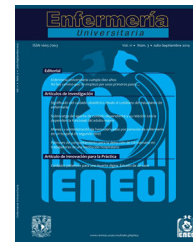




# Enfermería

## Universitaria

[www.elsevier.es/reu](http://www.elsevier.es/reu)



### ARTÍCULO DE REVISIÓN

## Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura



P. Martínez-Galán<sup>a,\*</sup>, E. Martín-Gallardo<sup>b</sup>, D. Macarro-Ruiz<sup>c</sup>, E. Martínez-Martín<sup>d</sup>  
y J. Manrique-Tejedor<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Paritorio, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

<sup>b</sup> Servicio de Paritorio, Hospital Virgen del Prado, Talavera de la Reina, Toledo, España

<sup>c</sup> Servicio de Paritorio, Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, Cáceres, España

<sup>d</sup> Servicio de Paritorio, Hospital General de Segovia, Segovia, España

<sup>e</sup> Servicio de Paritorio, Hospital Joan XXIII, Tarragona, España

Recibido el 23 de abril de 2016; aceptado el 11 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 28 de diciembre de 2016

#### PALABRAS CLAVE

Lactancia materna;  
Atención prenatal;  
Educación prenatal;  
Nutrición del niño;  
España

#### Resumen

**Introducción:** Las recomendaciones universales para la alimentación infantil incluyen la lactancia materna (LM) exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y posteriormente alimentación complementaria hasta los 2 años, así como la importancia del inicio de la lactancia en la primera hora de vida.

**Metodología:** Búsqueda sistemática en diversas bases de datos del área de la salud cuyo objetivo fue determinar la influencia de la educación prenatal impartida, en general por los profesionales de la salud y en particular por la matrona, en la decisión de optar por la LM.

**Resultados y discusión:** 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. Contribuye positivamente haber sido atendida por una matrona durante el embarazo. Existe evidencia, con categoría A, de que las clases prenatales realizadas por matronas aumentan la prevalencia, la duración y la exclusividad de la lactancia, así como el establecimiento de la lactancia al alta hospitalaria tras el parto. Se recomienda, con un grado B, proporcionar a los padres información sobre lactancia en las clases prenatales. No hay diferencias significativas en cuanto a los motivos por los cuales se abandona la lactancia entre las mujeres que realizaron educación prenatal con las que no la realizaron.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [paloma.martinez.galan@gmail.com](mailto:paloma.martinez.galan@gmail.com) (P. Martínez-Galán).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

**Conclusiones:** La educación maternal realizada por matronas desde la primera visita prenatal es un factor protector en el inicio y mantenimiento de la LM y debe incluir explicaciones sobre los beneficios que comporta y guías sencillas para resolver dudas y complicaciones.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## KEYWORDS

Breast feeding;  
Prenatal care;  
Prenatal education;  
Infant nutrition;  
Spain

## Prenatal education and the commencement of breastfeeding: A literature review

### Abstract

**Introduction:** The recommendations on child nourishment include starting maternal breastfeeding within the first hour of life, and continuing it, exclusively, during the first 6 months of life; thereafter, a complementary diet can be included.

**Methodology:** A systematic search in diverse databases related to the health area was conducted with the objective of determining the influence of prenatal education provided, in general by the health professionals, and in particular by midwives, on the mothers' decision to breastfeed.

**Results and discussion:** The success of maternal breastfeeding depends on the information and the support provided to her family. Barriers to breastfeeding include the lack of information and support, the inadequate sanitary practices, and the poor preparation of the health professionals. Promoters to breastfeeding include having been assisted by a midwife during the partum. There is category-A evidence, that prenatal classes given by midwives, and the early establishment of maternal breastfeeding—following the partum— both increment the prevalence, duration, and exclusivity of breastfeeding. There were no significant differences related to the motives of abandoning breastfeeding among women who had prenatal education and who did not.

**Conclusions:** The maternal education provided by midwives from the first prenatal visit is a promoting factor to establishing and maintaining breastfeeding. In general, prenatal education should include explanations of the benefits of breastfeeding, as well as simple guidelines related to the possible doubts.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## PALAVRAS-CHAVE

Aleitamento materno;  
Cuidado pré-natal;  
Educação pré-natal;  
Nutrição do lactente;  
Espanha

## Educação pré-natal e início do aleitamento materno: revisão da literatura

### Resumo

**Introdução:** As recomendações universais para a alimentação infantil incluem o aleitamento materno (AM) exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida e posteriormente alimentação complementar até os 2 anos, assim como a importância do início do aleitamento na primeira hora de vida.

**Metodologia:** Busca sistemática em diversas bases de dados da área de saúde, cujo objetivo foi determinar a influência da educação pré-natal ensinada, em geral pelos profissionais da saúde e em particular pela parteira, na decisão de optar pelo AM.

**Resultados e discussão:** O sucesso do AM depende da informação e o apoio proporcionado à família. Inlui negativamente em sua instauração e na manutenção pela falta de informação e apoio, as práticas sanitárias inadequadas e a escassa formação dos profissionais. Inlui positivamente ter sido atendida por uma parteira durante a gravidez. Existe evidência, com categoria A, de que as aulas pré-natais realizadas por parteiras aumentam a prevalência, duração e exclusividade do aleitamento. Assim como o estabelecimento do aleitamento após a alta hospitalar trás o parto. Recomenda-se, com um grau B, proporcionar aos pais informação sobre aleitamento nas aulas pré-natais. Não há diferenças significativas quanto aos motivos pelos quais se abandona o aleitamento entre as mulheres que realizaram educação pré-natal com as que não.

**Conclusões:** A educação materna realizada por parteiras desde a primeira visita pré-natal é um fator protetor no início e de manutenção do AM e deve incluir explicações sobre os benefícios que proporciona e guías simples para resolver dúvidas e complicações.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença de Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la UNICEF para una alimentación infantil óptima, tal como se estipulan en la Estrategia Mundial, son: «Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida e iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más». La superioridad de la lactancia materna (LM) y sus ventajas ha sido ampliamente demostrada en la bibliografía existente<sup>1,2</sup>.

Tanto el número de madres que inician la lactancia como la duración en el tiempo de la misma han sufrido fluctuaciones debido a la falta de uniformidad en los profesionales sanitarios y a presiones publicitarias que han llevado al fracaso la LM. Tras la Segunda Guerra Mundial, la LM fue abandonada de manera progresiva, y en los años setenta llegó a niveles mínimos en países como Estados Unidos. Desde entonces se han realizado campañas para promover la LM, que han logrado un aumento progresivo pero sin llegar a los niveles recomendados a nivel mundial. Las tasas bajas y el abandono precoz del amamantamiento acarrearán considerables efectos adversos sanitarios, sociales y económicos<sup>3</sup>.

