

Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

**REVISIÓN NARRATIVA: Intervención y
formación enfermera en el seguimiento de la
lactancia materna durante el puerperio tardío**



Autoras: Carla Gómez García, Soledad López Iglesias

Tutora: Eva García Perea

Cotutora: Jenifer Araque García

INDICE

RESUMEN/ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	15
METODOLOGÍA.....	17
RESULTADOS	23
CONCLUSIONES.....	43
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	44
LIMITACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS.....	53

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría agradecer a nuestra tutora Eva García su paciencia, tiempo y dedicación a lo largo de todos estos meses. Por motivarnos y llenarnos de energía al principio del año haciéndonos sentir más tranquilas al final y por el apoyo constante que hemos recibido.

A Jenifer Araque por sus consejos como experta en el tema y por mostrarnos una parte menos visible de la enfermería.

Por último, agradecer a las unidades de maternidad del Hospital Universitario La Paz, donde hemos desarrollado nuestras prácticas clínicas, por despertarnos la curiosidad sobre la lactancia traspasando las barreras hospitalarias.

ABREVIATURAS

AE: Atención Especializada

ANA: American Nurses Association

AP: Atención Primaria

EPS: Educación Para la Salud

GALM: Grupos de Apoyo para la Lactancia Materna

IBCLC: Consultor de Lactancia Certificado por la Junta Internacional

IBLCE: Junta Internacional de Consultores de Lactancia

IHAN: Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

LA: Lactancia Artificial

LM: Lactancia Materna

LME: Lactancia Materna Exclusiva

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

TICS: Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones

UNICEF: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia

RESUMEN

Título: Revisión narrativa: Intervención y formación enfermera en el seguimiento de la lactancia materna durante el puerperio tardío.

Introducción: la LM es el mejor alimento para el bebé, ya que contiene todos los nutrientes necesarios para alcanzar un desarrollo óptimo. La OMS recomienda su exclusividad durante los seis primeros meses de vida, prolongándose hasta los dos años de edad. No obstante, las tasas de LM existentes no cumplen los objetivos deseados.

Objetivo: valorar el seguimiento de la LM por parte de los profesionales de enfermería durante el puerperio tardío.

Material y método: para realizar esta revisión narrativa se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cuiden, Scielo, Cochrane, PsycINFO y Cinahl. A partir de los 345 artículos hallados, se seleccionaron 25 que cumplían los criterios de inclusión y que resultaron acordes con el objetivo presentado.

Resultados: los artículos fueron divididos según su contenido en formas de apoyo para la LM durante el puerperio y en formación de los profesionales de enfermería. Los diferentes métodos de seguimiento incluyeron visitas domiciliarias, apoyo telefónico, seguimiento online y EPS grupal.

Conclusiones: el seguimiento de la LM por parte del personal de enfermería durante el puerperio promueve un aumento del número de madres que amamantan. No obstante, los resultados no son los esperados, es por ello que se requiere una mayor investigación sobre las intervenciones más favorables. El apoyo de los profesionales es más eficaz cuando reciben una formación continua en LM basada en la obtención de conocimientos, actitudes y habilidades.

Palabras clave: *“lactancia materna”, “puerperio”, “enfermería”, “seguimiento”, “educación continua”*.

ABSTRACT

Title: Narrative review: Intervention and training of nurses in the monitoring of breastfeeding during the late puerperium.

Introduction: Breastfeeding is the best food for an infant, since it contains all the nutrients needed to achieve optimum development. The World Health Organisation (WHO) recommends its exclusivity during the first six months of life, extending to two years of age. However, the existing breastfeeding rates don't meet the desired objectives.

Objective: To assess the monitoring of breastfeeding by nursing professionals during the late postpartum period.

Material and Methods: to carry out this narrative review, it was made a bibliographic search on the datebases PubMed, Cuiden, Scielo, Cochrane, PsycINFO and Cinahl. From the 345 articles found, 25 were selected because they met the inclusion criteria and were in accordance with the objective presented.

Results: the articles were divided according to their content in forms of support for breastfeeding during the puerperium period and in nurse education. The different tracking methods included home visits, telephone support, online monitoring and group health education.

Conclusions: the monitoring of breastfeeding by nurses during the puerperium promotes an increase in the number of mothers who breastfeed. However, the results aren't as expected, therefore more research about the favorable interventions is need. The support of professionals is more effective when they receive continuous training in breastfeeding based on the attainment of knowledge, attitudes and skills.

Key words: *“breastfeeding”, “puerperium”, “nursing”, “support”, “continuing education”*.

INTRODUCCIÓN

La LM es el tipo de alimentación proporcionada por el seno materno, ofrece beneficios para la salud de la madre y del lactante a corto y largo plazo. Es la opción más adecuada para la alimentación del bebé, ya que le aporta los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo saludable. (1)

Antecedentes de la LM

A lo largo del tiempo, la LM ha sufrido diversos cambios influenciados por aspectos socioculturales. Desde la antigüedad, ha sido un hábito íntimamente ligado a la alimentación de los niños y niñas durante sus primeros años de vida. De este modo, el bebé ha precisado para su supervivencia leche materna, mayoritariamente procedente de su madre, y en ciertas ocasiones, debido a alguna enfermedad, fallecimiento de la madre o por status social, de una nodriza. Esta figura ha sido muy importante a lo largo de la historia, ya que permitía la continuidad del amamantamiento en estas situaciones, convirtiéndose con el tiempo en un trabajo remunerado (2). Son numerosos los documentos históricos que hablan de la nodriza, así como de la LM, sus cuidados y duración, tales como el código de Hammurabi 1800 A.C., el Papiro de Ebers y el Talmud. (2,3)

El declive de las nodrizas se vio marcado por el descubrimiento de América y la aparición de enfermedades, como la importación de sífilis a América y la exportación de gonorrea a Europa. Debido al contagio infantil por estas enfermedades, se tomó la certera conciencia de su transmisión a través de la leche materna, reforzándose la idea de que la propia madre amamantara a su bebé. Al mismo tiempo, se observó que durante el amamantamiento había un vínculo estrecho entre la nodriza y el lactante, siendo este un aspecto positivo para una maternidad adecuada. De este modo, la lactancia pasó de ser un medio de representación social, a una manera más insistente de unión madre-bebé. (2,3)

Con la Revolución Industrial y la incorporación de la mujer al mundo laboral, se desarrollaron la industria química y farmacéutica que comenzaron a fabricar un alimento sustitutivo de la leche humana (fórmula adaptada), relegando a un segundo plano la lactancia natural. (2)(4)

Tras la Segunda Guerra Mundial, coincidiendo con el desarrollo de las fórmulas adaptadas, en EEUU, las cifras de LM eran prácticamente indetectables, trasladándose a

otros países, desarrollados y subdesarrollados. La principal consecuencia del abandono de la LM fue el aumento de la morbimortalidad infantil a nivel mundial y especialmente en países del tercer mundo, ya que los bebés enfermaban por procesos infecciosos y trastornos hidroelectrolíticos consecuentes de una incorrecta preparación de los biberones y de la pérdida de la defensa natural de la LM. (2,3)

Debido a esta situación, comenzaron a surgir experiencias pioneras en el apoyo a la LM: la Liga de la Leche, un grupo de apoyo materno fundado en EEUU en 1959, y las instituciones que gestionan la leche humana donada como la Gota de Leche, precursora de los Bancos de Leche Humana Donada. (2)(4)

A finales de los años 70 y principios de los 80, organizaciones internacionales como la OMS, la ONU y UNICEF, basadas en los Derechos Humanos y de la Infancia, ratificaron la importancia y la urgencia de implantar campañas de promoción de la LM. Una de las actuaciones liderada por la OMS fue la adopción del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna (1981). Posteriormente, en una declaración conjunta entre la OMS-UNICEF se llevó a cabo la transformación de los hospitales maternos mediante la aplicación de los “Los 10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Materna” (1989), con el objetivo de favorecer el conocimiento sobre la lactancia y conseguir un impacto positivo en las prácticas hospitalarias. (2)(4,5)

Dos años más tarde, en respuesta a la Declaración de Innocenti, (1990), de nuevo, la OMS y UNICEF crearon la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) en 1991, siendo en la actualidad, la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. La IHAN ayuda a fomentar unas prácticas de lactancia óptimas, puesto que, durante los primeros días de la madre en el hospital, los conocimientos, las actitudes y la expertía del personal de enfermería de las unidades de maternidad pueden influir significativamente en el futuro éxito de la LM. El resultado de su aplicación provoca un aumento de las tasas de inicio, duración y exclusividad de la LM a nivel mundial. (2)(4,5)

En 1998, como consecuencia de la repercusión de la estrategia, la IHAN se extiende a los servicios de salud de la comunidad. Esta expansión de la iniciativa más allá de los servicios de maternidad redundaba en beneficio de una mejor continuidad asistencial y contribuye a mejorar los resultados en LM. (5,6)

Actualmente, más de 152 países a nivel mundial han aplicado la IHAN en sus centros sanitarios. En España, se encuentran un total de 94 hospitales y 119 centros de salud acreditados o en proceso de acreditación. Siguiendo el ejemplo de otros países europeos, en 2011 se desarrolló en nuestro país el sistema de acreditación por 4 fases, permitiendo el planteamiento de metas cercanas y una mejor planificación administrativa. (5)(7-9)

En Febrero de 2017, el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés (Madrid) ha obtenido el galardón que le acredita como hospital IHAN, siendo el primer hospital de España en conseguir la acreditación con la nueva modalidad por fases. (10)

Sin embargo, a pesar de las campañas y estrategias promovidas por la OMS y UNICEF, las tasas de LM y su duración no se atribuyen a lo esperado. La OMS la recomienda de forma exclusiva durante los seis primeros meses de vida complementándola progresivamente con nuevos alimentos hasta los dos años de edad. (1)(11)

Dadas estas recomendaciones, se determinó que la LME es el tipo de lactancia que ofrece únicamente el seno materno sin agregar ningún otro tipo de alimentación, ya sean líquidos o sólidos. Para iniciar y mantener una LME durante los seis primeros meses, la OMS y UNICEF recomiendan (1)(11):

- Iniciar la LM durante la primera hora de vida.
- Dar al lactante únicamente leche materna.
- Administración a demanda, con la frecuencia que quiera el bebé.
- No utilizar biberones, tetinas ni chupetes.

Beneficios de la LM

Las recomendaciones de los organismos internacionales se sustentan en los grandes beneficios de la LM, detallados en la Tabla 1.

