



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA

GRADO DE ENFERMERÍA

Curso académico 2021-2022

TRABAJO DE FIN DE GRADO

La educación prenatal como factor en el éxito de la lactancia materna: Revisión bibliográfica

María Míguez Neiro

Tutora: María Carmen Grandío Ferreiro

Junio 2022

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA

UNIVERSIDAD DE A CORUÑA

ÍNDICE

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	2
RESUMEN	3
RESUMO	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	6-9
2. DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS	9-10
3. METODOLOGÍA	10
• ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	10
- BASES DE DATOS	10
• CRITERIOS DE INCLUSIÓN	10-11
• CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	11-12
• SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS	12-13
4. RESULTADOS	14-26
5. DISCUSIÓN	27-28
6. CONCLUSIÓN	28-29
BIBLIOGRAFIA	30-34
ANEXOS	35
ANEXO 1: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	35-37
ANEXO 2: RESULTADO DE BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS	37-41
ANEXO 3: CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE EVIDENCIA DE OXFORD	42

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

LME	Lactancia Materna Exclusiva
LM	Lactancia Materna
OMS	Organización Mundial de la Salud
LA	Lactancia Artificial
RN	Recién Nacido
WOS	Web of Science
RS	Revisión sistemática
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
AP	Atención Primaria

RESUMEN

Introducción: La Lactancia Materna (LM) es la alimentación más adecuada para el recién nacido según la OMS. Contiene los nutrientes más apropiados para el desarrollo del bebé, que van variando en función de sus necesidades. La LM es beneficiosa para el RN, pero también para la madre, ya que acelera la recuperación y ayuda a nivel psicológico a adaptarse a la nueva situación y a la formación del apego y vínculo madre-hijo. El establecimiento de la LM es un proceso multifactorial, donde influyen factores demográficos, biofísicos y psicosociales. El grado de conocimiento que tenga la gestante y su entorno es uno de los factores más importantes sobre los que se puede intervenir.

Objetivos: La educación prenatal es uno de los múltiples factores que pueden influir en el establecimiento de la LM. Actualmente la mayoría de las gestantes, junto con su pareja o entorno familiar reciben formación sobre LM, para aumentar así su conocimiento y empoderamiento. El propósito por lo tanto de esta revisión es conocer la evidencia existente sobre la efectividad de la educación prenatal en el inicio y mantenimiento de la LM.

Metodología: Se buscó en bases de datos tanto específicas de revisiones sistemáticas como de ámbito general y finalmente 10 artículos cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Discusión: Aproximadamente la mitad de los artículos incluidos demostraban efectos positivos de la educación prenatal sobre la LM, mientras que la otra mitad, concluían que no se podía establecer significación por sesgos o inconsistencia de las intervenciones.

Conclusión: Los resultados de los estudios son controvertidos. Hay discrepancias tanto en el tipo de profesionales que deben protagonizar la intervención, como en el establecimiento de una intervención determinada. Por lo que se indica la necesidad de realizar nuevos estudios enfocados principalmente en estas cuestiones.

Palabras clave: “Educación prenatal”, “lactancia materna”, efectividad

RESUMO

Introdución: A Lactancia Materna (LM) é a alimentación máis axeitada para o recém nado según a OMS. Contén os nutrientes máis apropiados para o desenvolvemento do cativo, que van variando en función das súas necesidades. A LM é beneficiosa para o RN, pero tamén para a súa nai, porque acelera a súa recuperación e a axuda a nivel psicolóxico a adaptarse á nova situación e á formación do apego e o vínculo nai-fillo. O establecemento da LM é un proceso multifactorial onde inflúen factores demográficos, biofísicos e psicosociais. O grao de coñecemento que teña a xestante e o seu entorno é uns dos factores máis importante sobre os que se pode intervir.

Obxectivos: A educación prenatal é uns dos múltiples factores que poden influir no establecemento da LM. Hoxe en día a maioría das xestantes, xunto coas súas parellas ou o seu entorno familiar reciben formación sobre LM, para aumentar así o seu coñecemento e apoderamento feminino. O propósito, polo tanto desta revisión é coñecer a evidencia existente sobre a efectividade da educación prenatal no inicio e mantemento da LM.

Metodoloxía: Buscóuse nas bases de datos tanto específicas das revisións sistemáticas como de ámbito xeral e finalmente 10 artigos cumpriron cos criterios de inclusión e exclusión establecidos.

Discusión: Aproximadamente a metade dos artigos englobados demostraban os efectos positivos da educación prenatal sobre a LM, mentres que a outra metade concluían que non se podía establecer significación por sesgos ou inconsistencia das intervencións.

Conclusión: Os resultados son controvertidos. Hai discrepancia tanto no tipo de profesionais que deben protagonizar a intervención, como no establecemento dunha intervención determinada. Polo que se indica a necesidade de realizar novos estudos enfocados principalmente nestas cuestións.

Palabras clave: “Educación prenatal”, “lactancia materna”, efectividade

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding (BF) is the most appropriate diet for the newborn according to the WHO. It contains the most appropriate nutrients for the development of the baby, which vary according to their needs. BF is beneficial for the baby, but also for the mother, since it accelerates recovery and helps at the psychological level to adapt to the new situation and the formation of attachment and mother-child bond. The establishment of BF is a multifactorial process, where demographic, biophysical and psychosocial factors influence. The degree of knowledge that the surrogate has and her environment is one of the most important factors on which it can intervene.

Objetives: Prenatal education is one of the many factors that can influence the establishment of BF. Currently, most pregnant women, along with their partner or family environment, receive classes on BF, to increase their knowledge and empowerment. The purpose therefore of this review is to know the existing evidence on the effectiveness of antenatal education in the initiation and maintenance of BF.

Methodology: We searched both specific databases of systematic and general reviews and finally 10 articles met the established inclusion and exclusion criteria.

Discussion: Approximately half of the included articles demonstrated positive effects of antenatal education on LM, while the other half concluded that significance could not be established due to bias or inconsistency of interventions.

Conclusions: The results of the studies are controversial. There is controversy both in the type of professionals who must lead the intervention, and in the establishment of a certain intervention. Therefore, the need to carry out new studies focused mainly on these issues is indicated.

Keywords: “prenatal education”, “prenatal care”, “breastfeeding”, effectiveness.

