



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia “Dr. Dacio Crespo”

Prevalencia y duración de la lactancia materna tras intervenciones educativas por parte de los profesionales sanitarios

Revisión bibliográfica

Alumna: Alba Aguado Delgado

Tutor: Héctor Ruiz Rojo

Junio, (2017)

ÍNDICE

- RESUMEN.....	Pág 5
- INTRODUCCIÓN.....	Pág 7
▪ La lactancia materna.....	Pág 7
▪ Beneficios de la LM.....	Pág 7
▪ Prevalencia de la lactancia materna.....	Pág 9
▪ Promoción de la lactancia materna.....	Pág 11
▪ Justificación.....	Pág 13
- OBJETIVOS	Pág 13
- MATERIAL Y MÉTODOS.....	Pág 14
- RESULTADOS.....	Pág 17
▪ Educación prenatal.....	Pág 17
▪ Educación pre y postnatal.....	Pág 24
▪ Educación postnatal.....	Pág 26
- DISCUSIÓN.....	Pág 29
- CONCLUSIONES.....	Pág 32
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág 33
- ANEXOS.....	Pág 37

Índice de tablas

- Tabla 1 Componentes de la pregunta PICO..... Pág 14
- Tabla 2 Resultados de la búsqueda bibliográfica.....Pág 15
- Tabla 3 Métodos y estrategias para la impartición de educación prenatal para mejorar la tasa de LM..... Pág 20
- Tabla 4 Motivos para elegir la lactancia artificial o la materna..... Pág 21
- Tabla 5 Influencia para elegir la lactancia materna.....Pág 22
- Tabla 6 Motivo de abandono de la lactancia materna..... Pág 23
- Tabla 7 Tabla de según el tipo de hospital (público/privado) y edad, en días, de la primera visita al centro de salud del recién nacido.....Pág 27

Índice de figuras

- Figura 1 Porcentaje de LM exclusiva 0-5 meses de vida.....Pág 9
- Figura 2 Lactancia materna en España.....Pág 11
- Figura 3 Variables que presentan una relación significativa con la lactancia materna.....Pág 18
- Figura 4 Box-plot en el que se observa que la mediana de días de lactancia fue de 38 días superior en las madres que recibieron intervenciones pre y postparto.....Pág 24
- Figura 5 Diferencia porcentual de prevalencia de la LM entre el grupo de intervención y el grupo control.....Pág 25
- Figura 6 Datos comparativos de prevalencia de LMC (%) de este estudio en comparación con España.....Pág 26
- Figura 7 Distribución de frecuencia según días de vida cuando se realizó primera visita al centro de salud..... Pág 27

Índice de gráficas

- Gráfica 1 Tipos de artículos encontrados.....Pág 15
- Gráfica 2 Porcentaje de LM según la asistencia de la madre a un hospital público o privado.....Pág 27

GLOSARIO

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

ENS: Encuesta nacional de salud.

EPN: Educación prenatal

EPP: Educación postnatal

iHan: Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y a la lactancia.

LM: lactancia materna

LMC: Lactancia Materna Completa

LME: lactancia materna exclusiva

LMP: Lactancia Materna Parcial

MeSH: Medical Subjects Headings.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Este tipo de alimentación tiene múltiples beneficios no solo para el recién nacido sino también para la madre. La prevalencia de lactancia materna tanto a nivel mundial como nacional no supera los niveles recomendados por la OMS y la educación por parte de los profesionales sanitarios influye en la toma de esta decisión.

Objetivos: Determinar cómo influye la educación sobre lactancia materna realizada por parte de los profesionales sanitarios a los padres en la decisión de optar por este tipo de lactancia y la duración de la misma.

Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica durante los meses de enero a mayo de 2017, en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Scielo y Cochrane, utilizando los términos MeSH “breastfeeding”, “nursing” y “education” y los DeCS “lactancia materna”, “enfermería” y “educación”. Tras adecuarse a los criterios de selección, se utilizaron 9 artículos para la revisión bibliográfica.

Resultados: Las intervenciones educativas en lactancia materna por parte de los profesionales, realizadas tanto antes como después del parto, aumentan la prevalencia y duración de la lactancia materna.

Discusión: la decisión de la madre por la lactancia materna está influida por múltiples factores. Destaca la influencia de los profesionales sanitarios en la toma de esta decisión y la forma en la que estos deben ayudar a la madre. También cabe destacar que varios elementos impiden que la madre continúe con la lactancia materna a lo largo de los meses.

Conclusiones: Es indispensable la formación de los profesionales de salud, en especial la enfermería, para la promoción de la lactancia materna. Debemos analizar cuáles son las dificultades o los errores en esta promoción y conseguir llegar a los porcentajes de LM recomendados por la OMS.

Palabras clave: Lactancia materna, enfermería, educación, promoción de la salud, leche humana, matronas.

SUMMARY

Introduction: Breastfeeding is the ideal way to give young children the nutrients they need for healthy growth and development. This type of feeding has multiple benefits not only for the newborn but also for the mother. The prevalence of breastfeeding at both the global and national levels does not exceed the levels recommended by WHO and education by health professionals influences the decision-making process.

Objectives: To determine how breastfeeding education by health professionals affects parents in the decision to choose this type of breastfeeding and the duration of breastfeeding.

Material and methods: A literature review was carried out in the Pubmed, Cuiden, Scielo and Cochrane databases from January to May 2017 using the terms MeSH "breastfeeding", "nursing", "education" and DeCS "lactancia materna", "enfermería" and "educación". After adjusting for the selection criteria, 9 articles were used for the bibliographic review.

Results: Educational interventions in breastfeeding by professionals, both before and after delivery, increase the prevalence and duration of breastfeeding.

Discussion: The mother's decision to breastfeed is influenced by multiple factors. It highlights the influence of health professionals in making this decision and the way in which they should help the mother. It is also worth noting that several elements prevent the mother from continuing to breastfeed over the months.

Conclusions: The training of health professionals, especially nursing, is essential for the promotion of breastfeeding. We must analyze what are the difficulties or the errors in this promotion and get to reach the percentages of ML recommended by WHO.

Key words: Breast Feeding, Nursing, Education, Health promotion, Milk human, Nurse midwives.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna

La estrategia mundial apoyada por la organización mundial de la salud (OMS) y por UNICEF, comunica que, para tener una alimentación infantil óptima, se aconseja la lactancia materna (LM) exclusiva durante los primeros 6 meses de vida e iniciar una alimentación complementaria adecuada y segura, manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más (1,2).

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud (2).

Beneficios de la LM

Beneficios a corto plazo: La alimentación natural en el recién nacido disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante (3), la mortalidad postneonatal durante el primer año de vida (en los países desarrollados) (4), y la mortalidad infantil en menores de 3 años (3).

Los lactantes alimentados con fórmulas artificiales tienen más procesos infecciosos (gastroenteritis, infecciones respiratorias) (5), estos son más graves y generan un mayor número de ingresos hospitalarios en comparación con los niños que son alimentados con lactancia materna exclusiva (6).

Los niños amamantados también padecen menor porcentaje de dermatitis atópica, problemas respiratorios y asma (7).

Beneficios a largo plazo: Al recibir lactancia materna, el sistema inmunitario digestivo y sistémico del lactante es estimulado activamente en los primeros días y meses tras el nacimiento (8) mediante la transferencia de anticuerpos y linfocitos (9), lo que explicaría porque los niños amamantados desarrollan una mayor respuesta inmunitaria a las vacunas y tienen un menor riesgo de padecer enfermedades autoinmunes, celiaquía, enfermedad inflamatoria intestinal (10), diabetes y algunos tipos de cáncer como leucemia o cáncer de mama en las niñas (11).

La lactancia artificial provoca una mayor prevalencia de caries y peor desarrollo orofacial y mandibular lo que ocasiona una mayor necesidad de correcciones odontológicas durante la infancia y la adolescencia (12).

Los lactantes alimentados con sucedáneos tienen peor desarrollos psicomotor y social durante el primer año de vida y obtienen puntuaciones inferiores en los test cognitivos y de coeficiente intelectual (13).

El vínculo maternofilial al parecer es mayor en los lactantes amamantados lo que ha sido asociado con un riesgo menor de maltrato y abuso sexual en algunos estudios (14).