Tabla 1. Beneficios de la LM

SALUD DEL BEBÉ
<ul style="list-style-type: none">- Adecuado desarrollo sensorial, cognitivo y motor- Protección frente a enfermedades crónicas:<ul style="list-style-type: none">o Obesidad, diabetes, algunas alergias, hipertensión, enfermedad de Crohn, muerte súbita del lactante, neoplasias- Prevención y reducción de la mortalidad causada por episodios diarreicos e infecciones respiratorias
SALUD MATERNA
<ul style="list-style-type: none">- A corto plazo:<ul style="list-style-type: none">o Favorece la involución uterina y el alumbramiento en el postparto inmediatoo Reduce el riesgo de depresión posparto y mejora del estado anímicoo Método anticonceptivoo Menor tiempo de recuperación del peso preconcepcional- A largo plazo:<ul style="list-style-type: none">o Protege contra cáncer ovárico y mamario y osteoporosis
VINCULACIÓN MADRE-LACTANTE
<ul style="list-style-type: none">- Refuerzo de la relación:<ul style="list-style-type: none">o Proporciona confianza y seguridad a ambos
ENTORNO FAMILIAR Y COMUNITARIO
<ul style="list-style-type: none">- Ahorro de recursos: método de alimentación menos costoso<ul style="list-style-type: none">o Impacto directo: compra de LA y energía calórica en preparación del biberóno Impacto indirecto por la reducción de enfermedades del lactante:<ul style="list-style-type: none">▪ Diminución absentismo laboral de los padres▪ Disminución del consumo de recursos sanitarios- Protección medio-ambiental: reducción de residuos y ahorro del transporte de fórmulas y botellas

Fuente: Elaboración propia. (12-17)

Sin embargo, a pesar de las ventajas analizadas, las tasas de LM en España no cumplen con las recomendaciones internacionales. Las cifras de LME en España, publicadas en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (actualizada en Junio 2016), se reflejan en la Tabla 2. (18)

Tabla 2. Tasas de LME en España

EDAD DEL LACTANTE	TASAS DE LME
Seis semanas	66,2 %
Tres meses	53,6 %
Seis meses*	28,5 %

Fuente: Elaboración propia. (18)

**Un 53,1% de los bebés son alimentados con LA a esta edad.*

Aun así, no se dispone de ningún registro oficial para el seguimiento de la LM, por lo que resulta difícil calcular la verdadera situación. (18)

En comparación con otros países, la prevalencia de LME en España se sitúa a un nivel intermedio, estando los países nórdicos, Japón, Canadá y nueva Zelanda en el nivel más alto, con cifras de LME entre 71-81% a los tres meses del nacimiento. Por el contrario, Reino Unido, EEUU, Irlanda y Francia muestran prevalencias inferiores, siendo de 15-43% a los tres meses y de 0,2-14% a los seis meses. (19,20)

Factores determinantes de la LM

Para mejorar los resultados y la eficacia de la LM, los profesionales de la salud necesitan determinar los condicionantes positivos y negativos de amamantamiento abordables desde el campo de los cuidados. (21)

Uno de los principales factores protectores de la LM que se puede modificar es la autoeficacia materna. Esta variable se define como la percepción de las madres sobre su habilidad para dar el pecho y se relaciona con la duración y la exclusividad de la lactancia. Predice la decisión de amamantar, el esfuerzo dedicado, el modelo de pensamiento positivo o negativo y las reacciones ante las dificultades de la LM. En consecuencia, su abordaje es de gran utilidad en la planificación de actividades de promoción y apoyo a la LM durante la etapa prenatal y postparto. (21,22)

Respecto a los factores que influyen negativamente en la instauración, duración y mantenimiento de la LM, se pueden agrupar en tres niveles desglosados en la Tabla 3 (21):

- Nivel individual: agrupa los factores relacionados con la diada madre-bebé, vinculados a la decisión de la madre sobre el inicio o duración de la LM y los comportamientos de la madre y del lactante.

- Nivel comunitario: incluye los factores del ambiente externo donde las madres y sus bebés habitan y se relacionan con otros.
- Nivel sociocultural: vinculados a la estructura de la sociedad relacionada con la aceptabilidad y las expectativas de la lactancia.

Tabla 3. Factores de abandono de la LM

<p style="text-align: center;">NIVEL INDIVIDUAL</p>	<p>Intención materna de amamantar poco tiempo o decisión tardía de amamantar</p> <p>Actitud negativa hacia la lactancia</p> <p>Experiencia anterior negativa o inexistente</p> <p>Baja percepción de autoeficacia para la LM</p> <p>Madres adolescentes y/o solteras</p> <p>Bajo nivel de ingresos y/o educativo</p> <p>Retraso en el inicio de la producción láctea</p> <p>Percepción materna de leche insuficiente</p> <p>Uso de suplementos de leche artificial</p> <p>Técnica de amamantamiento incorrecta</p> <p>Problemas de salud del bebé y de la madre</p> <p>Problemas de lactancia</p> <p>Bajo grado de satisfacción materna con la lactancia</p> <p>Falta de asistencia a programas de educación maternal</p>
<p style="text-align: center;">NIVEL COMUNITARIO</p>	<p>Falta de formación y de habilidades específicas de los profesionales de la salud</p> <p>Prácticas hospitalarias que dificultan la lactancia</p> <p>Carencia de continuidad asistencial prenatal y postnatal</p> <p>Dificultades al volver al trabajo</p> <p>Escasos recursos y apoyo social</p> <p>Baja prioridad de la LM en las políticas públicas y falta de políticas de protección, promoción y apoyo de la LM</p> <p>Falta de legislación afín al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna</p>
<p style="text-align: center;">NIVEL SOCIOCULTURAL</p>	<p>Creencias culturales que afectan negativamente a la LM</p> <p>“Cultura del biberón”</p> <p>Procesos de aculturación</p> <p>Desaprobación de la lactancia en público</p> <p>Estilos de vida que dificultan la lactancia</p>

Fuente: Elaboración propia. (4)(16)(20-25)

Todos estos factores, de alguna manera, siempre están relacionados los unos con los otros, aumentando las tasas de abandono de la LM. Por tanto, dada la complejidad del problema, las intervenciones de mejora de las tasas deben ir dirigidas a todos los niveles descritos anteriormente, ya que una intervención en uno solo no completa el abordaje y el apoyo que necesita la LM. (21)

Promoción y prevención de la LM

Para obtener un buen resultado en la promoción y seguimiento de la LM debe darse una continuidad asistencial que comience en AP en el embarazo, que continúe durante la estancia hospitalaria y por último, que finalice nuevamente en el centro de AP de referencia, de manera que también se ofrezca apoyo durante la etapa puerperal.

El puerperio es el periodo que se extiende desde la finalización del alumbramiento hasta 45-60 días del postparto. Comprende diferentes etapas: (26,27)

- Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas e incluye los mecanismos hemostáticos uterinos.
- Puerperio mediato: discierne del segundo al décimo día. Continúan los mecanismos involutivos y se produce la subida de la leche materna. En esta etapa acontece el alta hospitalaria.
- Puerperio tardío: se extiende aproximadamente hasta los 45 días desde el nacimiento del bebé y finaliza con el retorno de la menstruación. Algunos autores la alargan hasta los 6 meses postparto.

En las últimas dos etapas del puerperio se evaluará y aclarará la información que se le ha proporcionado a la madre sobre la lactancia, y se resolverán las primeras dificultades reales de la práctica. El seguimiento en AP se reanuda a las 48 horas tras el alta hospitalaria en la primera visita puerperal, como indica la Cartera de Servicios de las Comunidades Autónomas, donde se valorará la pertinencia de elaborar un plan de cuidados individualizado a cada mujer. (28)

El objetivo general de este trabajo consiste en realizar una revisión narrativa para valorar el seguimiento de la LM por parte de los profesionales de enfermería durante el puerperio tardío.

Los objetivos específicos serán:

- Conocer los diferentes medios de seguimiento por parte de los profesionales de enfermería de la LM.
- Identificar las necesidades que presentan las madres durante la técnica de amamantamiento.
- Analizar la formación del personal de enfermería para llevar a cabo el adecuado seguimiento de la LM.

JUSTIFICACIÓN

Como hemos desarrollado a lo largo de la introducción, las altas tasas de abandono de la LME antes de los 6 meses tras el nacimiento del bebé tienen un gran impacto en la sociedad, repercutiendo en los lactantes, las madres y la comunidad. De esta forma, la protección, promoción y apoyo de la práctica de la LM se han considerado una prioridad en salud pública en Europa. (23)

En España, desde la división de la atención sanitaria en AP y AE por la Ley General de Sanidad (1986), la continuidad de los cuidados entre ambos niveles asistenciales ha supuesto un reto para el Servicio Nacional de Salud. Entendemos como continuidad de cuidados, al proceso de atención sanitaria, que se presta de una manera coordinada en cualquier nivel asistencial, e ininterrumpida a lo largo del tiempo, con un objetivo final de calidad y eficiencia. (29)

El embarazo y el puerperio constituyen una etapa caracterizada por cambios y adaptaciones a nivel fisiológico, psicológico, socio-laboral y cultural, resultando evidente la necesidad de atención profesional a lo largo de todo el proceso. Para ello, debe darse una coordinación entre la atención primaria y la hospitalaria, de tal manera que se establezca una adecuada continuidad asistencial. (30)

En la actualidad, las mujeres en el puerperio son dadas de alta en periodos cada vez más tempranos, durante las primeras 48 horas en partos sin complicaciones. Se trata de un periodo crítico en el que la mujer abandona un entorno seguro, con una red de proximidad y apoyo profesional durante las 24 horas del día, para regresar a un entorno en el que tendrá que resolver las necesidades de forma independiente. Por ello, resulta necesario que los profesionales de enfermería utilicen estrategias de cuidado que traspasen los escenarios hospitalarios. (31)

De este modo, nos centraremos en el seguimiento de la LM en el puerperio tardío, debido a la importancia de la figura de los profesionales de enfermería en AP, fundamentales en el seguimiento y promoción de la LM. Con el fin de favorecer el desarrollo de una LM eficaz, estos profesionales deben estar capacitados y formados para dotar de recursos y competencias a las madres. (32)

La repercusión que tiene esta revisión narrativa con respecto a la profesión de enfermería es la visualización de las distintas intervenciones de enfermería para llevar a

cabo un seguimiento adecuado de la LM, así como la importancia de una correcta formación de los profesionales, con el objetivo de alcanzar altas tasas de LM y LME.

METODOLOGÍA

Fuentes consultadas

Para realizar esta revisión narrativa se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de la literatura existente en las bases de datos de ciencias de la salud PubMed, Cuiden, Scielo, Cochrane, PsycINFO y Cinahl.

No obstante, para la elaboración de la introducción, también se utilizó el motor de búsqueda Google Académico y consultamos páginas webs relevantes para la obtención de datos: OMS, Encuesta Nacional de Salud e IHAN. Asimismo, se realizaron búsquedas manuales de la bibliografía de los artículos ya seleccionados, para así aportar información adicional relevante.

Estrategia de búsqueda

En todas las bases de datos se utilizaron términos similares de lenguaje libre en inglés y español, combinándose con los operadores booleanos <AND> y <OR>: “*breastfeed**”, “*lactation*”, “*education*”, “*support*”, “*postpartum*”, “*nurs**”, “*primary care*”, “*consultation*”.

El lenguaje controlado empleado en algunas búsquedas fue:

- Tesouro Medical Subject Headlines (MeSH): “Breast Feeding”, “Education, Nursing, Continuing”, “Home Care Services”
- Tesouro de PsycINFO: “nursing”, “breast feeding”.

Las búsquedas se limitaron a artículos publicados en los últimos 10 años y a un lenguaje escrito en inglés, español o portugués. Asimismo, en los casos en los que el número de artículos encontrados fue elevado, limitamos la búsqueda añadiendo el filtro de título/resumen. A su vez, en Scielo se realizó una acotación por área temática de ciencias de la salud, dentro de la cual se seleccionaron las subáreas: enfermería, pediatría, salud ambiental y ocupación pública y políticas y servicios de salud.

En CINAHL se marcó la casilla “Exclusión de los registros de Medline”, con el fin de evitar la duplicación de artículos recuperados de PubMed. Aun así, es importante señalar que, al ejecutar las sentencias de búsqueda en cada base de datos, en ocasiones se han obtenido artículos duplicados, por lo que se han ido descartando en la primera selección por título.

En el Anexo 1 se muestran las estrategias de búsqueda utilizadas en cada una de las bases de datos, así como las construcciones semánticas empleadas, incluyendo el número de artículos seleccionados según los criterios de inclusión mencionados.

En las tablas 4-9 se detalla el proceso de selección de artículos de cada búsqueda y en la tabla 10 el proceso de selección de artículos en las distintas bases de datos.

