

**Àngela Botí Valls**

**INTERVENCIONES QUE FAVORECEN LA IMPLANTACIÓN  
Y EL MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA.  
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

**TRABAJO DE FINAL DE GRADO**

**Dirigido por:**  
Sra. María Paz Querol Vidal



**FACULTAT D'INFERMERIA  
Universitat Rovira i Virgili**

**Campus Terres de l'Ebre**

**TORTOSA 2018/19**



## RESUMEN

**Introducción:** Las tasas de abandono de lactancia materna han aumentado exponencialmente en nuestro medio, alcanzando datos del 59'4% en los primeros seis meses, pese a conocer sus múltiples beneficios. Conociendo el gran poder de influencia que tenemos los profesionales de la salud, es importante adoptar posturas y llevar a cabo intervenciones que favorezcan su implantación y mantenimiento.

**Objetivos:** Definir las intervenciones que pueden llevar a cabo los profesionales de la salud para reducir y/o disminuir la incidencia del abandono precoz de la lactancia materna.

**Metodología:** Revisión sistemática de la bibliografía utilizando como herramienta las bases de datos Pubmed, CINAHL, COCHRANE, Dialnet, Enfispo y Enferteca y siguiendo los criterios de inclusión de: artículos de divulgación científica y ensayos clínicos publicados entre 2014 y 2019 (incluidos), en lengua castellana catalana o inglesa y de texto completo y acceso gratuito.

**Resultados:** El personal sanitario ejerce un papel decisivo en la iniciación y continuidad de esta práctica. La ausencia de promoción o apoyo a la LM desde el sistema sanitario desemboca en una disminución estrepitosa de las tasas de lactancia materna.<sup>34</sup>

**Conclusión:** La decisión última en relación con el modo de alimentar al niño corresponde a la madre, pero el personal sanitario debe proporcionar la información y educación adecuadas, así como prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa.<sup>24</sup>

**Palabras clave:** Lactancia materna, intervención, abandono, enfermería, causas.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The rate of breastfeeding abandonment has increased exponentially from the second half of the XX century, reaching datums of 59'4% in the first six months, despite its many known benefits. As healthcare professionals we have the duty to adopt stances and to carry out interventions that facilitate its implementation and maintenance, because of the great influence power we own.

**Objectives:** To define the interventions healthcare professionals can carry out in order to reduce the incidence rate of early abandonment of the breastfeeding practice.

**Methodology:** Systematic review of the bibliography using as tool the Pubmed, CINAHL, COCHRANE, Dialnet, Enfispo and Enferteca databases. Inclusion criteria was: scientific dissemination articles and clinical trial published between 2014 and 2019 (included), in Spanish, Catalan or English and free access and full text.

**Results:** healthcare professionals have an important role in the initiation and continuation of breastfeeding. The lack of promotion or support to LM from heath system end in a shrill decline of breastfeeding rates.<sup>34</sup>

**Conclusion:** the ultimate decision about the type of breastfeeding fall to the mother. Nevertheless, healthcare professionals must supply the accurate information and education, and provide the necessary support so breastfeeding is a successful experience.<sup>24</sup>

**Keywords:** Breastfeeding, intervention, abandonment, nursing, causes

## INDICE

1- JUSTIFICACIÓN .....	6
2- MARCO CONCEPTUAL .....	8
2.1- LACTANCIA MATERA .....	8
2.2- ABANDONO PRECOZ .....	9
2.2.1- CAUSAS DEL ABANDONO PRECOZ .....	9
2.3- INTERVENCIONES DEL EQUIPO DE SALUD .....	10
2.3.1- EDUCACIÓN .....	10
2.3.2- CONTACTO PIEL CON PIEL INMEDIATO E ININTERRUMPIDO .....	11
2.3.3- PRIMERA TOMA – PUESTA PRECOZ DEL RN AL PECHO.....	12
2.3.4- ALIMENTACIÓN A DEMANDA .....	13
2.3.5- OBSERVACIÓN Y VALORACIÓN DE LA TOMA.....	13
2.3.6- ALOJAMIENTO CONJUNTO.....	14
2.3.7- GRUPOS DE APOYO.....	14
2.3.8- ADMINISTRACIÓN RUTINARIA DE SUPLEMENTOS .....	14
3- OBJETIVOS .....	16
3.1- GENERAL.....	16
3.2- ESPECÍFICOS .....	16
4- METODOLOGÍA.....	17
4.1- PALABRAS CLAVE .....	17
4.2- RECOGIDA DE DATOS: BASES DE DATOS .....	18
4.3- OPERADORES BOLEANOS .....	18
4.4- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	18
4.5- ECUACIÓN DE BÚSQUEDA .....	19
5- RESULTADOS .....	20
6- ANÁLISIS / DISCUSIÓN.....	35
6. 1. Analizar el papel de los profesionales de la salud .....	35
6. 2. Enumerar las intervenciones más efectivas.....	35
6.2.1- EDUCACIÓN SANITARIA .....	36
6.2.2- ACTUACIONES HOSPITALARIAS.....	37
6.3- Identificar las causas y los factores de riesgo del abandono precoz.....	37
6.3.1- DEPENDIENTES DE LA MADRE-RN.....	38
6.3.2- DEPENDIENTES DE FACTORES SOCIOCULTURALES .....	38
7- CONCLUSIONES.....	39
8- BIBLIOGRAFÍA.....	40
9- ANEXOS .....	45



## 1- JUSTIFICACIÓN

A partir de la segunda mitad del siglo XX, comienza a generalizarse la práctica de abandonar la lactancia materna (LM) a favor de la artificial, alcanzando su punto máximo en los años 70. Las razones son múltiples, incluyendo tanto factores médico-sanitarios (actividades del personal de salud), como socioeconómicos (disponibilidad de sucedáneos de la leche materna) y culturales (la evolución del rol de la mujer en la sociedad), y es que la LM es un fenómeno sociológico multifactorial.<sup>1-3</sup>

En datos epidemiológicos, el 84,2% de los neonatos son amamantados al nacer, y a los 6 meses sólo el 24'8% recibe leche materna, lo cual supone un abandono del 59'4% en los primeros seis meses (2016).<sup>1,4,5</sup> A pesar de los contrastados beneficios que comentaremos posteriormente y las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, la proporción de lactancia materna en nuestro país desciende dramáticamente durante las primeras semanas tras el parto<sup>2</sup> y es durante el primer mes cuando se producen más abandonos<sup>6</sup>: a los tres meses tan solo quedan un 39% de madres lactando. Es decir, uno de los dos períodos en los que se producen las mayores pérdidas de lactancia en nuestro medio es desde el alta hasta el primer mes de vida, coincidiendo con la pérdida de los apoyos asistenciales a la lactancia.

Puesto que se considera que en una población se abandona precozmente la LM cuando a los 3 meses tras el parto quedan menos del 75% de madres lactando, podemos confirmar que el abandono precoz en nuestro país es más que común.<sup>2</sup>

Existe abundante evidencia científica que apoya la conclusión de que las prácticas hospitalarias influyen y determinan tanto el inicio de la lactancia materna como la continuación de esta después del alta<sup>7</sup> y es que algunos de los factores que influyen en el abandono de la LM son modificables desde el sistema sanitario y otros son dependientes de éste<sup>8</sup>. Una falta de intervenciones encaminadas al apoyo de la lactancia materna desemboca en disminuciones dramáticas de las tasas de LM.<sup>7</sup>

Desde la vertiente sanitaria, hay dos momentos claves en el éxito de la LM: el puerperio inmediato, con las primeras experiencias de amamantar, y la llegada a casa; es quizá en esos momentos donde el sistema sanitario puede centrar su intervención.<sup>1</sup> Además, existen un conjunto de factores de riesgo para que la LM se abandone precozmente y otros que actúan como protectores, por lo que, desde su conocimiento, deberían diseñarse intervenciones con objeto de promover y fortalecer aquellos que son protectores y corregir los que suponen un riesgo<sup>2</sup>.

Aunque se ha dado una notable mejoría en las cifras de incidencia de la lactancia materna durante los últimos años<sup>6</sup>, aún estamos lejos de las recomendadas por la OMS<sup>9</sup>, por lo que desde nuestra posición de profesionales de la salud tenemos la obligación de intervenir, dados los beneficios que aporta la LM como intervención sanitaria por ella sola.

Por todo lo referenciado, la pregunta PICO es: ¿Qué intervenciones pueden llevar a cabo los profesionales de la salud para disminuir las tasas de incidencia del abandono precoz de la lactancia materna?

## **2- MARCO CONCEPTUAL**

Según la declaración mundial de los derechos humanos, los niños tienen el derecho a una alimentación sana y nutrición adecuada, dos derechos que resultan esenciales para alcanzar otro más global: el derecho al mayor nivel o estándar de salud. Las mujeres, a su vez, tienen el derecho a una nutrición adecuada, a decidir cómo alimentar a sus hijos y al acceso a información completa y condiciones apropiadas que las capaciten para tomar sus decisiones.<sup>10</sup>

Cuando una madre va a dar a luz a su hijo, ha de elegir qué método de lactancia quiere utilizar, siendo consciente de las numerosas posibilidades y de las ventajas y desventajas que estas pueden comportar. No obstante, se ha comprobado que muchas madres toman esta decisión antes del embarazo, influidas sobre todo por su entorno social y vivencias personales.<sup>44</sup> En todo caso, el deber de informar y proporcionar los conocimientos necesarios y adecuados es del personal sanitario (en la visita preconcepcional o durante el primer trimestre); por lo tanto, resulta esencial que los profesionales de salud tengan conocimientos y habilidades básicas para ofrecer una orientación y consejos apropiados, que ayuden a resolver problemas y que conozcan cuándo y dónde deben referir a la madre que experimenta problemas de mayor complejidad.<sup>11</sup> Es por eso por lo que todos los profesionales que tengan contacto con embarazadas y madres deben recibir formación y ser entrenados en la práctica de la lactancia a un nivel apropiado a su categoría profesional.<sup>9,12</sup>

### **2.1- LACTANCIA MATERNA**

Actualmente, las pautas vigentes que se defienden mundialmente y la OMS y UNICEF recomiendan son:

- El inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida, ya que se ha demostrado que el inicio temprano de esta práctica protege al lactante de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal.
- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses, ya que esta cubre las necesidades nutricionales del recién nacido.<sup>10</sup> Se considera lactancia materna exclusiva (LME) cuando el recién nacido solo consume leche de la madre sin otro tipo de suplementos, agua, zumos, otras eches ni alimentos, excepto vitaminas, minerales y medicación (en aquellos casos que se requieran)<sup>13</sup>

- Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, continuando con la lactancia materna hasta los dos años o más.<sup>14,15</sup>

Estas recomendaciones se basan en la evidencia científica que asegura que la leche materna satisface perfectamente las necesidades del bebé y la producción mamaria se ajusta automáticamente a la demanda del recién nacido<sup>1</sup>, siendo el método de referencia para la alimentación y crianza.<sup>16</sup>