Las tasas internacionales de la LM son variables entre y dentro de los países. La LM durante la primera hora de vida es un mecanismo potencial para la promoción de la salud y se considera que es un indicador de la excelencia de la LM; a pesar de ello, las tasas de inicio precoz de la LM, es decir, antes de la primera hora de vida del recién nacido, oscilan entre el 17% en Europa Oriental y el 50% de los países de América Latina<sup>4</sup>. En España, la prevalencia en el año 1990 era de cerca del 70% al primer mes de vida, al tercer mes estaba alrededor del 60%, y al sexto mes de vida se reducía a poco más del 20%<sup>5</sup>. Actualmente en nuestro país no se dispone de un sistema adecuado de monitorización de la situación de la lactancia, por lo que los datos de que disponemos provienen de estudios locales con mayor o menor rigor y obtenidos con diferente metodología. Solo es posible dibujar un mapa aproximativo de la situación real, y se estima que actualmente en España la tasa de LM está lejos de las recomendaciones de la OMS<sup>6</sup>.

Hay pruebas extensas de los beneficios de salud a corto y a largo plazo de la LM para los recién nacidos y para las madres. Los beneficios tempranos incluyen disminución de la mortalidad en los recién nacidos prematuros, disminución de la morbilidad infantil debida a infecciones digestivas, respiratorias, urinarias y del oído medio, así como menos enfermedades atópicas. Hay algunas pruebas de que la LM exclusiva se asocia con las tasas más bajas de estas enfermedades en los 6 primeros meses de vida<sup>7</sup>. La LM ofrece protección contra la aparición de enfermedades de la niñez, como la diabetes mellitus insulino dependiente de inicio juvenil, el aumento de la presión arterial, la obesidad y la aparición de enfermedades en etapas posteriores de la vida, como las enfermedades atópicas. La LM también se asocia con puntuaciones significativamente mayores de desarrollo cognitivo<sup>7</sup>. Además de los beneficios para los lactantes, tiene efectos sobre la salud materna. Los estudios han demostrado una incidencia menor de cáncer de mama, cáncer de ovario y fracturas de cadera en las mujeres que han amamantado<sup>8</sup>. La LM ofrece también beneficios

sociales, como la reducción de las tasas de morbimortalidad infantil, la contribución a una población infantil sana y favorece la no violencia<sup>9,10</sup>.

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 participen 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<sup>11</sup>.

El inicio y mantenimiento de la LM es un proceso muy vulnerable a las influencias externas que pueden provocar un fracaso en muchas mujeres que desean amamantar. La mayoría de las mujeres toman la decisión en el primer trimestre o antes incluso de quedarse embarazadas o previo a cualquier contacto con servicios materno infantiles, aunque muchas se deciden al final del embarazo y unas pocas después del parto<sup>12-14</sup>. La intención de realizar LM es un factor determinante a la hora de iniciar esta, y en especial en relación a la duración de la LM exclusiva<sup>15</sup>.

En la actualidad la importancia de las clases de educación maternal no se pone en duda y la mayoría de las embarazadas disponen de un centro de referencia donde pueden recibir estos cursos<sup>11</sup>. Se realiza educación prenatal en LM cuando durante el embarazo se imparte el tema de la LM. Dicha educación puede ser individual o grupal, mediante visitas al domicilio, programas de educación por pares o citas en la consulta. Generalmente la educación en LM es un programa formalizado, definido, descriptivo y orientado a metas con una finalidad específica y una audiencia objetivo<sup>16</sup>.

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<sup>16</sup>.

Encontramos del mismo modo los grupos de ayuda mutua. En ellos se realiza una tarea preventiva y de promoción de la salud familiar, dado que la lactancia incluye aspectos vinculantes de la pareja, de los padres con sus hijos, aspectos emocionales, psicológicos, personales, sociales y culturales. Los participantes comparten sus experiencias y vivencias en torno a la LM, son grupos entre iguales de incorporación voluntaria, con un número de madres reducido, que se reúnen según una dinámica propia y de forma no jerárquica para resolver las dudas y dificultades que surgen en este período y proporcionar apoyo material y emocional<sup>13</sup>.

Con base en esta introducción, a los investigadores les surge la pregunta clínica sobre la influencia de la educación prenatal en LM, impartida por la matrona, a la hora de la elección de la LM como método para alimentar al recién nacido. Se considera que este análisis puede ser útil para los profesionales implicados en la atención materno infantil.

Los objetivos que nos planteamos son determinar la influencia de la educación prenatal impartida, en general por los profesionales de la salud y en particular por la matrona, en la decisión de optar por la LM, así como analizar y establecer recomendaciones para favorecer que la

mujer escoja la LM como método para alimentar a su recién nacido.

## Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en varias bases de datos electrónicas, tales como PubMed/MedLine, CUIDEN, Scielo, Up to Date y Cochrane Database; se utilizaron los descriptores (DeCS)/términos MeSH: «breastfeeding», «prenatal care», «prenatal information», «midwife» and «child feeding», en las bases en inglés, y «lactancia materna», «atención prenatal», «educación prenatal», «matrona» y «alimentación infantil» en aquellas en español. Se emplearon los operadores booleanos «OR» y «AND» para combinar los componentes de la búsqueda.

El periodo de búsqueda fue el comprendido entre los años 2000 y 2016; se establecieron como límites de idioma: inglés, español. Se han incluido 3 documentos previos al año 2000 debido a su especial relevancia en el tema.

Para la elección de los documentos se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: publicados entre el año 2000 y 2016; en idioma español e inglés; cuyo objeto fue conocer la relevancia de la educación prenatal en el inicio y mantenimiento de la LM; que abordaran posibles agentes etiológicos o factores de riesgo para el inicio y mantenimiento de la LM; estudios observacionales de cohortes y transversales, descriptivos transversales, revisiones bibliográficas, la guía on line NICE y un Plan estratégico sobre protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa; investigaciones con una valoración crítica positiva sobre la calidad del estudio conforme a los criterios de Joanna Briggs. Así como los siguientes criterios de exclusión: artículos cuya conclusión no se ajuste al objetivo planteado o a la pregunta de búsqueda en este trabajo; revisiones bibliográficas sin una metodología sistemática o que no están basadas en la evidencia científica; estudios publicados con fecha anterior al año 2000; artículos publicados en otros idiomas que no fueran inglés, español.

A modo de resumen se expone en la [tabla 1](#) la evolución de la búsqueda, identificación y selección de trabajos para el presente estudio.

Después de identificar los documentos se procedió a una lectura crítica de los mismos según la Guía para la valoración crítica de la evidencia del Joanna Briggs Institute<sup>17</sup>.

## Resultados

De la búsqueda bibliográfica realizada, se seleccionó un total de 40 documentos, entre los que se encuentran estudios observacionales de cohortes y transversales, estudios descriptivos transversales, revisiones bibliográficas, 2 guías de práctica clínica, una guía on-line NICE y un Plan estratégico sobre protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa. En la [tabla 2](#) se expone un resumen sobre el tipo de estudio y los principales hallazgos de los trabajos analizados.

