

Facultade de Enfermaría e Podoloxía



## **TRABALLO DE FIN DE GRAO EN ENFERMARÍA**

**Curso académico 2021/2022**

**La eficacia de la educación enfermera sobre lactancia materna**

**Revisión sistemática**

**Natalia Rodríguez Carballo**

**Director(es):** Natalia Sobrido Prieto

Director TFG:

Natalia Sobrido Prieto

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutora Natalia, por brindarme las herramientas y recursos necesarios para llevar a cabo este trabajo.

También quiero agradecer a mis padres por el apoyo incondicional, el cariño y los valores inculcados, pero sobre todo por la paciencia. En especial a mi hermano, por ser un pilar fundamental en mi vida y por confiar en mí más de lo que lo hago yo.

A Gloria y a Yaisa, por apoyarme y darme fuerzas cuando más lo necesitaba.

Finalmente, a mis amigos de la facultad por hacer estos cuatro años más divertidos, sin vosotros no había sido lo mismo.

## INDICE

LISTADO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS .....	4
ÍNDICE DE TABLAS .....	5
ÍNDICE DE FIGURAS.....	6
RESUMEN ESTRUCTURADO .....	7
RESUMO ESTRUCTURADO.....	8
ABSTRACT: .....	9
1.- INTRODUCCIÓN.....	10
1.1.- Recomendaciones para la LME.....	10
1.2.- Beneficios para el bebé.....	10
1.3.- Beneficios para la madre.....	11
1.4.- Carencias educativas sobre LM.....	11
2.- FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO.....	12
3.- OBJETIVOS .....	13
3.1.- Objetivo general.....	13
3.2.- Objetivos específicos.....	13
4.- METODOLOGÍA.....	14
4.1.- Diseño del estudio.....	14
4.2.- Criterios de selección.....	14
4.2.1.- Criterios de inclusión.....	14
4.2.2.- Criterios de exclusión.....	14
4.3.-Búsqueda de documentos .....	15
4.3.1.- Búsqueda de revisiones sistemáticas .....	15
4.3.2.- Búsqueda de artículos .....	15
4.4.- Eliminación duplicados .....	17
4.5.- Procedimiento de revisión.....	17
4.5.1.- Revisión por título.....	17

4.5.2.- Revisión por resumen .....	17
4.5.3.- Revisión por texto completo.....	17
4.6.- Establecimiento de variables .....	17
4.6.1.- Variables principales .....	17
4.6.2.- Variables secundarias.....	17
4.6.3.- Variable metodológica .....	18
5.- RESULTADOS.....	19
5.1.- Selección de estudios (diagrama de flujo). .....	19
5.2.- Síntesis de resultados .....	20
5.2.1- Tipo de estudio, duración y población.....	20
5.2.2.- Variables geográficas. ....	21
5.2.3.- Variables demográficas. ....	22
5.2.4.- Variables de educación. ....	25
5.2.5.- Intervenciones y resultados. ....	27
6.- DISCUSIÓN .....	35
6.1.- Tipo de estudio, duración y población. ....	35
6.2.- Variables geográficas. ....	35
6.3.- Variables demográficas.....	36
6.4.- Variables de educación. ....	37
7.- CONCLUSIONES.....	39
8.- BIBLIOGRAFÍA.....	40

## LISTADO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

D.	Días
G1.	Grupo 1
G2.	Grupo 2
G3.	Grupo 3
GC.	Grupo Control
GI.	Grupo Intervención
h.	Horas
LA.	Lactancia Artificial
LM.	Lactancia materna
LME.	Lactancia Materna Exclusiva
Min.	Minutos
RN.	Recién Nacidos

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Pregunta de investigación en formato PIO. ....	12
Tabla II. Clasificación estudio, duración y población .....	21
Tabla III. Variables geográficas .....	22
Tabla IV. Variables demográficas .....	24
Tabla V. Variables de educación .....	26
Tabla VI. Intervenciones y resultados .....	31

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estrategia de búsqueda.....	19
---------------------------------------	----



## RESUMEN ESTRUCTURADO:

**Objetivo:** determinar la eficacia de la educación que dan las enfermeras sobre lactancia materna.

**Metodología:** se realizó una revisión sistemática sobre el objeto de estudio. Se llevó a cabo una búsqueda de revisiones sistemáticas, artículos originales y ensayos clínicos en las bases de datos Medline, Scopus y WebofScience. Previa a la selección se establecieron criterios de inclusión que debían de cumplir: publicaciones entre 2012 – 2022 y cuyo idioma fuera español, inglés o portugués. Tras la selección se recopilaron 548, de los cuales, tras una lectura por título, resumen y texto completo se incluyeron 8 artículos finales.

**Resultados:** se han establecido diferentes métodos educativos que han sido empleados por los profesionales sanitarios para alcanzar un aumento de la LM. Entre ellos, encontramos la educación virtual mediante sesiones telefónicas, que, aunque sus beneficios son muchos, no se puede determinar una influencia clara en la adherencia de la LM. La evidencia científica muestra unos mejores resultados con la educación presencial, sobre todo aquellas intervenciones que aseguran el seguimiento de la madre y su RN, mediante la observación activa y corrección de errores.

**Conclusiones:** se ha observado que los factores culturales (vuelta al trabajo, presión familiar, vuelta a las actividades diarias, escuchar experiencias negativas sobre la LM) interfieren negativamente en la adherencia en la LM. Así mismo, no se llega a una conclusión definitiva respecto a la eficacia de la educación virtual respecto a la presencial debido a la falta de evidencia científica. Finalmente, no se considera efectiva la educación impartida por las enfermeras puesto que no se consigue una LME exitosa según las recomendaciones de la OMS.

## RESUMO ESTRUCTURADO:

**Obxectivo:** determinar a eficacia da educación para a lactación materna impartida polas enfermeiras.

**Metodoloxía:** realizouse unha revisión sistemática do obxecto de estudo. Realizouse unha busca de revisións sistemáticas, artigos orixinais e ensaios clínicos nas bases de datos Medline, Scopus e WebofScience. Previamente á selección establecéronse os criterios de inclusión que debían cumprir: publicacións entre 2012 - 2022 e cuxa lingua fose castelán, inglés ou portugués. Despois da selección, recolléronse 548, dos cales, tras a lectura por título, resumo e texto completo, incluíronse 8 artigos finais.

**Resultados:** Establecéronse diferentes métodos educativos que foron empregados polos profesionais sanitarios para alcanzar un aumento da LM. Entre eles, atopamos a educación virtual mediante sesións telefónicas, que, aínda que os seus beneficios son moitos, non se pode determinar unha influencia clara na adherencia da LM. A evidencia científica mostra uns mellores resultados coa educación presencial, sobre todo aquelas intervencións que aseguran o seguimento da nai e a súa RN, mediante a observación activa e corrección de erros.

**Conclusions:** observouse que os factores culturais (regreso ao traballo, presión familiar, retorno ás actividades diarias, escoitar experiencias negativas sobre a BF) interfiren negativamente coa adhesión á BF. Así mesmo, non se chega a unha conclusión definitiva sobre a efectividade da educación virtual fronte á educación presencial por falta de evidencia científica. Finalmente, a educación proporcionada polas enfermeiras non se considera eficaz xa que non se consegue un EBF exitoso segundo as recomendacións da OMS.

## ABSTRACT:

**Objective:** determine the effectiveness of breastfeeding education provided by nurses.

**Methods:** A systematic review was carried out on the object of study. A search of systematic reviews, original articles and clinical trials was carried out in the Medline, Scopus and WebofScience databases. Prior to the selection, inclusion criteria were established that had to be met: publications between 2012 - 2022 and whose language was Spanish, English or Portuguese. After selection, 548 were collected, of which, after reading by title, abstract and full text, 8 final articles were included.