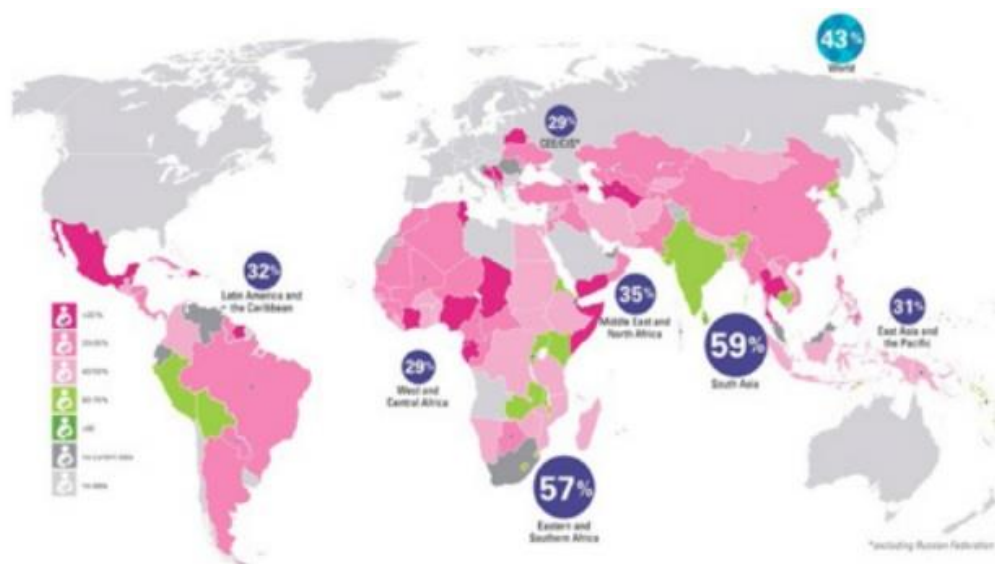
Perjuicios para la madre de la lactancia artificial: Los lactantes no son los únicos perjudicados al no recibir la lactancia materna. Las madres que no amamantan dejan de recibir también beneficios tanto físicos como hormonales, por lo que presentan un mayor riesgo de hemorragia uterina postparto, mayor tiempo de hemorragia menstrual a lo largo de la vida, aumento de riesgo de diversas infecciones, fractura espinal, cáncer de ovario (15) y cáncer de mama (la lactancia materna disminuye el riesgo de un 4,6% por cada 12 meses de amamantamiento) (16). También se ha descrito una disminución del riesgo de artritis reumatoide proporcional al número total de meses de amamantamiento (17).

Prevalencia de la lactancia materna

El número de mujeres que utilizan la lactancia materna y su mantenimiento en el tiempo han variado a lo largo de los años, debido, entre otras causas, a la falta de uniformidad informativa dada por los profesionales sanitarios. En torno a los años 60 se produjo un descenso casi total de la lactancia materna, que fue abandonada llegando a unos niveles mínimos. A partir de entonces, se iniciaron campañas para promover la lactancia materna, pero, a pesar de ello, no se alcanzan los niveles recomendados por la OMS (50% de lactancia materna exclusiva a los 6 meses). Estas tasas bajas de Lactancia materna, junto al abandono precoz de ella en los primeros meses del recién nacido, producen problemas o efectos negativos a nivel sanitario, económico y social (18)

La situación mundial refleja que, aunque el inicio de la LM es mayoritario en casi todos los países, se produce a lo largo de los primeros meses de vida un descenso progresivo. Los datos publicados en 2016 por UNICEF, indican que, globalmente, sólo un 43% de los niños continúan recibiendo LME a los 6 meses de vida. Las mayores tasas las presentan los países del Sur de Asia con un porcentaje de LME del 60%, seguidos por el Este y Sur de África con un 57%. Muy preocupante resulta el hecho de que en muchas regiones este porcentaje es sólo del 30% (19)

Figura 1. Porcentaje de LM exclusiva 0-5 meses de vida

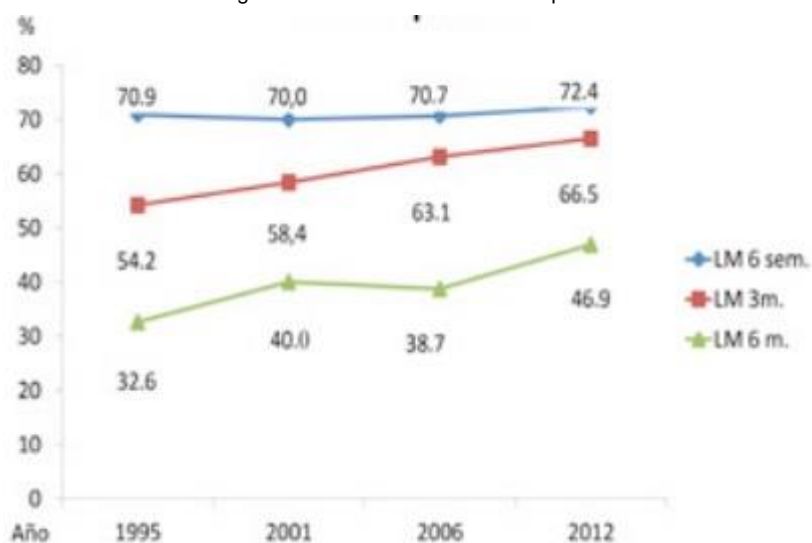


. Fuente: Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité de Lactancia Materna (19).

No se conoce detalladamente cuál es la situación en los países con mayores ingresos, pero la información disponible es preocupante. Así, en el año 2010, en Australia alrededor del 90% de las mujeres iniciaban LM, pero, a los 6 meses, sólo el 2% continuaban con LME (20). En Estados Unidos, en 2013, el porcentaje de inicio de LM era del 76% y a los 6 meses la LME se reducía hasta el 16% (21). En Europa, según datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) del año 2005 (22) los mejores resultados de inicio de LM los presentaban los países nórdicos con cifras próximas al 100%, pero los porcentajes de LME a los 6 meses disminuían por debajo del 20%, muy lejos del objetivo de la OMS (50% de LME a los 6 meses). Los países con peores tasas de inicio de LM eran Francia o Irlanda con niveles del 63 y 44%. Reino Unido, por su parte, tenía un 77% de inicio de lactancia pasando a menos de un 1% de LME a los 6 meses (23).

En España no hay un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la lactancia adecuado. Los datos existentes hasta el momento proceden mayoritariamente de encuestas realizadas por profesionales sanitarios a nivel regional y de forma puntual, lo que no permite una correcta valoración nacional ni un seguimiento temporal. Los datos que se tienen a nivel estatal son extraídos de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) que, desde el año 1995, incluyen preguntas referentes a la lactancia. Con ellas se recogen datos de prevalencia de LM por meses, pero no se utilizan ni los indicadores ni la metodología recomendados por la OMS lo que dificulta la comparación con otros países. Teniendo en cuenta estas limitaciones, según los datos extraídos de las ENS, la tasa de LM en España (incluyendo LME y parcial) a las 6 semanas se ha mantenido bastante estable con cifras globales alrededor del 71%, mientras se observa, en los últimos 15 años, un aumento progresivo de las cifras de LM a los 3 (66.5% en el año 2012) y 6 meses de vida (46,9%) (Figura 2). Tanto en la última ENS como en una Encuesta sobre hábitos de lactancia en España se recoge una duración media de la LM en nuestro país de 6 meses. Por otro lado, el porcentaje de LME a los 6 meses en el año 2012 se situaba en torno al 28.5% cifras similares a las globales europeas pero lejanas a las recomendaciones de la OMS-UNICEF (24).

Figura 2. Lactancia materna en España.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (25).

Promoción de la lactancia materna

En nuestro país se han incluido estrategias para la promoción de la LM. Sin embargo, estas no han sido suficientes y se ha demostrado que es imprescindible que las personas que participan en el cuidado de la madre y de su hijo sean capaces de transmitir la conveniencia de la lactancia natural, facilitar su inicio y su mantenimiento, así como ayudar a soslayar las frecuentes dificultades que surgen, asesorándoles de forma profesional (25).

El inicio precoz de la LM tiene gran importancia para su instauración y mantenimiento en el tiempo. La preocupación por facilitararlo ha motivado que en muchos centros se adopte de manera sistemática la práctica de forzar el agarre al pecho inmediatamente después del parto. Sin embargo, existe evidencia suficiente que nos indica esperar a que el recién nacido se encuentre preparado para iniciar la succión, facilitándose así la adaptación neonatal a la vida extrauterina y el enganche adecuado al pecho (26).

Los efectos de las intervenciones en la prevalencia y duración del amamantamiento materno son heterogéneos, demostrando ser más eficaces cuando envuelven interacción. Las medidas de la Iniciativa Hospitales Amigos del Bebé, son las que se revelan más eficaces, y la visita domiciliaria presenta resultados heterogéneos, observándose asociación dosis-respuesta. Los grupos de apoyo que incluyen

profesionales y grupos de pares, los programas de intervención que articulan la Educación para la Salud, el apoyo, la ayuda, y las campañas de información en los medios de comunicación social, en combinación con alteraciones estructurales en el sector de la salud, demostraron ser eficaces (27).

