción de los datos, se utilizarán letras para identificar a los participantes, respetando su anonimato.

Se analizarán dos tipos de datos:

- Las anotaciones realizadas durante la observación participante y los grupos de discusión, que serán transcritas, sometidas a reducción selectiva, codificadas y categorizadas.
- Los datos recogidos en las grabaciones: serán escuchadas las veces necesarias hasta haber extraído toda la información posible. Se hará una primera escucha haciendo las anotaciones que se estimen oportunas y sometiendo a reducción selectiva para desechar la información no relevante. En la segunda y tercera escucha se codificarán las anotaciones. Si es necesario se realizarán más escuchas para codificar adecuadamente toda la información. Posteriormente se categorizarán en: categorías primarias y secundarias.

Con la codificación y la categorización se extraerá una tendencia o un “tópico”, un patrón que se repite y que se irá codificando y categorizando cada vez que aparezca de nuevo. De esta forma, habremos identificado los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de Enfermería, detallados e incluidos en las diferentes categorías.

Una vez establecidas las categorías, los conocimientos actitudes y prácticas descubiertos, serán comparados con los datos basados en la evidencia científica. De este modo sabremos qué se hace, por qué se hace y cómo debería hacerse.

Se empleará un programa específico para el análisis de datos cualitativos, el Aquad 7. Este software gratuito facilitará la reducción, síntesis y organización de la información obtenida. Se dispone de un tutorial para ayuda en el manejo del programa, disponible a través del propio software.

7.7. Rigor metodológico.

La calidad y el rigor del estudio se logrará mediante la triangulación de dos métodos de recogida de datos: la observación participante y los grupos de discusión. La combinación de ambos métodos permitirá extraer más información, y evitar la pérdida de datos que podríamos tener al emplear un solo método.

Una vez transcrita, codificada y categorizada la información obtenida durante la observación participante y los grupos de discusión, se procederá a realizar un cotejo con enfermeros expertos en la materia. Se les facilitarán las transcripciones para su interpretación; posteriormente se compararán las interpretaciones de los expertos con las obtenidas por los investigadores. De esta forma se comprobará, la objetividad de las interpretaciones de los investigadores, dotando de mayor credibilidad y rigor el estudio. Esta técnica se conoce cómo "Master checking".

8. Limitaciones del estudio.

Una de las principales limitaciones del estudio es la que surgirá durante la observación participante. Normalmente la gente modifica sus comportamientos al sentirse observados o juzgados, por ello es importante lograr una buena comunicación, y establecer una adecuada relación con los profesionales implicados, favoreciendo así su forma natural de trabajar.

El estudio se realizará en un área concreta (planta de puerperio del CHUF) y con un grupo concreto (enfermeras y auxiliares); por ello, los datos obtenidos en la investigación, no podrán ser extrapolables a otras plantas similares de otros Hospitales.

Esta metodología podrá ser reproducida en otros centros de características parecidas, pero los resultados no serán necesariamente los mismos.

Otra limitación que puede surgir, es la relativa al acceso a los participantes. Éstos tendrán que decidir voluntariamente si quieren o no quieren participar, y deberán firmar los consentimientos informados.

Es posible que en el momento de realizar el estudio, estén trabajando en la planta enfermeras y/o auxiliares eventuales que no cumplirán los criterios de inclusión. Por este motivo el tamaño muestral se verá reducido y se valorará la posibilidad de modificar los grupos de discusión.

Durante la realización del estudio es posible que surjan más limitaciones que las planteadas en la proyecto; se podría valorar la realización de un estudio piloto para conocer las posibles deficiencias del diseño y las limitaciones no tenidas en cuenta hasta ahora.

9. Aplicabilidad del estudio.

El estudio tendrá un enfoque “crítico-social”, que es típico de los estudios cualitativos con enfoque Investigación-Acción-Participación. Los resultados no servirán, en sí mismos y en un primer momento, para solucionar los déficits de conocimientos o las malas prácticas que se puedan identificar durante su realización, pero serán utilizados para sugerir mejoras y orientar hacia la acción.

Los resultados del estudio podrán ser enviados al Comité de Formación del Área Sanitaria de Ferrol, para que valore los datos y los tenga en cuenta en la elaboración de los cursos formativos, que normalmente responde a la exigencia interna de los profesionales del Área.