1. INTRODUCCIÓN:

La lactancia materna es la alimentación más adecuada para el recién nacido a todos los niveles, ya que es él la que regula su composición dependiendo de sus necesidades. Contiene los nutrientes más adecuados y necesarios para cada momento del desarrollo del bebé. La leche materna dispone de unas enzimas específicas que hacen que la asimilación en su aparato digestivo sea más sencilla que la leche de fórmula y además, facilitan el establecimiento de una flora bacteriana bífida que protegerá el aparato digestivo del lactante, incluso en la adultez. (1)

Un beneficio muy importante es el gran poder inmunológico, considerándose la primera vacuna que recibe el recién nacido; ya que los protege contra virus, bacterias y parásitos. (1)

Otros beneficios destacables son la reducción de la tasa de enterocolitis necrotizante, infecciones respiratorias, otitis e incluso infecciones urinarias. Actúa como factor protector del síndrome de muerte súbita del lactante, y varios tipos de cáncer en la infancia, como son los linfomas; (1) así como la incidencia de múltiples enfermedades, que suponen un problema en la actualidad como son la obesidad, la diabetes mellitus tipo 1 y 2, alergias alimentarias etc. (2)

Por otro lado, está demostrado, que amamantar al bebé durante un año, favorece el desarrollo intelectual gracias a que la leche materna tiene componentes específicos que son fundamentales para el desarrollo del cerebro,(2,3) posiblemente relacionado también con el desarrollo del apego y vínculo familiar que genera la LM; ya que esto produce un mayor reconocimiento, por parte de los progenitores y su entorno de las necesidades del bebé.

Además de los beneficios, mencionados anteriormente, que se producen en el recién nacido, la LME también le aporta beneficios a la mamá; ya que, mejora la recuperación tras el parto, acelera la involución del útero, porque durante LM se segrega oxitocina, lo que favorece la contracción adecuada del mismo; se movilizan las grasas y ayuda a reducir la circunferencia de la cadera. Produce múltiples beneficios psicológicos, como mejora de la autoestima e induce a la relajación de la madre.

Además, la leche materna es un recurso natural que no contamina y protege el medio ambiente ya que no produce residuos, ni necesita envases ni tratamientos especiales que requieran gasto energético en su elaboración ni emisiones de CO₂.

(2)

La OMS recomienda la LM exclusiva durante 6 meses y después complementada con alimentos adecuados, por lo menos hasta los 2 años. (4)

Los beneficios de la lactancia materna son conocidos por la mayor parte de la sociedad. Sin embargo, los datos sobre la tasa de lactancia materna, son inferiores a los que recomiendan las principales instituciones nacionales e internacionales, como son la OMS, la Asociación Española de Pediatría o la Federación española de matronas, entre otras. (2,4,5)

La monitorización de dichas tasas no es una tarea que se realice de manera sistemática en nuestro país, por lo que la obtención de los datos es un poco complicada. La tasa de LM en España (incluyendo LME y parcial) a las 6 semanas se ha mantenido bastante estable con cifras alrededor del 71%, con un aumento progresivo en los últimos 15 años. La tasa a los 6 meses de vida es del 46,9%, cifras similares a las globales europeas. (6)

Tanto el inicio como el mantenimiento de la lactancia siempre es un proceso vulnerable y delicado donde los factores externos juegan un papel muy importante, que pueden llevar al fracaso de muchas lactancias a pesar del deseo de la madre por amamantar a su hijo. Es una decisión que la mayoría de las gestantes toman antes de quedarse embarazada, algunas lo deciden durante el primer trimestre, en su mayoría siendo lactancias mixtas; y una minoría que lo deciden al final del embarazo, siendo LA la mayor parte de los casos. (7) La intención de amamantar es un factor determinante a la hora de su inicio y duración.(7,8)

La decisión del tipo de alimentación que darán las familias a sus hijos depende de muchos factores. El argumento principal es la salud tanto del RN como de la progenitora. (7)

Otros motivos, en los que se basan las gestantes para justificar su decisión son la comodidad, los consejos ofrecidos por profesionales sanitarios, razones socioculturales, costumbres o religión; la experiencia previa en caso de multíparas y la influencia de la pareja y entorno familiar. (8)

Hay estudios que incluyen a los padres, muestran que éstos tienen gran influencia en las decisiones sobre la alimentación de los hijos y en los resultados de la Efectividad educación prenatal en el éxito de la LM

lactancia. Además, si tienen una actitud favorecedora de la lactancia materna, aumenta el automanejo prenatal de las madres, sintiéndose más apoyadas y cuando se realizan intervenciones educativas con ellos, se logran mejores resultados de lactancia materna. (8)

El entorno familiar es otro pilar fundamental en la decisión y apoyo de la madre, concretamente la figura de la abuela materna juega un papel muy importante, sobre todo si ellas ya han amamantado a sus hijos. Siendo la mayoría de madres que habían recibido LME en su nacimiento, las que deciden amamantar a sus hijos también. (8,9)

El éxito de la lactancia materna es un fenómeno multifactorial, donde influyen factores sociodemográficos, biofísicos y psicosociales. (7)

Está demostrado que las variables sanitarias o cuidados sanitarios son muy importantes en la implantación de la LM, ya que un parto por cesárea reduce la tasa de LM a un 16% (10) ya que las madres presentan unos niveles plasmáticos disminuidos de oxitocina, lo que no solamente afectaría la secreción de leche, sino que también el proceso de apego. Adicionalmente, la cesárea aumentaría los niveles circulantes de dopamina, inhibiendo la secreción de prolactina, en consecuencia limitando la lactogénesis. (10,11,12)

Por otro lado, el nivel sociocultural y socioeconómico de la madre o incluso la edad son factores que influyen en LME. Diversos estudios avalan que las mujeres de edad avanzada y con un nivel cultural elevado, muestran una mayor asociación a la LME. (5,13)

La red de apoyo con la que cuenta la madre es fundamental. La actitud que tenga la pareja y/o el entorno familiar ante la lactancia materna, el apoyo que éstos le ofrezcan a la gestante, hace que la lactancia sea más duradera y exitosa. (7)

En los últimos años, en España se han incluido diversas estrategias para la promoción de la LM, sin embargo, no han sido suficientes y se ha demostrado que el nivel de conocimiento, motivación e involucración de los profesionales sanitarios es otro factor que facilita el inicio y su mantenimiento, así como ayuda a la resolución de las dificultades que van surgiendo. (7)

Parte de estos factores no son modificables con la educación prenatal, por ello debemos centrarnos en aquellos sobre los cuales se tenga influencia.

En las primeras semanas del puerperio, los principales motivos de abandono de la LME es el dolor en los pezones (por ejemplo, por un mal agarre); la aparición de Efectividad educación prenatal en el éxito de la LM

grietas, ingurgitación mamaria o mastitis; además de la falsa creencia de la imposibilidad de dar el pecho por tener los pezones planos o invertidos. (1)

Más adelante, la principal causa de abandono de la LME es el pensamiento de los padres de que el niño rechaza el pecho, se queda con hambre o que es la madre la que no tiene leche suficiente. Todo esto se potencia si existe falta de información de los progenitores.

Así mismo, la primiparidad se ve envuelta por todo lo mencionado previamente, al igual que una mala experiencia previa puede condicionar el éxito de la siguiente lactancia. (9,12)

El grado de conocimiento que tenga la gestante y su entorno es uno de los factores más importantes sobre los que se puede intervenir.