A partir del análisis realizado, el desarrollo de la temática se presenta en 3 secciones:

### Factores influyentes en el inicio de la lactancia materna

En 1989 la OMS y UNICEF editaron una Declaración conjunta sobre Promoción, Protección y Apoyo a la LM, resumida en los Diez Pasos para una feliz lactancia natural que son la base de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN), con el fin de favorecer en todo los servicios de maternidad las condiciones para el inicio de la LM y conseguir que se respete el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna<sup>1</sup>.

En el estudio observacional descriptivo retrospectivo sobre 804 niños en Castilla y León se afirma que entre los factores favorecedores para el establecimiento de la LM se encuentran la edad, la experiencia previa en lactancia, el nivel de educación, el haber tomado una decisión sólida previa al parto, el apoyo familiar, el parto eutócico ( $p < 0.05$ ), la multiparidad, la educación maternal sobre los beneficios de la LM (OR: 0.72 [IC 95%: 0.13-4.05]), el ambiente favorable hospitalario ( $p < 0,01$ ), la vivencia favorable del embarazo, etc., y como factores desfavorables se encuentra el tabaquismo (OR: 0.30 [IC 95%: 0.12-0.77]), la incorporación de la madre al trabajo (OR: 0.28 [IC 95%: 0.10-0.78]), el parto mediante cesárea (OR: 2.54 [IC 95%: 1.09-5.93]), enfermedad materna o neonatal, la prematuridad, las prácticas hospitalarias erróneas, el ofrecimiento de biberones, etc.<sup>3</sup>. Estos factores fueron identificados también en los estudios realizados por Gamboa et al.<sup>10</sup> (estudio de cohortes, transversal descriptivo en 96 mujeres), así como por Yaque et al.<sup>18</sup> (analítico multivariable y multicéntrico en 1,201 niños) y el estudio longitudinal realizado sobre 4,902 mujeres por el CDC de Estados Unidos<sup>15</sup>.

**Tabla 1** Evolución de búsqueda sistemática

Base de datos	Algoritmos de búsqueda utilizados	Documentos identificados	Trabajos que cumplieron los criterios
Medline/PubMed	9	646	20
Up to date	2	24	2
Cochrane Plus	3	7	2
Cuiden	9	77	9
Scielo	8	48	7
Total	29	802	40

**Tabla 2** Estudios analizados y principales resultados

Título del artículo	Tipo de estudio	Resultado final
<i>The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative</i> <sup>1</sup>	Código internacional sobre LM	La LM debe ser exclusiva durante los 6 primeros meses e iniciar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses. La duración de LM debe ser de al menos 2 años
<i>Infant and young child nutrition</i> <sup>2</sup>	Código internacional sobre LM	La LM debe ser exclusiva durante los 6 primeros meses e iniciar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses. La duración de LM debe ser de al menos 2 años
Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León <sup>3</sup>	Estudio observacional descriptivo retrospectivos sobre 804 sujetos. Selección aleatoria	Los índices de LM exclusiva, y sobre todo su mantenimiento hasta los 6 meses de vida, continúan alejados de los estándares propuestos a nivel mundial
Intervenciones para promover el inicio de la lactancia <sup>4</sup>	Revisión de la literatura	La LM durante la primera hora de vida es un excelente indicador de LM
Lactancia materna en España hoy <sup>5</sup>	Revisión de la literatura, estudios observacionales descriptivos. Incidencia LM en España (1982-1996). Incluyó 34 trabajos con una muestra total de 13,852 sujetos	Las tasas de LM se mantienen estables (entre el 60 al 70%) en los años de estudio, disminuyendo la LM al tercer y sexto mes de vida del niño
Lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica <sup>6</sup>	Guía de práctica clínica (revisión de la literatura)	La tasa de LM actual en España está por debajo de lo recomendado por la OMS. Se establecen los factores que influyen en el establecimiento y abandono de la LM. Se dan recomendaciones a los profesionales para favorecer la LM
<i>Nutrition data banks, global data bank on breastfeeding</i> <sup>7</sup>	Revisión de la literatura	La LM tiene efectos beneficiosos para el recién nacido y la madre tanto a corto como a largo plazo
El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal <sup>8</sup>	Estudio observacional multicéntrico sobre un total de 520 mujeres. El grupo de expuestos fue formado por 327 y el de no expuestos por 193	La educación maternal es un factor protector ante el inicio y mantenimiento de la LM
Conocimientos, saberes y prácticas sobre lactancia materna <sup>9</sup>	Estudio observacional descriptivo sobre 245 mujeres	Se proponen intervenciones para proteger, promover y apoyar la LM
Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable <sup>10</sup>	Estudio de cohortes transversal descriptivo sobre 96 mujeres con muestreo por conveniencia	Se describen los factores favorecedores y los factores que dificultan la LM
Efectividad de intervenciones educacionales postnatales en la duración de la lactancia materna <sup>11</sup>	Revisión de la literatura	La educación maternal prenatal es efectiva para mejorar la lactancia de la LM
La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna <sup>12</sup>	Revisión bibliográfica analizando 54 estudios	La elección del tipo de lactancia tiene lugar en el embarazo y es difícil modificar la opinión de aquellas mujeres que han elegido la lactancia artificial
<i>Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy</i> <sup>13</sup>	Estudio con métodos mixtos Diseño cuantitativo 292 mujeres Diseño cualitativo 9 mujeres	La promoción de la LM debe realizarse cuando las mujeres toman la decisión de qué tipo de alimentación darán
<i>Artificial milk-feeding women's views of their feeding choice in Ireland</i> <sup>14</sup>	Estudio cualitativo sobre 14 mujeres	La educación maternal prenatal ofrecida por matronas mejora la elección de LM en mujeres de bajo riesgo
<i>Associations between perceived value of exclusive breastfeeding among pregnant women in the US</i> <sup>15</sup>	Estudio longitudinal descriptivo sobre 4,902 mujeres	La educación maternal prenatal así como un entorno favorecedor en la etapa postnatal puede promover la LM

Tabla 2 (continuación)