**Results:** different educational methods have been established that have been used by health professionals to achieve an increase in BF. Among them, we find virtual education through telephone sessions, which, although its benefits are many, a clear influence on adherence to BF cannot be determined. Scientific evidence shows better results with face-to-face education, especially those interventions that ensure follow-up of the mother and her NB, through active observation and error correction.

**Conclusions:** it has been observed that cultural factors (return to work, family pressure, return to daily activities, hearing negative experiences about BF) negatively interfere with adherence to BF. Likewise, no definitive conclusion is reached regarding the effectiveness of virtual education compared to face-to-face education due to the lack of scientific evidence. Finally, the education provided by nurses is not considered effective since a successful EBF is not achieved according to the WHO recommendations.

## 1.- INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva (LME) es el principal tipo de alimentación recomendado para los recién nacidos (RN), puesto que cubre sus requisitos nutricionales y aporta múltiples beneficios tanto para estos como para la madre. Tanto es así, que su contenido formado por gran parte de proteínas e inmunoglobulinas asegura al lactante una protección inmunológica frente a diferentes enfermedades y una reducción de la mortalidad (1–3).

### 1.1.- Recomendaciones para la LME

Para un inicio adecuado de la Lactancia Materna (LM) este debe de producirse en la primera hora de vida del recién nacido. La madre debe de tener en cuenta que se trata de una alimentación a demanda, es decir, es el propio RN el que determina la frecuencia de las tomas. Se deberá de tener en consideración que las tomas serán frecuentes y de una duración corta.

La Organización Mundial de la Salud, la Asociación Española de Pediatría y la American Academy of Pediatrics recomiendan que la LME debe implementarse al menos los primeros 6 meses de vida del bebé, a partir de este periodo se pueden introducir alimentos de manera complementaria y su mantenimiento debe de ser hasta los 2 años de vida del bebé, siempre que sea posible. Para una adherencia adecuada a la LM se incluye entre las recomendaciones más destacables, evitar el uso de tetinas y chupetes al menos el primer mes de vida, puesto que la succión del bebé puede verse alterada debido a su uso (1–3).

### 1.2.- Beneficios para el bebé

Entre muchos de los beneficios que aporta la LM al RN se exponen a continuación los más destacados (1–3):

- ✓ Se ha demostrado que los niños que han recibido LM muestran un mejor desarrollo respecto a pruebas de inteligencia.
- ✓ Disminuye el riesgo de desnutrición y evita el desarrollo de obesidad o sobrepeso.
- ✓ La LM es una técnica limpia y segura, esta presenta anticuerpos que protegen al bebé de múltiples patologías.
- ✓ Previene enfermedades como: otitis media, diarrea, infección del tracto respiratorio, asma, dermatitis atópica, etc.

### 1.3.- Beneficios para la madre

Al igual que la LM abastece al RN de diversos beneficios, también provee a la madre, entre ellos se definen los más importantes a continuación (1–3):

- ✓ Se crea un vínculo madre – bebé, en el cual se produce una síntesis de hormonas en la madre, como la oxitocina y la prolactina durante el contacto con el RN. Así mismo, se ha demostrado que las probabilidades de que el RN sufra en un futuro alteraciones en la conducta (hiperactividad, depresión, ansiedad, etc.) son menores.
- ✓ Disminuye el riesgo de sufrir cáncer de mama y ovario.
- ✓ Mejora la recuperación postparto y disminuye el sangrado.

### 1.4.- Carencias educativas sobre LM

Iniciarse en el ámbito de la LME puede ser complicado para las madres, sobre todo aquellas que no tienen experiencia. La lactancia requiere una educación exhaustiva no solo en periodo posnatal si no también en periodo prenatal, las madres deben de ser conocedoras de los errores más comunes en la práctica, así como de los beneficios.

Desde el periodo prenatal hasta el postnatal, enfermería supone un apoyo directo e incondicional de la mujer en las diferentes etapas de gestación y cuidado del RN. Es por ello, que la formación de las enfermeras es especialmente importante para que la educación impartida sea correcta y se alcancen los objetivos requeridos.

En este proyecto se plantearán diferentes hipótesis, con el objetivo de investigar y exponer cuál o cuáles son los mejores métodos para impartir educación sanitaria desde la perspectiva de las enfermeras especializadas en el cuidado de la madre y el bebé.

## 2.- FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO

Al iniciar este proyecto nos hemos planteado si las madres reciben la misma educación en las diferentes unidades hospitalarias dedicadas al cuidado y el contacto directo con estas y sus bebés, desde el periodo prenatal hasta el posnatal. Es por eso, por lo que he propuesto la siguiente pregunta de investigación mediante el método PIO, expuesta en la Tabla I; con la finalidad de contrastar información y responderla.

*Tabla I. Pregunta de investigación en formato PIO.*

<b>¿Es eficaz la educación que da enfermería sobre lactancia materna?</b>		
<b>P</b> (POPULATION/ PACIENTE)	<b>I</b> (INTERVENTION/ INTERVENCIÓN)	<b>O</b> (OUTCOMES/ RESULTADOS DE INTERÉS)
Madres primerizas y/o madres con 2 o más hijos.	Educación oral/escrita, individual/grupal y presencial/virtual impartida por enfermeras.	Adherencia a la LME mediante una educación enfermera eficaz.

Fuente: elaboración propia.

### 3.- OBJETIVOS

#### 3.1.- Objetivo general

Determinar la eficacia de la educación que dan las enfermeras sobre LM.

#### 3.2.- Objetivos específicos

- ✓ Diferencia en el tipo de educación oral/escrita, grupal/individual, virtual/presencial.
- ✓ Determinar la diferencia de educación en madres primerizas.
- ✓ Determinar la diferencia de educación dependiendo de la edad de la madre.
- ✓ Determinar si existe una influencia de factores culturales/ideales de las madres que interfiera en la adherencia a la LM.

## 4.- METODOLOGÍA

### 4.1.- Diseño del estudio

En el presente trabajo se desarrolla una revisión sistemática sobre la eficacia de la educación enfermera respecto a la lactancia materna, analizando diferentes métodos de impartirla, como se explicará en los siguientes apartados.

### 4.2.- Criterios de selección

#### 4.2.1.- Criterios de inclusión

Los criterios de selección de artículos que se han establecido son los siguientes:

- Tipos de estudios: revisiones sistemáticas y estudios clínicos.
- Años de publicación: el rango establecido ha sido desde 2012 a 2022 ambos años incluidos.
- Idiomas: los artículos incluidos serán aquellos cuyos idiomas sean inglés, español o portugués.
- Bases de datos: Medline, Scopus y Web of Science.
- Población: madres primerizas y madres con 2 hijos o más.
- Tipo de intervención: educación escrita y oral incluyendo en esta última aquellas intervenciones realizadas de manera virtual y presencial.
- LME: se valorarán aquellos artículos en los cuales la lactancia materna sea la alimentación principal del bebé e incluyendo aquellos casos que requieran suplemento de fórmulas artificiales por órdenes médicas.
- Profesionales sanitarios: se admitirán aquellos artículos en los que las intervenciones sean llevadas a cabo por enfermeras pediátricas, matronas, enfermeras con experiencia en el ámbito de pediatría y/o enfermeras con certificado oficial en consultoría de LM.
- Experiencia de enfermería: se incluirán aquellos trabajos donde las enfermeras tengan más de un año de experiencia.

#### 4.2.2.- Criterios de exclusión

Se excluirán todos aquellos artículos que contengan los siguientes parámetros:

- Bebés con patologías o cualquier alteración que impida llevar a cabo una LM exitosa.
- Madres con patologías y/o alteraciones que impidan la LM.