La mayoría de las gestantes y pareja reciben educación prenatal, disponen de un centro de referencia donde formarse. En general, son clases individuales o grupales; en el domicilio o en centros; telemáticas o presenciales. Suele ser un programa de educación formalizado, definido, descriptivo y orientado a metas con una finalidad específica y una audiencia objetivo. (7) Dicho objetivo es aumentar el conocimiento y la información, de los futuros/as padres/madres, sobre la lactancia materna; además de un empoderamiento de los mismos/as.

Aun así no debemos confundir educación en LM y apoyo a la LM. El apoyo, generalmente, se dirige a una persona individual o grupos, cuando surgen necesidades específicas en su lactancia. El apoyo normalmente se inicia en el periodo posnatal, tratando los problemas generados una vez iniciada la LM.(7) En el apoyo a la lactancia pueden participar profesionales sanitarios, o simplemente ser un grupo de apoyo formado por madres que comparten sus experiencias y problemas con la lactancia materna. (14)

En base a todo lo expuesto anteriormente surge la pregunta principal que ha llevado a esta revisión, cuál es la eficacia de la educación prenatal en el éxito de la lactancia materna, impartida por los profesionales de la salud.

2. OBJETIVOS:

- **Principal:** El objetivo principal de esta revisión es determinar la eficacia de la educación prenatal como factor en el éxito de la lactancia materna.
- **Específicos:**
 - Conocer las redes de apoyo de las que se dispone actualmente.
 - Determinar la influencia de la motivación de los profesionales sanitarios y el éxito de la lactancia materna.
 - Determinar la influencia del conocimiento de los profesionales sanitarios y el éxito de la lactancia materna
 - Determinar la influencia de la pareja y entorno familiar en el éxito de la LM.

3. METODOLOGÍA

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

Con el objetivo de encontrar la mayor bibliografía existente con respecto a la educación prenatal y su efectividad en la lactancia materna, se realizan búsquedas tanto en bases de datos exclusivamente enfermeras, como en bases de datos biomédicas tanto en español, como inglés y portugués. La búsqueda final se realizó en marzo de 2022.

- **Bases de datos:**

La búsqueda se llevó a cabo a través de Pubmed, Medline, Cochrane, Scopus, CUIDEN y Web of Science (WOS), adaptándose a la forma de búsqueda de cada una de ellas. Para la búsqueda de revisiones sistemáticas se utilizó principalmente la base de datos Cochrane, a pesar de que en el resto de bases de datos también

se incluyeron en la búsqueda la recuperación de RS; junto con los estudios generales, con el objetivo de dar una mayor cobertura.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Los criterios de inclusión que se han tenido en cuenta para la elaboración del trabajo son los recogidos en la Tabla 1:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
Población de estudio	Mujeres embarazadas mayores de 18 años que reciben durante su embarazo educación prenatal.
Sesiones de intervención	Grupales o individuales presenciales
Tipo de intervención	Sesiones de educación sobre Lactancia Materna impartidas por profesionales sanitarios
Tipo de estudios	Revisiones sistemáticas (RS) y ensayos clínicos aleatorizados (ECAs)
Idioma	Se seleccionaron documentos escritos en español, inglés y portugués
Cronología	Los documentos seleccionados son todos posteriores al 2012 (últimos 10 años), con el fin de analizar la literatura científica más actualizada.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Los criterios de exclusión que se tendrán en cuenta para la selección de los artículos, son los recogidos en la Tabla 2:

Efectividad educación prenatal en el éxito de la LM

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
Población de estudio	Mujeres menores de 18 años
Sesiones de intervención	Sesiones telemáticas, videollamada, telefónicas o recursos informáticos de forma exclusiva
Tipo de intervención	Sesiones motivacionales, no educacionales. No impartidas por profesionales sanitarios.

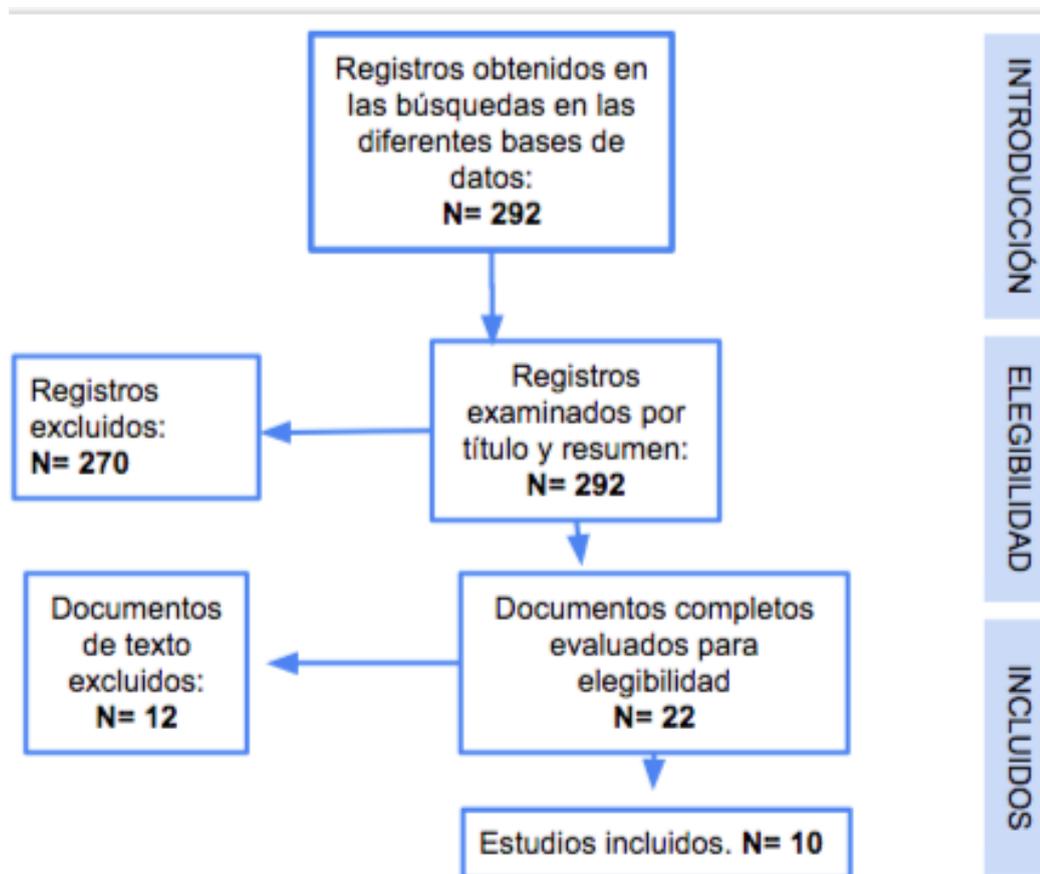
SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS

De los resultados obtenidos se realizó una selección manual de los registros en base a los criterios de inclusión y exclusión citados anteriormente.