La educación en LM es diferente del apoyo a la LM. El apoyo a la LM de manera general se dirige a la persona individual cuando surgen necesidades y se define como una persona, un grupo o una organización que proporciona apoyo en muchos aspectos. El apoyo a la LM comienza de forma habitual en el período posnatal, centrándose en los problemas que puedan surgir una vez iniciada la LM (28).

La educación formal sobre la lactancia materna consiste en proporcionar información aparte de la facilitada en el marco de la atención prenatal habitual. Puede incluir sesiones de formación individuales o en grupo impartidas por madres asesoras o profesionales sanitarios, visitas a domicilio, consultas sobre la lactancia, distribución de material impreso/escrito, demostraciones en vídeo y actividades de aprendizaje en las que participen futuros padres (29).

El periodo prenatal ofrece la oportunidad de dar a las embarazadas y a sus parejas y familiares información sobre los beneficios de la lactancia materna, en un momento en que se consideran muchas decisiones sobre la alimentación del lactante.

Según la iHan (Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y a la lactancia), existen tres oportunidades preferenciales para la promoción del amamantamiento materno (30):

La primera oportunidad se da en el tercer trimestre de embarazo hablando sobre la futura alimentación del niño con los padres, evaluando la motivación para amamantar, los conocimientos, creencias y mitos. Los profesionales deben proporcionar información pertinente, relevante, en lenguaje accesible y científicamente sustentada, respetando y apoyando las elecciones de las mujeres. Se debe evaluar también la calidad y extensión de la red de apoyo social.

La segunda oportunidad está relacionada con el establecimiento de la lactación. Es un período que ocurre normalmente durante el ingreso en la maternidad, y las

enfermeras deben proceder a la revisión de lo que fue abordado en el período prenatal, ayudar en las dificultades y en la comprensión del comportamiento del recién nacido, evaluar la eficacia del amamantamiento, prestar apoyo instrumental, estimular la ayuda de la red de apoyo social y proporcionar condiciones para el inicio precoz del amamantamiento.

La tercera oportunidad se relaciona con la manutención del amamantamiento y ocurre después del alta. Es un período crítico, en el que la mujer deja un ambiente seguro, con una red de proximidad de profesionales, para regresar a un ambiente en que tendrá que resolver las necesidades de forma autónoma. Durante este período la visita domiciliaria es importante para asegurar la transición segura entre el hospital y el domicilio.

Justificación

La importancia de la alimentación del recién nacido a través de la lactancia materna, y los múltiples beneficios que esto conlleva, me han llevado a realizar esta revisión bibliográfica sobre cómo influye la educación por parte de los profesionales sanitarios en la promoción y duración de la lactancia materna.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar cómo influye la educación sobre lactancia materna realizada por parte de los profesionales sanitarios a los padres en la decisión de optar por este tipo de lactancia y la duración de la misma.

Objetivos específicos:

- Revisar los factores que influyen a las madres en la elección de la lactancia materna y en su duración.
- Analizar la situación en España respecto a la promoción de la lactancia materna por parte los profesionales sanitarios.
- Investigar cuales son las principales causas de abandono de la Lactancia Materna.

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente revisión bibliográfica fue realizada durante los meses de enero a mayo de 2017. Para su comienzo, se formuló la siguiente pregunta PICO (Tabla 1).

Tabla 1: Componentes de la pregunta PICO.

P	I	C	O
Madres y padres que van a tener un hijo o que le acaban de tener.	Educación por parte de los profesionales sanitarios en la promoción de la lactancia materna	Diferentes intervenciones o intervención versus no intervención.	Aumentar la prevalencia de lactancia materna y su mantenimiento en el tiempo
¿La lactancia materna y su mantenimiento a lo largo de los meses es mayor cuando los padres y madres han recibido educación por parte de los profesionales sanitarios?			

Fuente: Elaboración propia

Tras la misma, se realizó una búsqueda haciendo uso de diferentes herramientas bibliográficas, tales como Cuiden, PubMed, Cochrane y SciELO empleando los términos DeCS y MeSH descritos en la Tabla 2.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

1. Artículos con texto completo
2. Antigüedad máxima de 10 años.
3. El idioma de los artículos en español o inglés.
4. Que pasen el programa de lectura crítica a través del test CASPe.

Criterios de exclusión:

1. Artículos de texto incompleto.
2. Artículos con más de 10 años de antigüedad.
3. Artículos en un idioma que no sea español o inglés.
4. Artículos que no cumplan con el programa de lectura crítica a través de CASPe.

Selección de artículos

Tabla 2: Resultados de la búsqueda bibliográfica

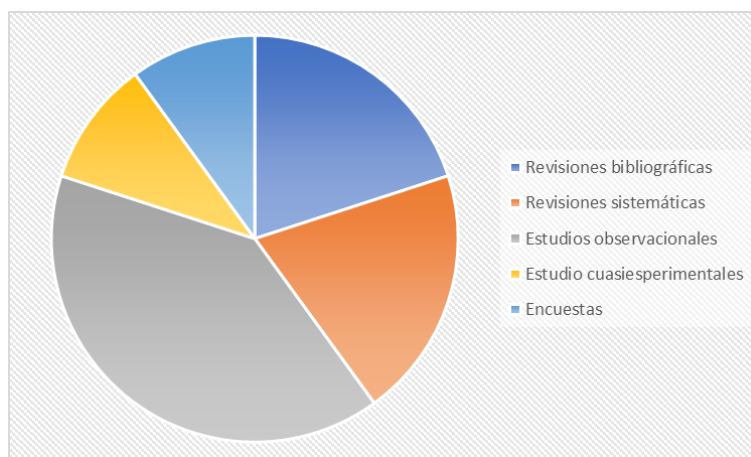
Base de datos	Mesh y Decs	Artículos Encontrados	Artículos que cumplen los criterios de selección	Referencias bibliográficas
CUIDEN	LACTANCIA MATERNA (AND) EDUCACIÓN (AND) ENFERMERÍA	56	2	32, 34
PUBMED	BREASTFEEDING (AND) NURSING (AND) EDUCATION.	13	1	27
COCHRANE	LACTANCIA MATERNA (AND) EDUCACIÓN	42	2	28, 35
SCIELO	LACTANCIA MATERNA (AND) ENFERMERÍA.	13	4	31, 33, 36, 37

Fuente: Elaboración propia

Análisis de los artículos encontrados

Para la realización de los resultados de la presente revisión bibliográfica, se han seleccionado 9 artículos: 2 revisiones bibliográficas, 1 revisión sistemática, 4 estudios observacionales, 1 encuesta y 1 estudio casi-experimental. (Gráfica 1)

Gráfico 1: Tipos de artículos encontrados



Fuente: Elaboración propia

Para recoger la información más relevante de cada estudio y poder compararla realizamos una tabla (Anexo I) donde se agrupan los datos en los siguientes apartados:

- Título del artículo, autores y año de publicación
- Tipo de estudio
- Muestra y características de la muestra
- Aspectos estudiados
- Instrumentos utilizados
- Resumen de los resultados

RESULTADOS

Los resultados están divididos según los diferentes momentos en los que se realizó la intervención educativa: prenatal, pre y postnatal y postnatal.

Influencia de la educación prenatal

En un estudio observacional descriptivo realizado en Huelva (31), nos analiza la prevalencia de la lactancia materna, su duración y los factores relacionados.

Participaron 268 mujeres con edades comprendidas entre los 17 y los 44 años y se analizaron varios factores que podían influir tanto en la decisión de optar por la lactancia materna, como en su duración.

Existen variables relacionadas de manera estadísticamente significativa con la LM, como son: número de hijos, estado civil, formación académica, talleres de preparación al parto, solicitar ayuda en LM y experiencia personal.

Para comenzar el número de hijos influye positivamente en la LM, las madres que tienen más hijos son más propensas al amamantamiento materno. Por otro lado, el estado civil en el que se encuentre la madre también es significativo, las mujeres que están solteras o casadas tienen un mayor porcentaje de LM que las divorciadas (un 65,3 y 67,5% respectivamente frente a un 0% las divorciadas). La mayor formación académica de la madre influyó en la prevalencia de la LM ($p=0,045$).

Centrándonos en el tema de nuestra revisión, el estudio muestra que la asistencia a los talleres de preparación al parto hace que aumente el número de madres que optan por la lactancia materna de un 44,9% a un 71,1% ($p<0.01$).

Dentro de estos talleres el número de sesiones asistidas también repercute en los resultados, por ejemplo, las madres que solo acudieron a una sesión tienen un porcentaje de LM del 50%, mientras que las que acudieron a todas las sesiones llegan al 72,5% ($p<0.01$). (Figura 3)

Este estudio considera necesario reforzar las medidas de información y promoción de la LM en los centros de salud y centros hospitalarios y que posteriormente sean las madres las que adopten su propia decisión.

Figura 3 Variables que presentan una relación significativa con la lactancia materna.