Las conclusiones podrán incitar nuevas investigaciones en lactancia materna en el Área Sanitaria de Ferrol, con el objetivo común de fomentar el amamantamiento.

Mejorando las prácticas enfermeras aumentará la prevalencia de lactancia materna, se logrará disminuir el gasto sanitario del “Servicio Gallego de Salud” (SERGAS), y se contribuirá a la protección del medio ambiente.

La idea general, es elevarlo al conocimiento de la Dirección General de Recursos Humanos (RRHH) del SERGAS, con el ánimo de presupuestar el trabajo de investigación como trabajo enfermero contratado como “Acúmulo de Tareas”. En momentos especiales de la asistencia, y sólo cuando está justificado por incremento de la carga de trabajo, o en otras ocasiones, como trabajos de documentación, auditoría, investigación o análisis, se podrá recurrir a este tipo de contratos por un tiempo limitado y dentro de los presupuestos de RRHH.

10. Consideraciones éticas.

Durante la realización de este estudio se respetarán en todo momento los cuatro principios de la bioética, establecidos en la Declaración de Helsinki; protegiendo y garantizando los derechos de las personas incluidas en la investigación. Estos principios son: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

Se enviará la solicitud pertinente al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (CEIC); será necesario adjuntar el *currículum vitae* de los investigadores, los consentimientos informados que se utilizarán, y una descripción del escenario dónde se realizará el estudio.

Se informará de las características del estudio y se pedirá el permiso pertinente al Comité Ético Asistencial y a la Dirección de Procesos de Soporte de la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol, para realizar la investigación en la planta de puerperio.

Los profesionales de Enfermería implicados en el estudio deberán tener conocimiento de que dos investigadores estarán en la planta llevando a cabo una investigación y decidirán voluntariamente su participación en los grupos de discusión. Para ello, se realizará una sesión informativa y se les proporcionará un consentimiento informado que deberán firmar antes del inicio del estudio (Anexo VII), siguiendo la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

Mientras se realice la investigación, y en la posterior presentación de los resultados se respetará la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, protegiendo el anonimato de los participantes.

11. Cronograma.

A continuación se muestra el cronograma de elaboración del estudio. Las diferentes etapas podrán sufrir variaciones en función de las necesidades que surjan durante la investigación.

Tabla II

FASES DEL ESTUDIO	Año													
	2013						2014							
	Mes													
	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Fase de preparación														
Asistencia a cursos sobre realización de búsquedas bibliográficas, y realización de búsquedas bibliográficas en bases de datos.														
Revisión y conocimiento de las metodologías de investigación.														
Elaboración del proyecto: planteamiento del problema y formulación de la pregunta, diseño del proyecto, ámbito de estudio, recogida de datos, recursos necesarios...														
Solicitud de permisos necesarios.														
Fase de ejecución														
Contacto con la unidad, sesión informativa y firma de los consentimientos informados.														
Recogida y análisis de los datos	Observación participante: transcripción, codificación y categorización.													
	1º Grupo de discusión: transcripción, codificación y categorización.													
	2º Grupo de discusión: transcripción, codificación y categorización.													
Triangulación de los resultados														
Fase Final														
Elaboración y redacción de las conclusiones y la memoria final.														
Presentación oral y escrita de los resultados en revistas y congresos.														

12. Plan de difusión de resultados.

Una vez realizado el estudio, las posibilidades de difusión del estudio serán 5 revistas de Enfermería, y se presentará a modo de comunicación oral, en formato póster, en varios congresos.

La audiencia diana del estudio, serán los profesionales de Enfermería y los gestores sanitarios.

La finalidad del estudio es la difusión científica.

Se adaptará la redacción del estudio en función de los requisitos de cada revista.

A continuación aparecen citadas las revistas y los congresos en los que se espera poder presentar los resultados:

Revistas:

- **Revista ROL de Enfermería:** incluye artículos de todas las especialidades enfermeras. Se constituye de 12 publicaciones al año. Está indexada en diferentes bases de datos: CUIDEN, ENFISPO, CINALH, CUIDATGE, IME, BDIE, MEDLINE.
- **Revista de Enfermería Clínica:** publicación de gran rigor científico y metodológico. Publica 6 números al año y permite el acceso online a las publicaciones de los últimos 9 años. Revista indexada en distintas bases de datos: CUIDEN, ENFISPO, CINALH, CUIDATGE, IME, BDIE, MEDLINE, SCOPUS.
- **Revista METAS de Enfermería:** tiene como objetivo conocer el estado actual de las prácticas enfermeras y facilitar la formación continuada de los profesionales. Realiza 10 publicaciones al año. Esta indexada en las siguientes bases de datos: CUIDEN, ENFISPO, CINALH, CUIDATGE, IME, BDIE.