Título del artículo	Tipo de estudio	Resultado final
Educación prenatal en lactancia materna para aumentar su duración <sup>16</sup>	Revisión sistemática de 14 ensayos clínicos sobre un total de 7,131 mujeres	La educación materna en LM por pares incrementa significativamente el inicio de LM
Factores relacionados con el inicio de la lactancia materna en nuestro medio: diferencias entre 4 zonas básicas de salud <sup>18</sup>	Estudio observacional descriptivo sobre 1,201 sujetos	Acudir a clases de educación prenatal es un factor favorecedor del inicio y mantenimiento de la LM
Factores relacionados con el abandono precoz de la lactancia materna <sup>19</sup>	Estudio de casos y controles sobre 160 mujeres	La duración de la LM mostró una asociación positiva con la intención prenatal de la madre de lactar, con su confianza en la LM y con el apoyo familiar
Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna <sup>20</sup>	Revisión bibliográfica de 12 trabajos	Las intervenciones de promoción y apoyo de la LM aumentan las tasas de iniciación, duración y exclusividad de esta
Creíamos en lactancia materna. Una aproximación de la experiencia en 3 generaciones <sup>21</sup>	Estudio cualitativo sobre 12 mujeres	La existencia de un entorno sociosanitario adecuado que apoye a la mujer que opta por la lactancia como método de alimentación del recién nacido resulta fundamental para el inicio y mantenimiento de la LM
Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna <sup>22</sup>	Estudio prospectivo sobre 545 mujeres	La atención prenatal recibida, factores socioeconómicos y culturales, la edad, así como las prácticas hospitalarias, tienen una gran influencia en la continuidad de la LM
Promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en Europa: plan estratégico <sup>23</sup>	Plan estratégico UE	Intervenciones en periodos pre y posnatal, incluyendo los días cruciales tras el nacimiento, parecen más eficaces que si se centran en un solo periodo
Intervención educativa sobre lactancia materna <sup>24</sup>	Estudio de casos y controles sobre 51 mujeres	La educación en LM debe iniciarse en el periodo escolar
<i>Breastfeeding: Parental education and support</i> <sup>25</sup>	Revisión sistemática de la literatura	Educación maternal en LM basada en evidencia científica mejora las tasas de LM
Efectividad de una intervención educativa y asistencial en la prevalencia de la lactancia materna en el Área Sanitaria del Hospital de Valme <sup>26</sup>	Estudio experimental, con asignación aleatoria, paralelo y controlado sobre un total de 120 mujeres	La educación prenatal en LM y el apoyo posnatal logran una mayor prevalencia y duración de LM
<i>Effects of a prenatal intervention on breastfeeding initiation rates in a Latina immigrant sample</i> <sup>27</sup>	Estudio de intervención con asignación aleatoria sobre 137 mujeres	La educación prenatal en LM mejora las tasas de exclusividad en LM
Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida <sup>28</sup>	Estudio observacional descriptivo sobre 270 mujeres	El éxito de la LM depende de la experiencia previa positiva en LM. La provisión de información adecuada es un factor protector, debe facilitarse especialmente a las mujeres de menor nivel educativo y difícil acceso a la información
<i>Antenatal counseling on breastfeeding—is it adequate? A descriptive study from Pondicherry, India</i> <sup>29</sup>	Estudio descriptivo sobre 252 mujeres	La educación prenatal en LM mejora la tasa de inicio y mantenimiento de LM
<i>Interventions for promoting the initiation of breastfeeding</i> <sup>30</sup>	Revisión sistemática de la literatura de 83 trabajos realizados sobre 2,135 mujeres	La educación prenatal en LM mejora las tasas de inicio y mantenimiento de LM

**Tabla 2** (continuación)

Título del artículo	Tipo de estudio	Resultado final
<i>Group versus individual professional antenatal breastfeeding education for extending breastfeeding duration and exclusivity: A systematic review</i> <sup>31</sup>	Revisión sistemática de la literatura de 19 estudios	La educación prenatal en LM mejora las tasas de inicio y mantenimiento de la LM, no hubo diferencias significativas sobre si esta educación se realiza de forma individual o grupal
<i>Antenatal care for uncomplicated pregnancies</i> <sup>32</sup>	Guía de práctica clínica	La educación en LM debe ser impartida en el periodo prenatal y posnatal
<i>Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London</i> <sup>33</sup>	Estudio cualitativo sobre 21 mujeres	La decisión de iniciar LM es motivada fundamentalmente por experiencia previa en LM
Prevalencia de lactancia materna en atención primaria <sup>34</sup>	Estudio descriptivo transversal sobre 187 mujeres	El contacto con madres con una experiencia positiva previa en LM mejora las tasas de inicio y mantenimiento de LM
Las intervenciones dirigidas a promocionar y mantener la lactancia materna son efectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario <sup>35</sup>	Revisión sistemática de la literatura analizando 38 estudios	Las intervenciones de promoción de LM son más efectivas que los cuidados estándar para incrementar la LM a corto y largo plazo
<i>Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force</i> <sup>36</sup>	Revisión sistemática de la literatura analizando 36 estudios	Las intervenciones de promoción de LM son más efectivas que los cuidados estándar para incrementar la LM
Educación sobre lactancia materna para prolongar la duración de esta <sup>37</sup>	Guía de práctica clínica	La educación en LM debe ser impartida en el periodo prenatal y posnatal
Guía de lactancia materna para profesionales de la salud <sup>38</sup>	Guía de práctica clínica de AEP	La discusión en clases prenatales en grupos pequeños, informales, lideradas por profesionales de la salud, que enfatizan beneficios de la LM y den consejos prácticos pueden aumentar las tasas de inicio de LM.
<i>Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions</i> <sup>39</sup>	Revisión de la literatura	El método prenatal más efectivo a la hora de lograr un inicio y mantenimiento de la LM es la combinación de la educación de forma directa, la entrega de guías de consulta y el apoyo en LM
<i>The impact of a prenatal education video on rates of breastfeeding initiation and exclusivity during the newborn hospital stay in a low-income population</i> <sup>40</sup>	Estudio clínico aleatorizado sobre 522 mujeres	La visualización de un vídeo únicamente no es suficiente a la hora de influir en el inicio de la LM
Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio <sup>41</sup>	Guía de práctica clínica	La educación en LM debe ser impartida en el periodo prenatal y posnatal

El comité de LM de la Asociación Española de Pediatría (AEP) establece como factores que influyen negativamente en la instauración y el mantenimiento de la lactancia: la falta de información y apoyo prenatal y posnatal a la madre y su familia; las prácticas y rutinas inadecuadas en las maternidades, en atención primaria y en otros ámbitos de la atención sanitaria; la escasa formación de los profesionales y autoridades sobre LM; el escaso apoyo social y familiar a la madre que amamanta; la utilización inapropiada de la publicidad de sucedáneos de leche materna en instituciones sanitarias y fuera de las mismas; la visión social de la alimentación con biberón como norma en medios de comunicación, en publicaciones para padres y en libros infantiles;

la distribución de muestras de leche artificial, tetinas o chupetes en centros de salud, maternidades, farmacias y comercios; la escasez de medidas de apoyo a la madre lactante con trabajo remunerado en la legislación vigente en los lugares de trabajo; algunos mitos sociales y el temor a la pérdida de libertad de la mujer que amamanta<sup>6</sup>. Estos resultados son similares a los encontrados por Cabezeulo et al.<sup>19</sup> en su estudio retrospectivo de casos y controles realizado a 160 mujeres.

La revisión sistemática realizada por Jiménez Sesma et al.<sup>12</sup>, tras analizar 57 estudios, evidencia que existe una discontinuidad de promoción y apoyo de la LM tanto en atención primaria como en especializada. En atención primaria

se llevan a cabo clases dedicadas exclusivamente a la LM dentro de la educación maternal; por lo tanto, es un factor positivo probado en diferentes estudios para la lactancia, el apoyo y el seguimiento en la visita puerperal y en el programa de niño sano. Sin embargo, en atención especializada no existen actividades protocolizadas de apoyo a la lactancia, y los diferentes intentos de formación del personal de salas de hospitalización de púerperas y las iniciativas del Hospital Amigos de los Niños no han obtenido los resultados deseados. Igualmente, concluyen que la duración de la hospitalización ejerce un efecto negativo inversamente proporcional al éxito de la LM: a mayor duración, menor índice de la lactancia.