- Lactancia Artificial (LA): se excluirán aquellos estudios en los que la alimentación principal del bebé sea con fórmula artificial.

### 4.3.-Búsqueda de documentos

#### 4.3.1.- Búsqueda de revisiones sistemáticas

En un primer momento se realiza una búsqueda en la base de datos Medline, para descartar la existencia de cualquier revisión sistemática sobre el tema tratado. Para ello se ha seguido el siguiente esquema, empleando términos MeSH:

```

("Education"[Mesh] OR "Educat*" [title])
      AND
("Breast Feeding"[Mesh] OR "Feed*" [title])
      AND
("Nurses"[Mesh] OR "Nurs*" [title])

```

Los filtros añadidos en esta búsqueda son los siguientes:

- Año de publicación: 2012 – 2022.
- Idioma: inglés, español y portugués.
- Tipo de artículo: revisión sistemática.

Finalmente, no se ha encontrado ningún artículo con las variables anteriormente mencionadas. Es por ello, que se ha continuado con la búsqueda que se explicará en los siguientes apartados.

#### 4.3.2.- Búsqueda de artículos

##### 4.3.2.1.- Búsqueda en Medline (PubMed)

Para realizar la búsqueda a través de la plataforma PubMed se ha seguido el siguiente esquema:

```

("Education"[Mesh] OR "Educat*" [title])
      AND
("Breast Feeding"[Mesh] OR "Feed*" [title])
      AND
("Nurses"[Mesh] OR "Nurs*" [title])

```

Así mismo los parámetros que se han incluido son:

- Año de publicación: 2012 – 2022
- Tipo de estudio: ensayos clínicos y artículos originales.
- Idioma: inglés, español y portugués.

Los resultados obtenidos son 20 artículos.

#### 4.3.2.2.- *Búsqueda en Scopus*

Se hizo una búsqueda bibliográfica siguiendo el siguiente esquema:

```

("Education" OR "Educat*")
AND
("Breast Feeding" OR "Feed*")
AND
("Nurses" OR "Nurs*")

```

Para concluir la búsqueda se han determinado las siguientes variables:

- Año de publicación: 2012 – 2022.
- Tipos de estudio: artículos y ensayos clínicos.
- Área temática: enfermería.
- Idiomas: inglés, español y portugués.

Obteniendo un resultado de 162 artículos.

#### 4.3.2.3.- *Búsqueda en Web Of Science*

El esquema seguido para realizar la búsqueda bibliográfica es el siguiente:

```

("Education" OR "Educat*")
AND
("Breast Feeding" OR "Feed*")
AND
("Nurses" OR "Nurs*")

```

En dicha plataforma se han determinado los mismos parámetros que en Scopus, obteniendo un resultado de 366 artículos.

#### 4.4.- Eliminación duplicados

Tras introducir los artículos en el gestor bibliográfico, se ha procedido a la eliminación de los elementos duplicados. De los 548 artículos iniciales, tras la eliminación el número de artículos se ha reducido a 547.

#### 4.5.- Procedimiento de revisión

##### 4.5.1.- Revisión por título

Para iniciar la estrategia de revisión de artículos se genera un Excel con la bibliografía realizada mediante Zotero. En un primer momento se descartarán artículos tras una primera lectura del título de estos.

Tras este procedimiento se han seleccionado 62 artículos.

##### 4.5.2.- Revisión por resumen

Mediante la lectura por resumen el número de artículos se ha reducido a 37.

##### 4.5.3.- Revisión por texto completo

Finalmente, se lleva a cabo una lectura crítica de los artículos, seleccionando aquellos que cumplan los criterios de selección. Por lo que el número de artículos incluidos en este trabajo es 8. Así mismo, se ha seleccionado de manera manual un estudio incluido en una revisión bibliográfica procedente de la búsqueda inicial por cumplir los criterios de selección establecidos.

#### 4.6.- Establecimiento de variables

Para conseguir una selección más específica de los artículos se establecerán variables relacionadas con el objeto de estudio.

##### 4.6.1.- Variables principales

- **Efectos de la intervención relacionados con la adherencia/abandono de LM:** en esta variable se incluirán los resultados obtenidos tras las intervenciones educativas realizadas y su relación con el aumento o abandono de la LM.

##### 4.6.2.- Variables secundarias

- **País origen.**
- **Procedencia (rural/urbana).**
- **Edad media de las madres.**

- **Madres primíparas/multíparas.**
- **Número de hijos.**
- **Nivel educativo de la madre.**
- **Estado civil.**
- **Trabajo.**
- **Educación prenatal/posnatal.**
- **Educación individual/grupal.**
- **Educación virtual/presencial:** respecto a la educación virtual se incluirán aquellas intervenciones realizadas mediante consultas telefónicas o videoconferencias. Mientras que en la educación presencial se incluirán sesiones realizadas en el hospital, domicilio y/u otros espacios citados que permitan llevar a cabo estas intervenciones.
- **Intervención y tiempo de la intervención.**
- **Factores culturales relacionadas con el abandono de la LM:** dentro de este se incluirán actividades del hogar, cuidado de otros hijos y/o vuelta al trabajo, así como cualquier actividad rutinaria que interfiera en la adherencia a la LM. Así mismo, se introducirán en la variable cualquier componente cultural como presión familiar, creencias o religión, que interfieran en la adherencia de la LM.

#### 4.6.3.- Variable metodológica

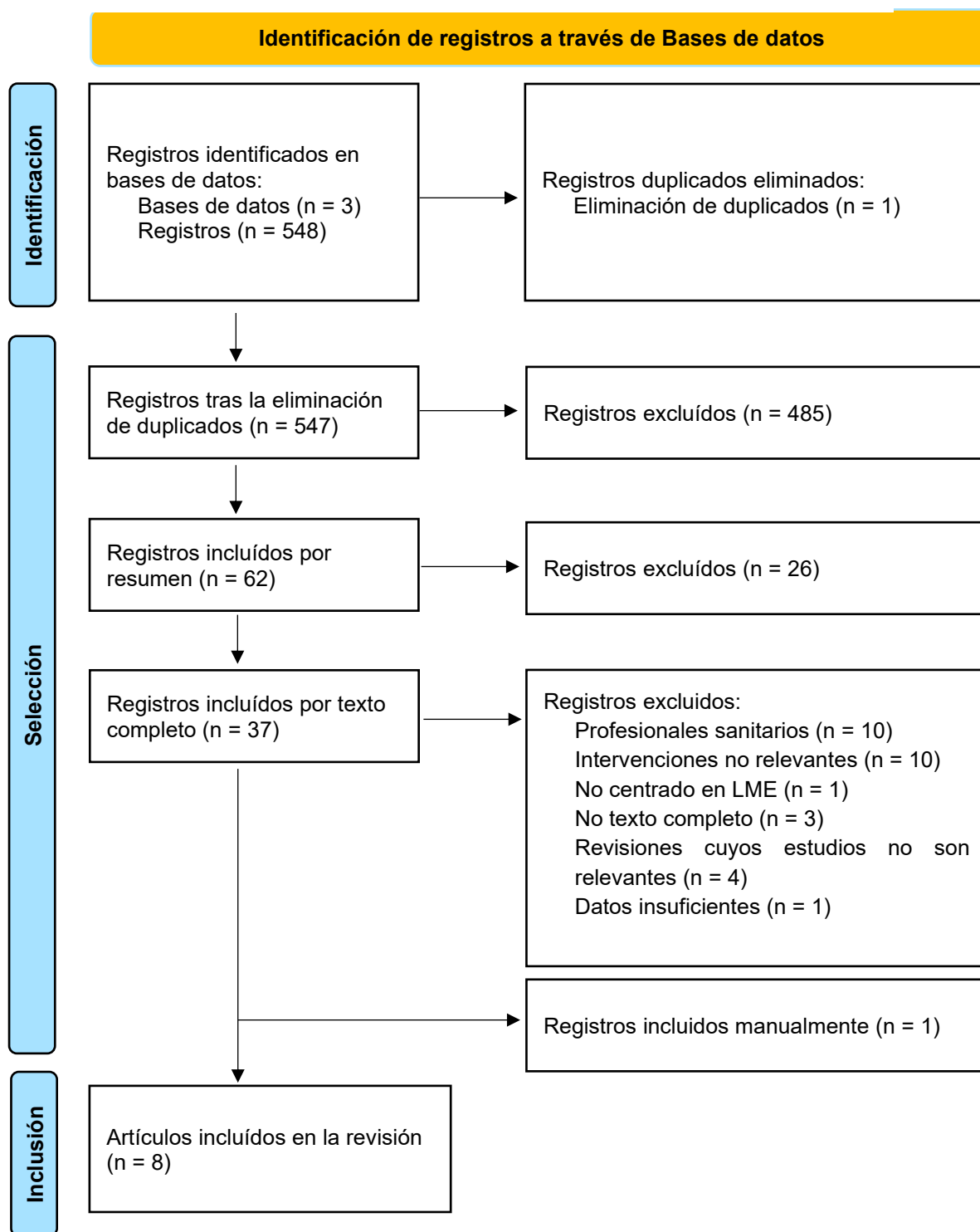
- **Diseño del estudio.**
- **Año (meses):** duración estimada del estudio.
- **Número de pacientes:** se tendrán en cuenta el número de participantes en los estudios seleccionados.