- **Revista INDEX de Enfermería:** órgano de la Fundación Index, entidad científica destacable en la promoción de la investigación en cuidados de salud; realiza publicaciones trimestrales. Revista indexada en CUIDEN, ENFISPO, BDIE, CUIDATGE, SCOPUS.
- **Revista Matronas Profesión:** publicación de la Federación de Asociaciones de Matronas de España. Realiza entre 3 y 4 publicaciones al año. Revista indexada en: CINAHL, CUIDATGE, CUIDEN, IBECS, DIALNET, ENFISPO, SCOPUS.

El Factor de Impacto de las revistas en las que se quiere publicar el estudio, se muestra en la Tabla III.

Tabla III: Revistas de Enfermería y Factor de Impacto.

Revistas	Factor de Impacto	
	RIC (año 2010)	SJR (año 2012)
Revista ROL de Enfermería	0,3	-
Revista de Enfermería Clínica	0,4079	0,145
Revista METAS de Enfermería	0,3699	-
Revista INDEX de Enfermería	1,9388	0,100
Revista Matronas Profesión	-	0,014

Congresos:

- **Congreso Nacional de Enfermería:** el primero se celebró en el 2010 y el segundo en Abril de 2013.
- **Congreso Nacional Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia:** en el 2013 se celebrará el 32º congreso.
- **Congreso Nacional de Neonatología y Medicina Perinatal:** en Octubre de 2013 se celebrará la 24º edición.

- **Encuentro Científico Gallego de estudiantes y profesionales de Enfermería y Fisioterapia:** la primera edición será en Junio de 2013 en Vigo. Organizado por el sindicato de Enfermería SATSE y la Fundación para el Desarrollo de Enfermería (FUDEN).
- **Congreso Español de Lactancia Materna:** la última edición se celebró en Marzo de 2013.

Las fechas de los Congresos para los años 2014-2015, están pendientes de concretar así como su ubicación, que en algunos casos varía con cada edición.

Las revistas y congresos citados anteriormente, han sido seleccionados porque se considera que, de publicar y exponer el estudio en ellos, se obtendrá una mayor difusión de los resultados. Desde un punto de vista realista, las posibilidades de publicación en este tipo de revistas, son mayores que las de publicar en una revista de gran impacto.

Los lectores potenciales pertenecerán a nuestro ámbito sanitario de referencia, y se podrán ver reflejados en las prácticas descritas, al pertenecer al Sistema Nacional de Salud Español.

13. Financiación de la investigación.

Recursos necesarios:

Tabla IV Recursos Necesarios

MATERIAL	Coste unitario	Coste total
Infraestructuras		
Planta de Puerperio del Hospital Arquitecto Marcide.	0€	
Recursos Humanos		
2 Enfermeras durante 4 meses.	1.500 €/mes	12.000€
Recursos Materiales		
Material de oficina: cuadernos de notas, folios, bolígrafos, cartuchos de tinta, fotocopias...	100€	100€
1 Ordenador	350€	350€
1 Impresora Láser	150€	150€
1 Grabadora de audio	45€	45€
Botellines de agua para los participantes de los grupos focales (32 botellines aproximadamente)	0,20 €	6,4€
Viajes y dietas		
Combustible*	0,19€/Km	212,8€
Congresos**	484,4€	2.422€
Otros gastos		
Gastos administrativos:(10% del total)		1.528€
Total en €		16,814€
*0,19€/km (Recorrido de 14 Km diarios durante 4 meses)		
**Media estimada de la inscripción, desplazamiento y estancia a los 5 congresos nombrados.		

Posibles fuentes de financiación:

- Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS): actualmente no dispone de ayudas para proyectos de investigación en salud.
- Diputación de la Coruña: en el período 2013-2014, concederá 4 bolsas para la investigación en ciencias de la salud, destinadas a investigadores universitarios. La dotación de la bolsa es de 7.625€.
- Autofinanciación: En caso de no disponer de fuente de financiación, serán los propios investigadores quienes asuman los gastos.
- Fundación Novoa-Santos del Hospital Arquitecto Marcide: actualmente dispone de bolsas de cuantía a determinar, destinadas a investigaciones enfermeras. Se escoge esta posibilidad de financiación, ante la inminente incorporación a las listas de contratación temporal de Enfermería del Área Sanitaria de Ferrol.