Criterios de selección

Para la selección de los documentos se realizó una lectura preliminar del título y del resumen, estableciendo los siguientes criterios:

- Los criterios de inclusión fueron todos los artículos que versaban sobre el seguimiento de la lactancia materna llevado a cabo por el profesional de enfermería y artículos a texto completo.
- Como criterios de exclusión establecimos lactancia materna en situaciones especiales, como madres y/o neonatos que sufren enfermedades y prematuridad, seguimiento prenatal, los estudios que se llevaron a cabo exclusivamente en el entorno hospitalario y la literatura gris.

Después de identificar los resúmenes pertinentes, se revisó el artículo de texto completo de cada uno de ellos para identificar que cumplían los criterios de inclusión nombrados anteriormente.

Tabla 4. Pubmed

Estrategia de búsqueda	Artículos que incluían la palabra clave	Artículos seleccionados por el título	Artículos seleccionados por el resumen	Artículos seleccionados por el contenido	Selección de artículos para la revisión narrativa
(breastfeed* OR lactation) AND (education OR intervention OR support) AND nurs* AND postpartum	113	51	35	8	6
“Education, Nursing, Continuing” [Mesh] AND “Breast Feeding” [Majr]	16	10	6	4	4
“primary care” AND “Breast Feeding” [Majr] AND postpartum AND nursing	20	7	2	0	0
“Home Care Services”[Mesh] AND “Postpartum Period” [Mesh] AND nursing	6	1	1	1	1
consultation AND breastfeeding AND nursing AND "primary care"	8	1	0	0	0

Tabla 5. Cuiden

Estrategia de búsqueda	Artículos que incluían la palabra clave	Artículos seleccionados por el título	Artículos seleccionados por el resumen	Artículos seleccionados por el contenido	Selección de artículos para la revisión narrativa
(lactancia materna) AND (seguimiento OR soporte OR intervención OR educación OR promoción) AND (enfermería) AND (postparto OR puerperio)	45	23	12	3	3
(grupo de apoyo) AND (lactancia)	10	3	2	2	2
“educación para la salud” AND lactancia AND (puerperio OR postparto)	12	2	0	0	0

Tabla 6. Scielo

Estrategias de búsqueda	Artículos que incluían la palabra clave	Artículos seleccionados por el título	Artículos seleccionados por el resumen	Artículos por el contenido	Selección de artículos para la revisión narrativa
breastfeeding AND (education OR intervention) AND nursing	28	15	7	2	2

Tabla 7. Cochrane

Estrategias de búsqueda	Artículos que incluían la palabra clave	Artículos seleccionados por el título	Artículos seleccionados por el resumen	Artículos por el contenido	Selección de artículos para la revisión narrativa
“Breast feeding” [Mesh] AND nursing AND (support OR education OR intervention)	55	24	15	8	6

Tabla 8. PsycINFO

Estrategias de búsqueda	Artículos que incluían la palabra clave	Artículos seleccionados por el título	Artículos seleccionados por el resumen	Artículos por el contenido	Selección de artículos para la revisión narrativa
“Breast feeding” [Mesh] AND nursing AND (support OR education OR intervention)	15	1	0	0	0

Tabla 9. Cinahl

Estrategias de búsqueda	Artículos que incluían la palabra clave	Artículos seleccionados por el título	Artículos seleccionados por el resumen	Artículos por el contenido	Selección de artículos para la revisión narrativa
“Breast feeding” [Mesh] AND nursing AND (support OR education OR intervention)	17	3	2	0	0

Tabla 10. Proceso de selección de artículos

Bases de datos	Artículos elegidos por título	Artículos elegidos tras lectura de resumen	Artículos seleccionados tras lectura completa	Artículos duplicados	Artículos no disponibles
Pubmed	70	44	11	0	12
Cuiden	28	14	5	1	2
Scielo	15	7	2	1	0
Cochrane	24	15	6	1	5
PsycINFO	1	0	0	3	1
Cinahl	3	2	0	0	0

RESULTADOS

Tras completar la búsqueda se obtuvieron un total de 345 artículos, de los cuales 82 cumplían los criterios de inclusión en base al resumen. Finalmente llevando a cabo una lectura exhaustiva a texto completo, seleccionamos 24 debido a su relevancia con los objetivos de la revisión narrativa. Asimismo, incluimos un último artículo mediante una búsqueda manual de la bibliografía de los artículos incluidos en la revisión.

Para completar la información incorporamos dos documentos acerca del concepto de IBCLC y del curso de formación de profesionales de la OMS.

Los documentos escogidos tienen diversa procedencia, lo que ha permitido reflejar la diferente visión del tema a tratar en varios países. El Anexo 2 recoge los artículos seleccionados para el análisis, clasificándolos según la procedencia y el año de publicación, el tipo de estudio, la muestra, el objetivo general y los principales hallazgos.

A partir del contenido de los artículos, se establecieron dos categorías de análisis que se corresponden con los objetivos propuestos en esta revisión: las distintas formas de seguimiento de la LM y su efectividad, y la formación de los profesionales de enfermería respecto a la LM.

1. Formas de apoyo para la LM del personal de enfermería

Los profesionales de enfermería asumen un papel normativo y regulador en las prácticas de LM, siendo considerados autoridades en el establecimiento del patrón de alimentación. De tal forma que se sitúan en una posición única para proporcionar apoyo instrumental, informativo y social. (33)

Para que el amamantamiento sea correcto, suficiente y exclusivo es necesario iniciar la educación en la etapa prenatal y continuarla durante el puerperio. La enfermería debe reconocer que a pesar de que las madres con educación prenatal y madres multíparas pueden tener un mayor nivel de conocimientos sobre la LM, muchas mujeres manifiestan que esto no es suficiente cuando surgen problemas, requiriendo una necesidad de apoyo para solventarlos. Las intervenciones para dar continuidad al cuidado iniciado en el hospital se pueden llevar a cabo mediante estrategias como visitas domiciliarias, atención en consulta en el centro de salud de referencia, grupos de apoyo y seguimiento digital, como el soporte telefónico. (33,34)

1.1 Atención domiciliaria

Esta estrategia ha sido implementada en diversos programas de salud pública, considerándose positiva, eficaz, necesaria y aceptada por la población. Debe ser implantada con acierto dentro de los servicios que ofrece la sanidad pública, valorándose que sea de obligatorio cumplimiento y como objetivo básico de los programas de salud. (31)

Como respuesta a las necesidades sociales, la metodología de seguimiento por visita domiciliaria constituye una herramienta efectiva del cuidado de enfermería, que en la práctica ha dejado resultados visibles en la adherencia de las madres a la LM. Esta modalidad ayuda a identificar posibles factores de abandono o dificultades presentadas durante el periodo de lactancia, a través de intervenciones efectuadas desde el egreso hospitalario hasta finalizar el puerperio (35). Numerosos artículos hicieron hincapié en que el hogar es un lugar estratégico para que los profesionales de la salud realicen intervenciones efectivas promoviendo la LM. (31)(33-39)

En uno de los estudios incluidos en la revisión de Bohórquez y colaboradores, se identificaron y abordaron las principales necesidades de las madres mediante un programa de atención domiciliaria. Se observaron alteraciones en la LM por técnicas inadecuadas en el amamantamiento y por congestión mamaria. (31)

De este modo, se proporcionó educación y se reforzaron los conocimientos ya obtenidos en relación a la lactancia, se motivó a la práctica de la lactancia a libre demanda para evitar la hipoactividad y la succión débil, se fortalecieron las técnicas de amamantamiento y la extracción de leche materna y se enseñó la finalidad de la aplicación de calor/frío y de los masajes mamarios. Asimismo, este estudio enfatiza la importancia de que los cuidados de enfermería estén basados en la participación de la familia y en el fortalecimiento del vínculo afectivo madre-hijo-padre, respetándose las prácticas culturales. (31)

El estudio de Ridgway y colaboradores abordó necesidades semejantes al anterior. La intervención la llevaron a cabo profesionales de enfermería, en su mayoría IBCLC. (34)

Un IBCLC es un profesional de la salud (enfermeros, matronas y médicos, principalmente) especializado en el manejo clínico de la LM. Está certificado por la IBLCE e impulsado por la Liga de la Leche con el objetivo de profesionalizar las habilidades de apoyo a la lactancia. Trabajan en una amplia variedad de escenarios

como hospitales y centros de AP, proporcionado liderazgo, defensa, desarrollo profesional e investigación en el campo de la lactancia. (40)

Las 1.043 participantes del estudio recibieron de una o dos visitas domiciliarias de 60-70 minutos de duración, en las que se respondieron a las circunstancias individuales de cada madre, centrándose en los problemas de la LM. Asimismo, se incluyeron recursos impresos, información sobre sitios web y se sugirieron grupos de apoyo. (34)

Durante la intervención se proporcionó una alta información sobre la mecánica de la LM, donde se incluyeron la frecuencia de alimentación (78%), el posicionamiento e inserción (79%) y la oferta y demanda (82%). (34)

Los investigadores encontraron la percepción de leche insuficiente como la principal razón para el destete. Consiguientemente, concluyeron que los profesionales deben ser conscientes de los conceptos erróneos comunes sobre el suministro insuficiente y disiparlos activamente. (34)

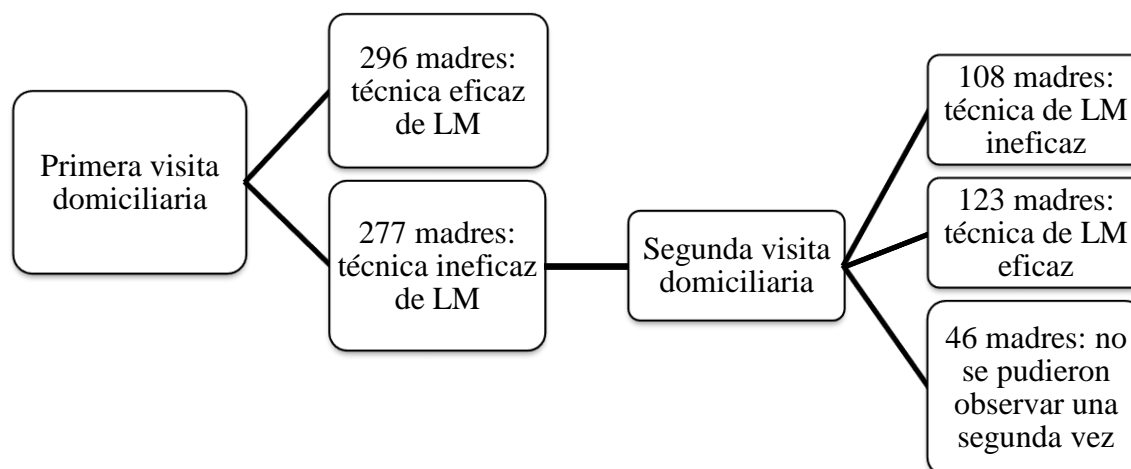
Otro de los temas de lactancia discutidos en una de cada cinco visitas fue el uso de pezoneras, factor relacionado con la duración de la LM. Se recomendaron como una estrategia a corto plazo en situaciones especiales (pezones invertidos, prematuros o aparición de factores físicos que dificultan el agarre). (34)

Un estudio centrado en la técnica de amamantamiento fue el de Kronborg y Vaeth, donde enfermeras cualificadas realizaron de una a dos visitas domiciliarias a 579 parejas madres-bebés para observar y corregir este aspecto de la LM. Los autores resaltan la importancia de una succión eficaz del bebé al pecho para el establecimiento de la LM, para asegurar la transferencia de la leche y para la prevención de problemas de la LM. El personal de enfermería observó la colocación, el agarre y la succión del lactante y llevó a cabo un seguimiento de las madres durante los primeros 6 meses postparto. (36)

En la primera visita, dentro de los primeros 15 días postparto, se observó un total de 277 madres con una técnica ineficaz de la LM, teniendo un efecto estadísticamente significativo en la presencia de los primeros problemas, como dolor durante la succión, mal agarre del bebé al pecho, pezones dañados y mastitis. Tras la intervención, el número de madres que llevaron a cabo una técnica eficaz aumentó, por lo que la visita domiciliaria fue efectiva en la identificación y corrección de una técnica inadecuada. (36)

El método llevado a cabo y los resultados de la intervención se detallan en la Figura 1.