## 5.- RESULTADOS

Tras la selección, lectura y elección de los estudios originales finales se han establecido las variables anteriormente mencionadas.

### 5.1.- Selección de estudios (diagrama de flujo)

Figura 1. Estrategia de búsqueda.



Fuente: realizado a partir de (4).

## 5.2.- Síntesis de resultados

A continuación, se expondrán aquellos datos más relevantes de las variables que han sido previamente definidas.

### 5.2.1- Tipo de estudio, duración y población

Los resultados citados a continuación se encuentran recopilados en la Tabla II.

#### **Diseño de estudio y año:**

La gran mayoría de los artículos seleccionados han llevado a cabo un ensayo clínico aleatorizado (ECA) (5–11), a excepción de uno de ellos que se define como un estudio de intervención (12).

Los estudios se han llevado a cabo dentro de un rango amplio de años, desde el 2000 hasta el 2019. Se define que el estudio más antiguo es el de Ekstrom et al. (12) el cual se inició en el año 2000 y ha terminado en el 2002. Y el estudio más reciente es el de Dodou et al. (7) que fue iniciado en el año 2016 y ha terminado en el año 2019.

#### **Población:**

Los sujetos que componen la población del estudio se han definido como mujeres embarazadas y puérperas. Finalmente, la media de la muestra de los 8 artículos fue de 305.75 mujeres. La muestra recogida en los artículos fue variable, destacando el estudio de Fu et al. (11) con 720 sujetos cuya población utilizada es la más amplia, seguido del estudio de Ekstrom et al. (12) con 480 y el estudio de Tahir y Al-Sadat (6) con 357.

Dos estudios han empleado una muestra cuya variabilidad ha sido mínima que son el estudio de Gu et al. (9) con 285 y el estudio de Dodou et al. (7) con 240 sujetos.

Finalmente, el resto de estudios han utilizado una población que variaba dentro de un rango entre 100 y 132, ordenados de mayor a menor población utilizada el resultado sería: el estudio de Lopes et al. (8) con 132, el de Karp et al. (5) con 130 y por último el estudio de Molinero et al. (10) con 100 sujetos.

*Tabla II. Tipo de estudio, duración y población.*

Referencia	Diseño estudio	Año (Meses)	N.º pacientes
Ekstrom et al. (12)	Estudio Intervención	Abril 2000 – abril 2002	480 mujeres
Karp et al. (5)	Ensayo clínico aleatorizado (ECA)	Abril 2007 – enero 2010	130 mujeres
Tahir y Al-Sadat (6)	Ensayo clínico aleatorizado (ECA)	Abril 2010 – febrero 2011	357 mujeres
Gu et al. (9)	Ensayo clínico aleatorizado (ECA)	Octubre 2013 – junio 2014	285 mujeres
Molinero et al. (10)	Ensayo clínico aleatorizado (ECA)	Noviembre 2013 – agosto 2014	100 mujeres
Lopes et al. (8)	Ensayo clínico aleatorizado (ECA)	Mayo 2015 – noviembre 2015	132 mujeres
Dodou et al. (7)	Ensayo clínico aleatorizado (ECA)	Octubre 2016 – julio 2019	240 mujeres
Fu et al. (11)	Ensayo clínico aleatorizado (ECA)	Noviembre 2010 – mayo 2012	722 mujeres

Fuente: elaboración propia.

### 5.2.2.- Variables geográficas

#### **País de origen y procedencia (ámbito rural/urbano):**

Se ha encontrado disparidad entre los estudios respecto al país de origen de las mujeres: Suecia (12), Estados Unidos (5), Malasia (6), China (9,11) y España (10). Mientras que en dos estudios no se especifica el país de origen.

Respecto a la variable “Procedencia” se ha querido diferenciar aquellos sujetos que habitaban en un ámbito rural o urbano como se expone en la Tabla III. Únicamente en dos de los estudios seleccionados se ha podido definir dicha variable, el estudio de Ekstrom et al. (12) ha recopilado sujetos de ambos lugares, tanto de la zona rural como de la zona

urbana. Por otro lado, encontramos que en el estudio de Gu et al. (9) la mayor parte de la población seleccionada procedía del ámbito urbano.

*Tabla III. Variables geográficas.*

Referencia	País origen	Procedencia (rural/urbano)
Ekstrom et al. (12)	Suecia	Ambos
Karp et al. (5)	Estados Unidos	No consta
Tahir y Al-Sadat (6)	Malasia	No consta
Gu et al. (9)	China	Urbano (91.8 %)
Molinero et al. (10)	España	No consta
Lopes et al. (8)	No consta	No consta
Dodou et al.(7)	No consta	No consta
Fu et al.(11)	China	No consta

Fuente: elaboración propia.

### 5.2.3.- Variables demográficas

En este apartado se incluirán las siguientes variables a estudiar: edad media de las madres, paridad, estado civil, nivel educativo y trabajo (ver Tabla IV).

#### **Edad media:**

Al determinar la edad media de las mujeres que participaron en los estudios nos encontramos que esta variable fluctúa dentro de un rango entre 12 y 33 años. Inicialmente el estudio de Dodou et al. (7) nos indica que las participantes deben de tener una edad superior a 12 años. Ordenando los estudios de menor a mayor, iniciamos con Lopes et al. (8) con 23.25 años, Ekstrom et al. (12) 26.93 años, Karp (5) 27.25 años, Tahir y Al-Sadat



(6) 28.58 años, Gu et al. (9) 29.31 años, Fu et al. (11) 30.5 años y finalmente, Molinero et al. (10) con 32.36 años.

**Paridad:**

Inicialmente de los ocho estudios recopilados, cuatro de ellos han captado a mujeres primíparas, es decir, mujeres que únicamente habían dado a luz a un bebé (7,9,11,12). Tres de ellos habían incluido mujeres tanto primíparas como multíparas (6,8,10). Y finalmente solo uno de los ensayos utilizó una muestra de mujeres multíparas (5).