La selección se realizó en dos fases. En la primera se ha realizado la selección leyendo tan sólo el título de la literatura, mientras que, en la segunda fase, se realizó la lectura de los resúmenes. Tras esto la selección final fue de 10 artículos (Figura 1).

Los estudios seleccionados se clasificaron en función de la evidencia científica que se aporta en base a la escala Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. (Anexo 2)

Figura 1: Diagrama de flujo del proceso de selección:



4. RESULTADOS

Tabla 3: Ensayos clínicos

Autor/a	Tipo de estudio	Población	Área de intervención	Profesional participante	Duración de la intervención	Intervención	Efectividad de la Educación prenatal	N. Evidencia	G. Recomendación
Cauble, 2021 (15)	ECA	41 mujeres entre 18-35 años entre la 9-30 semana de gestación	Educación prenatal LM	Asesor de lactancia y dietista	12 meses	Seis sesiones semanales de 60 minutos cada una, a partir de las 16-30 semanas de gestación. Además de llamadas telefónicas.	No se encontraron diferencias significativas en la LME entre el grupo control y el grupo de intervención a los 6 meses.	1b	A

Sehhatie et al 2020 (16)	ECA	108 gestantes	Educación prenatal	Enfermeras	7 meses	4 sesiones de educación sobre lactancia materna	Hubo diferencias significativas en la autoeficacia de la LM entre el grupo control y el de intervención.	1b	A
lliadou et al 2018 (17)	Estudio cuasi-experimental	103 primíparas >32 sg y >18 años	Sesión educativa.	Matronas	8 meses	Sesión de 4 horas impartida por la matrona	La intervención no es estadísticamente significativa. No hay diferencias entre el grupo de la intervención y el control	3b	B

Payaró et al 2016 (18)	Estudio original	242 mujeres embarazadas entre 18-22 años	Programa de seguimiento y educación prenatal	Matronas	12 meses	6 visitas individuales a la consulta sesiones por facebook cada 3 semanas y 2 visitas domiciliarias postparto	Si se observaron evidencias significativas de incremento de la duración de la LM	3b	B
---------------------------------------	------------------	--	--	----------	----------	---	--	----	---

Wong et al 2014 (19)	ECA	469 primíparas	Educación prenatal individual	Enfermeras	10 meses	Una sesión individual de apoyo y educación prenatal sobre la lactancia materna	No diferencias estadísticamente significativas sobre entre los dos grupo en los resultados de LME a las 6 semanas posparto	1b	A
-------------------------------------	-----	----------------	-------------------------------	------------	----------	--	--	----	---

Kronborg et al 2012 (20)	ECA	1193 gestantes en la semana 21+6	Educación sobre LM	Enfermeras	6 meses	Programa de entrenamiento y educación sobre lactancia materna	El entrenamiento prenatal sobre LM incrementa el nivel de confianza y conocimiento de las gestantes, que hará que la duración de la LME sea mayor	1b	A
------------------------------------	-----	----------------------------------	--------------------	------------	---------	---	---	----	---

Los resultados hallados respondiendo a la pregunta formulada en este trabajo se presentarán en distintos apartados, estando los principales resultados recogidos en la tabla 3.

Se examinaron un total de 4 ECAs (15,16,19,20) un estudio original (18) y un estudio cuasiexperimental (17) que analizaron la efectividad de la educación prenatal en el inicio, mantenimiento o ambas de la lactancia materna.

Población a estudio.

El reclutamiento final de mujeres de los estudios (n=6) varió desde 41 gestantes (15) a 1193 gestantes (20). La edad promedio de ellas oscilaba entre 18-35 años. Limitándose todos los estudios a mujeres mayores de edad y uno de ellos a mujeres entre 18-22 años (18).

Algunos estudios (17,18,20), establecieron que la intervención se realizase en unas mujeres gestantes, en unas semanas concretas de gestación, que oscilaron desde la 9 (15) a la 32. (17)

Área de intervención.

Respecto al área de intervención todos los artículos (n=5) están enfocados en programas de educación sobre lactancia materna y un posterior programa de seguimiento para valorar dichas intervenciones. Uno de ellos, (n=1) (20), incluye también un programa de entrenamiento de la habilidad de la lactancia.

Profesionales participantes en la intervención.

Los profesionales reclutados para la formación en lactancia materna y educación prenatal fueron diferentes, dependiendo del artículo revisado.

En tres estudios (n=3) (16,19,20) la educación prenatal fue impartida por enfermeras. En otro estudio (n=1) (15) la intervención fue realizada por la asesora de lactancia y dietista. Por último, en el estudio original (18) fue la matrona la profesional responsable de la realización del programa de educación prenatal para las gestantes.

Tipo de intervención.

La intervención varía bastante dependiendo del estudio. En su mayoría, son sesiones en grupo presenciales, donde se ofrece información, para aumentar así el conocimiento de las madres.

En tres estudios (15-17) se han realizado sesiones en grupo de 5-7 participantes. En estas sesiones se trataron temas como, los beneficios psicológicos de la lactancia materna, la estructura y fisiología de los senos, las hormonas de la lactancia materna, las razones comunes de la interrupción y el fracaso de la lactancia materna, las afecciones y trastornos comunes de los senos, la nutrición materna durante la lactancia materna y los consejos para extraer leche materna.

Además en otro estudio (17), aparte de centrarse en lo anterior, se apoyaban también de recursos como presentaciones, utilización de muñecos, se creaban grupos de discusión...

Un estudio (18), además de las consultas presenciales individuales, realizó también sesiones por facebook cada tres semanas y consultas en el domicilio.

En dos de ellos (15,16), tras el nacimiento del niño, se le pide a la madre que cubra un cuestionario para valorar la efectividad de la intervención.

Otro (17) utiliza escalas para la valoración del conocimiento y eficacia tras la intervención: Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Breastfeeding Knowledge Questionnaire.

Duración de la intervención.

La duración de la intervención varió entre 6-8 meses (16,17,20) y 10-12 meses (15, 18, 19).

Este periodo de intervención realmente queda dividido en dos momentos diferentes. Por un lado, el tiempo prenatal, que realmente es el momento donde se realiza la intervención educativa, y por otro lado, el periodo posnatal donde se realiza el seguimiento y evaluación de la intervención.

En cuanto a la exposición de la intervención, solo un estudio (n=1) (15), especificó la duración típica de las sesiones educativas, que eran de una duración de 60 minutos, por sesión. Además, el número de intervenciones también oscila dependiendo del

estudio, siendo 3 los que especifican el número oscilando entre 1 (19) 4 (16) y 6. (15,18)

Efectividad de la educación prenatal:

Tres estudios (15,17, 19) no encontraron evidencia significativa como para asociar la intervención estudiada en cada caso, como un factor relacionado en la lactancia.