Figura 1. Método y resultados



Fuente: elaboración propia (36)

Los resultados apoyaron la recomendación de que los profesionales de la salud deben prestar atención a la técnica de LM en el hogar, debido a que una técnica ineficaz está relacionada con la aparición de problemas tempranos que podrían influir en su duración. Asimismo, el uso de chupete está desaconsejado en las primeras semanas de nacimiento. (36)

Igualmente, el estudio realizado por Aksu y colaboradores apoyó la visita al hogar para educar y asesorar a la puérpera y a su familia en técnicas y habilidades para el autocuidado durante la lactancia. Se llevó a cabo una intervención individual a través de tres visitas postparto en un grupo de intervención, en comparación con un grupo control, formado por 30 madres cada uno. En ellas se proporcionó información sobre la producción de leche, las técnicas de lactancia, la alimentación del lactante, los problemas relacionados con la LM y su tratamiento. (35)

Los resultados obtenidos demostraron un impacto positivo en el conocimiento y actitudes de la LM. En consecuencia, hubo un aumento significativo del porcentaje de lactantes con LME tanto a las dos y seis semanas como a los seis meses, en comparación con el grupo control (Tabla 11). Sin embargo, se evidenció una disminución en los conocimientos y en las actitudes a lo largo del seguimiento, justificando la necesidad de recibir educación y apoyo adicional durante todo el proceso de lactancia. (35)

Tabla 11. Resultados.

	GRUPO DE INTERVENCIÓN (%)	GRUPO CONTROL (%)
LME a las 2 semanas	67	40
LME a las 6 semanas	60	33
LME a los 6 meses	43	23

Fuente: elaboración propia (35)

A los 18 meses después del nacimiento los profesionales preguntaron a las madres acerca de la duración de la LM. El grupo de intervención continuó con LME durante $4,7 \pm 1,2$ meses en contraposición a los $3,6 \pm 1,1$ meses del grupo control. La duración de la LM fue de $15,1 \pm 1,3$ meses y $12,1 \pm 1,2$ meses en cada grupo respectivamente. (35)

En la revisión de Mazzo y colaboradores sobre la atención en el puerperio después del alta hospitalaria, se enfatiza la importancia de la atención domiciliaria para alcanzar una lactancia eficaz, en contraposición a la realidad de unos cuidados centralizados en la hospitalización materna, en los que no se consideran acciones de promoción de la salud después del alta. Los artículos revisados mostraron que las madres experimentaron vulnerabilidad física y psicológica, resultando necesaria una atención continua en el hogar que no terminara después del parto ni se resumiera a una consulta de rutina. (37)

Da Graça y colaboradores realizaron un estudio para conocer la efectividad de diferentes formas de educación sanitaria relacionadas con la LM a lo largo de los 6 primeros meses tras el nacimiento. La muestra se dividió en tres grupos: en el grupo A se impartieron cursos de preparación al parto dirigidos por matronas y consultas individuales, en el grupo B se llevaron a cabo las intervenciones del primer grupo sumado a una atención domiciliaria en el puerperio y en el grupo C únicamente se realizaron consultas individuales. Las enfermeras de AP realizaron una visita al hogar a las madres del segundo grupo de 1 hora de duración después del día 15 tras el parto. Su objetivo fue proporcionar información adicional a la de la consulta en el centro de AP y responder a sus necesidades. (33)

En el análisis de resultados, se descartó que la prevalencia de LME esté influenciada por las intervenciones de enfermería. Sin embargo, hubo diferencias significativas en cuanto a la duración de la LME en los distintos grupos. Las madres que habían participado en consultas individuales, preparación al parto y visitas al domicilio (grupo B)

amamantaron durante más tiempo ($156,7 \pm 57,4$ días), en relación a las participantes del grupo C ($113,1 \pm 71,6$). (33)

Al igual que los autores anteriormente citados, Kronborg y colaboradores evaluaron el impacto de una intervención de apoyo domiciliario sobre la duración de la LME impartida por personal de enfermería cualificado y entrenado durante un año. Las madres del grupo de intervención recibieron hasta un máximo de tres visitas domiciliarias durante las primeras cinco semanas postparto. Se llevó a cabo un entrenamiento práctico de la LM combinado con educación psicosocial con el objetivo de aumentar la autoeficacia materna. (38)

En este grupo se evidenció una tasa de abandono del 14% menor que en el grupo control, un aumento de la frecuencia de amamantamiento y de la confianza de las madres, así como una disminución del uso de chupetes. El seguimiento se desarrolló en los primeros seis meses tras el parto, mostrándose un resultado final de un 7,7% de madres del grupo de intervención que continuaron con la LME frente a un 4,9% del grupo control. (38)

Los hallazgos del estudio mostraron que las visitas domiciliarias en las primeras semanas postparto prolongan la duración de la LME, inclusive en madres con experiencia previa. (38)

Concretamente, Kemp y colaboradores realizaron un ensayo controlado en el que participaron 208 madres de una zona socioeconómicamente desfavorecida de Sydney, con el objetivo de investigar el impacto de un programa de visitas a domicilio a largo plazo durante el puerperio en minorías. (39)

Las madres pertenecientes al grupo control recibieron una visita al hogar por una enfermera de salud infantil dentro de las 3 semanas posteriores al parto, de acuerdo a la práctica habitual. Las participantes del grupo de intervención fueron incluidas en un programa de 15 visitas de 60-90 minutos, que comenzó en la gestación y continuó hasta el segundo año de edad de su bebé. La duración media de la participación en el programa fue de 14 meses, en el primer año se visitó a un 95% y en el segundo a un 53% de las madres. (39)

Los resultados mostraron una mejoría en la duración de la LM en las madres del grupo de intervención, sin embargo, no fueron los esperados: 10 semanas en el grupo de intervención y de 5 semanas en el de control. (39)

A pesar de la efectividad de los resultados en las investigaciones anteriormente citadas, varios artículos evidenciaron que un solo método de apoyo no es efectivo, por lo que las intervenciones de promoción de la LM deben utilizar diversas formas de seguimiento. (33)(38)(41)

Siguiendo esta línea, un estudio cuasi-experimental tuvo como objetivo aumentar la iniciación y la duración de la LM de un grupo de personas de bajos ingresos mediante un programa de apoyo domiciliario y telefónico. Durante las seis primeras semanas postparto las participantes recibieron llamadas telefónicas y una visita domiciliaria por parte de IBCLC. El profesional bajo su criterio proporcionó a algunas madres bombas de lactancia y cremas protectoras de los pezones. (41)

Desde los tres a los seis meses, se realizó de nuevo apoyo telefónico y una visita domiciliaria si el profesional y las mujeres lo consideraban necesario. De esta forma, cuando las madres comunicaban problemas relacionados con la LM a través de las llamadas telefónicas, se programaba una visita en el hogar al día siguiente. (41)

A los 6 meses los resultados mostraron que un 46% de las participantes del grupo de intervención continuaban amamantando frente al 21% de las del grupo control. (41)

Los autores concluyeron que el seguimiento postparto a través de llamadas telefónicas frecuentes y de visitas al hogar específicas para la resolución de problemas en base a la información obtenida por teléfono es una manera eficaz de proporcionar apoyo a la LM. (41)

1.2 Apoyo digital

La incorporación de herramientas de las TICS en el campo de la salud amplía el acceso a la información y educación por parte de los profesionales de la salud hacia la población. (42)

La ANA considera la Tele-salud como el conjunto de actividades o servicios de atención prestados mediante la utilización de tecnologías tales como teléfonos, ordenadores o transmisión de vídeo interactivo, debido a la existencia de barreras de distancia y tiempo entre las personas y los profesionales de la salud. (42)

1.2.1 Apoyo telefónico

El apoyo telefónico es un vehículo emergente de bajo coste para la ejecución de programas de promoción de la salud, y específicamente de la salud materna e infantil

(42). Se identificaron un total de seis artículos que estudiaron la efectividad de la consejería telefónica en el periodo postnatal. (31)(43-47)

Maslowsky y colaboradores evaluaron el impacto del apoyo telefónico en la salud materno-infantil en un país de ingresos medios. La muestra se dividió en un grupo control (n=60) que recibió atención estándar y en un grupo de intervención (n=75), al que a su vez se le proporcionó apoyo telefónico. La actuación se desarrolló durante el primer mes postparto y se compuso de dos etapas: (43)

- Primera etapa: sesión educativa protocolizada impartida vía teléfono móvil dentro de las primeras 48 horas postparto, por un enfermero con experiencia de 15 años. Posteriormente se animó a las participantes a realizar preguntas.
- Segunda etapa: línea telefónica accesible para las participantes durante los primeros 30 días para la resolución de preguntas. El personal de enfermería, accesible de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. proporcionó consejo, información y apoyo, y valoró a las pacientes que necesitaban una visita clínica.

A los 3 meses, las participantes del grupo de intervención presentaron tasas más altas de LME (86,7%) frente a las del grupo control (66,7%). El uso de fórmulas de leche artificial se dio en 9 madres del primer grupo en contraposición a las 18 del segundo. (43)

Los autores concluyeron que la educación postnatal basada en el teléfono móvil es una estrategia prometedora para mejorar la LM. No obstante, como exponen otras investigaciones, se requiere de estrategias adicionales. (43)

Fu y colaboradores realizaron un ensayo controlado aleatorio con el objetivo de evaluar la eficacia de tres intervenciones profesionales de apoyo a la LME. La muestra se compuso de 724 primíparas mayores de 18 años de edad, divididas en tres grupos con tratamientos diferentes: grupo de atención estándar, grupo de apoyo en el hospital y grupo de apoyo telefónico. (44)

El seguimiento telefónico se inició a las 72 horas después del parto y continuó semanalmente durante un periodo de cuatro semanas o hasta el destete de la LM. Las sesiones comprendieron un tiempo de 20-30 minutos y se centraron en el conocimiento general de la LM, en la evaluación de los patrones de alimentación infantil y en las complicaciones mamarias. Más tarde, abordaron la preparación para regresar al trabajo,

la instrucción en el almacenamiento de la leche materna e información sobre apoyo profesional en caso de que fuera necesario. (44)

En comparación con el grupo de atención estándar, las participantes que recibieron apoyo telefónico fueron significativamente más propensas a continuar la LME durante los dos primeros meses tras el nacimiento. Sin embargo, los resultados entre ambas intervenciones a los tres meses no fueron estadísticamente significativos. (44)

Respecto a la efectividad del apoyo telefónico y del apoyo hospitalario, a pesar de unos resultados más favorables en la primera intervención, estos no fueron significativos con respecto a la intervención en el ámbito hospitalario. (44)

Continuando en la misma línea del artículo previo, el ensayo de Tahir y Al-Sadat y dos de los estudios incluidos en la revisión sistemática de Chrásková y Boledovičová abordaron el asesoramiento telefónico en relación a la LME hasta los seis meses tras el nacimiento. En los tres estudios se dividió la muestra en un grupo de intervención donde las madres recibieron apoyo telefónico y un grupo control donde se impartió apoyo estándar. (45,46)