**Estado civil:**

Al analizar la variable de estado civil de los sujetos, nos encontramos que en un alto porcentaje de los estudios se encuentran casadas (5,6,8–10). A excepción del estudio de Ekstrom et al. (12) cuyo mayor porcentaje se define como cohabitación.

**Nivel educativo:**

En relación con el nivel educativo que presentaban las mujeres pertenecientes a los ensayos se encuentra que un elevado porcentaje había cursado estudios hasta la escuela secundaria (5,6,8,9,11,12).

Mientras que en uno de los estudios (10) el porcentaje más alto pertenecía a aquellas mujeres que tenían estudios universitarios.

**Trabajo:**

Se ha podido determinar el porcentaje de participantes que trabajaba. Por un lado, se encuentra que en el estudio de Tahir y Al-Sadat (6) un 51.5 % de mujeres no trabajaba. Mientras que en el estudio de Gu et al. (9) un 85.8 % tenía trabajo. Y finalmente el mayor porcentaje de participantes en el estudio de Lopes et al. (8) eran amas de casa.

En el resto de los estudios no se ha podido definir esta variable.

Tabla IV. Variables demográficas.

Referencia	Edad media	Paridad	Estado civil	Nivel educativo	Trabajo
Ekstrom et al. (12)	26.93 años	Primíparas	Cohabitación (3 días (d) postparto) 71.87 %	Educación secundaria (46.04%)	No consta
Karp et al. (5)	27.5 años	Multíparas	Casada (71.4 %)	Educación secundaria	No consta
Tahir y Al-Sadat (6)	28.58 años	Ambas	Casada (97.2 %)	Educación secundaria (69.5 %)	No (51.5 %)
Gu et al. (9)	29.31 años	Primíparas	Casada (98.9 %)	Educación secundaria (68.6 %)	Si (85.8 %)
Molinero et al. (10)	32.36 años	Ambas	Casada (86 %)	Universidad (45 %)	No consta
Lopes et al. (8)	23.25 años	Ambas	Casada	Educación secundaria	Ama de casa
Dodou et al. (7)	> 12 años	Primíparas	No consta	No consta	No consta
Fu et al. (11)	30.5 años	Primíparas	No consta	Educación secundaria (44.4 %)	No consta

Fuente: elaboración propia.

#### 5.2.4.- Variables de educación

Para llevar a cabo un análisis más específico de dicha variable se dividirá en los siguientes tres apartados (ver Tabla V):

➤ **Educación prenatal/postnatal:**

Un alto porcentaje de los estudios seleccionados ha impartido únicamente educación postnatal (7,8,10,11). Dos de ellos, han determinado que las participantes deben recibir educación prenatal como requisito para incluirlas en el estudio (6,9). Mientras que el estudio de Ekstrom et al. (12) ha impartido sesiones prenatales y postnatales. Y por último, el estudio de Karp et al. (5) ha impartido educación prenatal con dos entrevistas a las madres una en periodo prenatal y otra en periodo postnatal.

➤ **Educación individual/grupal:**

A excepción del estudio de Gu et al. (9) donde las enfermeras impartieron tanto educación individual como grupal, el resto de los artículos se han centrado en la educación individual (5–8,10–12).

➤ **Educación presencial/grupal:**

Ekstrom et al., Karp et al., Molinero et al. se ha impartido a las participantes educación presencial (5,10,12). Mientras que en el resto de artículos se ha llevado a cabo tanto educación presencial como virtual, entendiendo esta última como sesiones telefónicas (6–9,11).

Tabla V. Variables de educación.

Referencia	Educación prenatal/posnatal	Educación individual/grupal	Educación virtual/presencial
Ekstrom et al. (12)	Ambas	Individual	Presencial
Karp et al. (5)	Prenatal Entrevista prenatal y postnatal (48 h postparto).	Individual	Presencial
Tahir y Al-Sadat (6)	Posnatal. Requisito programa de educación prenatal.	Individual	Presencial y virtual (sesiones telefónicas).
Gu et al. (9)	Posnatal. Requisito programa de educación prenatal.	Ambas	Presencial y virtual (sesiones telefónicas).
Molinero et al. (10)	Postnatal	Individual	Presencial
Lopes et al. (8)	Postnatal	Individual	Presencial y virtual (sesiones telefónicas).
Dodou et al. (7)	Postnatal	Individual	Presencial y virtual (sesiones telefónicas).
Fu et al. (11)	Postnatal	Individual	Presencial y virtual (sesiones telefónicas)

Fuente: elaboración propia.

### 5.2.5.- Intervenciones y resultados

En este apartado se mostrarán las siguientes variables: intervención y duración, resultados de la intervención relacionados con el abandono/adherencia a la LM y factores culturales relacionadas con el abandono de la LM (ver Tabla VI).

#### **Intervención y duración:**

Previamente a exponer las intervenciones realizadas en cada estudio, se debe de definir el protocolo estándar o convencional. Dicho protocolo se define como aquellas actividades rutinarias o habituales practicadas por las enfermeras, determinadas por el hospital y sistema sanitario de cada país en los que se ha llevado a cabo el estudio.

- Ekstrom et al. (12), llevó a cabo un programa destinado a la formación específica de matronas y enfermeras llamado "The process-oriented training program". Es un conjunto de sesiones y conferencias a las que asisten los profesionales sanitarios para mejorar su formación respecto a la educación prenatal y postnatal, con el objetivo de conseguir una mejor orientación para las futuras madres.

Una vez finalizada la formación, se divide la población elegida en dos grupos que se definirán como Grupo Intervención (GI) y Grupo Control (GC). El GI recibirá sesiones pre y postnatales impartidas por enfermeras y matronas que han asistido al programa de formación, anteriormente mencionado. Mientras que el GC recibirá educación por enfermeras y matronas que no han asistido al programa.

Para evaluar los resultados del estudio se entregarán tres cuestionarios a las madres. Estos deberán realizarse a los 3 d, a los 3 meses y a los 9 meses.

- Karp et al. (5), una vez captada la población, esta se dividió en dos grupos: GC y GI. Por un lado, el GC recibió educación perteneciente al protocolo estándar establecido en el hospital. Por otro lado, el GI recibió a mayores visitas domiciliarias de la matrona durante 4 semanas.
- En el ensayo de Tahir y Al-Sadat (6) se ha dividido la muestra captada en dos grupos: GI y GC. El GC recibió formación mediante el protocolo convencional establecido en el hospital. El GI recibió a mayores, educación virtual mediante sesiones telefónicas, esto es, la enfermera contactaba con las participantes dos veces cada mes durante seis meses. Finalmente, se analizaron los resultados mediante cuestionarios entregados a las madres al mes, a los cuatro meses y a los seis meses.