Entre sus beneficios, está la prevención de enterocolitis necrosante, la disminución de procesos infecciosos (gastroenteritis, infecciones respiratorias, de orina, etc.) y del riesgo de muerte súbita y de la mortalidad post-neonatal. El sistema inmunitario digestivo y sistémico del lactante es estimulado activamente tras el nacimiento, lo que explica una mejor respuesta inmunitaria a las vacunas y un menor riesgo de padecer enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunes, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus y algunos tipos de cáncer (leucemia). Además, cuenta con beneficios sobre el desarrollo psicomotor del bebé que no están relacionados con la composición de la leche, si no con el acto de amamantar (contacto estrecho y frecuente).<sup>16</sup>

A su vez, también beneficia a la madre ya que ayuda a su recuperación física y hormonal en el puerperio (favorece la involución uterina), protege de varios tipos de cáncer y reduce el riesgo de osteoporosis.<sup>1,13</sup>

En definitiva, la LM proporciona beneficios sociales y económicos tanto a la familia como a la nación.<sup>9</sup>

## **2.2- ABANDONO PRECOZ**

Se define como abandono precoz de la lactancia materna el cese de la práctica de ésta antes o a los 3 meses postparto, y se considera precoz porque no se alcanzan las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales ni de los expertos.<sup>2</sup> Por lo tanto, podríamos considerar que una población se abandona de forma precoz la LM cuando, a los 3 y 6 meses postparto quedan menos del 75% y 50% de madres lactando respectivamente.<sup>39</sup>

### **2.2.1- CAUSAS DEL ABANDONO PRECOZ**

Diversos estudios han concluido que las características sociodemográficas influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva, siendo las madres de menor edad, con hábito tabáquico, de nivel socioeconómico y educativo menor, y primíparas las que llevan a cabo una lactancia exclusiva más reducida. Otra variable importante es la

**situación laboral** de la madre: para las trabajadoras, la falta de apoyo en el trabajo es la barrera más importante para no poder seguir con la lactancia materna, refiriendo una incompatibilidad laboral.<sup>1,2,4,16</sup>

Sin embargo, durante los primeros 3 meses postparto, las razones de abandono más referidas por la mayoría de las madres son los problemas de lactancia, **hipogalactia** e intranquilidad y sensación de que se queda con hambre.<sup>3,6,7,16</sup> A estas también se suman las grietas o las mastitis<sup>17</sup>; todos ellos problemas prevenibles por parte de los profesionales sanitarios.<sup>4,9</sup>

Estas últimas, junto con la percepción prenatal sobre la LME (el interés y la confianza de la madre, entre otros) podrían llegar a tener más impacto que las variables demográficas.<sup>4</sup>

No obstante, en el abandono de la LM influyen más factores, como el tiempo transcurrido desde el nacimiento al inicio de la lactancia, la asistencia a clases de preparación al parto, el apoyo en el hospital y/o familiar<sup>18</sup> y la falta de información.<sup>4</sup>

Por lo tanto, como se puede observar, la mayoría de las causas referidas son producto de una mala gestión del proceso de lactancia y evitables con una mayor y adecuada formación y apoyo por parte del entorno sociofamiliar y sanitario.<sup>9</sup>

## **2.3- INTERVENCIONES DEL EQUIPO DE SALUD**

### **2.3.1- EDUCACIÓN**

Existe evidencia científica y de organismos fiables que confiere a la educación prenatal un nivel A de evidencia<sup>19</sup> y es que, para que la lactancia materna se inicie y se establezca debidamente, es necesario que, durante el embarazo y el puerperio, las mujeres reciban la información y el apoyo necesario.<sup>8,17</sup> Incluso, estudios recientes apuntan hacia la educación para la promoción de la LM como el factor más influyente en el mantenimiento de esta.<sup>20</sup>

La educación e intervenciones de apoyo para promover la lactancia materna parecen mejorar o beneficiar la incidencia de inicio de la LM y su mantenimiento hasta los 6 meses. Sesiones educativas que repasan los beneficios de la LM, los principios de la lactancia, mitos, problemas comunes, soluciones a estos (cuidado de las mamas, posiciones del bebé al pecho) y capacitan a las mujeres en materia de LM, parecen tener un gran impacto positivo en la prevalencia de la LM.<sup>9,16,21, 44</sup> Es más, varios estudios afirman que los abandonos tempranos podrían prevenirse mediante asesoramiento profesional, informando a las madres sobre los beneficios de la LME y facilitándoles el

proceso mediante pautas para un manejo correcto del amamante, estando siempre dispuestos a aclarar cualquier duda que les pueda surgir.<sup>4</sup>

Esta educación debería ir encaminada a abordar los problemas referidos por las madres como las principales razones de abandono, y enfocarse en mejorar la capacidad de anticiparse a los problemas (o solucionarlos en caso de que surjan) una vez la mujer puérpera se encuentre de alta.<sup>16</sup> En el caso de la hipogalactia, debería informarse sobre lo poco frecuente de su ocurrencia y que, muchas veces, se debe a la propia percepción de la madre.<sup>3</sup> Respecto a otros problemas como la mastitis, las grietas o el dolor, la mayoría de las madres desconoce que muchos casos podrían solucionarse y prevenirse adoptando una postura correcta o dando el pecho a demanda.

Informando a las madres sobre estos sucesos, se les da seguridad y confianza, factor determinante a la hora de continuar con la LME.<sup>4</sup>

Este apoyo educativo mejora la proporción de madres que mantienen la LM a los seis meses de vida, tanto si se realiza antes como después del parto.<sup>18,19</sup> No obstante, una educación postnatal de dos sesiones podría ser mas efectiva que una única sesión prenatal.<sup>20</sup> En cuanto a las características del grupo, han de ser clases informales y con pocos participantes, lideradas por profesionales de la salud.<sup>18</sup>

Un reto para convertir esta evidencia científica teórica en práctica clínica sería hacer las clases de LM más accesibles a todos los pacientes e incluir a los otros miembros de la familia<sup>18,21</sup> y reconocer la importancia de los profesionales sanitarios (sobre todo pediatras y matronas) como herramientas clave en la prevención del abandono temprano de la LM.<sup>4</sup> Además, la información dada durante la gestación debería ser consensuada y basarse en criterios unificados, considerando el grupo poblacional al que va dirigida.<sup>6,18</sup>

Se cree, por lo tanto, que existe una falta de concienciación por parte de las madres de la importancia de la LM y un desconocimiento de los obstáculos que presentan los primeros días y de sus diferentes formas de solucionarlos. Un cambio en los conocimientos impartidos en las clases de preparación al parto facilitaría a las mujeres tener una idea más clara de qué es la LM.<sup>1</sup>

### **2.3.2- CONTACTO PIEL CON PIEL INMEDIATO E ININTERRUMPIDO**

Consiste en colocar al RN desnudo en decúbito prono con la cabeza ladeada sobre el abdomen y pecho desnudo de la madre durante los primeros 120 minutos. Secar suavemente la cabeza y espalda, cubrirle con una manta precalentada y ponerle un gorro para evitar la pérdida de calor.<sup>1,19,22</sup>

Se ha comprobado que, si se coloca al RN a término nada más nacer en contacto piel con piel con su madre, se estrechan los lazos afectivos entre madre e hijo, aumenta la autoconfianza de la madre en el cuidado de su hijo, con el que se muestra más afectuosa, se preserva la energía y se acelera la adaptación metabólica del RN.

Los bebés en contacto piel con piel no sólo no se enfrían (si se secan previamente y se asegura un buen contacto), sino que su temperatura asciende progresivamente en el transcurso de la primera hora.

También se puede realizar en cesáreas programadas, con la colaboración de ginecólogos y anestesistas. Para ello, se tendrán que colocar los electrodos para la monitorización de la madre en la espalda, preparar el campo de manera que el bebé pueda colocarse sobre su madre.<sup>44</sup>

Por lo tanto, se recomienda de forma inmediata tras el parto mientras se asegura que madre e hijo no están solos y se vigila el periodo de adaptación a la vida extrauterina.<sup>22,</sup>

45

### **2.3.3- PRIMERA TOMA DEL RECIÉN NACIDO – PUESTA PRECOZ DEL RN AL PECHO**

La evidencia sugiere, por un lado, que es mejor el inicio temprano de la LM (en las dos primeras horas de vida) y, por otro, que el arrastre al pecho con agarre espontáneo por parte del RN es la mejor forma de iniciar la LM. Por lo tanto, se llega al consenso de recomendar que el RN haga el arrastre al pecho y se agarre espontáneamente en la primera hora (pues la mayoría de RN serían capaces de alcanzarlo de esta manera entre los primeros 20-60 minutos de vida) y, pasado este tiempo, ayudarle para asegurar que el primer agarre se hace en las dos primeras horas de vida.<sup>22</sup> Durante las primeras 2h después del nacimiento, el bebé está especialmente alerta, por lo que, si no es separado de su madre durante los 70 primeros minutos, el RN reptará hasta el pecho, dirigiéndose hacia la aréola (que reconoce por su color oscuro y olor) y hace una succión correcta, hecho que se ha relacionado con una mayor duración de la LM. A partir de entonces, es más probable que haga el resto de tomas de forma correcta, lo que puede explicar los beneficios que tiene el CCP inmediato sobre la duración de la lactancia.<sup>44</sup>

La postura adecuada sería la mujer en decúbito lateral, con el RN acostado en la cama mirando a la madre y la boca a la altura del pezón materno.<sup>19</sup> Se debe animar a todas las madres a permitir que el niño reptará hacia el pecho y mame cuando esté listo.<sup>12</sup>

Como ventajas de la puesta precoz, se señala:

- Un agarre correcto provocado por el fuerte reflejo de succión del recién nacido tras el parto, originando una sensación de seguridad en la madre.
- Una subida de leche mayor.
- Estimulación del vínculo afectivo.<sup>1,19</sup>

#### **2.3.4- ALIMENTACIÓN A DEMANDA**

La lactancia no funciona con horarios preestablecidos, por lo que es habitual que el bebé tenga necesidad de lactar en cualquier momento y lugar, y es responsabilidad de toda la sociedad permitir que pueda hacerlo con libertad.<sup>16</sup> Ésta se acompaña de mejor recuperación de peso después del nacimiento, mayor duración de la LM, menor nivel de ictericia los primeros días y menor incidencia de ingurgitación mamaria cuando se compara con horario rígido (cada 3-4h). Por lo tanto, se apoyará la lactancia a demanda, explicando a las madres el significado de este, respetando el ritmo nocturno y la duración de las tomas.<sup>22,44</sup> Importante organizar nuestro trabajo de manera que los procedimientos hospitalarios no influyan en esta práctica.<sup>12, 45</sup>