VARIABLES	n	LM	P
Número de hijos			
1	123	31 (25,2%)	< 0,001%
2	111	49 (44,1%)	
3	30	15 (50%)	
4	1	1 (100%)	
5	1	0 (0%)	
6	1	0 (0%)	
7	2	2 (100%)	
Estado civil			
Soltera	75	49 (65,3%)	0,014
Casada	190	121 (63,7%)	
Divorciada	3	0 (0%)	
Formación académica			
Sin estudios	13	6 (46,2%)	0,045
EGB/ESO	71	40 (56,3%)	
Bachiller/Módulo/FP	95	63 (66,3%)	
Universitarios	89	61 (68,5%)	
Asiste a los talleres de preparación al parto			
Si	190	135(71,1%)	< 0,001%
No	78	35 (44,9%)	
Nº de sesiones asistidas			
0	78	35 (44,9%)	<0,001%
1	2	1 (50%)	
2	6	5 (83,3%)	
3	11	5 (45,5%)	
4	37	18 (66,7%)	
5	40	31 (77,5%)	
6	104	75 (72,1%)	
Busca ayuda en LM			
Si	197	132 (67%)	<0,001%
No	71	38 (53,5%)	
Conoce la asociación de apoyo a la LM			
Si	101	77 (76,2%)	0,001%
No	167	93 (55,7%)	
Asiste a la asociación de apoyo a la LM			
Si	22	22 (100%)	<0,001%
No	246	148 (60,2%)	

Fuente: Prevalencia de la LM en Huelva, duración y factores relacionados. Burguillo et al (31)

En una revisión bibliográfica realizada en 2016 sobre la educación prenatal (32), nos indica que la educación materna es un factor protector en la toma de decisión del tipo de lactancia que las madres ofrecerán a sus hijos, y que mejorará el mantenimiento de la LM. La experiencia es mejor valorada cuando esta educación es realizada por matronas en vez de por enfermeras o solo mediante métodos audiovisuales. Según la evidencia científica consultada, han llegado a la conclusión de que la educación materna se debe realizar por parte de las matronas en la primera visita de control prenatal y es ideal realizarla en la visita preconcepcional, prestando especial atención a las mujeres con menor nivel sociocultural. La inclusión y participación de las mujeres gestantes en espacios donde se practique la LM satisfactoria ayuda al inicio y mantenimiento de la LM, así como a la distribución de guías sencillas para resolver las dudas y complicaciones de los primeros días. Consideran que sería beneficioso incluir formación sobre los beneficios de la LM desde la etapa preescolar, ya que es en este momento cuando se establecen los valores y creencias que se desarrollarán y guiarán el resto de la vida, para lograr, de este modo, el tan necesario cambio en la sociedad. Por ello, resulta fundamental que se dote y facilite por parte de las instituciones y de los poderes públicos espacios en los cuales los profesionales de la salud, en especial la matrona, puedan asesorar a la mujer, a la familia y a la sociedad en general sobre LM.

A modo resumen, en la (tabla 3) se exponen métodos y estrategias recomendadas por este estudio a la hora de realizar una educación prenatal de calidad para la mejora de la tasa de LM en las mujeres que reciban atención prenatal por parte de un profesional de la salud, en este caso por parte de la matrona.

Tabla 3. Métodos y estrategias para la impartición de educación prenatal para mejorar la tasa de LM.

Se aconseja, antes de la semana 36, realizar clases prenatales en sesiones informales, con grupos pequeños, interactivas y fomentando la discusión sobre LM, de entre 30 y 90 min de duración. O bien de forma individual, con entrevista motivacional. Impartidas por personal bien formado en LM
Se debe proporcionar información mediante clases prenatales, así como mediante información escrita (folletos). La entrega exclusiva de información escrita no es efectiva
El material proporcionado debe ser científicamente exacto, congruente y adecuado a los niveles de comprensión y sensibilidad cultural. Debe adecuarse a lo realizado en los hospitales de referencia. Debe incluir información sobre consultores de lactancia y grupos de apoyo.
Grupos de apoyo: se aconseja organizar talleres con madres de grupos de apoyo de mujeres lactantes, para madres gestantes
No se debe entregar a las madres maletitas de promoción de las casas comerciales y cualquier material debe ser respetuoso con el código de comercialización de sucedáneos de leche materna
Se debe incluir a los miembros de la familia u otros allegados en las sesiones de educación en LM
Se aconsejará a la madre gestante que evite el tratamiento antenatal de los pezones invertidos o no-protráctiles con escudos para el pecho o ejercicios de Hoffman. Se debe aconsejar a la madre lactante que evite la expresión antenatal del calostro, masaje del pezón o aplicación de cremas en la mama
Se deben incluir en la educación prenatal a todos los grupos étnicos, prestando especial atención a las mujeres con nivel sociocultural bajo
Se aconseja implantar métodos de evaluación y seguimiento de la LM en las mujeres atendidas en la consulta
Se debe incluir en la primera visita (10 semanas de gestación) información acerca de los beneficios de la LM, bien de forma individual o de forma grupal
La atención prenatal debe ser realizada por la matrona, incluida la educación prenatal

Fuente. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna. Martínez et al (32)

En un estudio observacional transversal (33), analiza las motivaciones y las barreras percibidas por las mujeres de España para iniciar y mantener la lactancia materna. La muestra estaba formada por 569 mujeres, con una edad media de 32,5 años, residentes en España con hijos menores de 2 años.

Este estudio demostró que el segundo motivo más importante por el que las madres eligieron la lactancia artificial fue la falta de recomendaciones y apoyo de los profesionales sanitarios (32,4%) solo le superó la incorporación inmediata al trabajo de las madres (33,8%), y en tercer lugar la separación del lactante por problemas médicos del bebé o la madre (14,8%). (tabla 4)

Tabla 4 Motivos para elegir la lactancia artificial o la materna

Principal motivo por el eligieron la lactancia artificial	n (%)
Incorporación laboral inmediata	23 (33,8)
Falta de recomendación o de apoyo, de los profesionales sanitarios	22 (32,3)
Tener que separase de su hijo, bien por problemas de ella o del neonato	10 (14,7)
Preferencia de la leche artificial	7 (10,3)
No lo consideran necesario	6 (8,9)
Principal motivo por el cual dieron o estaban dando el pecho	n (%)
Porque considero que es la mejor forma de alimentar a mi bebé	213 (42,5)
Es bueno para la salud de mi bebé	152 (30,3)
Recomendación de la matrona o enfermera/o	38 (7,6)
Porque no pensé en ninguna otra alternativa	31 (6,2)
Es un momento íntimo con tu bebé	25 (5,0)
Recomendación del ginecólogo que me controló el embarazo	16 (3,2)
Tiene muchos beneficios para la madre	10 (2,0)
Todas mis amigas me lo recomiendan	5 (1,0)
Por el apoyo recibido y las vivencia en el momento del parto	4 (0,8)
Otros	7 (1,4)

Fuente: Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. Díaz et al (33)

Tabla 5: Influencia para elegir la lactancia materna

¿Quién o qué ha tenido una mayor influencia a la hora de decidir dar el pecho a su bebé? ¿Y en segundo lugar? ¿Y en tercer lugar?	1º opción n (%)	2º opción n (%)	3º opción n (%)
Yo misma, siempre he tenido clara mi decisión	338 (67,4)	48 (9,6)	37 (7,4)
Mi familia (hermanas, mi madre, etc)	33 (6,6)	133 (26,5)	91 (18,1)
Matrona	46 (10)	104 (20)	101 (20)
Pediatra	39 (7,8)	76 (15,2)	65 (13,0)
Ginecólogo	13 (2,6)	24 (4,8)	41 (8,2)
Médico atención primaria	7 (1,4)	15 (3,0)	21 (4,2)
Enfermera/o	3 (0,6)	5 (1,0)	16 (3,2)
Mis amigas	4 (0,8)	19 (3,8)	29 (5,8)

Fuente: Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. Díaz et al (33).

Al ser preguntadas sobre quién había tenido mayor influencia en su decisión de amamantar, el 67,5% señaló que ellas mismas y en segundo lugar la familia (26,5%), seguido por la matrona (20%) y el pediatra (15,2%) (Tabla 5).

El 50,5% de las madres consideraba que la vuelta al trabajo le había afectado mucho o bastante. Los motivos aportados por las madres sobre cómo la incorporación al trabajo había afectado la lactancia fueron: falta de tiempo 64 (22,1%), incompatibilidad de horarios 63 (21,7%), porque tuvieron que dejar de dar el pecho 37 (12,7%) cambios en la cantidad de tomas 32 (11%), porque les había provocado "que se le corte la leche" 29 (10,0%), por tener que "empezar a almacenar leche / sacar leche en el trabajo" 27 (9,3%) y por estrés 18 (6,2%).