### Atención prenatal realizada por la matrona

En la revisión sistemática realizada por Araya y Brenes<sup>20</sup>, tras analizar 12 trabajos mediante la aplicación de las plantillas CASPe para los estudios y AGREE para las guías de práctica clínica concluyen que, a pesar de que a las mujeres se les haya dado seguimiento durante el embarazo por más de un profesional, se destaca que el hecho de haber sido atendida por la matrona constituye un predictor positivo para alimentar al niño de forma natural. Se debe considerar la posibilidad de que en las consultas de las matronas de atención primaria se esté desarrollando una educación sanitaria individualizada, la cual permite resolver dudas respecto a la lactancia, algo que resulta difícil que se produzca en otros entornos<sup>19</sup>. Llorens et al.<sup>21</sup>, en su estudio cualitativo, observaron que existe un aumento en la probabilidad de amamantamiento en los niños cuyas madres fueron aconsejadas por una matrona durante el embarazo. Araya y Brenes<sup>20</sup>, igualmente, establecen que el buen logro de la LM adecuada dependen de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y del sistema de atención de salud. Asimismo es necesario reafirmar la importancia de que todas las instituciones públicas y privadas del país, que prestan servicios de salud para madres y niños/as, efectúen la totalidad de los 10 pasos hacia una lactancia exitosa. Del mismo modo, estos autores evidencian la necesidad de que el equipo de salud proporcione educación sobre LM, no solo a las futuras madres sino también a otros miembros de la familia; de esta forma se garantiza el éxito de la lactancia para futuros hijos. La influencia positiva de la educación prenatal podría utilizarse para mejorar las condiciones de LM, pues es un recurso simple y de bajo costo.

En su estudio, Llorens et al.<sup>21</sup> concluyen que los programas de salud son la clave para fomentar la LM durante el embarazo y en los primeros meses tras el parto. Es fundamental la existencia de un entorno sociosanitario adecuado que apoye a la mujer que opta por la lactancia como método de alimentación del recién nacido. Gamboa et al.<sup>10</sup> evidencian que el apoyo del personal sanitario es un factor influyente a la hora del inicio y mantenimiento de la LM, el cual es valorado por las mujeres a un nivel igual al del apoyo familiar. El establecimiento de la LM al alta hospitalaria tras el parto está relacionado con la información recibida en la atención prenatal, ya que la educación ofrecida influye en la motivación de la madre hacia la LM<sup>10</sup>. Una conclusión similar se obtiene ( $p < 0.05$ ) en el estudio descriptivo prospectivo

realizado en Gran Canaria sobre 545 mujeres, en el cual se encontró que este apoyo influye igualmente en la continuidad de la LM a los 15 días ( $p < 0.01$ ), 3 meses ( $p < 0.01$ ) y 6 meses ( $p < 0.05$ )<sup>22</sup>. Se debe tener en cuenta que el impacto de las intervenciones de educación de la salud a las madres sobre la iniciación y la duración de la lactancia es significativo solo cuando las prácticas habituales son compatibles con lo que se está enseñando<sup>24</sup>.

### Educación prenatal específica en lactancia materna

En el estudio analítico multicéntrico realizado en Camagüey sobre 51 mujeres se halla una baja tasa de LM en madres adolescentes<sup>24</sup>; en el estudio realizado por Oliver et al.<sup>28</sup> se evidencia que la edad mayor de 25 años es un factor protector para la LM (OR: 1.43 [IC 95%: 0.39-4.95]). Schanler, en su revisión sistemática para Up To Date, detalla igualmente la edad menor de 25 años, de forma especial aquellas menores de 20 años, como un factor de riesgo para no iniciar la LM<sup>25</sup>. Estévez et al.<sup>22</sup> evidencian en su estudio que en el grupo que abandonaron la LM de forma precoz se incluían las mujeres de menor edad estudiadas. Por ello, concluyen que la enseñanza de la LM debe priorizarse hacia las embarazadas más jóvenes; se recomienda comenzar desde edades preescolares mediante los juegos de roles que, además de estimular la creatividad y el aprendizaje, ayudan a un ajuste social<sup>22,24</sup>.

Martínez y Delgado<sup>8</sup> concluyeron que en los motivos por los cuales se abandona la LM no hay diferencia significativa entre las mujeres que recibieron educación prenatal comparadas con las que no la recibieron; se señalan entre ellos «el no tener leche» (OR: 0.64 [IC 95%: 0.37-1.10]), seguido de «el niño se quedaba con hambre» (OR: 0.89 [IC 95%: 0.52-1.55]). Según el estudio cualitativo realizado por Carrol et al.<sup>14</sup>, los factores que influyen a la hora de elegir lactancia artificial son actitudes personales sobre los métodos de lactancia, como la creencia sobre que la lactancia artificial es más cómoda, la presencia de una cultura de lactancia artificial, la no normalización en la sociedad del amamantamiento, así como influencias externas como la presión familiar (incluida la pareja) y de amistades.

El estudio de intervención realizado por Arnedillo et al.<sup>26</sup> sobre 240 mujeres en el que se estudiaba la efectividad de un programa educativo sobre la evolución de la LM evidenció que la educación materna influye significativamente ( $p < 0.01$ ) en la tasa de LM exclusiva a las 24 h del nacimiento. Estos datos son similares a los hallados por Sandy et al.<sup>27</sup> en su ensayo clínico aleatorizado sobre 231 mujeres, al obtener que la LM exclusiva tenía una relación positiva con la exposición a clases prenatales sobre LM (OR: 1.92 [IC 95%: 1.05-3.52]). De igual forma, a esta conclusión llegaron Oliver et al.<sup>28</sup> en su estudio sobre 248 mujeres al analizar de forma prospectiva los factores asociados al abandono de la LM. El estudio multicéntrico observacional realizado sobre 570 mujeres en la provincia de Jaén por Martínez Galiano et al.<sup>8</sup> concluyó que la educación materna influye en el inicio de la LM (OR ajustada: 1.78 [IC 95%: 1.14-2.78]), así como en el mantenimiento de esta más allá de los 2 meses de vida (OR ajustada: 1.73 [IC 95%: 1.15-2.61]). En el estudio analítico multivariable y multicéntrico sobre los factores relacionados con el inicio de la LM en España, tras analizar a 1,201