#### **2.3.5- OBSERVACIÓN Y VALORACIÓN DE LA TOMA**

La observación de la toma por parte de enfermería en las primeras tomas aumenta la tasa de lactancia en el momento del alta hospitalaria y la incidencia de esta<sup>13,19</sup> ya que está demostrado que el apoyo profesional durante este periodo se relaciona con la exclusividad de la LM y ayuda en su correcta instauración.<sup>13,22</sup> Consiste en la observación activa de la toma de pecho, corrección de posturas y resolución de dudas.<sup>13</sup> Los profesionales sanitarios deberán asegurarse de ofrecer el apoyo para que las madres adquieran la habilidad de colocar y enganchar correctamente a su hijo al pecho, conozcan los signos de transferencia de la leche y aprendan la técnica para la extracción manual.<sup>12</sup> Respecto a la colocación y las posturas para amamantar, la evidencia indica que aunque existe una variedad de posturas, lo importante es observar que el cuerpo del lactante y la madre estén juntos y que la cabeza y cuello del bebé estén alineados, evitando posturas que obliguen a mantener el cuello girado o flexionado. También debemos valorar los signos de enganche correcto (boca bien abierta, labios evertidos, nariz, mejillas y mentón tocando el pecho) y de deglución correcta (deglución audible, manos y brazos relajados, boca mojada y satisfacción después de la toma).<sup>44,45</sup>

La utilización de una herramienta estandarizada a la hora de realizar la observación de una toma puede ayudar a los profesionales a tener en cuenta todos los aspectos importantes relacionados con el amamantamiento y así evitar caer en subjetividades (*Escala de Evaluación de Lactancia Materna, Ficha para la Observación de la Toma de*

la UE o la *Ficha del Manual para la Capacitación en la Consejería de Lactancia Materna* de la OMS y UNICEF).<sup>22</sup>

Con esta intervención se hace evidente, una vez más, la efectividad y necesidad de instaurar acciones protocolizadas posnatales, y no solo cuando existan problemas de dar el pecho.<sup>13</sup>

### **2.3.6- ALOJAMIENTO CONJUNTO**

Las madres han de asumir la responsabilidad primaria en el cuidado de sus hijos, por lo que sólo se separarán cuando la situación clínica de alguno de ellos lo requiera y no deben ser separados de manera rutinaria por ningún procedimiento habitual.<sup>12</sup> Está demostrada que ejerce una influencia positiva<sup>8</sup> ya que aumenta el número de tomas, favoreciendo así también la lactancia a demanda.<sup>22</sup> Además, facilita la educación sanitaria por parte del personal de enfermería y permite que los padres se familiaricen con su bebé, disminuyendo así la angustia al ser dados de alta.<sup>44,45</sup>

### **2.3.7- GRUPOS DE APOYO**

Son grupos de mujeres que están amamantando o lo han estado y se reúnen periódicamente para ayudarse y compartir información. Sirven de gran ayuda ya que las madres se ayudan unas a las otras a resolver problemas que por su propia experiencia saben solucionar, y ayudan a mejorar las cifras de incidencia de la LM.<sup>6,17</sup> Estos pueden dar la tranquilidad y reforzar los conocimientos que los profesionales sanitarios, debido a la presión asistencial, no pueden hacer con la frecuencia y disposición de tiempo que quisieran.<sup>1</sup> Por lo tanto, en el periodo postnatal se les facilitarán a las madres los números de teléfono de grupos de apoyo, facilitándoles la manera de ponerse en contacto con éstos.<sup>12</sup>

### **2.3.8- ADMINISTRACIÓN RUTINARIA DE SUPLEMENTOS**

La utilización rutinaria de suplementos ha sido una práctica habitual en muchas maternidades, intentando favorecer el descanso materno y evitar la pérdida excesiva de peso y la deshidratación del RN. Sin embargo, la evidencia apunta a que la lactancia exclusiva, en comparación con la administración de suplementos durante el periodo postparto temprano, favorece el inicio y mantenimiento de la lactancia, sin comprometer la seguridad del recién nacido.<sup>22</sup> Además, la administración de algún biberón es reconocida como un factor negativo para la LM<sup>1,8</sup>, ya que numerosos estudios relacionan la administración de biberones de fórmula artificial durante la estancia en maternidad con un aumento del riesgo del abandono precoz.<sup>2</sup> Esto se debe a se disminuye el número de tomas al pecho y a que el bebé tiende a cogerse al pecho de forma similar a

como succiona el biberón, dando lugar al síndrome de la mala posición al mamar o, incluso, a su negativa.<sup>44</sup> Por lo tanto, se recomienda evitar la administración de suplementos, excepto en caso de indicación médica o elección materna.<sup>12,22</sup> Lo mismo ocurre con el chupete: se sugiere evitar siempre que sea posible su uso durante el primer mes para facilitar el buen inicio de la LM.<sup>22,45</sup>

En conclusión, la asociación del apoyo en el embarazo (educación maternal) y tras el parto (contacto piel con piel, información en la primera toma en el postparto inmediato, etc.) potencia el efecto positivo sobre la LM. Es decir, las intervenciones llevadas a cabo en los periodos prenatal y postnatal son más efectivas como método de promoción de la LM que aquellas llevadas a cabo durante un período exclusivamente.<sup>19</sup> Por lo tanto, se justifica la importancia de la cooperación entre diferentes profesionales de la salud de los distintos niveles (Hospital y Atención Primaria)<sup>8,13</sup>, como médicos de familia, pediatras, matronas y ginecólogos<sup>7</sup> mediante programas de potenciación de la LM, destacando la atención por la matrona.<sup>18</sup>

### **3- OBJETIVOS**

#### **3.1- GENERAL**

Definir las intervenciones que han de llevar a cabo los profesionales de la salud para reducir y/o disminuir la incidencia del abandono precoz de la lactancia materna.

#### **3.2- ESPECÍFICOS**

En cuando a los objetivos específicos, encontramos:

- Identificar las razones o causas más comunes por las que las madres abandonan precozmente la lactancia materna.
- Enumerar las intervenciones más efectivas para la disminución de la incidencia del abandono precoz de la lactancia materna.
- Determinar los factores de riesgo para el abandono precoz de la lactancia materna.
- Analizar el papel de los profesionales de la salud en el abandono precoz y prevención de este.

#### 4- METODOLOGÍA

Se trata de un trabajo documental descriptivo mediante una revisión sistemática de publicaciones en bases de datos de profesionales de ámbito sanitario. En la mayoría de los casos se han seleccionado artículos de divulgación científica de revistas y algunos libros o capítulos de estos con el objetivo de obtener el mayor número de referencias bibliográficas óptimas sobre el tema a tratar.

Para realizar el presente trabajo, se llevará a cabo una revisión bibliográfica entre los meses de Septiembre de 2018 a Febrero de 2019. El objetivo de esta revisión es analizar y sintetizar las evidencias científicas, que se han realizado en los últimos años sobre las causas de abandono precoz de la lactancia materna y las intervenciones enfermeras para prevenirlo.

Se evaluarán los diferentes aspectos sobre el material y la información obtenido de la búsqueda, dando como resultado una descripción detallada sobre el estado actual de la temática elegida.

##### 4.1- PALABRAS CLAVE

Las palabras claves que se han buscado son:

<b>PALABRA CLAVE</b>	<b>DESCRIPTOR MeSH</b>	<b>DESCRIPTOR DecCS</b>	<b>ENLACE</b>
Lactancia materna	Breast Feeding	Lactancia materna (1/1)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=breast+feeding">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=breast+feeding</a>
Lactancia	Breast Feeding	Lactancia (5/7)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=breast+feeding">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=breast+feeding</a>
Intervención	Early intervention (Education) (5/8)	Intervención Precoz (educación) (5/9) Proceso de Enfermería (25/97)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68018479">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68018479</a>
Enfermería	Nursing (1/96)	Enfermería (61/97)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68009729">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68009729</a>
Abandono	Refusal to Treat (2/3)	Negativa del Paciente al Tratamiento	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=treatment+refusal">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=treatment+refusal</a>
Causas	Etiology [Subheading] (2/3)	/etiología (1/5)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/81000209">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/81000209</a>

#### **4.2- RECOGIDA DE DATOS: BASES DE DATOS**

Con el objetivo de obtener un mayor número de referencias bibliográficas óptimas, se realiza una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos: CINHALL, CUIDEN, Dialnet, PubMed, Enfispo, Enferteca y Cochrane Library.

Al mismo tiempo, se consultaron fuentes científicas y documentaciones de interés, de ámbito nacional e internacional de la OMS, la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística, además de algunas publicaciones y guías relacionadas con el tema.

#### **4.3- OPERADORES BOLEANOS**

La búsqueda se ha realizado aplicando diferentes combinaciones con las palabras claves anteriores y utilizando los operadores booleanos AND y OR.

((((ABANDONO) OR (PRECOZ)) AND (LACTANCIA MATERNA)) OR (INTERVENCIONES) OR (ENFERMERIA) OR (CAUSAS))

#### **4.4- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

La selección de los artículos se ha realizado mediante la lectura de la introducción, discusión, resultados, conclusiones y aplicaciones de los criterios de inclusión. Para ello, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos de divulgación científica y ensayos clínicos, preferiblemente publicados en los últimos 5 años (Enero 2014 a Enero 2019)
- Los idiomas que se seleccionaron fueron Castellano, Inglés y Catalán.
- Artículos originales, de texto completo y acceso gratuito.

En cuanto a los criterios de exclusión:

- Revisiones bibliográficas
- Todos los artículos que no cumplen con los criterios de inclusión