Los resultados demostraron la efectividad de la consejería de lactancia por teléfono para el seguimiento de la LME durante el primer mes postparto. No obstante, coincidiendo con los resultados del ensayo controlado de Fu y colaboradores, las respuestas positivas a las intervenciones de los tres artículos, disminuyeron dentro del tiempo de seguimiento. Asimismo, se demuestra que las estrategias de apoyo que carecen de interacción cara a cara no tuvieron éxito en promover la LM. (44-46)

La revisión mencionada anteriormente abordó la importancia del seguimiento telefónico a fin de conocer la evolución de la mujer durante el puerperio, enfatizando en la integridad y condiciones de los senos y en la producción de leche materna. En cuanto al lactante, se trató la evaluación de la tolerancia, frecuencia y aceptación de la LM. Asimismo, mediante la intervención, las cuestiones de mayor abordaje fueron la posición óptima del lactante, la duración de la lactancia y la conveniencia de la utilización de chupetes. (31)

Particularmente, el estudio de Janssen y colaboradores realizado en EEUU, planificó, implementó y evaluó un servicio telefónico de información de alimentación del lactante en idioma chino, llevado a cabo por profesionales de enfermería con fluidez en el

idioma. Esta investigación se justificó a consecuencia de las bajas tasas de LME en la población china. (47)

La línea telefónica, disponible 7 días a la semana durante 4 horas al día, fue dirigida por enfermeras experimentadas en salud comunitaria y en el entorno perinatal. Los principales motivos de consulta fueron preguntas relacionadas con el suministro de leche, la ingurgitación mamaria y la irritación de los pezones. (47)

Tras la intervención, las tasas de LME fueron tres veces mayores en las madres que usaron la línea telefónica en comparación con las madres que no la utilizaron. Sólo el 15,6% de las madres amamantaban a sus bebés exclusivamente a los dos meses postparto. Después de la implementación de la línea directa de alimentación la cifra de LME aumentó al 44,1%. (47)

1.2.2 Apoyo online

Un único estudio evaluó la fiabilidad y la viabilidad de la videoconferencia en el hogar para la evaluación y el apoyo de la LM en EEUU, a pesar de la existencia de informes de casos europeos que describen este método. (48)

La intervención se llevó a cabo por un IBCLC de Tele-salud y un IBCLC especializado en la visita domiciliaria, con una experiencia superior a veinte años en el apoyo a la LM. El programa se compuso de sesiones semanales a través de videoconferencias de 20-50 minutos en tiempo real en las primeras cuatro semanas posteriores al parto. A su vez, durante las dos primeras semanas se realizaron dos visitas domiciliarias para complementar el seguimiento online. (48)

Durante las videoconferencias, proporcionaron instrucción básica de la LM, realizaron una demostración con la ayuda de un modelo anatómico de pecho y de una muñeca y evaluaron la técnica de amamantamiento de las participantes mediante la escala LATCH, herramienta de evaluación de la eficacia de la LM (Anexo 3). Asimismo, identificaron algunos problemas de la LM tales como problemas de retención y succión y pezones agrietados y/o irritados, más tarde validados en las visitas domiciliarias. (48)

Los resultados de la intervención evidenciaron una mejora de cuatro de los elementos de la escala LATCH, exceptuando el estado de las mamas. A su vez, aumentaron la seguridad materna observando la técnica de amamantamiento y aclarando las dudas sobre la LM. (48)

A pesar de la necesidad de realizar un estudio más riguroso con un tamaño muestral mayor, los autores concluyeron que la tecnología de videoconferencia puede utilizarse potencialmente para proporcionar apoyo a la LM. Particularmente, esta intervención puede ser de gran utilidad en zonas rurales con bajas tasas de inicio y de mantenimiento de la LM y acceso limitado a los servicios de salud. (48)

1.3 Educación Para la Salud Grupal

Los GALM están compuestos por madres con conocimientos y experiencias necesarias para el proceso de amamantar y que anteriormente pueden estar instruidas por un grupo de profesionales de enfermería (matronas y/o enfermeras). (49)

Se identificaron dos artículos que describen la metodología de los GALM, dividida en varias etapas: (49)(50)

- Captación y formación de las madres-líderes de los GALM: se realizan varias sesiones impartidas por personal de enfermería. En ellas se abordan diversos temas, entre los que destacan las ventajas de la LM, la anatomía y fisiología de la lactancia, el posicionamiento del bebé al pecho y los problemas comunes de LM.
- Captación de las madres participantes mediante reparto de folletos informativos, visitas de las madres líderes a los hospitales, información en consulta de AP y en educación maternal.
- Desarrollo de la actividad educativa por las madres-líderes: las primeras reuniones son supervisadas por los profesionales de enfermería de AP, hasta que este observe que existe cohesión de grupo.
- Realización de entrevistas con el fin de identificar las percepciones y experiencia del grupo.

Por otro lado, Ortega y colaboradores llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal en un centro de AP en España. Su objetivo fue describir la resolución de los problemas de la LM que presentaron las madres durante su asistencia a un grupo de apoyo dirigido por la matrona durante 8 meses. La muestra se compuso de 40 madres que habían dado LM durante un mínimo de 3 meses. (51)

La principal razón por la que las participantes acudieron al grupo de apoyo fue por la aparición de problemas con la LM (43%), seguido de la inseguridad relacionada con la

capacidad de amamantar al bebé (30%). Las participantes multíparas asistieron al grupo para relacionarse con otras madres y para adquirir más conocimientos. (51)

Tabla 12. Resultados en relación a la resolución de los problemas de la LM

RESULTADOS	PROPORCIÓN DE MADRES (%)
Resolución	77,5
Resolución parcial	17,5
No resolución	5

Fuente: elaboración propia (51)

El principal problema resuelto tras la intervención fueron las grietas del pezón. Como consecuencia de estos resultados, un 77,5% de las madres modificaron sus expectativas en un aumento del tiempo de la LM, reflejado en una última encuesta administrada a los 6 meses. (51)

Por tanto, los grupos de apoyo a la LM llevados a cabo en AP son una alternativa muy eficaz para el fomento de la LM postparto. Actúan en un momento clave para su éxito (el puerperio), informando, supervisando la técnica y disgregando las inseguridades maternas sobre su capacidad de amamantar. (51)

2. Formación del personal de enfermería en LM para el seguimiento en el puerperio

Hay varios factores que conducen a las bajas tasas de LM existentes, destacando las prácticas de los profesionales de la salud como una de las medidas más influyentes. De esta forma, la carencia de conocimientos sobre la LM del equipo de salud, su asesoramiento incoherente y la falta de apoyo percibido por las madres contribuyen a disminuir las tasas de iniciación de la LM y a aumentar el destete prematuro. (52)

De ahí que exista una necesidad urgente de capacitar a los agentes de salud a nivel mundial, dotándolos de las habilidades requeridas para apoyar y proteger la LM. La educación siempre es beneficiosa, no obstante, las investigaciones respaldan la recomendación de la OMS de que todos los profesionales de la salud que asisten a las madres durante el embarazo, parto y/o puerperio reciban entrenamiento en LM durante un mínimo de 18 horas. (52)

Dada esta recomendación, la OMS y UNICEF elaboraron un curso de 40 horas sobre asesoramiento en materia de LM destinado a la formación de los profesionales

sanitarios con el objetivo de prestar un apoyo especializado a las madres y de ayudarlas a superar problemas que puedan presentarse. Se divide en sesiones de entre 30-120 minutos de duración en las que se emplean una variedad de métodos de enseñanza (conferencias, demostraciones, práctica clínica y trabajo en grupo mediante discusiones, lecturas, representación de roles y ejercicios). (11)(53)

En la guía se enfatiza el concepto de “consejería”, término no atribuible únicamente a aconsejar, sino a ayudar a las madres a decidir qué es lo mejor en su caso y a que desarrollen confianza en sí mismas, tratando de entender cómo se sienten. Por tanto, la finalidad del curso consiste en desarrollar habilidades para escuchar y reforzar la confianza de los agentes de salud y así puedan proporcionar un apoyo más eficaz. (53)

Asimismo, estas organizaciones han elaborado un curso de 5 días para capacitar a los profesionales de la salud sobre el asesoramiento de la alimentación del lactante a fin de fomentar la LM. (11)

Son multitud los artículos internacionales que estudian la formación de los profesionales como una intervención basada en la evidencia que aumenta la iniciación, duración y exclusividad de la LM. (46)(52)(54-57)

Varios autores citados a lo largo de la revisión narrativa son unánimes a realizar cursos de formación profesional antes de las intervenciones. (22)(35,36)(38)(44,45)

Específicamente en cuatro de ellos, los profesionales participaron en un curso de capacitación de la OMS, los tres primeros de 18 horas y el último de 40 horas de duración, a fin de aumentar la efectividad de los programas. (35,36)(38)(45)

En la revisión de Chráskova y Boledovičová los autores mencionan el curso de 20 horas de UNICEF/OMS como un instrumento eficaz para la mejora de conocimientos y actitudes hacia la LM. (46)

Fu y colaboradores, incluyeron en su estudio a enfermeros y enfermeras capacitados, con gran experiencia y que hubieran completado un programa integral de lactancia. Asimismo, antes de llevar a cabo la intervención, las enfermeras recibieron 8 horas adicionales de formación para asegurar que las prácticas de apoyo a la LM fueran consistentes y basadas en la evidencia. (44)

Ward y Byrne, en su revisión, analizaron los efectos de las intervenciones educativas de la LM dirigidas a los profesionales de la salud, especialmente a matronas y a enfermeras. (52)

Por un lado, los resultados de las intervenciones educativas a nivel profesional se dividieron en varias categorías, entre las que destacaron:

- Conocimientos y actitudes de los profesionales de la salud: la totalidad de estudios revisados por los autores manifestaron un mayor conocimiento después de la formación, lo que se traduce en un mayor comportamiento de apoyo hacia las madres que amamantan. A su vez, la actitud del profesional de enfermería mejoró independientemente de las políticas de la práctica de LM en su lugar de trabajo. (52)

No obstante, otro estudio que evaluó el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la LM demostró que los cursos de formación a los que habían asistido los participantes no eran efectivos. La muestra se compuso de 85 enfermeros y enfermeras, entre los cuales 75 habían participado en al menos una sesión educativa sobre la LM. (54)

Los participantes fueron sometidos a un cuestionario autoadministrado compuesto por preguntas para identificar su conocimiento acerca de: autocuidado de los senos, técnica de amamantamiento, uso de pezoneras, complicaciones mamarias, composición de la leche materna, control de lactancia y alimentación complementaria. En el test se obtuvo una puntuación media de 6,6/10, mostrando un mayor porcentaje de respuestas incorrectas en el cuidado de las mamas, la suplementación alimentaria y la necesidad de lactancia en periodos regulares de tiempo, aspectos esenciales para la promoción de la LM. Por esta razón, los autores concluyen que existe una limitación en la formación recibida e insisten en una educación crítica reflexiva y continua. (54)

- Habilidades y prácticas clínicas: varios estudios demostraron que tras la enseñanza de la técnica de lactancia se aumentaban las habilidades de los profesionales de enfermería. (52)
- Consejería y métodos de apoyo: muchos de los artículos integraron habilidades de asesoramiento en sus cursos de formación, logrando una mejoría en la confianza y en la capacidad para proporcionar recomendaciones y apoyo a las

madres. Por tanto, los autores afirmaron que todos los cursos de educación de la LM deben incluir métodos de aprendizaje para dar consejos. (52)

Por el otro lado, los resultados en relación a la LM de los estudios incluidos en la revisión de Ward y Byrne se clasificaron en:

- Suplementación: después de las intervenciones educativas, los profesionales de enfermería tomaron conciencia de los problemas que conlleva la toma de suplementos de leche artificial, causando una reducción de su administración. (52)
- Iniciación, exclusividad y duración de la LM: las intervenciones educativas sobre la LM para los profesionales de la salud tuvieron efectos positivos sobre las tasas y la duración de la LM en los estudios revisados que incluyeron intervenciones de más de 18 horas de duración y muestras de gran tamaño. (52)

Los estudios analizados realizaron sesiones educativas de entre 1,5 y 133 horas, basándose en su mayoría en cursos promovidos por la OMS y/o UNICEF de 18, 23 o 40 horas de duración. Los autores concluyeron que una formación menor de 18 horas dotaba a los profesionales de conocimientos y actitudes, pero no modificó las cifras de LM. (52)

A pesar de los resultados positivos en la LM de los diferentes estudios, los efectos se desvanecieron ligeramente con el tiempo. El estudio más destacado por los autores evidenció, tras la formación de los profesionales, una disminución de la administración de alimentos previos a la LM, reduciéndose de un 96% a un 43%. Sin embargo, a los 6 meses de la sesión educativa, aunque los resultados fueron mejores de lo que eran antes de la intervención, el uso de estos alimentos aumentó al 77%. Por tanto, resulta necesaria una educación continua de la LM para la mejora de los conocimientos, habilidades, prácticas y actitudes de los profesionales de enfermería. (52)

Por último, la revisión demostró que, pese a que los programas para los profesionales de la salud son parte integral de cualquier intento de mejorar los resultados de la LM, por sí solos no son suficientes para conseguir cumplir las recomendaciones de la OMS. Se requieren políticas institucionales que respalden la promoción y protección de la LM. (52)

Continuando con la eficacia de la formación en la LM, el artículo de Ekström y colaboradores demostró que la educación de los profesionales aumentó la duración de la

LME. Asimismo, las participantes del grupo de intervención, enseñadas por el personal de enfermería capacitado en lactancia, informaron de una mayor percepción positiva de apoyo profesional y de una mejora en la relación con su bebé. (55)

El entrenamiento de los profesionales se basó en pruebas, habilidades prácticas y procesos reflexivos en relación al amamantamiento y al apoyo a los progenitores. La capacitación incluyó siete días de conferencias impartidas a matronas y a enfermeras. (55)

Los autores, basados en la literatura existente, afirmaron que los profesionales de la salud que recibieron educación sobre LM basada en las directrices de la OMS, son más seguros de sí mismos, experimentan una mayor capacidad de asesoramiento a las madres, aumentan sus habilidades de comunicación y empatía y son capaces de resolver los problemas maternos individuales. (55)

Un estudio investigó si las madres que fueron atendidas por profesionales de enfermería entrenados en consejería para la LM percibieron un mayor apoyo emocional e informativo que las madres que recibieron atención de rutina. (56)

La muestra total incluyó a 540 madres primíparas, divididas en un grupo de intervención compuesto por 206 participantes y dos grupos de control (A y B) formados por 162 y 172 respectivamente. Los grupos se diferenciaron únicamente en la formación o la no formación en LM de los profesionales que las atendieron. Se crearon dos grupos control, donde la recogida de datos se llevó a cabo en distintos tiempos, en el grupo A antes de iniciar la intervención y en el grupo B a la vez que en el GI, con el fin de detectar los efectos de las sesiones. (56)

Tabla 13. Resultados

DIFERENCIAS ENTRE EL GRUPO DE INTERVENCIÓN (GI) Y LOS GRUPOS DE CONTROL (GCA Y GCB)
Las madres del GI participaron más a menudo en las clases familiares a lo largo de los 9 meses postparto, mejorando su red social en comparación con el GCB.
Durante el embarazo y a los 3 meses postparto, las madres del GI recibieron mayor información sobre la LM en comparación con las del GCB.
Entre los 3 y 9 meses postparto, las madres del GI clasificaron a los profesionales de enfermería postnatales como más sensibles y comprensivos, con una actitud más facilitadora y menos reguladora, que las participantes de los grupos de control.
A los 9 meses, en comparación con el GCA, las madres del GI poseían más conocimientos acerca de dónde preguntar si existía algún problema con el bebé o con la lactancia y estaban más satisfechas con la información recibida sobre la LM.
La duración de la LME fue mayor en el GI (2,2 meses) que en GCA (1,7 meses) y GCB (2 meses). En relación a la LM, no se encontraron diferencias significativas, siendo de 4,7 meses, 4,6 meses y 4,5 meses respectivamente.

Fuente: elaboración propia. (56)

El estudio incluyó la participación de las enfermeras que hacían el seguimiento postparto en las clases anteriores al nacimiento y de las matronas en las sesiones postnatales, para así garantizar una continuidad en la atención. La intervención fue exitosa debido al cumplimiento de los profesionales de enfermería en la participación. Por el contrario, las matronas no cumplieron con el acuerdo, lo que hizo que el diseño de la intervención tuviera menos éxito. (56)

Los autores concluyeron que, a pesar de que no se alcanzaron diferencias significativas en la duración de la LM, las madres del GI estuvieron más satisfechas con el apoyo emocional e informativo de las sesiones, por lo que sugieren la necesidad de implementar estrategias de capacitación para los profesionales de enfermería. (56)

García aborda la observación de la técnica de amamantamiento y las habilidades de comunicación de los residentes de enfermería pediátrica tras un programa de entrenamiento. (57)

Se llevaron a cabo sesiones educativas durante ocho semanas basadas en la aplicación práctica del protocolo de observación sistemática recomendado por UNICEF/OMS. Los 45 participantes fueron formados para identificar signos de posibles problemas de LM en unidades de maternidad y centros de salud de Portugal. (57)

Los resultados obtenidos mediante un cuestionario demostraron que después del entrenamiento, los residentes mejoraron sus conocimientos acerca del adecuado posicionamiento del bebé al pecho, prestando una mayor atención a este aspecto y provocando cambios en los consejos proporcionados a las madres. El uso del protocolo recomendado por UNICEF/OMS demostró ser fácilmente aplicable, lo que justifica su utilización para observar y evaluar el amamantamiento. Asimismo, los hallazgos del estudio refuerzan la necesidad de una mayor formación de los profesionales sanitarios en la técnica de la LM. (57)

No obstante, tras el aprendizaje se identificaron escasas habilidades de comunicación en el asesoramiento a las madres, por lo tanto, se requieren más horas de formación en este aspecto. El entrenamiento en este campo implica un cambio de actitud y perspectiva, basado en la comprensión y en el respeto. (57)

2.1 Educación continua online en LM

Dos artículos abordan la Tele-lactancia, una estrategia innovadora y prometedora desarrollada por la Tele-salud para proporcionar a los profesionales una educación continuada en diversos aspectos de la LM mediante la aplicación de las TICS. (42)(58)

Prado y colaboradores relatan la experiencia de la enfermería en la Tele-lactancia del Programa Nacional de Tele-salud de Brasil. La metodología del proyecto se basó en la creación de un programa online por un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud relacionados con la LM, entre ellos personal de enfermería (investigadores, docentes y asistenciales). (42)

El plan de trabajo se llevó a cabo a través de reuniones semanales, videoconferencias con otros profesionales e intercambio de información de la LM por email, de manera que todos los profesionales podían seguir su evolución. (42)

El contenido del programa se compuso de dos documentos que incluyeron materiales didácticos multimedia (vídeos, casos clínicos, preguntas e imágenes en 3D), incluidos en una plataforma online. De esta forma, todos los profesionales de la salud podían acceder al programa, dividido en capítulos, y completar una autoevaluación al final de cada uno de ellos. (42)

Edwards y colaboradores crearon un tutorial de una hora y media de duración basado en un enfoque de educación profesional continua para conseguir una LM exitosa después del alta hospitalaria. El tutorial fue visitado en el primer año por 1606 profesionales de

los cuales 1.172 fueron enfermeras. Incluyó información sobre la fisiología de la LM, los factores relacionados con la decisión del tipo de alimentación infantil y sus prácticas, la gestión de la LM, la solución de problemas y una revisión de los recursos disponibles. Al final de la guía de aprendizaje, se incorporaron casos clínicos para aplicar el contenido y para demostrar los conocimientos adquiridos. (58)

Más del 90% del personal de enfermería que accedió afirmó haber completado sus objetivos de aprendizaje. Estos resultados motivaron a la creación de un segundo tutorial en el que se incluyeron otros temas, como el examen mamario antes del parto, la orientación en LM a mujeres embarazadas y las prácticas de los profesionales influyentes en los resultados de la LM. No obstante, los datos mostraron menor interés que en el primer tutorial, debido a una mayor demanda esperada de información postparto. (58)

CONCLUSIONES

Tras la revisión de la literatura llevada a cabo con el objetivo anteriormente descrito, se han obtenido las siguientes conclusiones:

- El apoyo del personal de enfermería durante el puerperio aumenta las tasas de duración y de exclusividad de la LM, y por tanto, es de gran importancia una continuidad asistencial que se inicie durante el embarazo hasta finalizar la etapa puerperal.
- Durante el postparto tardío el seguimiento enfermero debe ser constante a lo largo del tiempo, una única intervención no es efectiva. Los resultados obtenidos tras las intervenciones no se corresponden con las recomendaciones de la OMS, lo que podría deberse al corto periodo de duración de este tipo de programas.
- Una única forma de seguimiento limita la intervención, siendo más efectiva la combinación de los distintos métodos de los que se disponen.
- Las nuevas tecnologías facilitan el acceso a una educación a distancia durante el puerperio dirigida tanto a las madres como a los profesionales de la salud.
- El apoyo profesional es más efectivo si los profesionales de enfermería reciben educación continua y de calidad en distintos aspectos de la LM, para poder desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes que ayuden a las madres a alcanzar una lactancia eficaz.

LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Una de las principales líneas de investigación en base a la revisión realizada es la elaboración de más estudios sobre el seguimiento de la LM en el postparto tardío. A pesar de la existencia de artículos que versan sobre ello, no es comparable a la cifra de documentos que abordan la etapa prenatal y el puerperio inmediato. A su vez, estos deberían poseer un mayor tamaño muestral y abarcar un mayor seguimiento a lo largo del tiempo.

Igualmente creemos conveniente una mayor investigación sobre las intervenciones más efectivas en el seguimiento de la LM, a fin de conseguir las tasas recomendadas por los organismos internacionales.

Cabe destacar la escasa investigación sobre EPS grupal para ayudar a las madres en el proceso de amamantar durante el postparto tardío. Los artículos encontrados hacen referencia a sesiones educativas sobre LM impartidas por el personal de enfermería en la etapa prenatal y/o hospitalaria y a grupos de apoyo. Sin embargo, nos consta como estudiantes que realizan sus prácticas clínicas en centros de AP que los profesionales de enfermería sí llevan a cabo EPS grupal para el apoyo de la LM en el puerperio.

Un método de seguimiento de la LM que podría ser de gran utilidad y del que existe escasa investigación es el campo de las nuevas tecnologías. En el único artículo encontrado sobre apoyo online durante el puerperio se concluye que esta estrategia puede utilizarse potencialmente, no obstante, resulta necesario realizar más investigaciones con un tamaño muestral mayor y en diferentes poblaciones que evidencien su efectividad.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación de nuestro trabajo de fin de grado es la ausencia de un registro oficial sobre las tasas de LM en España y de artículos de investigación a nivel nacional que aborden el seguimiento de la lactancia. De esta forma, no hemos podido llegar a conocer la realidad de nuestro país, pero sí la situación a nivel mundial.

Otra limitación encontrada en base a la metodología del trabajo es el número de artículos seleccionados por el título que no estaban disponibles a texto completo (14%).