Los otros dos ECAs y el estudio original, determinan que las intervenciones realizadas en dichos estudios son estadísticamente significativas. Esto quiere decir que las intervenciones realizadas, influyen como factor de éxito tanto en el inicio como en el mantenimiento de la lactancia.

Tabla 4: Revisiones sistemáticas

Autor/a	Áreas de intervención	Nº de artículos	Intervención propuesta	N. Evid3. Recom	
Vasquez et al 2019 (21)	Intervención educativa sobre lactancia materna prenatal para prolongar los tiempos de amamantamiento	10 (ECAs)	Establecimiento de programas educativos en consultorios externos dirigidos a gestantes para favorecer la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses y prolongarla hasta los dos años. Anualmente programar actividades educativas a los colegios de nivel secundario sobre lactancia materna. Concienciar al personal sobre la necesidad de capacitarse periódicamente sobre lactancia materna.	1a	A
Martínez et al. 2017 (14)	Educación prenatal, distribución de guías educativas y participación matrona.	40 (estudio de cohortes, descriptivos transversales y revisiones bibliográficas)	Educación materna factor protector en la toma de decisión del tipo de lactancia y la mejora del mantenimiento de la LM. Mejor valoración, educación impartida por matronas.	2a	B

Efectividad educación prenatal en el éxito de la LM

Lumbiganon et al 2016 (22)	Educación prenatal sobre LM en gestantes	20 (ECAs)	Videos, folletos y sesiones mensuales impartidas por el asesor de lactancia.	1a	A
Balogun et al 2016 (23)	Inicio lactancia materna	28 (ECAs)	Campañas de promoción y asesoramiento por parte de profesionales sanitarios, asesoramiento no dirigido por profesionales de la salud, así como las intervenciones de apoyo de compañeros	1a	A

Los resultados hallados en respuesta a la pregunta de estudio de este trabajo se presentarán en varios apartados, estando los principales resultados, recogidos en la tabla 4.

Se examinaron un total de 4 RS que analizaron la efectividad de la educación prenatal en el inicio y/o mantenimiento de la LM.

Martínez et al (14) tras la realización de la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y aplicando sus criterios de inclusión y exclusión determinan un total de 40 documentos, incluyendo en ellos estudios observacionales de cohortes, transversales, estudios descriptivos transversales, revisiones, 2 guías de práctica clínica, una guía on-line NICE y Plan estratégico.

En primer lugar, analizan los factores influyentes en el inicio de la LM. Varios artículos afirman que la edad (gestantes añosas), la experiencia previa, el nivel de educación, el momento de la toma de la decisión, el apoyo familiar, el parto eutócico, la multiparidad, el ambiente hospitalario favorable y la educación maternal sobre los beneficios de la LM son factores protectores y favorecedores para el establecimiento de la LM.

Por lo tanto, algunos estudios determinan que la falta de información y apoyo prenatal a la madre y familia, las prácticas rutinarias innecesarias en las maternidades, atención primaria y otros ámbitos y la escasa formación de los profesionales sobre LM y la publicidad sobre LA, influyen negativamente en la instauración y mantenimiento de la lactancia.

Además, se ha determinado una discontinuidad en la promoción de la LM. En AP se llevan a cabo clases dedicadas exclusivamente a la LM, siendo éstas un factor positivo probado en distintos estudios. En cambio, en la Atención Especializada no existen actividades protocolizadas, a excepción de los intentos por formación del personal y las iniciativas del Hospital Amigos de los Niños que no han obtenido los resultados deseados.

Varios estudios concluyen que la creación de programas de salud y la educación tanto a la madre como a la familia y pareja, en grupo o individual, lideradas por profesionales de la salud (matronas) y poniendo especial atención a aquellas mujeres con menor nivel sociocultural son clave para producir un aumento en la tasa

de LM exclusiva en las primeras 24h tras el nacimiento y su mantenimiento más allá de los 2 meses de vida.

Vasquez et al (21) para la realización de su RS, realizan una búsqueda en diferentes bases de datos y utilizando los criterios de inclusión y exclusión, como el idioma o el año de publicación, escogen un total de 10 artículos científicos.

Todos los artículos demuestran que la intervención educativa sobre LM en la etapa prenatal resulta efectiva para prolongar el tiempo de amamantamiento.

Algunos de los estudios determinan que impartir educación prenatal, aumenta el nivel de conocimiento de las madres y esto produce un aumento en los tiempos de LM, por lo menos hasta los 6 meses de vida. Además de una reducción de la morbilidad y como consecuencia un menor ingreso hospitalario en el grupo de lactantes en el que sus madres participaron en la intervención.

Lumbiganon et al (22) incluyen en su revisión un total de 24 estudios (ECAs).

Determinan que no hay diferencias significativas entre los grupos que reciben los cuidados estándar (de rutina) y los que no. No hay evidencia de que estas intervenciones aumenten el porcentaje de mujeres con LM. Algunos sí que mostraban un ligero aumento, pero estos estudios tenían amplios intervalos de confianza.

Por otro lado, algunos estudios establecen que la educación prenatal, impartida por la asesora de Lactancia, utilizando folletos, vídeos y sesiones mensuales, mejoraban las tasas de LM exclusiva tanto a los 3 meses como a los 6 meses; comparándolas con el grupo de mujeres que recibían la atención estándar.

Otros estudios determinan que no hay evidencia de que esta educación centrada en la LM mejore las tasas de las mismas.

Por lo tanto, los autores determinan que no hay evidencia que concluya que ninguna educación prenatal sobre la LM mejore la iniciación de la LM y sus tasas a los meses. Finalizan, expresando la necesidad de realizar ECAs de alta calidad para poder evaluar la eficacia.

Balogun et al (23) pretenden tener una mejor comprensión sobre aquello que funciona a la hora de promover la LM. Para ello se seleccionaron un total de 18 estudios acorde con los criterios de inclusión y exclusión.

Determinan que la educación impartida por médicos, enfermeras y matronas y el asesoramiento y el apoyo familiar y de su pareja mejora de manera importante el número de mujeres que empiezan a amamantar.

Efectividad educación prenatal en el éxito de la LM

Algunos de los estudios también determinaron una mejoría en la tasa de LM con las intervenciones proporcionadas por voluntarios capacitados y grupos de apoyo, comparándolas con las mujeres que tan sólo recibieron la educación estándar.

Finalmente, concluyen que la evidencia de esta revisión es de calidad baja ya que la mayoría de los estudios se realizaron sobre un grupo de población muy concreta lo que limita la posibilidad de generalizar estos resultados a otros entornos.

Expresan la necesidad de realizar más estudios en diversos ámbitos y entornos.

5. DISCUSIÓN.

El objetivo de este trabajo ha sido revisar los estudios que investigan los factores que facilitan el inicio y mantenimiento de la LM y principalmente la efectividad de la educación prenatal.