sujetos se evidencia que la asistencia a las clases de educación materna influyen en el inicio de la LM al obtener una  $p < 0.01$ <sup>18</sup>. En el estudio realizado sobre población rural en India se observa que el hecho de haber recibido educación prenatal en LM mejora el inicio de esta ( $p < 0.001$ ), así como la LM exclusiva a los 6 meses ( $p < 0.001$ )<sup>29</sup>. A una conclusión similar se llegó en el estudio de Gamboa et al.<sup>10</sup>, ya que consideraron que uno de los factores que contribuye al éxito de la LM es la información que la madre recibe sobre sus beneficios y técnicas. En la revisión sistemática Cochrane realizada por Dyson et al.<sup>30</sup> sobre los factores para favorecer el inicio de la LM se observó que tras analizar 8 ensayos aleatorios con un total de 1,553 mujeres se obtuvo una relación estadísticamente significativa (riesgo relativo [RR]: 1.57; IC 95%: 1.15-2.15;  $p = 0.005$ ) entre la educación materna y el inicio de LM. En su revisión sistemática, Jiménez Sesma et al.<sup>12</sup> deducen que el haber asistido a clases de educación prenatal es un factor favorecedor de la elección de la LM, junto con la experiencia previa positiva en LM y nivel de estudios mayor. Del mismo modo, Schanler muestra en su revisión sistemática que las medidas educacionales son favorecedoras a la hora de lograr un inicio y mantenimiento de la LM<sup>25</sup>. Wong et al.<sup>31</sup>, en su revisión sistemática realizada mediante la guía PRISMA sobre 19 estudios, observan que la educación prenatal en LM es especialmente útil cuando esta se realiza en mujeres con bajo nivel educativo mediante consultas individuales. No encontraron diferencias entre la atención individual y la atención grupal, pero señalan que es necesario realizar más estudios bien diseñados para poder conocer este hecho.

La guía de práctica clínica NICE sobre cuidados prenatales recomienda la realización de educación para la salud sobre LM antes de la semana 10, así como incluir el tema en las clases de educación prenatal antes de la semana 36. Recomiendan la participación de las mujeres gestantes en grupos donde se practique la LM<sup>32</sup>. El CDC americano recomienda la educación prenatal en LM, ya que esta es la intervención más efectiva a la hora de incrementar el inicio y mantenimiento, al menos a corto plazo, de la LM, especialmente cuando esta se realiza dentro de un programa con multicomponentes, por ejemplo, el apoyo familiar, en el hospital y en el trabajo<sup>15</sup>. En sus revisiones sistemáticas, Jiménez Sesma et al.<sup>12</sup> y Schanler<sup>25</sup> enfatizan que el apoyo y la información por parte del personal sanitario en etapas tempranas del embarazo es muy importante para influir en la decisión y en la motivación hacia la LM. En el estudio cualitativo realizado en Londres en 21 mujeres se evidencia que el hecho de ver y conocer a gente que ha tenido una LM satisfactoria es un factor influyente tanto para el inicio como para el mantenimiento de la LM<sup>33</sup>. En este estudio se recomienda, al igual que en la guía NICE y en la revisión para Up To Date de Schanler, el contacto con madres con experiencia positiva en LM de forma antenatal para mejorar la motivación, de manera primordial, en aquellas mujeres que no tienen contacto con mujeres que practican LM<sup>25,32,33</sup>. Esto es valorado como muy positivo e importante a la hora de lactar por parte de las mujeres, según lo observado en el estudio descriptivo transversal realizado sobre 162 mujeres por Peñuelas et al.<sup>34</sup>. Tanto en la revisión sistemática sobre 38 estudios clínicos aleatorizados realizada por García Vera y Esparza Olcina<sup>35</sup> como en el metaanálisis realizado por Chung et al.<sup>36</sup> se concluye que el apoyo no sanitario es eficaz especialmente en

el inicio e incremento de la tasa de LM a corto plazo (1-3 meses). La revisión Cochrane sobre la educación prenatal en LM para aumentar su duración, tras analizar 17 trabajos sobre 7,131 mujeres, evidencia que el asesoramiento por pares aumenta de manera significativa el inicio de la LM<sup>16</sup>.

En el estudio realizado en Irlanda con 300 mujeres se señala que la discusión en clases prenatales informales y con pocos participantes, liderada por profesionales de la salud que enfatizan en los beneficios de la lactancia y den consejos prácticos, pueden aumentar las tasas de inicio de LM; a esta misma conclusión se llegó tras realizar una revisión sistemática por Araya y Brenes<sup>20</sup>, así como por Schanler<sup>14,25</sup>. En el metaanálisis realizado por Chung et al.<sup>36</sup> se evidencia que una intervención basada en sesiones educativas estructuradas para madres y otros miembros de la familia, así como la entrevista motivacional, mejoran la tasa de inicio y mantenimiento de la LM tanto a corto plazo (1 a 3 meses) como a largo plazo (6-8 meses), al obtener unos ratios de 1.28 [IC 95%: 1.11-1.48] y 1.44 [IC 95%: 1.13-1.84], respectivamente. En el metaanálisis realizado por la OMS sobre las intervenciones para promover el inicio de la LM se observó una relación estadísticamente significativa (RR: 2.40 [IC 95%: 1.57-3.66]) entre una información informal y repetida y el inicio de la LM<sup>4</sup>. La OMS, en su documento para la Educación sobre LM para prolongar la duración de esta, recomienda, con categoría A, que el apoyo positivo y con conocimientos apropiados de la lactancia, por parte del personal sanitario, aumenta la prevalencia, la duración y la exclusividad de la lactancia<sup>14,22,23,25,37</sup>. La AEP, en su guía de práctica clínica sobre el manejo de LM desde el embarazo hasta el segundo año, tras analizar la evidencia científica en la cual se incluyen estudios de casos y controles bien diseñados (nivel II-b) se resalta que la discusión en clases prenatales en grupo pequeños, informales, lideradas por profesionales de la salud, que enfatizan los beneficios de la lactancia y den consejos prácticos pueden aumentar las tasas de inicio de LM. Por ello, se recomienda con un grado B proporcionar a los padres información completa y actual de los beneficios y técnicas de alimentación al pecho en clases prenatales, bien sea de forma individual o grupal<sup>38</sup>. En la revisión sistemática realizada por Oliveira et al.<sup>39</sup> sobre las intervenciones para lograr una LM duradera prevalece que el método prenatal más efectivo a la hora de lograr el inicio y el mantenimiento de la LM es la combinación de la educación de forma directa, la entrega de guías de consulta y el apoyo en LM.

En el estudio multicéntrico realizado por Yaque et al.<sup>18</sup> se establece que se debe informar en la educación prenatal sobre las ventajas de la LM, y al mismo tiempo deshacer mitos y ayudar a establecer expectativas realistas sobre la misma. Es importante incluir información sobre la técnica de la lactancia y prácticas para la prevención de futuros problemas, de tal forma que se favorezca la decisión informada sobre la elección de la alimentación infantil. En la guía de práctica clínica publicada por la AEP se recomienda, tras analizar estudios con una calidad metodológica II-b, tratar otros temas importantes, como la anatomía y fisiología de la mama, los cuidados de la mama (desarraigar el tratamiento prenatal de los pezones invertidos), así como dotar de herramientas para superar la presión social hacia el no amamantamiento, fuerza B de recomendación<sup>38</sup>.