En las madres que en el momento de la encuesta habían suspendido la lactancia (334) la edad media del destete fue de 6,4 meses (DE 3,8; IC95% 6,0-6,8; Mediana 6.0). El principal motivo para suspender la lactancia fue la sensación de baja producción de leche (29%) seguida de la incorporación al trabajo (18%) (Tabla 6).

Tabla 6: Motivo de abandono de la lactancia materna

Motivo principal para abandono de la lactancia materna	n	%
Cada vez tenía menos leche	97	29
Me tuve que incorporar al trabajo	59	17,6
Empezó a rechazar el pecho	25	7,5
Tuve problemas con el pecho	24	7,2
Comenzó a ser doloroso	21	6,3
No creo que fuera necesario continuar dando el pecho a mi hijo	21	6,3
Mi hijo aumentaba poco de peso	17	5,1
Era difícil encontrar tiempo a lo largo del día para dar el pecho a mi hijo	15	4,5
Me puse enferma	12	3,6
Era incómodo dar el pecho fuera de casa	10	3,0
Empezó a tomar solido	8	2,4
Creía que a mi hijo no le sentaba bien mi leche y decidí cambiar	5	1,5
Me costaba recuperar mi figura y mi peso mientras daba el pecho	3	0,9
Me quede embarazada otra vez	2	0,6
Quería quedarme embarazada otra vez	1	0,3
No podía tomar ninguna cerveza, un poco de alcohol, etc.	1	0,3
Otros motivos		

Fuente. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. Díaz et al. (33)

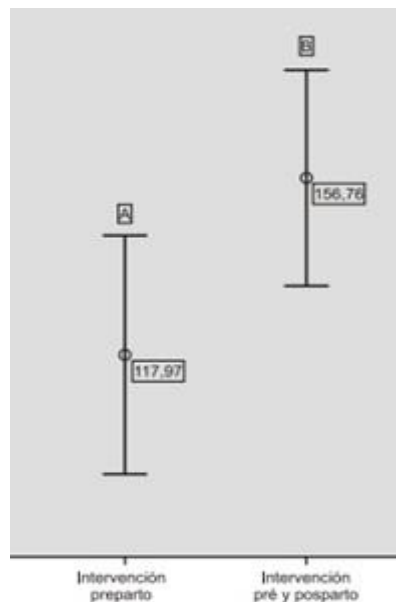
Finalmente, una revisión bibliográfica (28), determinó que aún no se ha evaluado la repercusión de las intervenciones educativas durante el embarazo sobre la duración de la lactancia materna, por lo tanto, no es apropiado recomendar cualquier recomendación prenatal en LM.

El autor propone realizar un estudio aleatorizado y controlado con un tamaño de muestra adecuado para evaluar la eficacia y los efectos adversos de la educación prenatal, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, donde esta educación debería tener un impacto más significativo para el aumento de la LM.

Influencia de la educación pre y postnatal

En un estudio cuasi-experimental (27) realizado a primíparas entre 18 y 38 años para analizar las contribuciones por parte de la enfermería en la promoción de la lactancia materna, se concluyó que la duración del amamantamiento materno está influenciada por las intervenciones de las enfermeras. Las primíparas con intervenciones de la enfermera tanto antes como después del parto amamantan durante más tiempo que las restantes. Por lo tanto, las primíparas que tuvieron consulta individual, curso de preparación para el parto y una posterior visita domiciliaria amamantaron un promedio de más días que las que solo tuvieron una consulta individual (Figura 4).

Figura 4: Box-plot en el que se observa que la mediana de días de lactancia fue de 38 días superior en las madres que recibieron intervenciones pre y postparto.



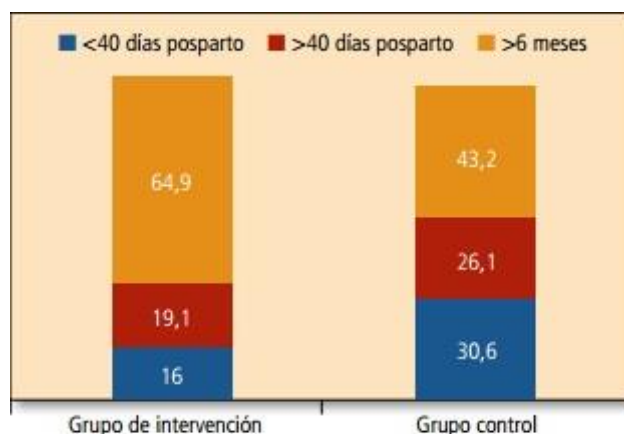
Fuente: Distribución de la duración promedio del amamantamiento materno. Carvalho et al. (27)

En otro estudio realizado en Barcelona (34), se dividió a las madres en dos grupos: control (111 mujeres) e intervención (131 mujeres). El grupo de intervención estaba formado por madres de menos de 22 años que participaron en el programa Mares Joves, el cual consistía en un seguimiento del embarazo por parte de dos matronas en la consulta cada 3 semanas, atención telemática vía Facebook o Whatsapp, una o dos visitas en el hospital o domicilio después del parto, la posibilidad de asistencia a grupos de periodicidad semanal de EPN y EPP específicos para jóvenes, ayuda psicológica y conexión con otros recursos si lo necesitaban. Las mujeres del grupo control, que no participaron en el programa Mares Joves, fueron visitadas

cada 6 semanas durante el embarazo, podían recibir una o ninguna visita al domicilio y podían también asistir a grupos de preparación al parto. Con este programa se consiguieron los siguientes resultados:

En el grupo de intervención el 62% de las madres realizó educación prenatal (EPN) frente al 14% de madres del grupo control, en cuanto a la educación postnatal (EPP) fue realizada por el 49% de las madres del grupo intervención frente a tan solo el 4% de madres que acudían del grupo control. Por lo tanto, es significativamente mayor el porcentaje de madres que acudían tanto a la EPN y EPP en el grupo intervención frente al grupo control. Seis meses más tarde, todas las madres fueron entrevistadas y la duración de la lactancia materna más allá de los 6 meses fue mucho mayor en las madres del grupo de intervención que en el control, por lo tanto, la asistencia a los grupos EPN Y EPP es positiva para la promoción y duración de la lactancia materna (Figura 5).

Figura 5. Diferencia porcentual de prevalencia de la LM entre el grupo de intervención y el grupo control.



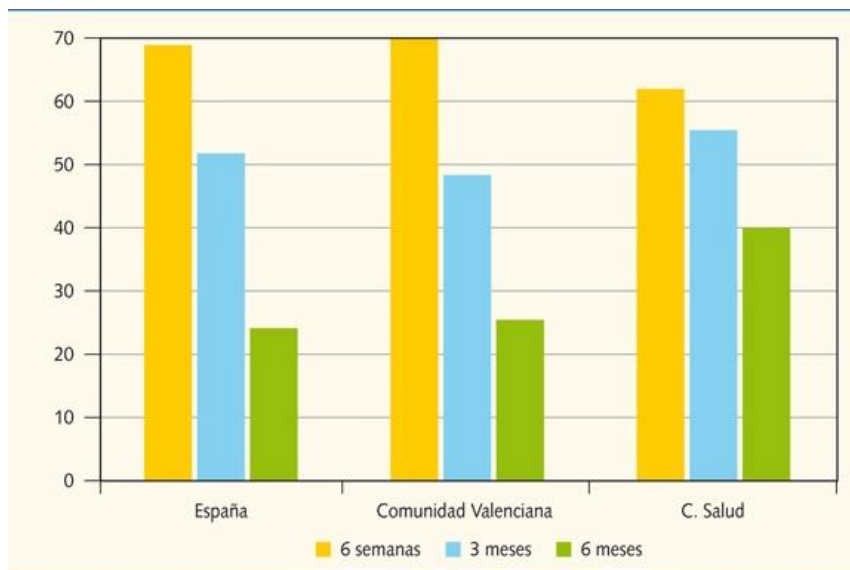
Fuente: Inicio y continuidad de la LM en relación con la asistencia a un programa educativo para madres jóvenes. Payaró et al. (34)

En un metaanálisis realizado en EEUU (35), sobre 5 estudios en el que participaron un total de 582 mujeres con bajos ingresos, evaluaron la efectividad de las intervenciones educativas para incrementar las tasas de iniciación de la LM, mostró que todas las intervenciones fueron positivas en su conjunto con un Riesgo Relativo de 1,57 (IC 95%: 1,15 y 2,25). Además, se centró en madres con bajo nivel económico donde las tasas de LM, de base, son típicamente bajas. Los componentes de cada programa educativo variaban, pero en todos aumentaron las tasas de LM. También se demostró que tanto las sesiones individuales, como las sesiones en grupo favorecen el aumento de las tasas de LM entre las mujeres de bajos ingresos.