Una limitación de los artículos de investigación incluidos que reduce la fiabilidad de sus resultados, es la insuficiente duración del seguimiento de los participantes. La mayor parte de ellos abarcan un periodo de 6 meses, por lo que se desconocen los hallazgos a los 2 años de edad del lactante, momento hasta el que recomienda la OMS que debe permanecer la LM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [homepage on Internet]. Lactancia materna. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://goo.gl/CKk2B>
2. Barriuso L, Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. An Sis San Navarra. 2017;30(3). Disponible en: <https://goo.gl/LY9cJ4>
3. Hernández E. Genealogía histórica de la lactancia materna. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. 2008;(15).
4. Calvo C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amantamiento. Revenf. 2009;(15).
5. Organización Mundial de la Salud [homepage on Internet]. Puesta en práctica de la iniciativa hospitales amigos del niño. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: <https://goo.gl/MkJraA>
6. Hernández A, González A, Bustinduy C, Arana B, Martínez-Herrera A, García E et al. Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11(43):513-529.
7. IHAN (Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia) [Homepage on Internet]. Registro de hospitales. Madrid: UNICEF; 2017. <https://goo.gl/g0X75V>
8. IHAN (Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia) [Homepage on Internet]. Registro de centros de salud. Madrid: UNICEF; 2017. Disponible en: <https://goo.gl/M5f1Yz>
9. IHAN (Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia) [Homepage on Internet]. ¿Cómo ser un Hospital IHAN? Madrid: UNICEF; 2017. Disponible en: <https://goo.gl/2PrJJz>
10. Hospital Universitario Severo Ochoa [Homepage on Internet]. El servero Ochoa, galardoado como hospital IHAN para favorecer la lactancia materna. Madrid: Comunidad de Madrid. 2017. Disponible en: <https://goo.gl/Eb3fh8>
11. Organización Mundial de la Salud [homepage on Internet]. Lactancia materna exclusiva. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://goo.gl/Te5ycJ>
12. León N, Lutter C, Ross J, Martin L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington DC: Programa de

- Alimentación y Nutrición y Organización Panamericana de la Salud. 2002.
Disponible en: <https://goo.gl/1TsOMA>
13. Latham MC. Breastfeeding. Human nutrition in the developing world. New York: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2002.
Disponible en: <https://goo.gl/eE4VYX>
 14. Sánchez MC, Lozano B, Reyes R, Gil F, García R, Ortega A. Lactancia materna: un don natural. Paraninfo Digital. 2016;(25).
 15. Bommer-Norton C. Breastfeeding: a holistic concept analysis. Public Health Nurs. 2014; 31(1):88-96.
 16. Gasa A, Pié N, Martorell MA. Principales factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. Evidentia. 2013; 10(41).
 17. Jonas W, Woodside B. Physiological mechanisms, behavioral and psychological factors influencing the transfer of milk from mothers to their young. Hormones and Behavior. 2015; 77: 167-181. Disponible en: <https://goo.gl/gmvzDw>
 18. Instituto Nacional de Estadística [homepage on Internet]. Determinantes de salud. Madrid: INE; 2012. Disponible en: <https://goo.gl/4ohUi6>
 19. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: <https://goo.gl/09vBw6>
 20. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanit. 2015; 29(1): 4-9. Disponible en: <https://goo.gl/dj7vhl>
 21. Oliver A. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. [tesis doctoral]. Alicante. 2012. Disponible en: <https://goo.gl/tJvOTJ>
 22. Wu DS, Hu J, McCoy TP, Efird JT. The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. J Adv Nurs: 2014; 70(8):1867-79.
 23. Campos A, García L. Causas de abandono de la lactancia materna. Revisión de la literatura. Nuber Científ. 2015; 3(17). Disponible en: <https://goo.gl/EhHOvi>
 24. Oliver A, Richart M, Cabrero J, Pérez S, Laguna G, Flores JC, et al. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(3). Disponible en: <https://goo.gl/7grfZ8>

25. Magnusson BM, Thackeray CR, Van Wagenen SA, Davis SF, Richards R, Merrill RM. Perceptions of public breastfeeding images and their association with breastfeeding knowledge and attitudes among an internet panel of men ages 21-44 in the United States. *J Hum Lact*. 2017.
26. Cassella CA, Gómez VG, Maidana DJ. Puerperio normal. *Rev. Posgrado Cátedra VIa Medicina*. 2000;(100):2-6. Disponible en: <https://goo.gl/4IUxEU>
27. Sabrina A. Una aproximación fenomenológica a la experiencia del puerperio. *Rev. Colomb. Antropol*. 2009;45(1):2-38. Disponible en: <https://goo.gl/bSNFJX>
28. Miguel F, Fernandez AI. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <https://goo.gl/hqvkwH>
29. Gálvez M. Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. *Medicina de familia*: 2003; 4(1). Disponible en: <https://goo.gl/ra6av0>
30. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Andalucía: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía-Junta de Andalucía; 2014. Disponible en: <https://goo.gl/ygvEQ7>
31. Bohórquez OA, Rosas A, Pérez LJ, Munévar RI. Seguimiento de enfermería a la madre y el recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. *Av. Enferm*: 2009; 27(2):139-149. Disponible en: <https://goo.gl/gjq6o2>
32. Acuña J, De Alba C, Barrio C, López M, Palacios A, Pallás CR, et al. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <https://goo.gl/EWZ4Yk>
33. Da Graça LC, Figueiredo Mdo C, Conceição MT. Contributions of the nursing intervention in primary healthcare for the promotion of breastfeeding. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19(2). Disponible en: <https://goo.gl/FxRPdh>
34. Ridgway L, Cramer R, McLachlan HL, Forster DA, Cullinane M, Shafiei T, et al. Breastfeeding support in the early postpartum: content of home visits in the SILC trial. *Birth*. 2016; 43(4):303-312. Disponible en: <https://goo.gl/EvbU04>
35. Aksu H, Küçük M, Düzgün G. The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding

- duration and knowledge: a randomized trial. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2011; 24(2):354-361. Disponible en: <https://goo.gl/YFqsbu>
36. Kronborg H, Vaeth M. How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration? *BIRTH*. 2009;36(1). Disponible en: <https://goo.gl/UINrsK>
37. Mazzo MH, de Brito RS, de Souza NL, Gama AP. Taking care of the puerpera after hospital discharge: a literatura review. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2012; 6(11):2823-2829. Disponible en: <https://goo.gl/gfbyCp>
38. Kronborg H, Vaeth M, Olsen J, Iversen L, Harder I. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial. *Acta Paediatrica* 2007; 96:1064-1070. Disponible en: <https://goo.gl/VTrco3>
39. Kemp L, Harris E, McMahon C, Matthey S, Vimpani G, Anderson T, et, al. Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial. *ADC Online First*. 2011. Disponible en: <https://goo.gl/VvLbqb>
40. Henderson S. Position paper on the role and impact of the IBCLC. EEUU: International Lactation Consultant Association; 2011. Disponible en: <https://goo.gl/MWKTvk>
41. Gill SL, Reifsnider E, Lucke JF. Effects of support on the initiation and duration. *Western J Nurs Rech*. 2007; 29(6). Disponible en: <https://goo.gl/aCXZeX>
42. Prado C, Aparecida I, Neves AV, Tochika G, Forte V, Brolezzi C, et, al. Teleamamentação no programa nacional de telessaúde no Brazil: a experiencia da telenfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2013; 47(4). Disponible en: <https://goo.gl/jA1qJf>
43. Maslowsky J, Frost S, Hendrick CE, Trujillo Cruz FO, Merajver SD. Effects of postpartum mobile phone-based education on maternal and infant health in Ecuador. *Int J Gynecol Obstet*. 2016. Disponible en: <https://goo.gl/qVsvLy>
44. Fu IC, Fong DY, Heys M, Lee IL, Sham A, Tarrant M. Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG*. 2014; 121(13):1673-1683. Disponible en: <https://goo.gl/5a2EjE>

45. Tahir NM, Al-Sadat N. Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices? A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2013; 50(1):16-25. Disponible en: <https://goo.gl/h2Re4r>
46. Chráskova J, Boledovičová M. The importance of breastfeeding education (student's contribution). *Profese online.* 2015; 8. Disponible en: <https://goo.gl/NkfUqi>
47. Janssen PA, Livingstone VH, Chang B, Klein MC. Development and evaluation of a Chinese-language newborn feeding hotline: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009; 9. Disponible en: <https://goo.gl/7zL26H>
48. Rojjanasrirat W, Nelson EL, Wambach KA. A pilot study of home-based videoconferencing for breastfeeding support. *J Hum Lact.* 2012; 28(4):464-467.
49. Benayas N, Hernández E, González R, Valladolid SI. Efectividad de un grupo de apoyo a la lactancia materna (GALM) en el incremento de la tasa de amamantamiento de su comunidad. *Parainfo digital.* 2015; 22. Disponible en: <https://goo.gl/Y4TfIP>
50. García AV, Cangiani MG, Bueno P. Grupo de apoio à amamentação com mulheres da comunidade: relato de experiencia. *Rev. APS.* 2009; 12(3):357-362. Disponible en: <https://goo.gl/YbFsts>
51. Ortega EM, Piñero S, Alarcos G, Arenas T, Jiménez V. El fomento postnatal de la lactancia materna: los grupos de apoyo. *Nure Inv.* 2010; 7(49).
52. Ward KN, Byrne JP. A critical review of the impact of continuing breastfeeding education provided to nurses and midwives. *J Hum Lact.* 2011; 24(4):381-393. Disponible en: <https://goo.gl/PEuQj1>
53. OMS, UNICEF. Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. Guía del Capacitador. EEUU:OMS, UNICEF. 1998. Disponible en: <https://goo.gl/HnWQQc>
54. Fonseca-Machado M, Vanderlei J, Haas VJ, Monteiro JC, Gomes-Sponholz F. Continuing education in nursing as a factor associated with knowledge on breastfeeding. *Invest. educ. enferm.* 2014;32(1). Disponible en: <https://goo.gl/EoD3AK>
55. Ekström AC, Thorstensson S. Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes-design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15. Disponible en: <https://goo.gl/Ew3wwy>

56. Ekström A, Widström AM, Nissen E. Does continuity of care by well-trained breastfeeding counselors improve a mother's perception of support?. BIRTH. 2006; 33(2). Disponível em: <https://goo.gl/FOavim>
57. Garcia D. Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. Rev bras. enferm. 2011; 64(2). Disponível em: <https://goo.gl/fYXBZX>
58. Edwards RA, Colchamiro R, Tolan E, Browne S, Foley M, Jenkins L, et, al. Online continuing education for expanding clinicians' roles in breastfeeding support. J Hum Lact. 2015; 31(4):582-586. Disponível em: <https://goo.gl/ewrOoV>

ANEXO 1. Estrategias de búsqueda y selección de artículos

Base de datos	Sentencia de búsqueda	Límites	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados por título	Nº artículos: Lectura completa
PubMed	(breastfeed* OR lactation) AND (education OR intervention OR support) AND nurs* AND postpartum	Últimos 10 años Título/ Resumen	113	51	35
	“Education, Nursing, Continuing” [Mesh] AND “Breast Feeding” [Majr]	Últimos 10 años	16	10	6
	“primary care” AND “Breast Feeding” [Majr] AND postpartum AND nursing	Últimos 10 años	20	7	2
	“Home Care Services”[Mesh] AND “Postpartum Period” [Mesh] AND nursing	Últimos 10 años	6	1	1
	consultation AND breastfeeding AND nursing AND "primary care"	Últimos 10 años	8	1	0
Cuiden	(lactancia materna) AND (seguimiento OR soporte OR intervención OR educación OR promoción) AND (enfermería) AND (postparto OR puerperio)	Últimos 10 años Resumen	45	23	12
	(grupo de apoyo) AND (lactancia)	Últimos 10 años	10	3	2
	“educación para la salud” AND lactancia AND (puerperio OR postparto)	Últimos 10 años	12	2	0
Scielo	breastfeeding AND (education OR intervention) AND nursing	Últimos 10 años Área temática Health Sciences: nursing, pediatrics, health policy and services	28	15	7
Cochrane	“Breast feeding” [Mesh] AND nursing AND (support OR education OR intervention)	Últimos 10 años Titulo/Resumen	55	24	15
PsycINFO	DE “nursing” AND MM “Breast Feeding” AND postpartum	Últimos 10 años	15	1	0
Cinahl	“breastfeeding” AND “postpartum” AND “primary care”	Últimos 10 años Resumen	17	3	2