#### 4.5- ECUACIÓN DE BÚSQUEDA

Figura 1. Ecuación de búsqueda



## 5- RESULTADOS

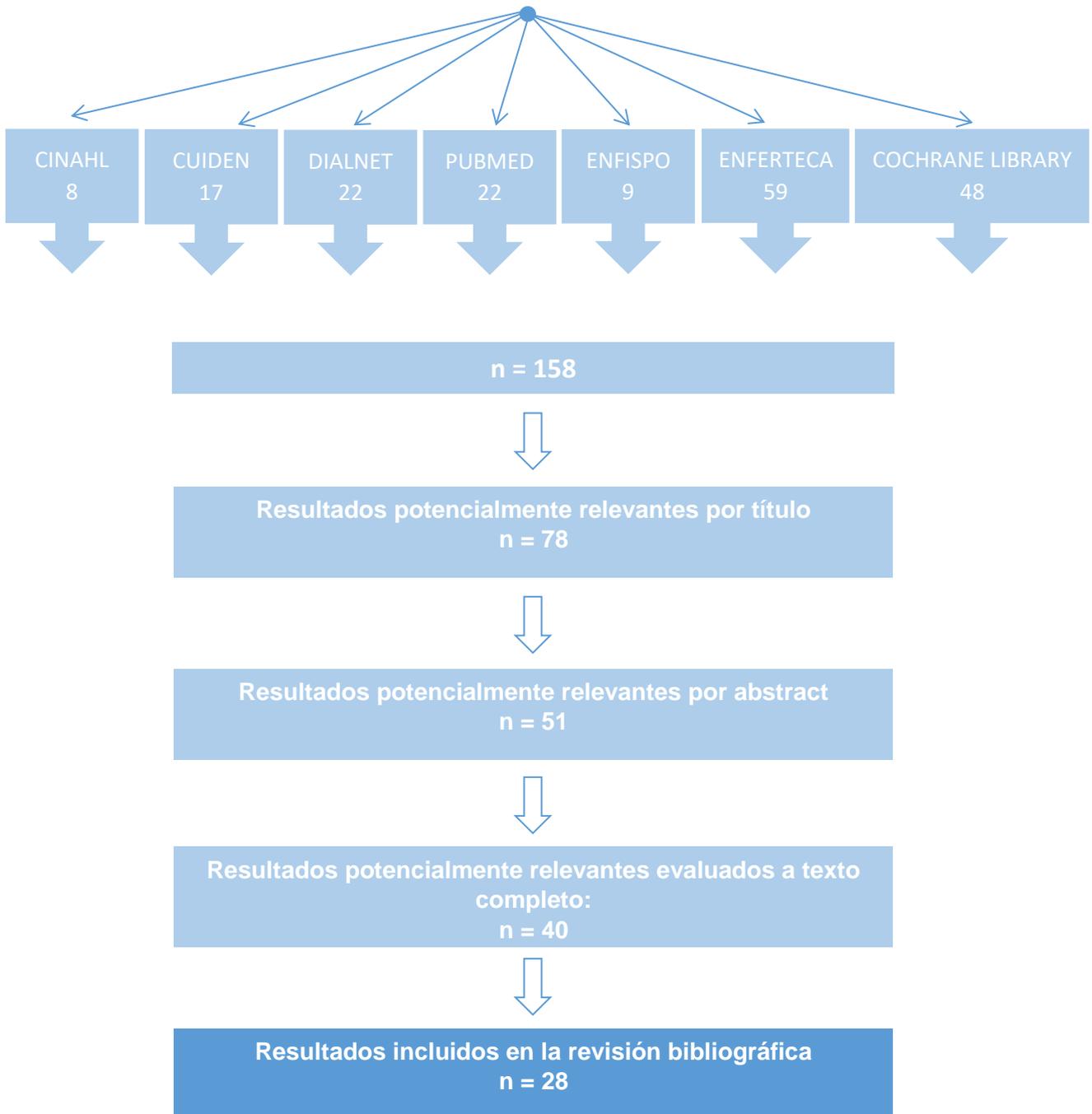
Una vez llevada a cabo la estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos mencionadas anteriormente, se encontraron un total de 158 referencias bibliográficas. Posteriormente, fueron descartados 113 por no cumplir los criterios de inclusión, por duplicidad o porque no guardaban relación directa con el tema.

Los artículos restantes fueron sometidos a una lectura crítica a texto completo, siguiendo los criterios estratégicos pertinentes. Finalmente, después de la lectura de estos, se obtuvo un total de 28 referencias bibliográficas de gran relevancia, pasando a formar parte de la presente revisión. El proceso de selección queda detallado en la TABLA 2.

<b>BASES DE DATOS</b>	<b>ARTÍCULOS ENCONTRADOS</b>	<b>SELECCIÓN POR TÍTULO</b>	<b>SELECCIÓN POR RESUMEN</b>	<b>SELECCIÓN POR TEXTO COMPLETO</b>	<b>UTILIZADOS</b>
CINAHL	8	6	6	5	3 <sup>27-29</sup>
CUIDEN	17	10	5	3	2 <sup>9,19</sup>
Dialnet	22	18	16	15	9 <sup>1-4,6,8,13,16,20</sup>
PubMed	22	11	4	3	1 <sup>7</sup>
Enfispo	9	5	4	4	3 <sup>23-25</sup>
Enferteca	59	9	5	1	1 <sup>26</sup>
Cochrane Library	48	19	11	9	9 <sup>30-38</sup>

**Figura 2.** Diagrama del proceso de búsqueda y selección de artículos

**FIGURA 1: ESQUEMA VISUAL DE LA BÚSQUEDA**



AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CUESTIONARIOS	CONCLUSIONES
Gallegos-Pita J, et. al – 2017 España	<a href="#">Prevalencia de la lactancia materna exclusiva y visita puerperal en un centro de salud de Carral (A Coruña).</a> <sup>23</sup>	Describir la prevalencia de la LME en el Centro de Salud de Carral y los factores asociados con la LM.	Estudio descriptivo transversal de prevalencia.	144 niños nacidos entre el 1 de enero del 2010 y el 1 de julio de 2012 con historia clínica en el centro.	Entrevista telefónica a través de cuestionario a las madres de los niños ≥6 meses por la matrona de AP.	Anexo 1	Los factores más decisivos a la hora de iniciar o no la LME son la decisión sólida antes del parto, la educación maternal recibida (mejor en grupos interactivos) y tener experiencia previa de LME. La visita puerperal temprana (48-72h) con la matrona de AP resulta beneficiosa para el mantenimiento de la LME.
Giménez López V, et. al – 2017 España	<a href="#">Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España). Factores sociosanitarios que la condicionan.</a> <sup>24</sup>	Describir la situación actual de la LM en el centro de salud y analizar los factores sociosanitarios que condicionan su mantenimiento, para promover planes de mejora en los próximos años.	Estudio descriptivo retrospectivo.	550 madres que acudieron a la consulta postparto de la matrona del CS de Santa Isabel (Zaragoza, España) durante un período de tres años (enero de 2010 a diciembre de 2012).	Recogida de datos a través del informe de alta del hospital y la historia electrónica de los niños (datos perinatales y de lactancia) en el programa SPSS 11.5		La asistencia al grupo de preparación al parto y, especialmente, al grupo de crianza está relacionado con mejores tasas de LM, influyendo positivamente en su inicio y mantenimiento. Resulta fundamental fomentar la implicación de todos los profesionales en la promoción de la LM, aumentar la difusión de los grupos y adelantar la visita neonatal a los primeros días de vida para conseguir mejores tasas.
Payaró A, et. al – 2016 España	<a href="#">Inicio y continuidad de la lactancia materna</a>	Determinar si las gestantes de hasta 22 años	Estudio cuasi experimental, con grupo de	242 mujeres de hasta 22 años que recibieron	Programa MJ: intervención multidisciplinar de		La participación en el programa MJ y la asistencia a los grupos de

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CUESTIONARIOS	CONCLUSIONES
	<a href="#">en relación con la asistencia a un programa educativo para madres jóvenes.</a> <sup>25</sup>	que participaron en el programa <i>Mares Joves</i> (MJ) aumentaron la duración de la LM y la asistencia al programa de educación prenatal y posnatal con respecto a las que no.	intervención y grupo control.	atención por su embarazo en el centro sanitario del estudio durante el periodo comprendido entre abril de 2010 y octubre de 2014 (131 grupo de intervención y 111 grupo control).	atención a mujeres embarazadas menores de 22 años: 5 visitas de embarazo con las matronas del programa, visita postparto y asistencia a más de 4 sesiones de programas de educación prenatal (EPN) y posnatal (EPP). (Anexo 2)		EPN y EPP se asociaron a un incremento de la duración de la LM.
Cuartero Gómez V, et al. – 2018 España	<a href="#">Factores que influyen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.</a> <sup>26</sup>	Conocer la prevalencia de la LM al nacimiento, tiempo de duración y factores asociados con el inicio y el mantenimiento de la LME, además de identificar causas de abandono	Estudio observacional retrospectivo	60 recién nacidos a lo largo de los 12 meses del año 2015.	Entrevista telefónica sobre lactancia a las madres.		Los programas de intervención del personal sanitario y las intervenciones en AP destinadas a promover la LM consiguen resultados positivos. El nivel de estudios de la madre y la condición de fumadora son factores que influyen en la LM. La hipogalactia ha sido la causa principal de no inicio y/o abandono de la LM.
McGinnis S, et al. – 2017 USA	<a href="#">Let's talk about Breastfeeding: The importance of Delivering a Message in a</a>	Examinar el impacto potencial de visitas domiciliarias programadas para promover el	Estudio cuantitativo.	Un total de 3521 mujeres embarazadas de bebés con riesgo de desarrollar	Intervenciones domiciliarias multidisciplinares que incluyen educación sobre los beneficios de la LM,		La promoción de la LM de manera consecuente durante visitas domiciliarias programadas es importante para

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CUESTIONARIOS	CONCLUSIONES
	<a href="#">Home Visiting Program.</a> <sup>27</sup>	inicio de la lactancia materna y su continuidad en población de riesgo.		problemas de salud.	promoción de ésta y apoyo durante el periodo pre y post natal.		incrementar las tasas de ésta.
Efrat M, et al. – 2016 USA	<a href="#">The effect of lactation educators implementing a telephone-based intervention among low-income Hispanics: a randomised trial.</a> <sup>28</sup>	Valorar si una intervención telefónica sobre la LM influye en las tasas de LME entre las mujeres hispanas con bajos ingresos.	Estudio experimental de diseño de ensayos clínicos de dos grupos aleatorios.	298 mujeres hispánicas embarazadas con bajos ingresos pertenecientes a cinco centros de salud de Los Angeles que se repartieron aleatoriamente en dos grupos (control e intervención).	Intervención telefónica dirigida a brindar apoyo y educación sanitaria sobre la LM durante el periodo pre y postnatal.		Una intervención telefónica de promoción de la LM pre y post natal realizada por personal entrenado se muestra como una estrategia válida de bajo coste para mejorar tanto las tasas como la duración de la LM entre mujeres hispánicas con bajos ingresos.
Bonuck K, et al. – 2014 USA	<a href="#">Effect of Primary Care Intervention on Breastfeeding Duration and Intensity.</a> <sup>29</sup>	Determinar la efectividad de intervenciones pre y post natales desde atención primaria para incrementar las tasas de LM.	Estudio experimental con dos grupos de intervención diferentes (BINGO y PAIRINGS).	941 mujeres embarazadas (275 del grupo PAIRINGS y 666 del grupo BINGO) mayores de 18 años de habla española o inglesa en el primer o segundo trimestre del embarazo.	Tres intervenciones solas y/o combinadas entre ellas: <i>Electronic poms</i> (notificaciones que aparecen durante las 5 visitas prenatales recordando 2-3 preguntas abiertas sobre la LM), <i>Lactation consultant</i> (personal entrenado en LM que sigue un protocolo de 2		Una intervención que combine tanto apoyo a la LM prenatal como postnatalmente incrementa las tasas y duración de ésta. La intervención de <i>lactation Consultant</i> sola o combinada con <i>Electronic Poms</i> incrementa las tasas de LM hasta los 3 meses postparto.