Kellams et al.<sup>40</sup>, en su estudio clínico aleatorizado sobre 522 mujeres en el cual se analizó la influencia de la

visualización, en exclusiva, de un vídeo con información relativa a la LM a la hora de iniciar la LM, evidenciaron que no había diferencias significativas entre las mujeres que habían visualizado el vídeo con el grupo y quienes no lo habían hecho (OR ajustada: 1.05 [IC 95%: 0.70-1.56]). Concluyen que únicamente la visualización de un vídeo no era suficiente a la hora de influir en el inicio de la LM.

Según los estudios analizados por la AEP para la elaboración de las recomendaciones para promover y apoyar la LM realizadas por su comité de lactancia, el papel del padre es fundamental en el apoyo de la LM; por ello, en este documento recomiendan involucrarlo siempre que sea posible, especialmente en las sesiones de educación prenatal

sobre LM, debiéndose la matrona asegurar de que posee la información necesaria, conoce las técnicas de la LM y las prácticas que hay que evitar en la prevención de aparición de posibles problemas<sup>6</sup>. Acorde a esto, Gamboa et al.<sup>10</sup>, en su estudio de cohortes, indican que el papel del padre a la hora de ofertar apoyo a la mujer para el inicio y mantenimiento de la LM es fundamental. El comité de la AEP sobre lactancia, la OMS, la Comisión Europea en su Plan estratégico para protección, promoción y apoyo de la LM en Europa, como medida para favorecer el inicio y mantenimiento de la LM, recomiendan distribuir entre los padres una guía anticipatoria de los problemas más frecuentes, puesto que puede mejorar los porcentajes de continuación de la

**Tabla 3** Métodos y estrategias para la impartición de educación prenatal para mejorar la tasa de lactancia materna (LM)

Estrategia	Recomendación
Se debe proporcionar a los padres información completa y actual de los beneficios y técnicas de alimentación al pecho <sup>32,38</sup> . Esta información debe tratar sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios de la LM para la madre y para el niño</li> <li>• Anatomía y fisiología de la mama</li> <li>• Cuidados de la mama</li> <li>• Técnicas adecuadas para la alimentación al pecho</li> <li>• Prevención de los problemas de alimentación al pecho</li> <li>• Técnicas para superar la presión social hacia el no amamantamiento</li> <li>• Pautas adecuadas para la protección de la lactancia en la maternidad</li> </ul>	A
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, a través de la entrevista motivacional. Impartidas por personal bien formado en LM <sup>32</sup>	A
Se debe proporcionar información mediante clases prenatales, así como mediante información escrita (folletos) <sup>25</sup> . La entrega exclusiva de información escrita no es efectiva <sup>25</sup>	B
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 <sup>38</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultores de lactancia</li> <li>• Grupos de apoyo</li> </ul>	B
Se aconseja organizar talleres con madres de grupos de apoyo de mujeres lactantes, para madres gestantes <sup>32,38</sup>	A
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 <sup>38</sup>	B
Se debe incluir a los miembros de la familia u otros allegados en las sesiones de educación en LM <sup>38</sup>	B
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 <sup>38</sup>	C
Se deben incluir en la educación prenatal a todos los grupos étnicos, prestando especial atención a las mujeres con nivel sociocultural bajo <sup>32</sup>	A
Se aconseja implantar métodos de evaluación y seguimiento de la LM en las mujeres atendidas en la consulta <sup>38</sup>	B
Se debe incluir en la primera visita (idealmente antes de las 10 semanas de gestación) información acerca de los beneficios de la LM, bien de forma individual o de forma grupal <sup>32</sup>	A
La atención prenatal debe ser realizada por la matrona, incluida la educación prenatal <sup>25,32,38</sup> .	A

Fuente: elaboración propia basada en Schanler et al.<sup>25</sup>, NICE<sup>32</sup> y Hernández-Aguilar<sup>38</sup>.

lactancia<sup>7,23,36,38</sup>. Estas mismas recomendaciones son aportadas por Up To Date tras la revisión sistemática sobre la LM y la educación prenatal<sup>25</sup>. La guía de práctica clínica de atención al embarazo y puerperio publicada por el Ministerio de Sanidad de España exhorta ofrecer a todas las mujeres embarazadas información y apoyo para la instauración de la LM (grado de evidencia A)<sup>41</sup>.

El nivel sociocultural bajo es un factor influyente a la hora de iniciar y mantener la LM; está asociado con menores tasas de LM, como se evidencia en el estudio sobre los factores asociados al abandono de la LM. En este estudio, Oliver et al.<sup>28</sup> concluyen que una intervención formativa específica en LM debe estar especialmente accesible para mujeres con menor nivel de estudios o con un acceso más difícil a la información necesaria. Según la revisión sistemática realizada por Dyson et al.<sup>30</sup>, es preciso realizar una intervención específica en este colectivo, puesto que consigue mejorar dicha tasa. La forma de realizar esta intervención, que se ha mostrado como más eficaz, es la atención individual basada en necesidades de la mujer, así como sesiones informales realizadas tanto en el periodo prenatal como en el perinatal. A esta conclusión llega de igual forma Schanler en su revisión sistemática<sup>25</sup>.

A modo resumen, en la [tabla 3](#) se exponen métodos y estrategias recomendadas por los trabajos revisados 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.

## Conclusiones

La LM aporta grandes beneficios no solo a los niños alimentados por ella, sino también a las madres, y especialmente a la sociedad. Por ello, es una necesidad que se obtengan tasas elevadas de LM en nuestro medio, siendo un problema de salud pública las tasas bajas de LM que actualmente se encuentran en España. Para lograr esto es necesario realizar cambios en la sociedad, gracias a los cuales no se establezcan dudas en relación al tipo de lactancia a elegir.

Se ha visto 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, hemos llegado a la conclusión de que la educación materna se debe realizar por parte de las matronas en la primera visita de control prenatal; 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. Esta es una recomendación de tipo A después de analizar los estudios realizados.

Consideramos 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 —y en especial la matrona— puedan asesorar a la mujer, a la familia y a la sociedad en general sobre LM.

Como limitaciones en este estudio hemos encontrado la falta de información oficial y actualizada acerca de la situación de la tasa de LM en España, así como la falta de métodos de evaluación estandarizados sobre la evaluación de la efectividad de la educación para la salud en LM impartida por el profesional mejor formado en LM y atención a la mujer: la matrona.