14. Agradecimientos.

Quisiera agradecer a mi tutora María Piñón, la ayuda y apoyo prestados durante la realización de este proyecto de investigación, así como su paciencia durante estos últimos meses.

Agradecer también a mis compañeros de Trabajo Fin de Grado, César Castro y Tamara Carrasco, por las horas de franca camaradería que compartimos juntos.

ANEXOS.

ANEXO I: Índice de Tablas e Índice de Figuras.Índice de Tablas:

Tabla I: Estrategia de Búsqueda Bibliográfica.....	15
Tabla II: Cronograma.....	34
Tabla III: Revistas de Enfermería y Factor de Impacto.....	36
Tabla IV: Recursos Necesarios.....	38

Índice de Figuras:

Figura 1: Lactancia Materna en las Comunidades Españolas.....	9
---	---

ANEXO II: Siglas y Acrónimos.

Las siglas y acrónimos que aparecen a lo largo de este proyecto de investigación, son las siguientes:

Siglas y Acrónimos	Significados
CHUF	Complejo Hospitalario y Universitario de Ferrol
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas
OMS	Organización Mundial de la Salud
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
IHAN	Iniciativa Hospital Amigo de los Niños
INE	Instituto Nacional de Estadística
DUE	Diplomado Universitario en Enfermería
ATS	Ayudante Técnico Sanitario
TCAE	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
SERGAS	Servicio Gallego de Salud
RRHH	Recursos Humanos
CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
RIC	Repercusión Inmediata Cuiden
SJR	Scimago Journal Rank
SATSE	Sindicato de Ayudantes Técnicos Sanitarios de España
FUDEN	Fundación para el desarrollo de la Enfermería.
FIS	Fondo de Investigaciones Sanitarias
LM	Lactancia Materna

ANEXO III: Los Diez Pasos de la OMS y UNICEF para favorecer la Lactancia Materna; objetivos de la IHAN.

Los pasos para favorecer la lactancia materna, son los siguientes:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural: deben existir unas normas para las prácticas relativas a la lactancia materna en un documento escrito, y con unos objetivos a alcanzar; que debe ser conocido por el personal sanitario y los pacientes.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política: deben tener conocimientos tanto teóricos como prácticos.
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica: es fundamental explicar los signos de un correcto enganche del bebé al pecho y de la posición correcta para el amamantamiento.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora siguiente al parto: de esta forma es más probable que en las tomas siguientes el agarre del niño al pecho sea el adecuado, aumentando las tasas de lactancia materna al alta y a los dos, tres y cuatro meses.
5. Enseñar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si ha de separarse de su hijo: se debe realizar una valoración de las tomas para corregir problemas de colocación al pecho y enseñar a las madres como se realiza la extracción de leche.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna; ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado: la introducción de leche artificial, suero o agua, da lugar a un aumento en el abandono precoz de la lactancia.

7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos durante las 24 horas del día: de esta forma se favorece la lactancia a demanda y sin restricciones, pero además, mejora la calidad del sueño de ambos, y se favorece el vínculo madre-hijo.
8. Fomentar la lactancia a demanda: el número de tomas y la cantidad, es regulada por el propio niño, en función de sus energías y sus necesidades. Es normal que un recién nacido mame 12 o más veces en 24 horas.
9. No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales: esto puede dar lugar al síndrome de confusión del pezón, dificultando la lactancia, y aumenta el riesgo de infecciones y maloclusión dental.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital: en estos grupos se reúnen madres lactantes y se apoyan mutuamente; reforzándose psicológicamente y aumentando la confianza en sus posibilidades a la hora de amamantar.

La IHAN busca transformar los hospitales y las maternidades mediante la aplicación de los «Diez Pasos» para así lograr los siguientes objetivos:

- Permitir a las madres una elección informada de cómo alimentar a sus recién nacidos.
- Apoyar el inicio precoz de la lactancia materna.
- Promover la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses.
- Poner fin a la distribución de suministros gratuitos o a bajo precio de sucedáneos de la leche materna a los hospitales y maternidades.
- Añadir otros aspectos de atención a la madre y al niño, logrando una humanización de los cuidados.