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CUESTIONARIOS	CONCLUSIONES
					sesiones prenatales, una visita hospitalaria y llamadas telefónicas regulares durante los 3 meses postparto o hasta que cese la LM) y <i>Usual Care</i> (protocolo habitual del centro).		
García Casanova MC, et al. – 2005 España.	<a href="#">Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración?</a> . <sup>8</sup>	Conocer la prevalencia de LM en un grupo de mujeres y estudiar si guarda relación con la educación sanitaria.	Estudio observacional y analítico.	Se incluyó 135 mujeres con hijos nacidos entre el 1 de marzo de 2002 y el 28 de febrero de 2003.	Entrevista por el personal sanitario o matrona en las revisiones del Niño Sano, sesiones de grupo post-parto, conferencia de la ACPAM.	Anexo 3	Una buena educación sanitaria preparto y postparto aumenta el tiempo de LM y evita los problemas derivados de ésta. Las variables más significativas para favorecer la LM son: previa voluntad de amamantar, alojamiento conjunto, no recibir suplementos en el hospital y un primer contacto madre-hijo antes de los 30 min.
Hostalot Abás AM, et al. – 2001 España	<a href="#">Lactancia maternal en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento.</a> <sup>6</sup>	Investigar la incidencia y prevalencia de la LM y conocer los factores que influyen en la decisión materna.	Estudio observacional y analítico.	200 familias en período de puerperio seleccionadas de forma correlativa a partir de abril del 1998.	Seguimiento mediante encuesta telefónica a los 15, 30, 90 y 180 días para conocer el tipo de lactancia, el momento de abandono y el motivo.	Anexo 4	La información acerca de la LM que han de recibir las gestantes ha de basarse en criterios unificados. La puesta en marcha de protocolos conjuntos primaria-hospital y la creación de “Grupos de ayuda a la lactancia”

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CUESTIONARIOS	CONCLUSIONES
							facilita a las madres la decisión y el mantenimiento de ésta.
Aparicio Rodrigo M, et al. – 2007 España	<a href="#">Con breves sesiones de educación sanitaria pueden aumentarse las tasas de lactancia materna exclusiva.</a> <sup>20</sup>	Investigar si la educación prenatal en LM o el soporte a la LM postnatal, de forma independiente, mejora las tasas de LME durante el primer semestre frente a la atención hospitalaria rutinaria.	Ensayo clínico aleatorizado y controlado.	450 embarazadas controladas en las consultas externas hospitalarias distribuidas en tres grupos aleatoriamente.	Dos intervenciones que se aplicaron de forma independiente: sesión antenatal sobre LM (vídeo de 16 minutos y entrevista opcional con educador) o dos sesiones postnatales sobre LM (30 min cada una) a los 2-3 días y a los 7-14 días postparto; además de la atención obstétrica habitual en ambas.		El apoyo educativo a las madres en relación con la LM, tanto si se realiza antes como después del parto, mejora la proporción de madres que mantiene la LME a los seis meses de vida. No obstante, una educación postnatal de dos sesiones podría ser más eficaz que una única sesión prenatal para conseguir esta mejoría.
Maynard Abreu EA, et al. – Guantánamo	<a href="#">Lactancia materna y factores que influyen en el destete precoz.</a> <sup>3</sup>	Identificar los distintos factores asociados con el destete precoz en el área de salud correspondiente.	Estudio descriptivo y analítico de tipo casos y control.	450 madres de niños nacidos en el área de salud correspondiente a la policlínica “Fermín Valdés Domínguez”.	Entrevista a las madres que abandonaron la LM antes de los 4 meses y las que continuaron con la lactancia después de los 4 meses.		Las principales causas de suspensión de la LME constituyeron, a su vez, variables factores de riesgo del destete precoz, con predominio de la hipogalactia, el hecho de que “el niño no se llena”, la enfermedad de la madre y la incorporación al trabajo.
Carrasco Espinar R, et al – España	<a href="#">Evaluación de una intervención formativa en educación en lactancia materna.</a>	Evaluar la efectividad de una intervención informativa y formativa	Estudio descriptivo, prospectivo y transversal.	58 gestantes de las que al final solo fueron válidos 50 casos, de las cuales 25	Diseño e implementación de un protocolo o guía de los contenidos específicos, dirigido		La intervención formativa redujo los casos de grietas frente al grupo control.

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CUESTIONARIOS	CONCLUSIONES
	<a href="#">Prevención de grietas del pezón y mantenimiento de la LM.</a> <sup>9</sup>	orientada a la prevención de grietas del pezón.		pertenecían al grupo de estudio y 25 al grupo control.	a informar y capacitar a las mujeres en materia de LM para que sepan identificar factores de riesgo, situaciones de especial vulnerabilidad, signos de alerta y fomento del interés por este tipo de alimentación.		No significa que se mantenga durante más tiempo la LM, pero supone la eliminación de uno de los motivos más frecuentes para el abandono precoz y favorecer la continuidad de ésta.
Molinero Diaz P, et al. – 2015 España	<a href="#">Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna.</a> <sup>13</sup>	Evaluar la eficacia de una intervención enfermera basada en la observación activa y resolución de dudas en LM en las 24-48h postparto sobre el abandono de la LM.	Ensayo clínico controlado, aleatorizado y de doble ciego.	100 mujeres sanas con edad gestacional entre 37-41 semanas que expresaban el deseo de iniciar la LM (50 para el grupo experimental y 50 para el control).	Observación activa de la toma de pecho, corrección de posturas y resolución de dudas en el periodo postparto (24-48h tras el parto).		Las actuaciones protocolizadas posnatales, y no solo intervenir cuando existan problemas en dar el pecho, son eficaces para la instauración de la LM al alta hospitalaria.
Królak-Olejnik B, et al. – 2017 Polonia	<a href="#">Promotion of breastfeeding in Poland: the current situation.</a> <sup>7</sup>	Analizar la duración de la LM durante los 12 meses postparto.	Estudio descriptivo y analítico.	1679 mujeres procedentes de 42 hospitales polacos seleccionados aleatoriamente.	Pasar una encuesta sin la ayuda del personal sanitario durante la hospitalización y entrevistas telefónicas asistidas por ordenador a los 2, 4, 6 y 12 meses.		Es necesario reeducar tanto a las madres como al personal médico que atiende a estas madres y sus bebés durante el periodo perinatal, ya que una falta de intervenciones dirigidas a la promoción y el apoyo

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CUESTIONARIOS	CONCLUSIONES
							de la LM lleva a reducciones dramáticas de las tasas de LM.
Arnedillo Sánchez S, et al. – 2006 España	<a href="#">Efectividad de una intervención educativa y asistencial en la prevalencia de la lactancia materna en el Área Sanitaria del Hospital de Valme.</a> <sup>19</sup>	Valorar la efectividad de un programa de intervención asistencial hospitalaria respecto al procedimiento habitual sobre la evolución de la LM.	Diseño experimental con asignación aleatoria, paralelo y controlado.	238 mujeres que parieron en el Hospital Universitario de Valme entre noviembre de 2003 y noviembre de 2005, repartidas en 4 grupos.	Educación maternal prenatal e intervención asistencial de fomento de la lactancia materna a nivel hospitalario: contacto piel con piel, puesta precoz del RN al pecho y enseñanza de la postura correcta, observación y corrección de la primera toma, información por parte de la matrona sobre los puntos clave para una adecuada lactancia materna, y visita de control y refuerzo a las 24h.		Las mujeres que recibieron la asociación de apoyo en los periodos prenatal y postnatal mostraron una mayor prevalencia y duración de LM que aquellas que no recibieron. El programa por sí mismo también aumentó con diferencias significativas la LME de inicio y la mixta a los 3 meses.
Oribe M, et al. – 2014 España	<a href="#">Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la</a>	Estimar la prevalencia de la LME en la cohorte INMA, identificar las razones de su abandono y determinar los	Estudio longitudinal.	638 mujeres embarazadas procedentes de tres comarcas durante los años 2006-2008. Finalmente se dispuso información	Cumplimentación de dos cuestionarios generales durante el primero y tercer trimestre de embarazo (coincidiendo con las visitas ecográficas),		Sería recomendable llevar a cabo diferentes planes estratégicos para prevenir los abandonos tempranos de la LME (trabajando sobre las principales causas de abandono).

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CUESTIONARIOS	CONCLUSIONES
	<a href="#">cohorte INMA de Guipúzcoa.</a> <sup>4</sup>	factores asociados.		completa sobre la lactancia de 547 madres y para el análisis de las causas de abandono se redujo a 460.	recogida de datos el día del parto y cumplimentación de cuestionarios de nutrición, ambiental y de infecciones a los 14 meses (en los centros de AP).		Los profesionales sanitarios, sobre todo pediatras y matronas, son una herramienta clave en estas prevenciones. Por otro lado, deberían plantearse nuevas políticas de empleo para facilitar el seguimiento de la LME con la vida laboral.
Ruiz E, et al. – 2011 España	<a href="#">Abandono prematuro de la lactancia materna en la sala de maternidad del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.</a> <sup>1</sup>	Conocer la realidad actual de la LM de la sala en cifras, cuáles son las causas del abandono en ese momento e intentar, tras el conocimiento de las características de la muestra, identificar de forma precoz posibles factores de riesgo con el fin de establecer actuaciones preventivas precoces.	Estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal.	30 madres que deciden abandonar la LM en las primeras horas tras el parto.	Diseño y validación de una encuesta que se pasa en las primeras horas tras el parto, antes de ser dadas de alta.	Anexo 5	Hay una falta de concienciación de la importancia de la LM y un desconocimiento de los obstáculos que se presentan los primeros días y sus diferentes formas de resolverlos. Un cambio en los conocimientos impartidos en las clases de preparación al parto haría que las mujeres llegaran con una idea más clara de qué es la LM en sus primeras horas.
Rius JM, et al. – 2013 España	<a href="#">Factores asociados al abandono precoz de la lactancia</a>	Describir la prevalencia de la LM durante los primeros 12	Estudio prospectivo, con inclusión consecutiva de	446 pares (madre y recién nacido).	Recogida de variables mediante encuestas maternas en entrevistas	Anexo 6	La prevalencia de la LM en nuestro medio es baja, por lo que, desde el conocimiento de los

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CUESTIONARIOS	CONCLUSIONES
	<a href="#">materna en una región del este de España.</a> <sup>2</sup>	meses, analizar los posibles factores asociados al abandono y argumentar si este abandono puede catalogarse de precoz.	pares hasta muestra requerida.		presenciales (tras el parto y previa al alta de la maternidad) y telefónicas (al mes, 3, 6 y 12 meses postparto) a la madre.		factores de riesgo que producen un abandono precoz, deberían diseñarse estrategias de actuación con objeto de promover y fortalecer aquellos factores protectores y corregir los que suponen un riesgo.
Vázquez Cancela L, et al. – 2018 España	<a href="#">Efectividad de un taller formativo en lactancia materna exclusiva.</a> <sup>16</sup>	Determinar la efectividad de un taller formativo para disminuir el abandono de la LME al mes y a los cuatro meses del parto, estimar la prevalencia de abandono de la LME, las causas y el grado de utilidad del taller.	Estudio cuasiexperimental con grupo control no concurrente.	140 mujeres puérperas (70 en el grupo intervención y 70 en el control).	Taller formativo antes del alta que se componía de dos fases: proyección de infografía de LM de libre acceso y una ronda de preguntas.	Anexo 7	Aunque la prevalencia de abandono de la LME a los cuatro meses no disminuye significativamente en el grupo intervención, las madres que participaron en este estudio han demostrado tener un alto grado de conocimiento de la LME. Se evidencia un elevado grado de satisfacción con el taller formativo.
Abbass-Dick J, et al. – 2015 Canadá	<a href="#">Coparenting Breastfeeding Support and Exclusive Breastfeeding: A Randomized Controlled trial.</a> <sup>30</sup>	Evaluar la efectividad de una intervención co-parental en la LME entre padres y madres primíparas.	Estudio de ensayo controlado aleatorio.	214 mujeres primíparas.	La intervención de apoyo co-parental consistía en un debate en el hospital con un especialista en lactancia, un bloque con actividades para parejas, otro sobre lactancia, el visionado de un		Las mejoras significativas en la duración de la LM, eficacia de la LM y la percepción maternal de la implicación paterna en la lactancia sugieren que la intervención co-parental requiere investigación adicional.