Consideramos que es necesario realizar estudios sistemáticos y bien diseñados para conocer la situación actual de la tasa de LM en España al nacimiento, al mes, a los 3 y a los 6 meses del nacimiento, y estudios en los que se analice si la educación prenatal en España influye sobre la tasa de LM y su duración. Lo ideal es que estos estudios sean realizados de forma oficial por organismos públicos e independientes, no debiéndose retrasar con el fin de poder conocer a la mayor brevedad la situación real de la LM en España.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Financiamiento

Ninguno.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias

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. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, et al. *Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León*. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13:33–46.
4. Jana AK. *Intervenciones para promover el inicio de la lactancia: Comentario de la BSR*. Ginebra: Biblioteca de Salud Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, 2009 [consultado 17 Mar 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2ebYawe>

5. Martín Calama J. Lactancia materna en España hoy. *Bol Pediatr.* 1997;37:132–42.
6. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr.* 2005;63:340–56.
7. WHO. Nutrition data banks, global data bank on breastfeeding. Geneva: OMS, sin fecha [consultado 15 Mar 2016]. Disponible en: [www.who.int/nut/db\\_bfd.htm](http://www.who.int/nut/db_bfd.htm)
8. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev Assoc Med Bras.* 2013;59:254–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.12.001>
9. Ochoa Parra G, Carreño Delgado SP. Conocimientos, saberes y prácticas sobre lactancia materna. Estudio de línea de base. Bogotá: DABS; 2003.
10. Gamboa EM, López N, Prada GE, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Rev Chil Nutr.* 2008;35:43–52, <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182008000100006>
11. Gallardo Sánchez R. Efectividad de intervenciones educativas postnatales en la duración de la lactancia materna. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia, Podología).* 2012;4:174–209.
12. Jiménez Sesma ML, Pardo Vicastillo V, Ibáñez Flea E. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. *Med Natur.* 2009;3:77–85.
13. Butler MM, Sheehy L, Kington MM, et al. Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. *Midwifery.* 2015;31:418–25, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.002>
14. Carrol M, Gallagher L, Clarke M, et al. Artificial milk-feeding women's views of their feeding choice in Ireland. *Midwifery.* 2015;31:640–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.002>
15. Nnebe-Agumadu UH, Racine EF, Laditka SB, et al. Associations between perceived value of exclusive breastfeeding among pregnant women in the United States and exclusive breastfeeding to three and six months postpartum: A prospective study. *Int Breastfeed J.* 2016;11, <http://dx.doi.org/10.1186/s13006-016-0065-x>
16. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, et al. Educación prenatal en lactancia materna para aumentar su duración. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 11. Art. No.: CD006425. DOI: 10.1002/14651858.CD006425.
17. The Institute Joanna Briggs. Programa de ayuda para la valoración crítica de la evidencia (Rapid) [Trad García Grande L.]. Australia: The Institute Joanna Briggs; 2007.
18. Yaque M, Castillo E, Praena M, et al. Factores relacionados con el inicio de la lactancia materna en nuestro medio: diferencias entre cuatro zonas básicas de salud. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2000;6:231–9.
19. Cabezuelo Huerta G, Vidal Mico S, Abeledo Gómez A, et al. Factores relacionados con el abandono precoz de la lactancia materna. *Rev Esp Pediatr.* 2006;62:212–8.
20. Araya Z, Brenes G. Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. *Rev Enf.* 2012;23:1–14, <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i23.2967>
21. Llorens Mira B, Ferrer Hernández E, Morales Camacho V, et al. Creíamos en lactancia materna. Una aproximación de la experiencia en 3 generaciones. *Index Enferm.* 2007;16:34–8.
22. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, et al. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Pediatr.* 2002;56:150–4, [http://dx.doi.org/10.1016/S1695-4033\(02\)78944-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1695-4033(02)78944-3)
23. Proyecto de la UE sobre Promoción de la lactancia en Europa. Promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en Europa: plan estratégico. Luxemburgo: Comisión Europea, Dirección de Salud Pública y Control de Riesgos; 2004 [consultado 23 Mar 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2aWdk79>
24. Estrada Rodríguez J, Amargós Ramírez J, Reyes Domínguez B, et al. Intervención educativa sobre lactancia materna. *AMC.* 2010;14:15 [consultado 23 Mar 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1fx9EQq>
25. Schanler RJ, Potak DC. Breastfeeding Parental Education and Support. *UpToDate* 2016 [consultado 2 Abr 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2aA8gTT>
26. Arnedillo-Sánchez S, Romero-Martínez J, Barberá-Rubini N, et al. Efectividad de una intervención educativa y asistencial en la prevalencia de la lactancia materna en el Área Sanitaria del Hospital de Valme. *Matronas Prof.* 2006;7:14–21.
27. Sandy JM, Anisfeld E, Ramirez E. Effects of a prenatal intervention on breastfeeding initiation rates in a Latina immigrant sample. *J Hum Lact.* 2009;25:404–11, <http://dx.doi.org/10.1177/0890334409337308>
28. Oliver Roig A, Richart Martínez M, Cabrero García J, et al. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18:79–87.
29. Dhandapany G, Bethou A, Arunagirinathan A. Antenatal counseling on breastfeeding—is it adequate? A descriptive study from Pondicherry, India. *Int Breastfeed J.* 2008;3, <http://dx.doi.org/10.1186/1746-4358-3-5>
30. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Sys Rev* 2005. DOI:10.1002/14651858.CD001688.pub2.
31. Wong KL, Tarrant M, Lok KY. Group versus individual professional antenatal breastfeeding education for extending breastfeeding duration and exclusivity: A systematic review. *J Hum Lact.* 2015;31:354–66, <http://dx.doi.org/10.1177/0890334415583294>
32. National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Antenatal care for uncomplicated pregnancies (CG62). United Kingdom: NICE 2008 [consultado 23 Mar 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2a2wg1Q>.
33. Hoddinott P, Pill R. Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. *BMJ.* 1999;318:30–4, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7175.30>
34. Peñuelas Carcavilla MC, Enjuto Rodríguez B, Cruz Argudo J, et al. Prevalencia de lactancia materna en atención primaria. *Metas Enferm.* 2008;11:14–7.
35. Garcia Vera CJ, Esparza Olcina MJ. Las intervenciones dirigidas a promocionar y mantener la lactancia materna son efectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario. *Evid Pediat.* 2009;5:13–6.
36. Chung M, Raman G, Trikalinos T, et al. Interventions in primary care to promote breastfeeding: An evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2008;149:565–82.
37. Willumsen J. Educación sobre lactancia materna para prolongar la duración de esta. OMS. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales, 2013 [consultado 20 Mar 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2d4RmQn>
38. Hernández-Aguilar T. (coord). Manejo de Lactancia Materna desde el Embarazo hasta el segundo año [Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia]. Valencia: Asociación Española de Pediatría; 2004 [consultado 20 Mar 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2dGlppl>
39. Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: A systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact.* 2001;17:326–43.
40. Kellams AL, Gurka KK, Hornsby PP. The impact of a prenatal education video on rates of breastfeeding initiation and exclusivity during the newborn hospital stay

- in a low-income population. *J Hum Lact.* 2016;32:152–9, <http://dx.doi.org/10.1177/0890334415599402>
41. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención

en el embarazo y puerperio. Andalucía: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014 [consultado 21 Mar 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2b7QSIJ>