Al realizar el trabajo hemos comprobado que todos los estudios incluidos (n=10) presentan una intervención bastante similar, pero en cambio son variados en cuanto a la población de estudio y el tiempo que se dedica a dicha intervención. En algunos de los estudios, la actuación sobre educación se resume en una sola sesión, mientras que en otros estudios, consiste en un programa educacional de varias sesiones (4-6) a lo largo de la gestación y con su posterior evaluación posnatal.

Actualmente no existe una intervención protocolizada sobre la educación prenatal, por eso cada estudio utiliza métodos y formas diferentes.

Todas las intervenciones están orientadas al aumento de la información y conocimiento de las madres, tanto a nivel anatómico y fisiológico de la lactancia materna, como psicológico y psicosocial. Algunos de ellos destacaron la importancia del apoyo y la participación de los familiares y parejas en los programas de educación.

Como hemos dicho, se han estudiado diferentes formas de actuación sobre la educación prenatal. Destacando como las más efectivas o concluyentes, aquellas en las que se realizaban más de una sesión, en las que las sesiones eran grupales y además de enseñar los beneficios de la LM, temas anatómicos, hormonales, beneficios psicológicos etc, se realizaban talleres prácticos y se formaban grupos de discusión.

En cuanto al profesional sanitario encargado de impartir la educación sobre LM, podemos observar en los diferentes estudios que hay controversia. Algunos destacan la figura de la matrona, enfermera, asesora de lactancia o médico/a. Algunos artículos ni siquiera hacen referencia al profesional encargado de impartir la intervención. Esto se puede deber al hecho de que la profesión de matrona que suele ser el profesional de referencia en este proceso, no existe ni en Estados Unidos ni en algunos países de Sudamérica, por lo que es normal que en algunos de los artículos no aparezca esta figura y sean las asesoras de lactancia o incluso los/as médicos/as los encargados de realizar esta función.

Por todo ello, a día de hoy podemos decir que los estudios sobre educación prenatal y LM, arrojan resultados controvertidos y existen todavía múltiples cuestiones sobre las que seguir investigando. Son necesarios estudios de calidad metodológica, en poblaciones amplias que confirmen la utilidad y efectividad de la cuestión estudiada. Aun así sería importante fomentar la aplicación clínica de la educación prenatal sobre LM, ya que habría más posibilidad de realizar investigaciones de alta calidad.

6. CONCLUSIONES.

Tras la realización de esta revisión bibliográfica sacamos en claro la gran importancia que tiene la adquisición de información para el éxito de la lactancia. Cuanta más información veraz y sin sesgos tiene la madre y su entorno, más libre será a la hora de escoger el tipo de lactancia que dará a su descendiente y mayor probabilidad, de que, en caso de escoger LM, ésta sea llevada a cabo con éxito.

El propósito fundamental de la educación prenatal, entre otros objetivos ya vistos, es el del aumento del conocimiento tanto de la madre como de su familia y pareja en caso de tenerla. A pesar de esto, hay controversia en cuanto a los resultados de los estudios analizados.

La mitad de los estudios analizados han demostrado que son significativamente más efectivos que el no tratamiento o la intervención estándar/habitual. El resto de los estudios presentaron una serie de limitaciones, principalmente de sesgo, ya que utilizaban un grupo poblacional muy limitado, con los que no se podría generalizar los resultados lo que no permitió establecer unos resultados reales. Además, en muchos de estos estudios no se especificaba ni la calidad ni el tipo de intervención realizada.

Además, en cuanto al tipo de intervención, resulta interesante la realización de un programa educacional en el que se incluyan sesiones teóricas donde adquirir aquellos conceptos esenciales de la LM, como pueden ser las diferentes posiciones, desmitificar muchas afirmaciones que tenemos interiorizadas desde la infancia... Pero que se incluyan también sesiones prácticas, donde la gestante y su entorno familiar (pareja, madre...) puedan aplicar todo lo enseñado en las sesiones teóricas, con el objetivo de ver así los errores y aprender de ellos.

Por otro lado, sigue existiendo una controversia mayor con respecto al profesional encargado de impartir la educación prenatal. Dada la cualificación y contacto frecuente con las pacientes, debería ser la enfermera especialista en ginecología-obstetricia la agente responsable de llevar a cabo dicha intervención, más concretamente la matrona de atención primaria, suponiendo eso un hecho importante para la profesión.

En conclusión, es importante la realización de estudios de calidad en los que se valoren programas educativos específicos, en grupos poblacionales amplios e impartidos por matronas. Es un campo de investigación que está en auge, ya que al realizar la búsqueda de información hemos detectado un aumento de las publicaciones en los últimos años, por lo que resultaría beneficioso seguir trabajando en él, para alcanzar la mejor calidad asistencial basada en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mohammed Mohamed D, Alcolea Flores S. Guía para una Lactancia Materna Feliz. Ceuta: Hospital Universitario de Ceuta. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2010. Disponible en: http://comatronas.es/contenidos/2012/02/mamas_y_papas/Guia_para_una_lactancia_materna_feliz.pdf
2. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martín L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington, D.C: OPS; Junio 2002. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/2-evid_beneficios.pdf
3. Reza Suárez L, Franco Fernández M, Cayambe Carrillo J, Calderón Pilligua T. La lactancia materna y su repercusión en el desarrollo cognitivo. *Rev Car Ciencias Sociales*. Julio 2018. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/07/lactancia-materna-desarrollo.html>
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OBSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf
5. Llopis-Rabout-Coudray M, López-Osuna C, Durá-Rayó M, Richart-Martínez M, Oliver-Roig A. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. *Matronas Prof*. 2011; 12(1): 3-8. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/03-8-art-orig-fiabilidad.pdf#:~:text=La%20lactancia%20materna%20%28LM%29%20es%20la%20opci%C3%B3n%20m%C3%A1s,materna%20a%20los%203%20y%206%20meses%2C%20respectivamente4>
6. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la Lactancia en España y en otros países. Madrid, 2016. Disponible en:

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>

7. Gutiérrez de Terán-Moreno G, Ruiz Litago F (dir), Sanz Echevarría B (dir). Factores fisiológicos y sociales que influyen en el éxito de la lactancia materna. [Leloa]: Universidad del País Vasco, Diciembre 2015. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19879/tesis_gutierrez%20de%20teran_moreno_gloria.pdf?sequence=1
8. Tadasse Gabremariam K, Zelenko O, Mulugeta A, Gallegos D. Cross-sectional comparison of breastfeeding knowledge, attitudes, and perceived partners' support among expectant couple in Mekelle, Ethiopia. *Int Breastfeed J.* 2021; 16: 3. DOI: 10.1186/s13006-030-00355-z. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7784251/>
9. Díaz-Gómez M, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, de Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública.* 2016; Vol 90; 15 septiembre e1-e18. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v90/1135-5727-resp-90-e40016.pdf>
10. Naves Alves AN, Couto de Oliveira M, Rodrigo de Moraes J. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. *Rev. Saúde Pública.* 2013; Vol 47 (6). Disponible en: <https://scielosp.org/article/rsp/2013.v47n6/1130-1140/pt/>
11. *Banco de Preguntas Preevid. ¿Influye el tipo de parto, en el inicio y duración de la lactancia materna? Murciasalud, 2022. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/preevid/24650>*
12. Silva Ocampo P, Vargas N, León N, Durán Agüero S, Araya M, Rudman J et al. El tipo de parto, ¿podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva?. *Rev Esp Nutri Comunitaria* 2018; 24(2): 48-52. DOI: 10.14642/RENC.2018.24.2.5243. Disponible en: https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2018_2-1_Silva_Ocampo_P.pdf
13. Vizquerra-Guevara P, Roque Quezada JCE, Guerra Cuyutupac IA, Saldaño Díaz CV. Factores asociados al nivel de conocimientos sobre

lactancia materna exclusiva en madres primíparas atendidas por teleconsulta. Rev Peru Invest Matern Perinat 2021; 10(1): 14-8.