- Gu et al. (9), definió dos grupos de participantes. El GC recibió educación a través del protocolo convencional. Mientras que el GI a mayores participó en la intervención basada en TPB que constaba de instrucción individual, dos sesiones grupales en el hospital y seguimiento telefónico.  
Los resultados de la intervención fueron evaluados a los 3 d, a las 6 semanas, 4 meses y 6 meses.
- Molinero et al. (10) dividió a sus participantes en dos grupos. Al GC se le realizaron intervenciones habituales en el hospital 48 – 72 h postparto. Así mismo, al GI se le realizaron intervenciones mediante el método de observación activa y resolución de dudas donde cada sesión duraba aproximadamente entre 15 – 45 minutos (min), llevadas a cabo las 48 – 72 h postparto.  
Para la evaluación en este estudio se ha realizado cuestionario al alta a las madres y entrevistas telefónicas a los 3 y 6 meses.
- Lopes et al. (8) al igual que otros estudios, ha dividido su muestra en dos grupos: GC y GI. Al GC se le aplicó el protocolo convencional que consta de actividades y orientaciones rutinarias del servicio hospitalario. Mientras que al GI a mayores recibió formación educativa mediante sesiones telefónicas cuya duración aproximada era de 7 min por sesión y estas se realizaban a los 7 d, a los 15 d y al mes.  
Los resultados obtenidos fueron evaluados a los 2 meses y a los 4 meses.
- Dodou et al. (7) dividió a su población en dos grupos. El GC participó en el protocolo estándar que constaba de intervenciones realizadas en el hospital y destinadas a orientar, junto con una visita de un profesional del banco de leche. El GI a mayores recibió formación virtual a través de sesiones telefónicas que fueron llevadas a cabo a los 7 d, a los 30 d, a los 90 d y a los 150 d.  
Tras la recopilación de resultados evalúa mediante la escala de autoeficiencia denominada Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) que presentaba 14 items, esta evalúa a las participantes a los 60 d, 120 d y 180 d.
- Tras la captación de participantes en el estudio de Fu et al. (11), estos se dividieron en tres grupos definidos como: Grupo 1 (G1), Grupo 2 (G2) y Grupo 3 (G3). Primeramente, el G1 recibió atención postnatal estándar. El G2 recibió a mayores de la atención postnatal estándar, apoyo hospitalario que conformaban tres sesiones

con profesionales para apoyo a la LM de 30 min en las primeras 48 horas (h) postparto, dos sesiones a las 24 h postparto y una sesión en las 24 h previas al alta cuya duración era de 30 – 45 min. Y el G3 recibió a mayores del protocolo convencional, sesiones telefónicas que constaban de 4 sesiones durante 4 semanas, la primera se realizaba a las 72 h postparto.

La evaluación del estudio fue llevada a cabo el primer mes, el segundo mes, el tercer mes y el sexto mes.

### **Resultados de la intervención relacionados con el abandono/adherencia a la LM:**

A continuación, se exponen los resultados recogidos en cada uno de los estudios tras analizar las intervenciones llevadas a cabo.

- En el estudio de Ekstrom et al. (12) se han observado altos porcentajes en ambos grupos respecto el inicio de la LM: GC (97 %) y GI (100 %). Mientras que en la duración de esta se define una diferencia clara: GC (1.7 meses) y GI (2.2 meses).
- Karp et al. (5), ha determinado una diferencia observable, a las 48 h postparto, en el porcentaje de madres que iniciaron la LM: GC (59.6 %) y GI (68.5 %).  
Una vez llevada a cabo la intervención educativa, se ha definido una correlación entre la media de tiempo de visitas domiciliarias que recibió el GI durante cuatro semanas y el inicio de la LM tras 48 h. La media de tiempo de visitas en las madres que iniciaron LM fue de 80 min. Mientras que, la media de tiempo en aquellas madres que no iniciaron la LM fue de 52 min.
- Inicialmente en el ECA de Tahir y Al-Sadat (6), se definió un claro aumento de la LM en el grupo de madres que recibieron sesiones telefónicas. Sin embargo, no se han demostrado diferencias significativas en el cuarto y sexto mes del estudio entre las participantes que recibieron sesiones telefónicas y las que no.
- Al analizar el artículo de Gu et al. (9) hemos encontrado los siguientes resultados respecto al mantenimiento de la LME:
  - GC: 3 d (10.9 %), 6 semanas (29.7 %), 4 meses (15.6 %) y 6 meses (10.2 %).
  - GI: 3 d (40.1 %), 6 semanas (57.3%), 4 meses (56.7 %) y 6 meses (42 %).

- En el estudio de Molinero et al. (10) tras la evaluación a lo largo de los meses de las participantes, los resultados obtenidos respecto al abandono de la LM son los siguientes:
  - GC: 3 meses (16.9 %) y 6 meses (19.3 %).
  - GI: 3 meses (9 %) y 6 meses (15,9 %).
  
- Una vez finalizada la intervención educativa realizada por Lopes et al. (8), no existen diferencias significativas en el mantenimiento de LME a los 2 meses entre el GC y el GI. Sin embargo, a los cuatro meses, se halló una mayor duración en el GC que en el GI.
  
- Dodou et al. (7) ha evaluado la autoeficacia de las participantes en la LME durante 180 d y los porcentajes obtenidos son los siguientes:
  - GC: base (90 %), 60 d (85.1 %), 120 d (95.2 %) y 180 d (95.9 %).
  - GI: base (84 %), 60 d (100 %), 120 d (100 %) y 180 d (100 %).
  
- Hemos observado que en el estudio de Fu et al. (11) existe un aumento de duración de LME en el G3 con soporte telefónico respecto al G1 y al G2, debido al seguimiento y apoyo continuo por parte de la enfermera que proporciona este método.

### **Factores culturales relacionados con el abandono de la LM:**

Tras la recopilación de datos, un alto porcentaje de participantes ha coincidido en un factor común que ha repercutido en el abandono de LME/LM, y se trata de la vuelta al trabajo (6,9,10). El estudio de Karp et al. (5) ha concluido que los factores comunes que han impedido el inicio de la LM entre sus participantes son: cuidado de niños (5.3 %), vuelta al trabajo (4 %), experiencias pasadas negativas con LM (13 %) y escuchar experiencias negativas de la LM (18 %). Por otro lado, Fu et al. (11) ha especificado que un alto porcentaje de sus participantes sufren presión familiar y socio cultural que fomenta un abandono temprano de la LM tras el alta hospitalaria. Y Dodou et al. (7) establece una relación entre el abandono de la LM y volver a las actividades diarias.



Tabla VI. Intervenciones y resultados.

Referencia	Intervención/Tiempo Intervención	Resultados de la intervención relacionados con adherencia/abandono de LM	Factores culturales r/c abandono LM
Ekstrom et al. (12)	<p>Sesiones prenatales + Sesiones postnatales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesiones impartidas por enfermeras/matronas que habían asistido a "The process-oriented training program". (Grupo Intervención=GI).</li> <li>- Sesiones impartidas por enfermeras/matronas sin programa de formación. (Grupo Intervención=GC).</li> </ul> <p>Evaluación con cuestionarios a las madres: 3 d, 3 meses, 9 meses.</p>	<p>Inicio de LM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GI: 100%.</li> <li>- GC: 97%.</li> </ul> <p>Duración LM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GI: 2.2 meses.</li> <li>- GC: 1.7 meses.</li> </ul>	No consta.
Karp et al. (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GC: Protocolo estándar prenatal.</li> <li>- GI: Protocolo estándar prenatal + Visitas domiciliarias de matrona.</li> </ul>	<p>Inicio LM 48 h postparto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GC: 59.6 %.</li> <li>- GI: 68.5 %.</li> </ul>	<p>No iniciaron LM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado de niños (5.3 %).</li> <li>- Vuelta al trabajo (4 %).</li> <li>- Experiencias pasadas negativas con LM (13 %).</li> </ul>

		<p>GI media del tiempo de visitas domiciliarias con la matrona (4 semanas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres iniciaron LM 48 h post parto (media de 80 min).</li> <li>- Madres no iniciaron LM 48 h post parto (media de 52 min).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escuchar experiencias negativas de la LM (18 %).</li> </ul>
Tahir y Al-Sadat (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GC: Protocolo convencional.</li> <li>- GI: Protocolo convencional + Sesiones telefónicas (2 c/mes, 12 totales).</li> </ul> <p>Evaluación con cuestionarios a las madres: 1 mes, 4 meses y 6 meses.</p>	<p>Aumento de LM en madres que recibieron sesiones telefónicas.</p> <p>No hay diferencias significativas en 4º y 6º mes entre las madres que recibieron sesiones telefónicas y las que no.</p>	<p>Reincorporación al trabajo, e intención de volver a este.</p>
Gu et al. (9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GC: Protocolo convencional.</li> <li>- GI: Protocolo convencional + Intervención basado en TPB (instrucción individual, 2 sesiones grupales en el hospital y seguimiento telefónico).</li> </ul> <p>Evaluación: 3 d, 6 semana, 4 meses y 6 meses.</p>	<p>Mantienen LME:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GC: 3 d, 6 semanas, 4 meses y 6 meses (10.9 %, 29.7 %, 15.6 % y 10.2 %, respectivamente).</li> <li>- GI: 3 d, 6 semanas, 4 meses y 6 meses (40.1 %, 57.3 %, 56.7 % y 42 %).</li> </ul>	<p>Vuelta al trabajo.</p>