ANEXO IV: Fases para la obtención de la acreditación como “Hospital Amigo de los Niños”.

La implantación de los requisitos de la IHAN se lleva a cabo en 4 fases o “4D”

FASE 1D	Descubrimiento
	El centro contacta con la IHAN. Creación de Comité de Lactancia. Cumplimenta cuestionario de autoevaluación. Solicitud de asesoría. Solicitud de registro. El Hospital pasa a ser Aspirante y aparece en la web.
FASE 2D	Desarrollo
	Se elabora la normativa de lactancia materna, el plan de acción y los mecanismos para el desarrollo de la Iniciativa. Se obtiene certificado.
FASE 3D	Difusión
	Formación del personal. Se obtiene certificado.
FASE 4D	Designación
	Se evalúa y comprueba el apoyo que reciben las madres y las embarazadas. Si se supera se obtiene la acreditación completa.

ANEXO V: Observación y valoración de una toma de pecho.

La valoración de la primera toma es fundamental para corregir errores y lograr una lactancia materna eficaz. Debe realizarse en el primer contacto piel con piel, durante el afianzamiento espontáneo y repetirse en las tomas posteriores.

En la siguiente tabla se describen los signos que deben valorarse: los que muestran que el modo de amamantamiento es el correcto y los que indican que hay dificultades.

Signos de que la lactancia va bien	Signos de posible dificultad
Postura de la madre y del bebé	
Madre relajada y cómoda. Bebé en estrecho contacto con su madre. Cabeza y cuerpo del bebé alineados. La barbilla del bebé toca el pecho. Cuerpo del bebé bien sujeto. El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón. Contacto visual entre la madre y el bebé.	Hombros tensos, inclinados hacia el bebé. Bebé lejos del cuerpo de la madre. Cabeza y cuello del bebé girados. La barbilla del bebé no toca el pecho. Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebé. El bebé se acerca al pecho con el labio inferior/barbilla frente al pezón. No hay contacto visual madre-bebé.
Lactante	
Boca bien abierta. Labios superior e inferior evertidos. La lengua rodea el pezón y la areola*. Mejillas llenas y redondeadas al mamar. Más areola por encima del labio superior. Movimientos de succión lentos y profundos, con pausas. Puede verse u oírse tragar al bebé.	Boca poco abierta. Labios apretados o invertidos. No se ve la lengua*. Mejillas hundidas al mamar. Más areola por debajo del labio inferior. Movimientos de succión superficiales y rápidos. Se oyen ruidos de chupeteo o chasquido.
Signos de transferencia eficaz de leche	
Humedad alrededor de la boca del bebé. El bebé relaja progresivamente brazos y piernas. El pecho se ablanda progresivamente. Sale leche del otro pecho. La madre nota el reflejo de eyección**. El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma.	Bebé intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente. La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón. El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido. La madre no refiere reflejo de eyección**. La madre ha de retirar al bebé del pecho.
*Este signo puede no observarse durante la succión y solo verse durante la búsqueda y el agarre. **La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entuetos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento.	

ANEXO VI: Mapa físico y social de la planta de puerperio del CHUF.

MAPA FÍSICO: distribución de la planta.

La planta de puerperio del Hospital Arquitecto Marcide, perteneciente al CHUF, se encuentra situada en el ala derecha del 3º piso.