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CUESTIONARIOS	CONCLUSIONES
					video, acceso a una página web con información sobre lactancia, y e-mails y llamadas telefónicas de seguimiento y recuerdo (Anexo 8)		
Srinvas L, et al. – 2015 USA	<a href="#">A Clinic-Based Breastfeeding Peer Counselor Intervention in an Urban, Low-Income Population: Interaction with Breastfeeding Attitude.</a> <sup>31</sup>	Incrementar las tasas de LME y/o cualquier tipo de LM al mes y a los 6 meses mediante la intervención de una consejera de lactancia desde la etapa prenatal. Estudiar la interacción entre la actitud y la eficacia frente a la LM, y esta intervención.	Estudio de ensayo clínico controlado aleatorio.	120 mujeres embarazadas.	Contacto frecuente entre la consejera de lactancia y la embarazada: a las 28 semanas de gestación, 1 semana antes el parto, de 3-5 días tras el parto, semanalmente durante el primer mes, cada dos semanas hasta los tres meses y mensualmente al cuarto. Podían ser presenciales (durante las visitas clínicas) o telefónicos.		La intervención ayudó a las madres con bajas tasas de efectividad frente a la LM a alcanzar las metas u objetivos que se marcaban sobre la LM. Sin embargo, la actitud frente a la LM está más fuertemente asociada con la conducta o el comportamiento de las embarazadas que con el apoyo que la consejera de lactancia les pueda proporcionar.
Kellams A, et al. – 2016 USA	<a href="#">The Impact of a Prenatal Education Video on Rates of Breastfeeding Initiation and Exclusivity during the Newborn Hospital Stay in a</a>	Determinar si un vídeo educativo de bajo coste visualizado en el periodo prenatal incrementa las tasas de inicio y exclusividad de la LM en una	Ensayo aleatorio de intervención controlada.	522 mujeres embarazadas entre las 24 y 41 semanas de gestación, participantes del programa WIC.	Visualización de un video educativo sobre la LM de 25 minutos.		Un solo video educativo sobre la LM no es efectivo a la hora de mejorar la práctica de la LM en el hospital. La mejora de la tasa de LM requiere un esfuerzo multiprocesal que empiece en las primeras

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CUESTIONARIOS	CONCLUSIONES
	<a href="#">Low-income Population</a> . <sup>32</sup>	población de bajos ingresos.					etapas del embarazo o la preconcepción.
Beiranvand S, et al. – 2014 Iran	<a href="#">The Effects of Skin-to-Skin Contact on Temperature and Breastfeeding Successfulness in Full-Term Newborns after Cesarean Delivery</a> . <sup>33</sup>	Determinar el efecto del contacto piel con piel en la temperatura y en el éxito de la LM de recién nacidos a término con cesárea.	Ensayo clínico aleatorio.	90 días de bebé-madre con edad gestacional entre 38-42 semanas y 18-40 años sometidas a parto con cesárea bajo anestesia espinal.	Colocar a los bebés desnudos con el pañal encima del pecho de la madre en posición prono tras el parto.	.	El contacto piel con piel después de un parto por cesárea incrementa las tasas de inicio de la LM y facilita una exitosa primera experiencia de lactancia comparado con el método rutinario.
Hanafi MI, et al. – 2014 Arabia Saudi	<a href="#">Impact of health education on knowledge of, attitude to and practice of breastfeeding among women attending primary health care centres in Almadinah Almunawwarah, Kingdom of Saudi Arabia: Controlled pre-post study</a> . <sup>34</sup>	Explorar el conocimiento, la actitud y las prácticas en LM de mujeres embarazadas antes y después de participar en sesiones de educación sanitaria en su centro de salud.	Estudio pre y post controlado.	360 mujeres entre las 28-30 semanas de gestación.	Tres sesiones educativas grupales y/o individuales (al principio del estudio, a las 2 semanas y a las 4 semanas de la primera sesión) de 30 minutos llevadas a cabo por profesionales sanitarios entrenados en las que se utilizaban lecturas, posters, panfletos, videos, juegos de rolle modelling y debates.		La educación sanitaria mejoró los conocimientos, la actitud y la práctica de la LM. Los profesionales de la salud tenemos la responsabilidad de diseminar información y conocimiento sobre la LM y motivar y apoyar la lactancia.
Wu DS, et al. – 2014 China	<a href="#">The effects of breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding</a>	Evaluar los efectos de una intervención de LM en la autoeficacia, duración y	Estudio experimental pre y post test.	74 mujeres embarazadas mayores de 18 años, primíparas de un bebé sano y a término con	Tres sesiones postparto (el día después del parto, dos días después y a la semana) en las que se observaba y		Intervenciones centradas en incrementar la autoeficacia tienen un impacto significativo, aumentando las tasas de LM a corto plazo.

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CUESTIONARIOS	CONCLUSIONES
	<a href="#">outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China.</a> <sup>35</sup>	exclusividad de ésta en mujeres primíparas a las 4 y 8 semanas postparto.		intención de lactar.	corregía la técnica de lactar y se enseñaban tópicos y conocimientos sobre la lactancia, y estrategias de autoeficacia.		
Ahmed AH, et al. – 2016 USA	<a href="#">The effect of interactive Web-based monitoring on breastfeeding exclusivity, intensity, and duration in healthy term infants after hospital discharge.</a> <sup>36</sup>	Determinar si un sistema web de monitorización interactiva de la LM incrementa la duración la exclusividad y la intensidad de la LM.	Ensayo de control aleatorizado de dos ramas.	141 díadas madre/bebé, mayor de 18 años, con intención de continuar con la LM después del alta hospitalaria, conocimientos básicos de Internet y acceso a éste.	Dar acceso a una aplicación que consiste en un sistema interactivo de monitorización de la LM que responde automáticamente a los problemas notificados por las madres a través de la app con intervenciones individualizadas.		El sistema interactivo de monitorización de la LM podría ser una intervención prometedora para mejorar la duración, exclusividad e intensidad de la LM.
Otsuka K, et al. – 2014 Japón	<a href="#">Effectiveness of a Breastfeeding Self-efficacy Intervention: Do Hospital Practices Make a Difference?</a> <sup>37</sup>	Evaluar el efecto de una intervención de autoeficacia en la LM en dos tipos de hospitales diferentes: Baby-Friendly Hospitals (BFH) y non-Baby-Friendly Hospitals (nBFH).	Estudio de intervención.	906 mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación mayores de 16 años.	Proporcionar un libro de trabajo o cuaderno de ejercicios a las mujeres en su tercer trimestre. Éste contenía seis secciones que trabajaban la autoeficacia.		La intervención mejoró la autoeficacia y exclusividad de la LM a las 4 semanas postparto en BFH. Sin embargo, no se vieron los mismos efectos positivos en los nBFH, donde la suplementación y separación de madre y RN son prácticas comunes. Por lo tanto, cuando se aplican intervenciones de autoeficacia, las prácticas

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	INTERVENCIÓN	CUESTIONARIOS	CONCLUSIONES
Fu ICY, et al. – 2014 Hong Kong	<a href="#">Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial.</a> <sup>38</sup>	Evaluar la efectividad de dos intervenciones profesionales de apoyo postnatal en la duración de la LM.	Ensayo controlado aleatorio grupal multicéntrico de tres brazos.	722 primíparas con intención de lactar y con embarazos a término.	Dos intervenciones: (a) apoyo hospitalario que incluye tres sesiones de apoyo profesional a la LM de 30 min durante las primeras 48h postparto (b) apoyo telefónico de seguimiento semanal hasta las 4 semanas postparto.	.	de alimentación al infante han de ser optimizadas previamente.  El apoyo profesional telefónico a la LM proporcionado durante el primer mes postparto mejora la duración de la LM entre primíparas. Puede que sea el carácter continuado de este apoyo el que incrementara la efectividad de la intervención, más allá del apoyo telefónico en sí mismo.

## **6- ANÁLISIS – DISCUSIÓN**

Después del estudio exhaustivo de los artículos descritos en la tabla de resultados, clasificamos la descripción de este apartado en tres grupos, que corresponden a los objetivos específicos planteados para la investigación.

### **6. 1. Analizar el papel de los profesionales de la salud en el abandono precoz y prevención de este**

El personal sanitario ejerce un papel decisivo en la iniciación y continuidad de esta práctica. La ausencia de promoción o apoyo a la LM desde el sistema sanitario desemboca en una disminución estrepitosa de las tasas de lactancia materna.<sup>34</sup> Por lo tanto, resulta crucial fomentar la implicación de todos los profesionales de la salud en su promoción y responsabilizarles de diseminar información y conocimientos sobre la LM. Hemos de ser conscientes de que nuestra actitud puede condicionar la decisión de la gestante sobre la forma de alimentar a su hijo<sup>40</sup> y de que constituye un campo ideal para la intervención del personal de enfermería, dado que su éxito depende más de la instrucción y del apoyo ofrecido que de cuidados de tipo curativo.<sup>41</sup>

Para ello, es importante contar con una formación común y apropiada sobre los beneficios para la salud del amamantamiento, manejo de la LM (dificultades que se presentan y cómo superarlas), aspectos nutricionales y psicólogos de la lactancia, su mecánica y las influencias psicosociales;<sup>42</sup> materia que nos capacita para actuar correctamente y para dar información basada en criterios unificados a las gestantes, tanto antes del parto como después de este. Es por eso por lo que algunos estudios recalcan la necesidad de crear protocolos de actuación conjuntos entre los diferentes niveles de atención sanitaria: hospitalaria y primaria).<sup>4,6,7,34</sup>

### **6. 2. Enumerar las intervenciones más efectivas para la disminución de la incidencia del abandono precoz de la lactancia materna**

En cuanto al tema central de la revisión bibliográfica, hemos podido contrastar que existen numerosas intervenciones desempeñadas por el personal sanitario que han demostrado efectividad en la reducción del abandono precoz de la lactancia materna. Estas las podríamos clasificar en dos bloques de intervenciones diferenciados, pero con un denominador común: la promoción de la lactancia materna. Son un conjunto de actividades encaminadas a fomentar la aceptación y práctica de la LM a nivel local, regional o internacional con el objetivo de modificar los conocimientos y actitudes de las madres, en particular, en lo que concierne a las prácticas de lactancia.<sup>43</sup>