Disponible en:

<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/222/267>

14. Martínez-Galán P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz D, Martínez-Martín E, Manrique-Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. Enferm. Univ 2017. 14 (1) Ciudad de México. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632017000100054&script=sci_arttext

15. Cauble J, Herman A, Wick J, Goetz J, Daley C, Sullivan D, Hull H. A prenatal group based phase counseling intervention improve breastfeeding rates and complementary feeding a randomized, controlled pilot and feasibility trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2021; 21: 521. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8296528/>

16. Sehhatie Shafaei F, Mirghafourvand M, Havizari S. The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: a randomized controlled clinical trial. BMC Womens Health. 2020; 20: 94. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7201717/>

17. Iliadou M, Lykeridou K, Prexerakos P, Swift EM, Tziaferi S. Measuring the Effectiveness of a Midwife-led Education Programme in Terms of Breastfeeding Knowledge and Self-efficacy, Attitudes Towards Breastfeeding, and Perceived Barriers of Breastfeeding Among Pregnant Women. Mater Sociomed. Dic 2018; 30(4): 240-245. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6377922/>

18. Payaró A, Zamora L, Almirall R, Miguel M, Carrascón A. Inicio y continuidad de la lactancia materna en relación con la asistencia a un programa educativo para madres jóvenes. Matronas Prof, 2016; 17(3): 99-106. Disponible en:

<https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-inicio-y-continuidad-lm.pdf>

19. Wong K, Fong T, Yee D, Lee Y, Lai I, Sing C, Tarrant M. Antenatal Education to Increase Exclusive Breastfeeding. *Obs & Gynecology*: Nov 2014. 124 (5): 961-968. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2014/11000/Antenatal_Education_to_Increase_Exclusive.15.aspx#:~:text=We%20designed%20a%20randomized%20controlled%20trial%20to%20test,hospitals%20in%20Hong%20Kong%20were%20screened%20for%20eligibility.
20. Kronborg H, Damkjaer M, Maimburg R, Vaeth M. Antenatal training to improve breastfeeding: a randomised trial. *Midwifery*, Dic 2012. 28(8): 784-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22018394/#:~:text=Antenatal%20training%20to%20improve%20breast%20feeding%3A%20a%20randomised,with%20sufficient%20knowledge%20about%20breast%20feeding%20after%20birth>
21. Vasques Valverde SI, Valles Rios KG, Pretell Aguilar RM (dir). Efectividad de una intervención educativa sobre lactancia materna en la etapa prenatal para prolongar los tiempos de amamantamiento. [Lima]: Universidad Privada Norbert Wiener. 2019. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/3016/TRABAJO%20ACAD%3%89MICO%20Vasquez%20Sayda%20-%20Valles%20Katty.pdf>
22. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho J, Hakimi M. Educación prenatal en lactancia materna para aumentar su duración. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Dic 2016. 12 (CCD006425). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006425.pub4/full/es>
23. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, Renfrew M, MacGillivray S. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016 11. (CD001688). Disponible en:

https://www.cochrane.org/es/CD001688/PREG_intervenciones-para-alar-entar-las-mujeres-que-empiecen-amamantar

24. Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia: niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. Rev Chilena Infectol. 2014; 31 (6): 705-718. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600011#:~:text=Esta%20sistematizaci%C3%B3n%20propuesta%20por%20el%20epidemi%C3%B3logo%20David%20L.,Clasificaci%C3%B3n%20de%20los%20niveles%20de%20evidencia%20seg%C3%BAn%20Sackett.

ANEXOS

Anexo 1: Estrategia de búsqueda

SCOPUS	
(TITLE-ABS-KEY("prenatal education") OR TITLE-ABS-KEY("prenatal care") AND TITLE-ABS KEY (breastfeeding) AND TITLE-ABS-KEY (effectiveness))	
Límites	Publicaciones: 2018-2022
Resultados	67

PUBMED	
((((("Prenatal education" [tiab]) OR ("prenatal care" [tiab])) OR ("Prenatal Care"[Mesh])) OR ("Prenatal Education"[Mesh])) AND (("breastfeeding" [tiab]) OR ("Breast Feeding"[Mesh])) AND (("effectiveness" [tiab]) OR ("Comparative Effectiveness Research"[Mesh]))	
Límites	Publicaciones desde 2012
Resultados	83

MEDLINE	
(MH "prenatal education") AND (MH "breast feeding")	
Límites	Publicaciones desde 2018

Resultados	33
-------------------	----

WEB OF SCIENCE	
TEMA: (“breastfeeding”) AND TEMA: “prenatal care” OR “prenatal education”	
Límites	Publicaciones de los últimos 5 años (desde 2012) Tipo de documento: Review articles and clinical trial
Resultados	101

COCHRANE LIBRARY PLUS	
((“lactancia materna”) AND (“educación prenatal))	
Límites	Revisiones sistemáticas
Resultados	8

CUIDEN	
((“lactancia materna”) AND (“educación prenatal))	
Límites	
Resultados	8

Anexo 2: Resultados de búsquedas bibliográficas y selección de artículos

Artículos encontrados en PUBMED, MEDLINE, SCOPUS, COCHRANE y WOS	Inclusión (sí/no)	Motivos de exclusión
<i>Sarki M; Parlesak A.; Robertson A.</i> Comparison of national cross-sectional breast-feeding surveys by maternal education in Europe (2006–2016)	No	Nivel de educación de la madre.
<i>P. Martínez-Galán P; Martín-Gallardo E; Macarro-Ruiz D; Martínez-Martín E; Manrique-Tejedor J.</i> Prenatal education and the commencement of breastfeeding: A literature review	Sí	
<i>Vasquez S; Valles K.</i> Efectividad de una intervención educativa sobre lactancia materna en la etapa prenatal para prolongar los tiempos de amamantamiento.	Sí	
<i>Góngora C; Mejias R; Vázquez L; Frías A; Cruz J; Cruz R.</i> Efectividad de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento de lactancia materna en gestantes	No	Incluye gestantes 15-18 años Efectividad de la educación prenatal en la mejora del conocimiento de las gestantes
<i>Lumbiganon P; Martis R; Laopaiboon M; Festin M; Ho J; Hakimi M.</i> Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration	Sí	