Molinero et al. (10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GC: intervenciones habituales (48 – 72 h postparto).</li> <li>- GI: intervención mediante observación activa y resolución de dudas: sesión 15 - 45 min (48 – 72 h postparto).</li> </ul> <p>Evaluación: cuestionario al alta, entrevista telefónica a los 3 y 6 meses.</p>	<p>Abandono LM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GC: 3 meses (16.9 %) y 6 meses (19.3 %)</li> <li>- GI: 3 meses (9 %) y 6 meses (15,9 %).</li> </ul>	Vuelta al trabajo.
Lopes et al. (8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GC: protocolo convencional (actividades y orientaciones rutinarias del servicio hospitalario).</li> <li>- GI: protocolo convencional + Sesiones telefónicas (media: 7 min/sesión) a los 7 d, 15 d, 1 mes.</li> </ul> <p>Evaluación: 2 y 4 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- LME a los 2 meses: GC y GI no hay diferencias significativas.</li> <li>- LME a los 4 meses: mayor duración en GC que en GI.</li> </ul>	Las tareas del hogar no influyeron significativamente.
Dodou et al. (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GC: protocolo estándar (intervenciones de orientación en el hospital por enfermeras + visita de un profesional del banco de leche).</li> </ul>	<p>Evaluación de autoeficacia en LME:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GC: base (90 %), 60 d (85.1 %), 120 d (95.2 %) y 180 d (95.9 %).</li> <li>- GI: base (84 %), 60 d (100 %), 120 d (100 %) y 180 d (100 %).</li> </ul>	Volver a las actividades diarias.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- G1: protocolo estándar + Sesiones telefónicas (7 d, 30 d, 90 d y 150 d).</li> </ul> <p>Evaluación mediante una escala de autoeficacia denominada Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) que presentaba 14 items: 60 d, 120 d y 180 d.</p>		
Fu et al. (11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- G1: Atención postnatal estándar.</li> <li>- G2: Apoyo hospitalario Hospital a mayores: 3 sesiones profesionales de apoyo a la lactancia materna de 30 min en las primeras 48 h. Dos sesiones a las 24 h postparto y 1 sesión en las 24 h antes al alta (30 – 45 min).</li> <li>- G3: Teléfono: 4 semana, 4 sesiones (1 sesión/semana 20 – 30 min). 1era sesión a las 72 h.</li> </ul> <p>Evaluación: 1 mese, 2 meses, 3 meses y 6 meses.</p>	Aumento de duración de LME en el G3 con soporte telefónico respecto al G1 y al G2, debido al seguimiento y apoyo continuo por parte de la enfermera que proporciona este método.	Presión familiar y sociocultural.

Fuente: elaboración propia.

## 6.- DISCUSIÓN

El estudio propuesto se trata de una revisión sistemática, con la finalidad de recopilar y analizar los métodos educativos más eficaces que deben de llevar a cabo las enfermeras para que sus pacientes consigan una LME exitosa y eficiente.

Como se ha explicado anteriormente, hemos recopilado ocho estudios realizados durante los últimos diez años, donde se exponen y se analizan diferentes intervenciones educativas.

Con la finalidad de analizar los estudios de una manera estructurada y ordenada los datos serán comparados en función de las variables establecidas anteriormente.

### 6.1.- Tipo de estudio, duración y población

Como se ha mencionado anteriormente, de entre los estudios seleccionados 7 de ellos se caracterizan por ser ECA (5–11), a excepción de uno de ellos que se define como estudio intervención (12). Esto nos ha permitido analizar exhaustivamente cuales son las intervenciones educativas más eficaces.

Respecto al año de realización de los ensayos, nos hemos encontrado con que únicamente uno de los estudios seleccionados se llevó a cabo dentro de los últimos 5 años (7), mientras que el resto, se han desarrollado dentro de los últimos 10 años (5,6,8–12). Consideramos que el periodo en el que se han llevado a cabo a la práctica las intervenciones, puede ser una gran influencia en el resultado, puesto que la sociedad y las nuevas tecnologías están en continuo cambio y evolución. Por lo que, una intervención realizada en dos periodos de tiempo distintos puede dar a lugar resultados diferentes. No hemos encontrado un gran número de estudios recientes que cumplan los criterios de selección establecidos.

### 6.2.- Variables geográficas

Nos hemos encontrado con gran disparidad respecto a los países originarios de las madres: Suecia (12), España (10), China (9,11), Malasia (6) y Estados Unidos (5). Creemos conveniente incluir participantes con procedencias diferentes con el fin de detectar y analizar cualquier factor cultural que interfiera en la LME.

Consideramos interesante a estudiar la variable de procedencia de las participantes, debido a que dependiendo de la zona o ámbito en la que habitaban, esta podía influenciar en las actividades diarias y/o trabajo que realizaban las madres. Únicamente, se ha podido

establecer dicha variable en dos estudios, en los cuales un gran porcentaje presentaba procedencia urbana (9) y otro porcentaje se dividía entre ambos ámbitos, tanto rural como urbano (12).

### 6.3.- Variables demográficas

#### **Edad media y paridad:**

La educación impartida en los estudios seleccionados no se ha visto diferenciada en función de la edad media (12 – 32.36 años) y el número de hijos de las participantes (5–12). Sería importante analizar estas variables en futuros estudios.

#### **Estado civil:**

En la mayoría de los estudios seleccionados las mujeres estaban casadas (5,6,8–10), creemos de gran importancia dicha variable puesto que, presentan un soporte emocional y físico adicional durante el periodo prenatal y postnatal, así como, en el cuidado del RN, que puede ser un factor clave en la adherencia de la LM. Se observa que en el estudio de Ekstrom et al. (12) el estado civil de un alto porcentaje de mujeres se define como cohabitación 3 d postparto. Sin embargo, en dos de los estudios no consta el estado civil (7,11). Bien es cierto, que, una vez realizado el análisis de los estudios, las participantes no establecen el estado civil como un factor detonante en el abandono de la LME. Creemos conveniente recalcar, que sería importante en futuros estudios establecer el apoyo familiar o de pareja como una variable importante en el desarrollo de la LM, puesto que una buena práctica acompañada de soporte emocional aumenta las probabilidades de conseguir un resultado positivo.

#### **Trabajo:**

Han sido escasos los estudios encontrados en los que la variable trabajo se ha podido definir. Del total de participantes del estudio de Tahir y Al-Sadat (6) un 51.5% no desempeñaban actividades lucrativas, al contrario del estudio de Gu et al. (9), donde un 85.8 % trabajaban. Y en el estudio de Lopes et al. (8) de un alto porcentaje de las participantes eran amas de casa.

El trabajo definido como uno de los factores clave que favorecen el abandono de la LM, encontramos unanimidad entre los estudios, puesto que un gran porcentaje refiere que la vuelta al trabajo ha sido clave en la falta de adherencia a la LM (5,6,9,10). Seguido del cuidado de niños, vuelta a las actividades diarias (7).