Por una parte, tendríamos las intervenciones centradas en la **educación**, donde todas ellas pretenden brindar un apoyo educativo mediante el uso de diferentes herramientas o plataformas; por otra, las **prácticas hospitalarias**, mediante las cuales se pretende adoptar una praxis que beneficie el inicio, implantación y duración del hábito de amamantar. En ambos casos se trata de actuar antes de que aparezca el problema.<sup>13</sup>

### 6.2.1- EDUCACIÓN SANITARIA

Muchas de las intervenciones de los artículos incluidos en la revisión bibliográfica estudiaban la efectividad de **programas de educación** (tanto pre y postnatales) en el aumento de las tasas de LM. En la mayoría, coincidían que un buen apoyo educativo sanitario, tanto si se realiza antes como después del parto, incrementa la prevalencia y duración de la LM, mejorando los conocimientos, la actitud y la práctica de la LM.<sup>8,16,19,20,25,29,34</sup> Por lo tanto, podemos considerar que una intervención basada en la educación sanitaria disminuye el abandono precoz de esta práctica, empoderando a la madre de conocimientos y técnicas para prevenir las posibles complicaciones.<sup>8,9</sup>

Otra de las intervenciones sobre la que se habla en un estudio son las **visitas domiciliarias**, donde se pretende brindar un apoyo y formación de forma regular antes y después del parto (intensificándose más postnatalmente). Esta intervención también se ha asociado positivamente con un incremento del inicio y continuidad del amamantamiento, debido a su carácter más cercano y regular, estableciendo relaciones de confianza con la gestante y futura madre.<sup>27</sup>

Por otro lado, encontramos la **intervención telefónica**, que se ha estudiado de forma más detenida fuera de nuestras fronteras. Consiste en un seguimiento postnatal telefónico regular, en el que se proporciona apoyo y disponibilidad para resolver cualquier duda o complicación después del parto. Tanto combinada con otras actividades<sup>29,30</sup> como por solitario, está asociada con el incremento de las tasas de LM. Su éxito se asocia probablemente al carácter continuo del apoyo previsto, que ayuda a incrementar la confianza y satisfacción de la madre, más que al contacto telefónico en sí mismo.<sup>28,38</sup>

Por último, otros estudios han tratado de aprovechar las nuevas tecnologías para proporcionar esa educación mediante el acceso a sitios web con información relevante, el seguimiento vía e-mail<sup>30</sup> o la implantación **programas informáticos interactivos** de monitorización de la LM. Ésta última consiste en una aplicación web que proporciona a la madre soluciones ante cualquier problema que notifique o duda que tenga. Supone una herramienta que permite mantener la comunicación entre la madre y el especialista, y continuar con el seguimiento a largo plazo. Esta intervención ha tenido un efecto

significativo en la duración y exclusividad de la lactancia durante los primeros meses.<sup>36</sup> Aunque unas tienen más efectividad que otras, todas coinciden en que no son suficientes por solitario y que el incremento de las tasas de LM requiere un abordaje común junto a otras intervenciones.<sup>32</sup>

### **6.2.2- ACTUACIONES HOSPITALARIAS**

Como ya se ha comentado anteriormente, el personal sanitario ejerce un papel importante en el éxito de la LM ya que algunos factores que influyen en el abandono de la LM son modificables desde el sistema sanitario.<sup>8</sup> Los pediatras y las matronas constituyen, en este caso, una herramienta clave en las actividades preventivas del abandono precoz.<sup>4</sup>

Se trata de intervenciones asistenciales de fomento de la lactancia materna a nivel hospitalario que, de alguna forma u otra, favorecen la implantación y duración de la LM.<sup>19</sup>

Entre ellas encontramos el **alojamiento conjunto** de la gestante y el bebé en la misma habitación, el **contacto precoz piel con piel** madre-hijo (antes de los 30 minutos), la **observación y corrección de la primera toma** y evitar dar **suplementos** en el hospital. Todas ellas han demostrado potenciar un efecto positivo sobre la LM y se relacionan con el éxito y exclusividad de la lactancia materna.<sup>2, 13, 19, 24, 26, 33</sup>

No debemos olvidar los beneficios que aporta también la **visita puerperal temprana** (48-72h) con la matrona (profesional preferida por las gestantes y cualificada para ofrecer los cuidados demandados) para el mantenimiento del hábito de amamantar, entre otros.<sup>23,24</sup>

### **6.3- Identificar las causas más comunes de abandono precoz de la LM y determinar los factores de riesgo de éste.**

Por último, es importante conocer los factores de riesgo del destete precoz para trabajar sobre ellos y prevenirlos, ya que constituyen las principales causas de suspensión de la LM.<sup>3</sup> De la misma forma, se debe identificar a los factores decisivos o protectores, para potenciarlos y asegurar así el éxito del amamantamiento.<sup>23</sup>

Estos factores pueden depender tanto de la madre, del recién nacido, de las propias instituciones sanitarias (como hemos visto anteriormente) o de factores socioculturales.<sup>2</sup>

### **6.3.1- DEPENDIENTES DE LA MADRE-RN**

Un menor nivel educativo y la presencia de hábito tabáquico maternos son dos factores de riesgo que se recogen en diversos estudios.<sup>2</sup>

Problemas en la instauración y continuación de la lactancia (dolor en los pezones, dificultades en la succión del RN, grietas, etc.) son factores asociados con una menor duración de la lactancia.<sup>2</sup> De hecho, el factor que se ha asociado mayormente al no inicio de la LM y a su abandono ha sido la **hipogalactia**, pese a que muchas veces se debe a la propia percepción subjetiva de la madre (diagnóstico clínico menor o igual al 5%).<sup>3, 4, 9, 26</sup>

Al contrario, una actitud positiva respecto a la lactancia y, sobre todo, la decisión sólida de amamantar antes del parto son factores decisivos y protectores de la LM, junto a tener experiencia de LM previa.<sup>8, 23, 31</sup>

### **6.3.2- DEPENDIENTES DE FACTORES SOCIOCULTURALES**

La reducción de la LM se ve influenciada por la evolución de la función de la mujer en la sociedad y su incorporación al mundo laboral.<sup>3</sup>

La situación laboral, la falta de apoyo en el trabajo y los breves permisos por maternidad en nuestro país impiden en muchas ocasiones continuar con la LM. Esto se debe a las deficiencias de la política de empleo, que no facilitan la continuidad de la LM en madres que trabajan fuera de casa.<sup>4, 23, 24</sup>

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, al tratarse de una revisión bibliográfica, cuenta con las propias limitaciones de los estudios utilizados para llevarla a cabo.

De la misma manera, una gran parte de estos son extranjeros, por lo que el enfoque nacional del trabajo puede verse algo distorsionado.

Por último, solo se han podido consultar los artículos disponibles en texto completo, por lo que puede haber sesgo de información.

A pesar de todo ello, se necesitan líneas futuras de estudios en las que se confirmen el efecto beneficioso de las diferentes intervenciones en nuestro medio actualmente, para corroborar su eficacia.

## 7- CONCLUSIONES

La **decisión** en relación con el **tipo de lactancia** del RN corresponde **siempre** a la **madre**. Los **profesionales** del equipo asistencial deben proporcionar la **información/educación** adecuada, así como prestar el **soporte** pertinente para que el proceso de la lactancia sea una experiencia positiva.<sup>24</sup>

El estudio de los factores de riesgo que producen el abandono precoz de la LM debe ser continuado con el objetivo de facilitar la revisión de las intervenciones del equipo asistencial en el proceso de la LM. Según los resultados obtenidos en la evaluación se validan y/o modifican las actividades de información, educación y soporte durante todo el proceso.

El equipo asistencial debe contar con una formación básica y evolutiva que le permita actualizar sus conocimientos para cubrir las necesidades individuales de cada una de las madres y sus RN y poder responder así a las demandas de éstos.

De la misma forma, resulta indispensable seguir creando protocolos y guías de intervención para evitar la variabilidad de las actuaciones en el ámbito hospitalario y de atención primaria.<sup>13</sup>

En conclusión, las experiencias previas positivas en la LM, tanto de la propia madre como de su entorno, favorece la decisión, la implantación y el mantenimiento de esta, por lo que debemos trabajar conjuntamente todos los profesionales de la salud para que la LM sea un proceso activo, individualizado y exitoso.

## 8- BIBLIOGRAFÍA

1. Ruíz E, Gómez L, García M, De Oñate B, Laosa MJ, Gil MC. Abandono prematuro de la lactancia materna en la sala de maternidad del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (2010). *Enfermería Integral* [Internet]. 2011 [3 Dic 2018]. 1(95): 3-8. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/95/ENF-INTEG-95.pdf>
2. Rius JM, Ortuño J, Rivas C, Maravall M, Calzado MA, López A, et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2014 [29 Nov 2018]; 80(1): 6-15. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=90264242&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=37&ty=11&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=37v80n01a90264242pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90264242&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=11&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=37v80n01a90264242pdf001.pdf)
3. Maynard EA, González IR, López MM, Brooks MQ, García JA. Lactancia materna y factores que influyen en el destete precoz. *Revista de Información Científica* [Internet]. 2000 [27 Nov 2018]; 26(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6128683>
4. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac sanit* [Internet]. 2015 [2 Dic 2018]; 29(1): 4-9. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-prevalencia-factores-asociados-con-duracion-articulo-S0213911114002143>
5. Comité de Lactancia Materna (CLM) de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países (2016) [Internet]. Madrid; 2017 [citado 3 Dic 2018]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
6. Hostalot AM, Sorní AH, Jovaní LR, Rosal JR, Mercé JG, Iglesias JN, et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *Anales Españoles de Pediatría* [Internet]. 2001 [3 Dic 2018]; 54(3): 297-302. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403301775297>
7. Królak-Olejnik B, Blasiak I, Szczygiel A. Promotion of breastfeeding in Poland: the current situation. *Journal of International Medical Research* [Internet]. 2017 [3 Dic 2018]; 45(6): 1976-1984. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/970d/4b8f7ce41e373a0f39fab0c3c782e5f2e89a.pdf>
8. García MC, García SC, Pi MJ, Ruiz EM, Parellada NE. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? *Aten Primaria* [Internet]. 2005 [4 Dic 2018]; 35(6): 295-300. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-lactancia-materna-puede-el-personal-13073415>
9. Carrasco RE, Delgado EM, Rodríguez JV, Espinaco MJ. Evaluación de una intervención formativa en Educación Maternal. Prevención de grietas del pezón y mantenimiento de la lactancia materna. *HYGIA de Enfermería* [Internet]. 2010 [29 Nov 2018]; (74): 17-24. Disponible en: <http://docplayer.es/14852971->

[Enfermeria-en-situaciones-de-urgencias-respiratorias-con-indicacion-de-cpap-de-boussignal.html](#)