Influencia de la educación postnatal

En un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo (36), se determinó si las intervenciones realizadas en un centro de salud en la Comunidad Valenciana, destinadas a promover la lactancia natural, consiguen resultados positivos. Durante las cuatro primeras semanas hay un 15% de abandonos. Es un periodo crítico y aquí es donde los profesionales de AP tienen que realizar una tarea sin ahorrar esfuerzos para apoyar a las madres, promover la lactancia y considerar cualquier consulta o duda sobre la lactancia como una verdadera urgencia no demorable. Los datos al mes, 65% de LMC (lactancia materna completa) y otro 10% de LMP (Lactancia materna parcial), se acercan a la media nacional publicada en la Encuesta Nacional de Salud. A los tres meses, los bebés con LMC son el 50%, en la misma línea de la media nacional y de la comunidad Valenciana, y a los seis meses encontramos un 40% de niños con LMC y un 10% adicional de LMP. Este dato, bastante superior al 25% de la media nacional y comparable a las cifras de las comunidades de prevalencias más altas (noreste de España), sorprende gratamente y pone de manifiesto el esfuerzo realizado por el equipo por aumentar la duración del amamantamiento. En este centro de salud por lo tanto se encuentra una prevalencia de LM similar a la media nacional al mes y a los tres meses, pero bastante superior a los seis meses de vida, lo cual atribuimos al trabajo conjunto de los profesionales de AP, maternidad y grupos de apoyo externos.

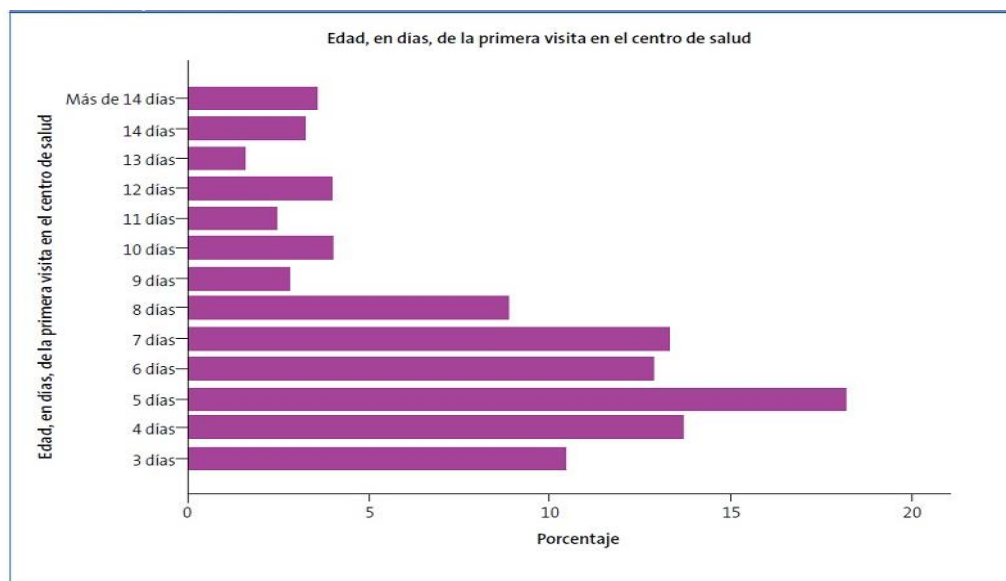
Figura 6: Datos comparativos de prevalencia de LMC (%) de este estudio en comparación con España



Fuente: Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud. Palomares et al (36)

En una encuesta realizada en la Comunidad Valenciana (37) en 46 centros de salud para conocer la edad en que son atendidos por primera vez los recién nacidos en Atención Primaria (AP), se determinó que, el 58% de los RN acudieron después del quinto día de vida. El 15% de los niños aún no habían sido vistos por ninguna enfermera o pediatra de AP a los diez días de vida (Figura 7).

Figura 7 Distribución de frecuencia según días de vida cuando se realizó primera visita al centro de salud.



Fuente: Atención en las primeras 48 horas tras el alta de maternidad en la consulta de enfermería o Pediatría. Monzó et al (37)

El tipo de maternidad, pública o privada, tenía relación ($p < 0,05$) con la demora en ser visitado por primera vez en el centro de salud. Los niños nacidos en hospital público tienen casi dos veces más probabilidades (OR: 1,97; IC 95%: 0,92 a 4,1; $p = 0,07$) de acudir al CS antes de los seis días de vida que los niños nacidos en hospital privado. (tabla 7)

Tabla 7. Tabla de contingencia según el tipo de hospital (público/privado) y edad, en días, de la primera visita al centro de salud del recién nacido.

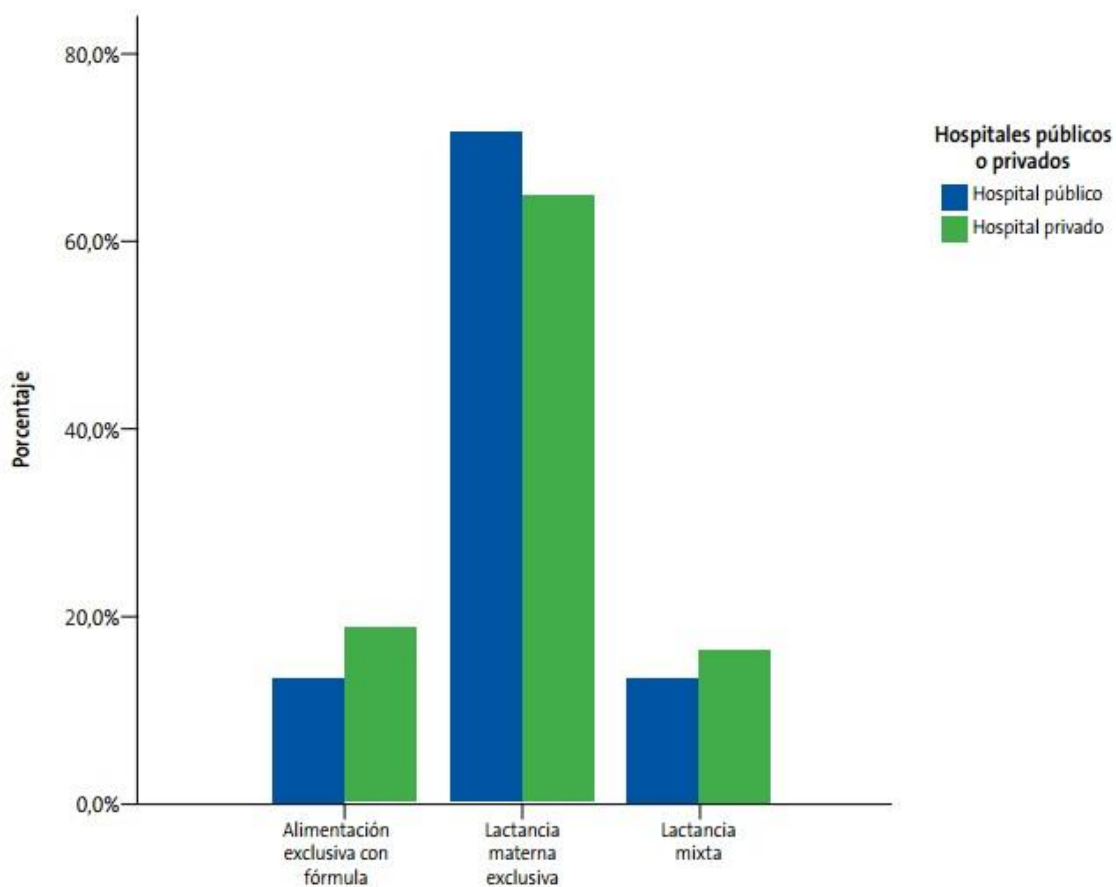
	Edad (días) de la primera visita en el centro de salud														Total NS/NC
	NS/NC	3 días	4 días	5 días	6 días	7 días	8 días	9 días	10 días	11 días	12 días	13 días	14 días	Más de 14	
Hospital público	2	24	29	41	30	24	18	7	9	5	7	1	7	7	211
Hospital privado	0	2	5	4	2	9	4	0	1	1	3	3	1	2	37
Total	2	26	34	45	32	33	22	7	10	6	10	4	8	9	248

Fuente: Atención en las primeras 48 horas tras el alta de maternidad en la consulta de enfermería o Pediatría. Monzó et al (37)

La visita en las primeras 48 horas tras el alta de maternidad, facilita una lactancia adecuadamente establecida y evita riesgos de alimentación ineficaz, ayudando a fomentar el binomio madre-hijo/a.

Los niños nacidos en hospital público tienen 1,57 más probabilidades de ser alimentados con LM exclusiva que los nacidos en hospital privado (OR: 1,57; IC 95%: 0,61 a 4; p=0,34). (Grafica 2)

Gráfica 2. Porcentaje de LM según la asistencia de la madre a un hospital público o privado



Fuente: Atención en las primeras 48 horas tras el alta de maternidad en la consulta de enfermería o Pediatría. Monzó et al (37)

Un 56,93% de las LM y mixtas fueron vistas después del quinto día de vida, lo cual constituye un riesgo para solucionar lactancias mal establecidas, pérdida de lactancias, riesgo de deshidratación e ictericia por ayuno, entre otras complicaciones.