## 6.4.- Variables de educación

### **Educación prenatal/postnatal:**

En determinados estudios seleccionados, la educación impartida ha sido en periodo postnatal (7,8,10,11). Mientras que en dos de ellos, se ha añadido como requisito haber recibido educación prenatal (6,9). El estudio de Karp et al. (5) su intervención se basaba en educación prenatal pero con dos entrevistas adicionales en ambos periodos. Finalmente, hemos incluido el estudio de Ekstrom et al. (12) por ser el único artículo que implementaba educación en ambos periodos. Nos gustaría destacar que en futuros estudios se prestara especial atención a intervenciones realizadas en ambos periodos, puesto que un seguimiento de mayor duración en las madres y sus RN favorece una mejor adherencia a la LME/LM.

### **Educación individual/grupal:**

Como se ha mencionado anteriormente, únicamente el estudio de Gu et al. (9) imparte tanto educación individual como grupal. Esto nos impide realizar un análisis diferencial entre ambos métodos educativos para determinar qué intervención tiene mayor eficacia en la adherencia a la LM.

### **Educación presencial/virtual:**

Como se ha expuesto anteriormente, la sociedad y las nuevas tecnologías están en continuo cambio, es por eso, por lo que algunos estudios incluidos han decidido introducir nuevos métodos educativos como la educación virtual para poder comparar su eficacia respecto a una educación normativa basada en protocolos hospitalarios. Dichos estudios han optado por la educación virtual mediante sesiones telefónicas, donde los profesionales se mantienen en contacto durante un largo periodo de tiempo con las madres para resolver dudas. Una gran ventaja de las sesiones telefónicas es la frecuencia de estas respecto a las visitas rutinarias al hospital establecidas por el protocolo convencional (6–9,11).

Aun teniendo en cuenta, lo anteriormente mencionado, se encuentra disparidad en los resultados. Por un lado, la evidencia científica nos muestra que no existe una gran diferencia en el aumento de la LM entre aquellas mujeres que reciben sesiones telefónicas adicionales y las que no (6,8). Por otro lado, encontramos estudios en los que existe un aumento en la adherencia en las participantes que reciben sesiones telefónicas (7,9,11). Sin embargo, en la intervención de Gu et al. (9) se incluyen adicionalmente al protocolo convencional hospitalario y a las sesiones telefónicas, instrucción individual y sesiones

grupales impartidas en el hospital. Creemos importante recalcar que esta última intervención añadida puede ser clave en el aumento de la LM, puesto que, en el resto de los estudios mencionados, las intervenciones establecidas se componían del protocolo estándar hospitalario y sesiones telefónicas.

Debemos mencionar las nuevas propuestas de intervenciones presenciales en una minoría de los estudios seleccionados que han mostrado una alta eficacia. Inicialmente, Ekstrom et al. (12) ha seleccionado a enfermeras especializadas que serán divididas en dos grupos. La primera muestra asiste a un programa de formación denominado "The process-oriented training program", mientras que la segunda muestra no participa en él. Tras la evaluación de la educación impartida por las dos muestras, se ha detectado que las mujeres que recibían educación por parte de las enfermeras de la primera muestra mantenían la LM durante un periodo más prolongado que las madres formadas por matronas y enfermeras especialistas que no asistieron al programa. Se observa, que una formación especializada favorece positivamente en la duración y adherencia de la LM.

Otra propuesta de educación presencial procedente del estudio de Karp et al. (5) son las visitas domiciliarias de las matronas. Donde se ve un significativo aumento en el inicio de la LME/LM a las 48 h postparto, en aquellas madres que recibieron visitas adicionales. Sin embargo, los autores establecen una relación entre la duración media de las visitas y el inicio de la LM. Esto se debe a que, aquellas madres cuyas visitas domiciliarias tenían un tiempo medio de 52 min no habían iniciado la LM a las 48 h postparto. No solo es un factor concluyente en la adherencia recibir una formación adicional, como es en este caso, las visitas domiciliarias, sino también la duración dedicada a impartir la formación y seguimiento de las madres.

Como última propuesta, expuesta en el estudio de Molinero et al. (10) se incluye la observación activa las primeras 72 h postparto por parte de enfermeras especializadas. Los datos expuestos en la Tabla VI, demuestran que la intervención mencionada ha demostrado una gran eficacia respecto al abandono de la LM, puesto que los porcentajes son inferiores en las madres que se les hizo un seguimiento mediante observación activa respecto a las participantes que recibieron una educación convencional.



## 7.- CONCLUSIONES

La edad de las madres y la paridad o número de hijos no ha sido una variable determinante a la hora de impartir educación sobre LM.

Encontramos disparidad en los resultados mostrados en los estudios seleccionados. Durante la búsqueda de nuevos métodos educativos nos encontramos con las sesiones telefónicas, que, aunque sus beneficios eran muchos, no se ha podido demostrar su influencia en el aumento de la LM respecto a la educación presencial. Sería necesario en futuros estudios comparar exhaustivamente la influencia del abandono de la LME/LM en ambos métodos.

Hemos observado que en un alto porcentaje de los estudios la LME se veía interrumpida por factores culturales, como la vuelta al trabajo, vuelta a las actividades diarias, cuidado de niños e incluso presión familiar que fomentaba su abandono.

Finalmente, volviendo a la pregunta de investigación planteada, determinamos que la educación sanitaria impartida por las enfermeras no es eficaz. Entendiendo por intervenciones eficaces, aquellas que consigan una adherencia exitosa a la LME independientemente de factores como los anteriormente mencionados y siguiendo las recomendaciones de la OMS.

Sin embargo, debemos considerar futuros estudios, para un análisis más exhaustivo.

## 8.- BIBLIOGRAFÍA

1. Lactancia materna [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [citado 22 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/cholera/breastfeeding>
2. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría | Asociación Española de Pediatría [Internet]. Asociación Española de Pediatría. 2012 [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
3. Breastfeeding Overview [Internet]. American Academy of Pediatrics. 2021 [citado 19 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.aap.org/en/patient-care/breastfeeding/breastfeeding-overview/>
4. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA [Internet]. PRISMA. 2020 [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>
5. Karp SM, Howe-Heyman A, Dietrich MS, Lutenbacher M. Breastfeeding initiation in the context of a home intervention to promote better birth outcomes. *Breastfeed Med.* agosto de 2013;8(4):381-7.
6. Tahir NM, Al-Sadat N. Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices?: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* enero de 2013;50(1):16-25.
7. Dodou HD, Bezerra RA, Chaves AFL, Vasconcelos CTM, Barbosa LP, Oria MOB. Telephone intervention to promote maternal breastfeeding self-efficacy: randomized clinical trial. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e20200520.
8. Lopes Chaves AF, Barbosa Ximenes L, Rodrigues DP, Moreira Vasconcelos CT, dos Santos Monteiro JC, Batista Oria MO. Telephone intervention in the promotion of self-efficacy, duration and exclusivity of breastfeeding: randomized controlled trial. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019;27:e3140.
9. Gu Y, Zhu Y, Zhang Z, Wan H. Effectiveness of a theory-based breastfeeding promotion intervention on exclusive breastfeeding in China: A randomised controlled trial. *Midwifery.* noviembre de 2016;42:93-9.

10. Molinero Diaz P, Burgos Rodriguez MJ, Ramirez de Arellano MM. Results of a health education intervention in the continuity of breastfeeding. *Enferm Clin.* octubre de 2015;25(5):232-8.
11. Fu I, Fong D, Heys M, Lee I, Sham A, Tarrant M. Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2014;121(13):1673-83.
12. Ekstrom A, Kylberg E, Nissen E. A Process-Oriented Breastfeeding Training Program for Healthcare Professionals to Promote Breastfeeding: An Intervention Study. *Breastfeed Med.* abril de 2012;7(2):85-92.