<i>Sehhatie F, Mojgan Mirghafourvand M; Havizari S.</i> The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: a randomized controlled clinical trial	Sí	
<i>Omer A; Haile D; Shikur B; Macarayan E; Hagos S.</i> Effectiveness of a nutrition education and counselling training package on antenatal care: a cluster randomized controlled trial in Addis Ababa	No	No trata sobre el tema. Nutrición materna durante el embarazo
<i>Bonuck K; Stuebe A; Barnett J; Labbok M; Fletcher J; Bernstein P.</i> Effect of primary care intervention on breastfeeding duration and intensity	No	Incluye el periodo posnatal
<i>Wong K; Fong D; Yin Lee I; Chu S; Tarrant M.</i> Antenatal education to increase exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial	Sí	
<i>Kronborg H; Maimburg R; Væth M.</i> Antenatal training to improve breastfeeding: a randomised trial	Sí	
<i>Martín S; Santamaría Martín M; Alonso A; Rico M; del Cura I; Rodríguez R et al.</i> Effectiveness of an educational group intervention in primary healthcare for continued exclusive breast-feeding: PROLACT study	No	Proyecto de investigación, no se lleva a cabo el estudio. Periodo posnatal

<i>Aunchalee E. L. Palmquist Kathleen C. Parry; Kathryn Wouk; Gigi C. Lawless, Jacquana L. Smith; Abigail R. Smetana; Julia F. Bourg; Michelle J. Hendricks; Catherine S. Sullivan.</i> Ready, Set, BABY Live Virtual Prenatal Breastfeeding Education for COVID-19	No	Educación online
Balogun O; O'Sullivan E; McFadden A; Ota E; Gavine A; Garner C; Renfrew M; MacGillivray S. Intervenciones para promover la iniciación de la lactancia	Sí	
<i>Cauble J; Herman A; Jeannine Goetz J; Daley C; Sullivan D; Hull H.</i> A prenatal group based phone counseling intervention to improve breastfeeding rates and complementary feeding: a randomized, controlled pilot and feasibility trial	Sí	
<i>Zhao Y; Lin Q; Wang J; Bao J.</i> Effects of prenatal individualized mixed management on breastfeeding and maternal health at three days postpartum: A randomized controlled trial	No	Postparto
<i>Kim J; Shin J; Donovan S.</i> Effectiveness of Workplace Lactation Interventions on Breastfeeding Outcomes in the United States: An Updated Systematic Review	No	Intervenciones sobre lactancia en el lugar de trabajo de las mujeres

Abdulahi M;Fretheim A; Magnus J.Effect of breastfeeding education and support intervention (BFESI) versus routine care on timely initiation and exclusive breastfeeding in Southwest Ethiopia: study protocol for a cluster randomized controlled trial	No	Es un proyecto de investigación, no se lleva a cabo la misma
Higashi, G; Santos, Sibeli Seefeld dos; Silva, R; Jantsch, L; Soder R; Silva, Luiz A. Nursing practices and the sociocultural influence on breastfeeding adherence	No	Estudio cualitativo
Silva Barbosa T. Promoção do aleitamento materno exclusivo: dificuldades que levam ao desmame precoce.	No	Hace mas de 10 años de la publicación (2008)
Payaró A; Zamora L; Almirall R; Miguel M; Carrascón A. Inicio y continuidad de la lactancia materna en relación con la asistencia a un programa educativo a madres jóvenes	Sí	
Huang P; Jianrong Y; Xhingui L; Biru L. <i>Individualized intervention to improve rates of exclusive breastfeedin</i>	No	Sesiones por vídeos.
Iliadou M; Lykeridou K; Prezerakos P; Swift E; Tziaferi S. <i>Measuring the Effectiveness of a Midwife-led Education Programme in Terms of Breastfeeding Knowledge and Self-efficacy, Attitudes Towards Breastfeeding, and Perceived Barriers of Breastfeeding Among Pregnant Women</i>	Sí	

Anexo 3: Clasificación de los niveles de evidencia de Oxford (OCEBM)

GR	NE	Tratamiento, prevención, etiología y daño	Pronóstico e historia natural	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial y prevalencia	Estudios económicos y de análisis de decisión
A	1a	RS con homogeneidad de EC con asignación aleatoria	RS de estudios de cohortes con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y validados en diferentes poblaciones)	RS de estudios de diagnóstico de alta calidad con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y en diferentes centros clínicos)	RS con homogeneidad de estudios de cohortes prospectivas	RS con homogeneidad de estudios económicos de alta calidad
	1b	EC individual con intervalo de confianza estrecho	Estudios de cohortes individuales, con un seguimiento mayor de 80% de las cohortes y validados en una sola población	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico	Estudios de cohortes prospectivas con buen seguimiento	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; RS de la evidencia. Incluye análisis de sensibilidad
	1c	Todos o ninguna	Series de casos (todos o ninguno)	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico	Series de casos (todos o ninguno)	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos; claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores pero más caras
B	2a	RS de estudios de cohortes con homogeneidad	RS de estudios de cohortes históricas o de grupos controles no tratados en EC con homogeneidad	RS de estudios de diagnósticos de nivel 2 con homogeneidad	RS con homogeneidad de estudios 2b y mejores	RS con homogeneidad de estudios económicos con nivel mayor a 2
	2b	Estudios de cohortes individuales con seguimiento inferior a 80%. EC de baja calidad	Estudio individual de cohortes históricas o seguimiento de controles no tratados en un EC o guía de práctica clínica no validada	Estudios exploratorios que a través de una regresión logística determinan factores significativos y validados con estándar de referencia adecuado (independiente de la prueba diagnóstica)	Estudio individual de cohortes históricas o de seguimiento insuficiente	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; limitado a revisión de la evidencia. Incluye análisis de sensibilidad
	2c	Estudios ecológicos o de resultados en salud	Investigación de resultados en salud		Estudios ecológicos	Auditorías o estudios de resultados en salud
	3a	RS de estudios de casos y controles con homogeneidad		RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad	RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad	RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad
	3b	Estudios de casos y controles individuales		Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de pacientes que podría ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin aplicación de un estándar de referencia		Estudio no consecutivo de cohorte, o análisis muy limitado de la población basado en pocas alternativas o costes, datos de mala calidad, pero con análisis de sensibilidad que incorporan variaciones clínicamente sensibles
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad	Series de casos y estudios de cohortes de pronóstico de baja calidad	Estudios de casos y controles con escasos o sin estándares de referencia independientes	Series de casos o estándares de referencia obsoletos	Análisis sin análisis de sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"