DISCUSIÓN

Después de analizar los resultados de los artículos de esta revisión bibliográfica, se evidencia que múltiples factores intervienen en el porcentaje de madres que optan por la lactancia materna. Se ha demostrado lo importante que es la asistencia a los talleres de preparación al parto y el número de sesiones a los que acuden estas madres, cuantas más sesiones mayores son los porcentajes de madres que optan por la alimentación natural del recién nacido. Es fundamental por lo tanto que los centros de salud y los hospitales estén capacitados para instruir este tipo de talleres, ya sea por parte de la enfermera o la matrona, y que todas las madres tengan la oportunidad de acudir a este tipo de clases. Se observa, por otro lado, que las madres que ya tienen otros hijos a los que dieron el pecho tienen más probabilidad de elegir la lactancia materna en los hijos sucesivos, sobre todo si la experiencia ha sido satisfactoria anteriormente. Por lo tanto, tenemos que centrarnos en informar y educar adecuadamente a madres primerizas, para que así se decidan por este tipo de alimentación.

Por otro lado, cuanto mayor es la formación académica de estas, mayor es el número de madres que escogen la LM como forma de alimentar al recién nacido, por lo que, cuando se realicen consultas individuales con la madre, sería conveniente saber pronto qué nivel académico poseen para así incidir más en aquellas que tienen un nivel más bajo.

Por otro lado, sería muy útil que los jóvenes adquirieran conocimientos de los beneficios que tiene este tipo de alimentación desde su formación temprana, para así concienciarles más y aumentar el porcentaje en un futuro.

Las madres prefieren que la educación sea realizada por la matrona. Es cierto que la matrona está especializada en este campo y posee un mayor nivel de conocimientos sobre la madre y el recién nacido además de ser la que sigue la evolución del embarazo y la que tiene una mayor oportunidad de hablar con la madre e informarla y educarla en este aspecto. Aun así, considero, que el resto de enfermeras, sobre todo las especialistas en pediatría, deben tener una formación adecuada sobre la promoción de la lactancia materna ya que son ellas las que van a realizar el seguimiento del niño posteriormente.

Se recomiendan tanto clases individuales como clases grupales con la matrona, y que desde el comienzo del embarazo se trate el tema de los beneficios de la

alimentación de una forma clara y práctica. Estas clases irán dirigidas no solo para la madre, sino para cualquier persona allegada a ella que la esté ayudando en el embarazo. Debemos incidir también en las minorías étnicas o en aquellas personas que tienen menos recursos, ya que éstas, tienen menos oportunidades y suelen acudir menos a las consultas con la matrona.

Es importante destacar que el segundo motivo por el cual la madre escogió la lactancia artificial y no la materna fue la falta de recomendación y de apoyo por parte de los profesionales sanitarios. Considero que este dato debería ser una llamada de atención fundamental para que nos demos cuenta de la importancia que tenemos. Las madres son libres de elegir la alimentación que quieren dar a sus hijos, pero los profesionales sanitarios, sabiendo los beneficios que conlleva este tipo de alimentación, deberíamos dar todo de nuestra parte, a través de clases, visitas, cursos e información, para que la madre se sienta totalmente apoyada. Considero por lo tanto que hay una falta de apoyo muy grande por parte de los profesionales sanitarios y que hay que investigar la forma de abordar ese problema de manera más efectiva.

A pesar de todo lo anterior, una revisión bibliográfica determinó que aún no existía una educación prenatal para la LM que se demostrara totalmente eficaz, por lo que debería continuar la investigación de qué tipo de educación sería la más recomendable para impartir, y así poder conseguir los niveles de LM recomendados por la OMS.

Se ha demostrado que la duración de la lactancia es mayor con clases pre y post parto. Por ello, deberíamos centrarnos en ese tipo de educación que no solo consiste en una clase individual, sino también en una visita domiciliaria después del parto. Comprobando que el porcentaje de madres que continúan con el amamantamiento materno a partir de los 6 meses es mucho mayor con una EPN y una EPP, es importante que la formación de estas enfermeras sea eficaz y continúa, pudiendo así mejorar los niveles de la lactancia materna en nuestro país.

Tomando el ejemplo del estudio en el Centro de Salud de la Comunidad Valenciana en el cual los profesionales sanitarios realizaron una intervención después del parto,

se observó que el porcentaje de madres que continuaba con la LM a los 6 meses era superior a la media tanto de la Comunidad Valenciana como de España, por lo que creo que el resto de Centros de Atención Primaria deberían tomar ejemplo de esta iniciativa, no solo para comprobar si su educación está siendo eficaz, sino también para determinar en que pueden estar fallando o acertando.

Para finalizar una encuesta realizada en la comunidad valenciana sobre la importancia de las horas posteriores al parto para el recién nacido, reveló que la mayor parte de las madres no acudían a visitar a la enfermera o pediatra del centro de salud hasta 5 días posteriores de su salida del hospital y que las que provenían de hospital privado tardaban aún más en acudir. Las primeras horas y días son esenciales para el amamantamiento materno, para resolver las dudas, dificultades o problemas que esté teniendo la madre, por ello se debería insistir en que la madre acuda al centro de salud 1 o 2 días después de su alta en el hospital y que, si esta no pudiera acudir, los profesionales sanitarios realicen una visita domiciliaria. De este modo, muchas madres continuarían con el amamantamiento materno.

CONCLUSIONES

- En nuestro país, a pesar de la promoción de la lactancia materna a través de campañas, no se llega a los niveles recomendados por la OMS.
- Hay múltiples variables relacionadas significativamente con la LM, entre ellas, la asistencia a las clases de preparación al parto y a las asociaciones de apoyo a la LM, aumentan el porcentaje de madres que optan por el amamantamiento.
- Dentro de los profesionales sanitarios, las matronas, son las que más influyen en la elección de la madre a la hora de elegir como alimentar a su hijo.
- De entre todas las madres que acuden a la ayuda de los profesionales sanitarios, hay que incidir en aquellas que tienen menos probabilidad de elegir la lactancia natural como son: madres jóvenes, con un bajo nivel académico o madres procedentes de otros países.
- Hay que incidir en el aumento de recomendaciones por parte de los profesionales sanitarios para aumentar el porcentaje de madres que optan por LM.
- Impartir educación antes y después del parto influye positivamente en optar por la lactancia materna y sobre todo en su mantenimiento a lo largo del tiempo.
- Las horas y días posteriores al parto son esenciales para la continuidad de la lactancia materna. La educación postparto ayuda a las madres a continuar con la LM y solucionar complicaciones y dudas sobre esta antes de su abandono.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF, World Health Organization. The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization and UNICEF; 2009.
2. World Health Organization. Infant and young child nutrition. Global strategy on infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2002.
3. Alm B, Wennergren AB, Norrvenius SG, Skaerven R, Lagercrantz H, Helweg-Larsen K et al. Breast feeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia. Arch Dis Chil. 2002; 86: 400-402.
4. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. Pediatrics. 2004; 113: 435-439.
5. Temboury MC, Polanco I, Otero A, Tomás M, Ruiz F, Marcos MA. Influencia de la lactancia materna en la morbilidad y en la utilización de servicios sanitarios del lactante. Comunitaria. 1991; 1: 16-20.
6. Galton V, Schwarz E, Bachrach L. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: A meta-analysis. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003; 157: 237-243
7. Gdalevich M, Mimouni D, David M, Mimouni M. Breast feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. J Am Acad Dermatol. 2001; 45: 520-527.
8. Díaz-Gómez NM, Doménech E, Barroso F. Breast feeding and growth factors in preterm newborn infants. J Pediatr Gastroent Nutr. 1997; 24: 322-327.
9. Hawkes JS, Neumann MA, Gibson RA. The effect of breast feeding on lymphocyte subpopulations in healthy term infants at 6 months of age. Pediatr Res. 1999; 45: 648-651.
10. Human milk and host defence: Immediate and long-term effects. Acta Paediatr. 1999; 88: 42-46.
11. Kwan ML, Buffler PA, Abrams B, Kiley VA. Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: A metanalysis. Pub Health Rep. 2004; 119: 521-535.
12. Labbok MH. Does breastfeeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey. Am J Prevent Med. 1987; 3: 227-232.