ANEXO 2. Artículos seleccionados para la revisión

Autores	Lugar y Año	Tipo de Estudio	Muestra	Objetivo general	Principales hallazgos
Bohórquez OA, Rosas A, Pérez LJ, Munévar RI.	Colombia, 2009	Revisión narrativa	-	Aportación teórica sobre el seguimiento a la madre y al recién nacido durante el puerperio	La atención domiciliaria y el seguimiento telefónico postparto son efectivos en la identificación y resolución de las alteraciones de la LM
Da Graça LC, Figueiredo Mdo C, Conceição MT.	Portugal, 2011	Estudio cuasi-experimental longitudinal	151 madres primíparas	Analizar las intervenciones de enfermería en AP con madres primíparas en la promoción de la LM	La agrupación de varias intervenciones de enfermería aumenta la duración de la LME
Ridgway L, Cramer R, McLachlan HL, Forster DA, Cullinane M, Shafiei T, et al.	Australia, 2016	Ensayo controlado y aleatorizado (ECA)	1.043 madres	Evaluar si una visita domiciliaria en el periodo postparto incrementa las tasas de LM en áreas socioeconómicas bajas	Proporcionar información sobre la mecánica básica de la LM en la visita domiciliaria es fundamental para su éxito
Aksu H, Küçük M, Düzgün G.	Turquía, 2011	ECA	60 madres	Determinar los efectos de la educación en el hogar en la duración y conocimiento de la LM.	La atención domiciliaria es efectiva en el postparto
Kronborg H, Vaeth M.	Dinamarca, 2009	Ensayo no controlado aleatorizado	579 parejas madre-bebé	Investigar la relación entre la técnica de LM y el uso de chupete con la aparición de problemas de la lactancia y su duración.	La observación ayuda a la corrección de la técnica de la LM y por tanto, a la prevención de problemas que pueden influir en su duración
Mazzo MH, de Brito RS, de Souza NL, Gama AP.	Brasil, 2012	Estudio descriptivo y exploratorio con revisión bibliográfica	-	Analizar el seguimiento a las mujeres durante el puerperio fuera del hospital	El apoyo profesional debe continuar después de finalizar la estancia hospitalaria
Kronborg H, Vaeth M, Olsen J, Iversen L, Harder I.	Dinamarca, 2007	ECA	1.597 madres	Evaluar el impacto de una intervención de apoyo sobre la duración de la LM	Las visitas domiciliarias en las 5 semanas después del nacimiento prolongan la duración de la LME, centrándose en los aspectos psicológicos y prácticos de la LM.

Autores	Lugar y Año	Tipo de Estudio	Muestra	Objetivo general	Principales hallazgos
Kemp L, Harris E, McMahon C, Matthey S, Vimpani G, Anderson T, et, al.	Australia, 2011	ECA	208 participantes	Investigar el impacto de un programa de visitas a domicilio impartido por enfermeras a largo plazo, sobre la salud del bebé, de la madre y de la familia en minorías	El programa mostró una mejoría en la duración de la LM pero los resultados no fueron los esperados.
Gill SL, Reifsnider E, Lucke JF.	EEUU, 2007	Estudio cuasi-experimental longitudinal	182 madres	Aumentar la iniciación de la LM y su duración de 6 meses en un grupo de mujeres hispanas de bajos ingresos a través de un programa de educación prenatal y apoyo postparto en el hogar	El apoyo prenatal y postnatal mediante seguimiento domiciliario y telefónico aumenta el inicio y la duración de la LM
Prado C, Aparecida I, Neves AV, Tochika G, Forte V, Brolezzi C, et, al.	Brasil, 2013	Proyecto piloto	-	Describir la experiencia de la Tele-enfermería en la Tele-lactancia del Programa Nacional de Tele-salud de Brasil.	La Tele-lactancia es una estrategia prometedora e innovadora que provoca un impacto significativo en la educación continua de los profesionales de la salud
Maslowsky J, Frost S, Hendrick CE, Trujillo Cruz FO, Merajver SD.	Ecuador, 2016	ECA	135 madres	Evaluar los efectos del apoyo telefónico durante la etapa postnatal en un país de ingresos medios	La educación en la etapa postnatal mediante el teléfono móvil es una estrategia prometedora que mejora la LM
Fu IC, Fong DY, Heys M, Lee IL, Sham A, Tarrant M.	China, 2014	ECA	724 madres primíparas	Evaluar el efecto de dos intervenciones de apoyo profesional sobre la duración de la LME	El apoyo telefónico profesional para la LM, proporcionado al inicio del período postnatal, y continuado durante el primer mes, mejora su duración entre las madres primerizas
Tahir NM, Al-Sadat N.	Malasia, 2013	ECA	357 madres con bebé sano vía vaginal	Estudiar la efectividad de la consejería telefónica de lactancia	La consejería proporcionada por profesionales de enfermería a través de la vía telefónica fue efectiva durante el 1 ^{er} mes, pero no durante los intervalos de 4 y 6 meses postparto

Autores	Lugar y Año	Tipo de Estudio	Muestra	Objetivo general	Principales hallazgos
Chrászkova J, Boledovičová M.	Republica Checa, 2016	Revisión sistemática	-	Analizar los distintos programas y métodos educativos que tienen mayor impacto en la LME para bebés menores de 6 meses	El conocimiento sobre la LM ayuda a reducir el riesgo de complicaciones y alteraciones, y a aumentar el tiempo de la LM
Janssen PA, Livingstone VH, Chang B, Klein MC.	Canadá, 2009	Estudio prospectivo	250 madres de ascendencia china	Desarrollar una intervención dirigida a madres inmigrantes chinas para aumentar sus tasas de LME	La iniciación de una línea telefónica de atención al bebé específica para el idioma, alcanzó una población previamente desatendida contribuyendo al aumento de las tasas de la LME
Rojjanasrirat W, Nelson EL, Wambach KA.	EEUU, 2012	Estudio piloto	10 parejas madre-bebé	Evaluar la fiabilidad y la viabilidad de la videoconferencia en el hogar para la evaluación y el apoyo de la LM	La videoconferencia se puede utilizar potencialmente para apoyar a las madres que amamantan en sus hogares
Benayas N, Hernández E, González R, Valladolid SI.	España, 2015	Proyecto de investigación	Madres de centros de AP y unidades de maternidad	Crear un GALM para incrementar la tasa de LM dentro de la comunidad autónoma de Andalucía	Metodología para la creación de los GALM
Ortega EM, Piñero S, Alarcos G, Arenas T, Jiménez V.	España, 2010	Estudio descriptivo transversal	40 madres	Describir las características de las mujeres que asisten a los GALM y su grado de satisfacción con la intervención	Los GALM llevados a cabo en AP son una alternativa muy válida en el fomento de la LM postparto
García AV, Cangiani MG, Bueno P.	Brasil, 2009	Estudio cualitativo descriptivo	4 madres	Describir y analizar las actividades educativas que promueven la LM	La formación de grupos de apoyo en la comunidad fomenta la creación de una cultura favorable para la LM
Ward KN, Byrne JP.	Australia, 2011	Revisión crítica	-	Analizar los efectos de las intervenciones educativas sobre la LM dirigidas a profesionales de enfermería	Los programas de educación continua para los profesionales de la salud son parte integral de cualquier intento de mejorar los resultados de la LM, sin embargo, por si solos no son suficientes para alcanzar las recomendaciones de la OMS

Autores	Lugar y Año	Tipo de Estudio	Muestra	Objetivo general	Principales hallazgos
Fonseca-Machado M, Vanderlei J, Haas VJ, Monteiro JC, Gomes-Sponholz F.	Brasil, 2014	Estudio observacional transversal	85 profesionales de enfermería	Analizar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la LM	Se debe insistir en una educación crítica reflexiva y continua para una orientación adecuada sobre la LM
Ekström AC, Thorstensson S.	Suecia, 2015	ECA	168 profesionales de la salud 540 madres	Describir un enfoque metodológico para mejorar y evaluar las actitudes de los profesionales de la salud hacia la LM para el apoyo a los progenitores	La capacitación de los profesionales de enfermería sobre la LM mejoró sus actitudes y el apoyo de los progenitores, aumentando la satisfacción de estos últimos
Ekström A, Widström AM, Nissen E.	Suecia, 2006	ECA	540 madres	Investigar si las madres atendidas por profesionales de enfermería con formación en LM perciben una mejor continuidad de la atención y apoyo durante el puerperio	Las madres atendidas por profesionales capacitados estuvieron más satisfechas con el apoyo emocional e informativo durante los primeros 9 meses posparto
García D.	Portugal, 2011	Estudio descriptivo transversal	45 enfermeros pediátricos	Identificar los conocimientos y habilidades de comunicación de residentes de enfermería pediátrica tras un programa de entrenamiento para la LM	Tras el programa hubo una mejora de los conocimientos pero se requieren más horas de formación para la adquisición de habilidades de comunicación
Edwards RA, Colchamiro R, Tolan E, Browne S, Foley M, Jenkins L, et, al.	EEUU, 2015	Proyecto de investigación	1.606 profesionales de la salud.	Creación de un tutorial online para el aprendizaje sobre la LM dirigido a los profesionales de la salud	Los tutoriales apoyan al logro de una mejor calidad de atención

ANEXO 3

	0	1	2
L: Latch (Agarre)	<ul style="list-style-type: none"> – Demasiado dormido – No agarra el pecho 	<ul style="list-style-type: none"> – Repetidos intentos de agarre. – Mantiene el pezón en la boca. – Succiona. 	<ul style="list-style-type: none"> – Agarra el pecho – Lengua debajo del pezón – Labios evertidos – Succión rítmica
A: Audible swallowing. (Deglución audible)	<ul style="list-style-type: none"> – Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> – Sí a la estimulación 	<ul style="list-style-type: none"> – Espontánea e intermitente (<24 horas de vida) – Espontánea y frecuente (>24 horas de vida)
T: Type of Nipple. (Tipo de pezón)	<ul style="list-style-type: none"> – Invertidos 	<ul style="list-style-type: none"> – Planos 	<ul style="list-style-type: none"> – Protuberantes tras estimulación
C: Confort (Estado de las mamas)	<ul style="list-style-type: none"> – Ingurgitadas – Grietas – Dolor severo 	<ul style="list-style-type: none"> – Mamas llenas – Pezón lesionado – Dolor medio/moderado 	<ul style="list-style-type: none"> – Mamas blandas – Ausencia de dolor
H: Hold (Posicionamiento del bebé al pecho)	<ul style="list-style-type: none"> – Ayuda total (el profesional mantiene al niño colocado al pecho) 	<ul style="list-style-type: none"> – Mínima ayuda (el profesional lo coloca y a continuación la madre sigue) 	<ul style="list-style-type: none"> – No es necesario ayuda (la madre es capaz de mantener al bebé colocado al pecho)

Adaptación al castellano de la escala LATCH (Jensen, Wallace y Kelsay, 1994, EEUU).