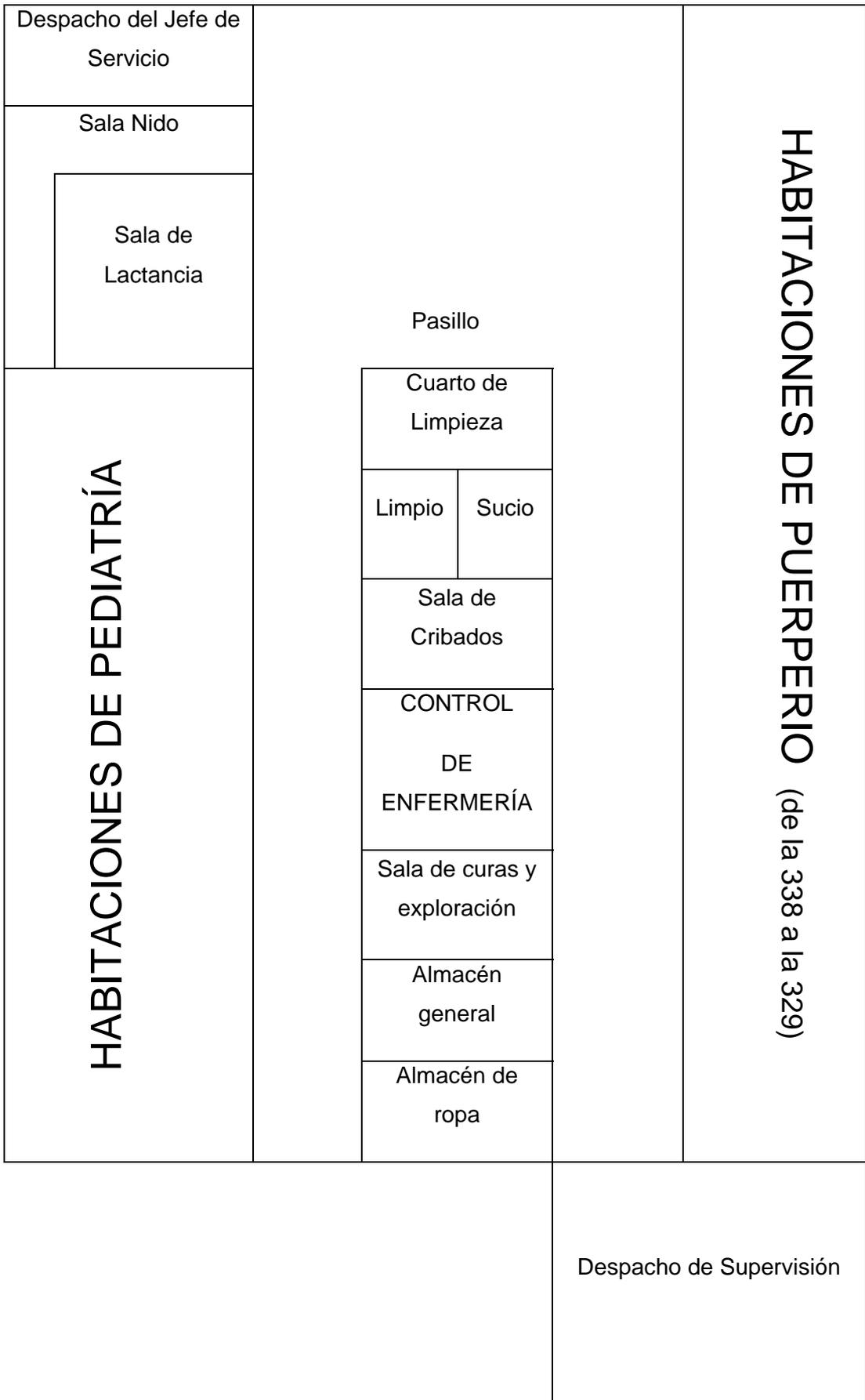
En esta planta ingresan las mujeres que acaban de dar a luz y los recién nacidos sanos. En condiciones normales, el tiempo de estancia después del parto es de 3 días en caso de que el parto sea natural, y de 6 días si el parto es por cesárea.

Comparte este espacio, con la planta de Pediatría, dónde se encuentran ingresados niños a partir de los 2 años.

Al acceder a la planta lo primero que nos encontramos a mano izquierda es el despacho del Jefe de Servicio. A continuación tenemos la “Sala Nido”, dónde se prestan los cuidados a los recién nacidos: baños, curas del cordón umbilical, extracciones sanguíneas para análisis... Dentro de este cuarto tenemos una pequeña sala denominada “Sala de Lactancia”, que las enfermeras denominan “El Lactario”; en ella, las madres amamantan a sus hijos de manera conjunta, coincidiendo con las otras puérperas y reciben consejos sobre cómo dar el pecho, despejan dudas y superan dificultades.

Pegada a esta sala, comienzan las habitaciones de Pediatría, y a la derecha, paralelas a ellas, las habitaciones de puerperio. En el centro nos encontramos con: el Control de Enfermería; la Sala de Cribados, dónde se realizan las pruebas auditivas a los recién nacidos; la Sala de Curas y Exploración, lugar en el que se atiende a las madres; y diferentes cuartos como el de la limpieza, el almacén de ropa o el almacén general. Al fondo de la planta, se localiza el despacho de la Supervisora de la planta.