13. Temboury MC, Otero A, Polanco I, Arribas E. Influence of breast-feeding on the infant's intellectual development. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1994; 18: 32-36.
14. Acheston L. Family violence and breastfeeding. *Arch Fam Med.* 1995; 4: 650-652.
15. Labbock MH. Health sequelae of breastfeeding for the mother. *Clin Perinatol.* 1999; 26: 491-503
16. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: Collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet.* 2002; 20: 187-195.
17. Karlson EW, Mandl LA, Hankinson SE, Grodstein F. Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses' Health Study. *Arthritis Rheum.* 2004; 50: 3458-3567
18. Sacristán AM, Lozano JE, Gil M, Vega AT. Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2011; 13 (49): 33-46.
19. United Nations Children's Fund UNICEF [sede web]. From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. 2016 [acceso 13 de abril 2017]. Disponible en: <http://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeedingpractices/>
20. Australian Institute of Health and Welfare. National Infant Feeding Survey: 2010 Australian National Infant Feeding Survey: Indicator Results. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2011.
21. Centers for Disease Control and Prevention [sede web]. Breastfeeding report card—United States 2013. [acceso 20 de abril 2017]. Disponible en: www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2013breastfeedingreportcard.pdf
22. WHO [sede web]. Global nutrition targets 2025: policy brief series. Geneva: World Health Organization. 2014 [acceso 13 de abril 2017]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overview/en/
23. Directorate of Employment, Labour and Social Affairs. [sede web]. Breastfeeding rates OECD Family database OECD - Social Policy Division. 2013 [acceso 13 de abril 2017]. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/family/43136964.pdf>
24. Instituto Nacional de Estadística. [sede web]. Encuestas Nacionales de Salud 1995, 2001, 2006, 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

[acceso 25 de abril 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>

25. Gallardo Sánchez R. Efectividad de intervenciones educacionales postnatales en la duración de la lactancia materna. *Reduca*. 2012; 4: 174-209.
26. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. Plan de calidad para el programa de salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia. 2010.
27. Carvalho LC, Barbiéri M, Caetano MT. Contribuciones de la intervención de enfermería de cuidados de salud primarios para la promoción del amamantamiento materno. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(2): 1-9.
28. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M et al. Educación prenatal en lactancia materna para aumentar su duración. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 11.
29. Willumsen J. Educación sobre lactancia materna para prolongar la duración de esta [sede web]. 2013 [acceso 1 de abril 2017]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/bbc/breastfeeding_education/es/
30. Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Comité de Lactancia Materna Hospital 12 de octubre y Centros de Salud de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. 2011. Disponible en: file:///C:/Users/equipo/Desktop/TFG/04.Guia_LM_h12o_2011.pdf
31. Burguillo MP, Campos ZV, Marín C, Pedregal M, Muñoz S, Álvarez MI. Prevalencia de la Lactancia Materna en Huelva, duración y factores relacionados. *Enfermería global*. 2016; 44: 127-140.
32. Martínez P, Martín E, Macarro D, Martínez E, Martín D, Manrique J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*. 2017; 14(1): 54-66.
33. Diaz NM, Ruzafa 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: 2-18.
34. Payaró A, Zamora L, Almirall MR, Miguel M, Carrascón A. Inicio y continuidad de la lactancia materna en relación con la asistencia a un programa educativo para madres jóvenes. *Matronas Prof*. 2016; 17(3): 99-106.
35. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane database of systematic Reviews*. 2005.

36. Palomares MJ, Fabregat E, Folch S, Escrig B, Escoín F, Gil C. Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011; 13 (49): 47-62.
37. Asensi M, Fabregat E, Gutiérrez MD, Soriano J. Atención en las primeras 48 horas tras el alta de maternidad en la consulta de enfermería o Pediatría. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014; 16 (62): 117-124.

Anexo I: Tabla de artículos utilizados en la revisión

Título y autores. Año de publicación	Tipo de estudio	Muestra y características de la muestra	Aspectos estudiados	Instrumentos utilizados	Resumen de resultados
Prevalencia de la Lactancia Materna en Huelva, duración y factores relacionados. Burguillo et al. (31)	Estudio observacional descriptivo.	268 mujeres con niños de 1 a 2 años	Prevalencia y duración de LM, características sociodemográficas, características perinatales y alimentación complementaria.	Emplazamiento: siete centros de salud de Huelva capital. Participantes: 268 mujeres con niños de 1 a 2 años.	La prevalencia de LM es baja con respecto a lo esperado por los datos nacionales, la duración de la misma se aparta de las recomendaciones de la OMS y el nivel educativo de la madre favorece la prevalencia y duración de la LM. Los profesionales de la salud debemos continuar con su promoción y apoyo.
Educación prenatal e inicio de la lactancia materna Martínez-Galana et al. (32)	Revisión bibliográfica		Determinar la influencia de la educación prenatal impartida por los profesionales de salud, para la decisión de optar por la LM	Búsqueda sistemática de varias bases de datos del área de la salud,	El éxito de la LM depende de la información y del apoyo proporcionado a la familia. Influye negativamente en su instauración y mantenimiento la falta de información y apoyo, las prácticas sanitarias inadecuadas y la escasa formación de los profesionales.
Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna Díaz-Gómez et al. (33)	Estudio observacional transversal	569 madres residentes en España en 2013	Conocer las motivaciones y barreras percibidas por las madres para iniciar o mantener la LM.	569 madres residentes en España en 2013, con hijos menores de 2 años que cumplimentaron un cuestionario estructurado	La dificultad para combinar la LM con la actividad laboral, dar el pecho en lugares públicos, los despertares nocturnos y el menor aumento de peso del lactante, fueron los inconvenientes más referidos. La incorporación laboral fue el principal motivo para elegir la lactancia artificial y para iniciar la lactancia parcial.

Título y autores. Año de publicación	Tipo de estudio	Muestra y características de la muestra	Aspectos estudiados	Instrumentos utilizados	Resumen de resultados
Educación prenatal en lactancia materna para aumentar su duración. Lumbiganon et al. (28)	Revisión bibliográfica		Evaluar la efectividad de la educación prenatal en la lactancia materna para aumentar su comienzo y su duración	Se hicieron búsquedas en el Registro de Ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto	La combinación del folleto de lactancia materna más el video más la consulta de lactancia fue significativamente mejor que la atención habitual para la lactancia materna exclusiva a los tres meses.
Contribuciones de la intervención de enfermería de cuidados de salud primarios para la promoción del amamantamiento materno Carvalho et al. (27)	estudio casi experimental	151 primíparas, con menos de 28 semanas de embarazo	Analizar las contribuciones de las intervenciones de enfermeras de Cuidados de Salud Primarios, con primíparas, en la promoción de la LM	151 primíparas, con menos de 28 semanas de embarazo	La casi totalidad de los recién nacidos inició el amamantamiento materno, lo que sucedió, para cerca de mitad, durante la primera hora de vida, lo que es factor de predicción para su éxito.
Inicio y continuidad de la lactancia materna en relación con la asistencia a un programa educativo para madres jóvenes Payaró et al. (34)	Estudio descriptivo	242 (grupo de intervención: 131; grupo control: 111)	Determinar si las gestantes que recibieron una intervención específica aumentaron la duración de la lactancia materna y la asistencia al programa de EPN y EPP con respecto a las que no participaron	242 (grupo de intervención: 131; grupo control: 111)	La participación en el programa MJ y la asistencia a los grupos de EPN y EPP específicos para madres jóvenes se asociaron a un incremento de la duración de la LM.

Título y autores. Año de publicación	Tipo de estudio	Muestra y características de la muestra	Aspectos estudiados	Instrumentos utilizados	Resumen de resultados
Interventions for promoting the initiation of breastfeeding Dyson et al. (35)	Revisión sistemática	5 estudios (582 madres)	Evaluar la efectividad de las intervenciones que tienen como objetivo alentar a las mujeres a amamantar.	5 estudios (582 madres)	Esta revisión demostró que la educación sanitaria y las intervenciones de apoyo dan lugar a mejoras en el número de mujeres que comienzan a amamantar de bajo nivel económico en EEUU.
Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados Palomares et al. (36)	Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo.		Valorar la duración del amamantamiento en nuestro medio y los factores sociosanitarios asociados para mejorar la salud maternoinfantil.		Las intervenciones realizadas en Atención Primaria destinadas a promover la lactancia natural consiguen resultados positivos para la salud de la población, pero se precisan mayores esfuerzos y coordinación para avanzar en la dirección propuesta por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento para hospitales y centros de salud.
Atención en las primeras 48 horas tras el alta de maternidad en la consulta de enfermería o Pediatría Asensi et al. (37)	Encuesta	Participaron 46 CS de las provincias de Castellón y Valencia (de un total de 162 centros)	Conocer la edad en que son atendidos por primera vez los recién nacidos en Atención Primaria (AP) en la Comunidad Valenciana.	Participaron 46 CS de las provincias de Castellón y Valencia (de un total de 162 centros)	Desde el momento en que el recién nacido es dado de alta de la maternidad hasta que es atendido por primera vez por el equipo de pediatra-enfermera, pasa un periodo de tiempo importante.