A continuación se muestra un mapa de la unidad:



MAPA SOCIAL: personal de Enfermería de la planta.

En la planta de puerperio del Hospital Arquitecto Marcide, perteneciente al Complejo Hospitalario y Universitario de Ferrol (CHUF), trabajan actualmente 7 Diplomadas en Enfermería y 6 Técnicos Auxiliares en Cuidados de Enfermería.

Una de las DUE, es la supervisora de la planta. Trabaja de lunes a viernes en turno de mañana. Se encarga principalmente de las tareas burocráticas y de la correcta organización de la planta.

Las 6 DUE restantes y las TCAE tienen turnos rotatorios de mañana, tarde y noche, los 7 días de la semana. Estas personas son las que están en contacto directo con las puérperas y los recién nacidos.

Normalmente hay unos profesionales encargados de la Sala Nido y de los cuidados de los recién nacidos, y otros encargados de las habitaciones de puerperio, y que aplican cuidados principalmente a las madres.

Dependiendo del turno y del día de la semana, la distribución de profesionales de Enfermería es diferente, como se muestra a continuación:

Días Laborables				Sábados, Domingos y Festivos			
Turnos							
Mañana		Tarde y Noche		Mañana		Tarde y Noche	
Zona de trabajo							
S.Nido*	Hab.**	S.Nido	Hab.	S.Nido	Hab.	S.Nido	Hab.
1 DUE	1 DUE	1 DUE		1 DUE		1 DUE	
1 TCAE	1 TCAE	1 TCAE		1 TCAE	1 TCAE	1 TCAE	
1 DUE Supervisora de la planta							
*S.Nido: Sala Nido							
**Hab: Habitaciones de puerperio							

ANEXO VII: Consentimientos informados.

Consentimiento informado: observación participante.

D./Doña.....,
 DUE/TCAE de la planta de Tociología del Complejo Hospitalario y
 Universitario de Ferrol, y con DNI
 nº..... manifiesto que he sido
 informado/a de la futura estancia de dos enfermeros, que se integrarán en
 el grupo asistencial para observar las prácticas que se realizan y los
 cuidados que se proporcionan a las puérperas, con el fin de llevar a cabo
 una investigación.

Se me ha informado de:

- Que lo que se pretende conseguir es mejorar la práctica asistencial.
- Los beneficios que podrían proporcionar conocer las prácticas enfermeras que se llevan a cabo, para poder establecer un plan de mejora.
- Durante dos meses dos investigadores estarán en la planta en turnos de mañana, tarde y noche.
- Que mi participación es totalmente voluntaria y no tendrá ningún tipo de remuneración económica.
- Que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento y sin explicación alguna.

Otorgo por ello mi consentimiento.

Ferrol, a.....de.....201.....

Fdo. D/Dña

Investigador/a principal: Olaya Alonso Marcos

Consentimiento informado: grupos de discusión.

D./Doña.....,
 DUE/TCAE de la planta de Tocología del Complejo Hospitalario y
 Universitario de Ferrol, y con DNI
 nº..... manifiesto que he sido
 informado/a de la realización de 2 grupos de discusión, dónde se tratarán
 temas relacionados con el trabajo del personal de Enfermería en la planta
 de puerperio.

Se me ha informado de:

- Los beneficios que podrían proporcionar conocer las prácticas enfermeras que se llevan a cabo, para poder establecer un plan de mejora.
- Que mi participación es totalmente voluntaria y no tendrá ningún tipo de remuneración económica; pudiendo revocar mi consentimiento en cualquier momento y sin explicación alguna.
- Que se realizará un primer grupo de discusión, y aproximadamente un mes después, un segundo grupo.
- Que se realizarán grupos de discusión con DUE y grupos de discusión con TCAE por separado, con una duración aproximada de 40 minutos cada uno, y que en ellos participarán un máximo de 6 personas. Que los grupos de discusión serán grabados. Las grabaciones se mantendrán bajo llave y custodiadas por los investigadores; al finalizar el análisis de datos, serán destruidas.
- Que los datos personales proporcionados serán omitidos en todo momento y protegidos con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Otorgo por ello mi consentimiento.

Ferrol, a.....de.....201.....

Fdo. D/Dña.

Investigador/a principal: Olaya Alonso Marcos