10. Executive Board, 109. (2002). Infant and young child nutrition: global strategy for infant and young child feeding: report by the Secretariat. World Health Organization. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/78393>
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. [Internet]. 1st ed. Washington; 2010. 978-92-75-33094-4 [citado 2 Dic 2018]. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241597494/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/)
12. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Normativa y Protocolos de Lactancia Materna [Protocolo]\* 02. Madrid: Comité de Lactancia Materna – Comunidad de Madrid; 2010 [2 Dic 2018]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/526268.pdf>
13. Molinero PD, Burgos MJ, Mejía MR. Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. Enfermería Clínica [Internet]. 2015 [28 Nov 2018]; 25(5): 221-290. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-resultado-una-intervencion-educacion-salud-S1130862115000741>
14. Organización Mundial de la Salud (OMS): Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. 16 Feb 2018 [citado 2 Dic 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
15. Gil A, Uauy R, Dalmau J, Comité de Nutrición de la AEP. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. Vol. 65, Núm. 5: An Pediatr; Nov 2006; 65(5): 481-95. [citado 30 Nov 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403306702314>
16. Vázquez LC, Estany AG, Anido MC, Conde MJ, Folgosa MS, González MP, et al. Efectividad de un taller formativo en lactancia materna exclusiva. Metas Enferm [Internet]. 2018 [28 Nov 2018]; 21(4): 15-21. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81224/efectividad-de-un-taller-formativo-en-lactancia-materna-exclusiva/>
17. Miranda MD, Navío C, Rodríguez V. Abandono precoz de la lactancia materna. TRANCES [Internet]. 2014 [2 Dic 2018]; 6(6): 491-498. Disponible en: [http://www.trances.es/papers/TCS%2006\\_6\\_8.pdf](http://www.trances.es/papers/TCS%2006_6_8.pdf)
18. Araya ZC, Brenes GC. Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. REVENF [Internet]. 2014 [28 Nov 2018]; 1(23). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/2967>
19. Arnedillo S, Romero J, Barberá N, Ruiz MC. Efectividad de una intervención educativa y asistencial en la prevalencia de la lactancia materna en el Área Sanitaria del Hospital de Valme. Matronas Profesión [Internet]. 2006 [29 Nov 2018]; 7(2): 14-21. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol7n2pag14-21.pdf>
20. Aparicio Rodrigo M, Balaguer Santamaría A. Con breves sesiones de educación sanitaria pueden aumentarse las tasas de lactancia materna exclusiva. Evid Pediatr [Internet]. 2007 [3 Dic 2018]; 3: 93. Disponible en: <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/5190/con-breves-sesiones-de-educacion-sanitaria-pueden-aumentarse-las-tasas-de-lactancia-materna-exclusiva>

21. Guise JM, Palda V, Westboff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of Primary Care-Based Interventions to Promote Breastfeeding: Systematic Evidence Review and Meta-Analysis for the US Preventive Services Task Force. ANNFAMMED [Internet]. 2003 [2 Dic 2018]; 1(2): 70-78. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15040435>
22. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Versión resumida. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_560\\_Lactancia\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf)
23. Gallegos-Pita J, Gómez-Besteiro MI, Valiño-Pazos C. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva y visita puerperal e un centro de salud de Carral (A Coruña). Matronas Prof [Internet]. 2017 [18 Ene 2019]; 18(1): 8-16. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-prevalencia-lm-carral.pdf>
24. Giménez López V, Gimeno Sierra B, Valles Pinto MD, Sanz de Miguel E. Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España). Factores sociosanitarios que la condicionan. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2015 [17 Ene 2019]; 17: 17-26. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322015000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000100004)
25. Payaró A, Zamora L, Almirall MR, Miguel M, Carrascón A. inicio y continuidad de la lactancia materna en relación con la asistencia a un programa educativo para madres jóvenes. Matronas Prof [Internet]. 2016 [18 Ene 2019]; 17(3): 99-106. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-inicio-y-continuidad-lm.pdf>
26. Cuartero Gómez V, Padilla Vinuesa MC, Sánchez Martínez F, Sánchez Ruiz-Cabello FJ. Factores que influyen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva. Metas Enferm [Internet]. Oct 2018 [22 Ene 2019]; 21(8): 21-6. Disponible en: <https://medes.com/publication/140531>
27. McGinnis S, Lee E, Kirkland K, Miranda-Julian C, Greene R. Let's talk about Breastfeeding: The importance of delivering a message in a Home visiting program. American Journal of Health Promotion [Internet]. 2018 [8 Feb 2019]; 32(4): 989-996. Disponible en: <https://www.healthyfamiliesnewyork.org/Research/Publications/HFNYBFSMppeer.pdf>
28. Efrat M, Esparza S, Mendelson S, Lane C. The effect of lactation educators implementing a telephone-based intervention among low-income Hispanics: A randomised trial. Health Educ J [Internet]. 2015 [7 Feb 2019]; 74(4): 424-441. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26941454>
29. Bonuck K, Stuebe A, Barnett J, Labbok M, Fletcher J, Bernstein P. Effect of Primary care intervention on breastfeeding duration and intensity. American Journal of Public Health [Internet]. 2014 [10 Feb 2019]; 104(1): 119-127. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24354834>
30. Abbass-Dick J, Stern S, Nelson L, Watson W, Dennis C. Coparenting Breastfeeding support and exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. PEDIATRICS [Internet]. 2015 [10 Feb 2019]; 135(1): 102-110. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/270217056\\_Coparenting\\_Breastfeeding\\_Support\\_and\\_Exclusive\\_Breastfeeding\\_A\\_Randomized\\_Controlled\\_Trial](https://www.researchgate.net/publication/270217056_Coparenting_Breastfeeding_Support_and_Exclusive_Breastfeeding_A_Randomized_Controlled_Trial)

31. Srinivas G, Benson M, Worley S, Schulte E. A clinic-based breastfeeding Peer Counselor intervention in an urban, low-income population: interaction with breastfeeding attitude. *Journal of Human Lactation* [Internet]. 2015 [9 Feb 2019]; 31(1): 120-128. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25193602>
32. Kellams A, Gurka K, Hornsby P, Drake E, Riffon M, Gellerson D, et al. The impact of a prenatal education video on rates of breastfeeding initiation and exclusivity during the newborn hospital stay un a low-income population. *Journal of Human Lactation* [Internet]. 2016 [10 Feb 2019]; 32(1): 152-159. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26289058>
33. Beiranvand S, Valizadeh F, Hosseinabadi R, Pournia Y. The effects of skin-to-skin contact on temperature and breastfeeding successfulness in full-term newborns after caesarean delivery. *International Journal of Pediatrics* [Internet]. 2014 [10 Feb 2019]; 2014: 1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25610472>
34. Hanafi MI, Hamid SA, Falatah N, El-Ammari H. Impact of health education on knowledge of, attitude to and practice of breastfeeding among women attending primary health care centres in Almadinah Almunawwarah, Kingdom of Saudi Arabia: Controlled pre-post study. *Journal of Taibah University Medical Sciences* [Internet]. 2014 [8 Feb 2019]; 9(3): 187-193. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/81193367.pdf>
35. Wu DS, Hu J, McCoy TP, Efir JT. The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2014 [11 Feb 2019]; 00(0): 1-22. Disponible en: [https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/J\\_Hu\\_Effects\\_Breastfeeding\\_2014.pdf](https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/J_Hu_Effects_Breastfeeding_2014.pdf)
36. Ahmed AH, Roumani AM, Szucs K, Zhang L, King D. The effect of interactive web-based monitoring on breastfeeding exclusivity, intensity, and duration in healthy term infants after hospital discharge. *J Obstet Gynecol Nurs* [Internet]. 2016 [13 Feb 2019]; 45(2): 143-154. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4789120/>
37. Otsuka K, Taguri M, Dennis CL, Wakutani K, Awano M, Yamaguchi T. Effectiveness of a Breastfeeding Self-efficacy intervention: do hospital practices make a difference? *Matern Child Health J* [Internet]. 2014 [11 Feb 2019]; 18: 296-306. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880483/>
38. Fu ICY, Fong DYT, Heys M, Lee ILY, Sham A, Tarrant M. Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG* [Internet]. 2014 [12 Feb 2019]; 121: 1673-1684. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.12884>
39. Gómez García R. El abandono precoz de la lactancia materna, sus causas y consecuencias en nuestra sociedad. *Repositori URV* [Internet]. 2015 [1 Abril 2019]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:V71s6ot2P1cJ:nporta10.urv.cat:18080/fourrepo/rest/digitalobjects/DS%3FobjectId%3DTFG:479%26datastreamId%3DMem%25C3%25B2ria%26mime%3Dapplication/pdf+%&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=es>
40. Jiménez Sesma ML, Pardo Vicastillo V, Ibáñez Fleta E. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. *Medicina Naturista* [Internet].

- 2009 [3 Abril 2019]; 3(2): 77-85. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3017264.pdf>
41. Organización Panamericana de la Salud. Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. IRIS PAHO [Internet]. 2013 [1 Abril 2019]. Disponible en:  
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/16611>
  42. Temboury Molina MC. Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el manejo de la lactancia materna. An Pediatr [Internet]. 2003 [2 Abril 2019]; 58(3): 263-7. Disponible en:  
[http://www.pediatrasandalucia.org/Documentos/IHAN/IHAN\\_conocimientosresidentes.pdf](http://www.pediatrasandalucia.org/Documentos/IHAN/IHAN_conocimientosresidentes.pdf)
  43. Rodríguez García R, Schaefer LA. Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. Bol Of Saint Panam [Internet]. 1991 [1 Abril 2019]; 111(1). Disponible en:  
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16611/v111n1p1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  44. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia Materna: guía para profesionales. 5ª ed. [Internet] Barcelona: Ergon; 2004 [3 Abril 2019]. Disponible en:  
[https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/lactancia/CNLM\\_guia\\_de\\_lactancia\\_materna\\_AEP.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf)
  45. Departament de Sanitat i Seguretat Social (Generalitat de Catalunya). Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. 1ª ed. [Internet] Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2003 [3 Abril 2019]. Disponible en:  
[http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio\\_salut/embaras\\_part\\_puerperi/protocol-part-i-puterperi/protocol\\_part\\_i\\_puterperi.pdf](http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol-part-i-puterperi/protocol_part_i_puterperi.pdf)

## 9- ANEXOS

### Anexo 1

Fecha de realización del cuestionario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de cuestionario: \_\_\_\_\_

#### Datos del niño

1. Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. Sexo  Hombre /  Mujer
3. ¿De cuántas semanas estaba cuando dio a luz? \_\_\_\_\_ semanas
4. ¿Dónde fue el parto?  Público /  Privado /  En el domicilio
5. Tipo de parto  Normal /  Cesárea /  Partos instrumentados (fórceps, ventosa...)
6. Episiotomía  Sí /  No
7. El parto fue con anestesia epidural  Sí /  No
8. ¿Cuánto pesó el niño al nacer, en gramos? \_\_\_\_\_
9. Talla al nacimiento \_\_\_\_\_ cm
10. ¿En qué momento puso a su hijo al pecho?  
 Paritorio /  Habitación /  Sala de neonatos
11. ¿Padece su hijo alguna enfermedad?  Sí /  No
12. ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
*Si la madre hiciera algún comentario, anótelos*

#### Datos de la madre

13. Año de nacimiento \_\_\_\_\_   años
14. Lugar de nacimiento (municipio) \_\_\_\_\_
15. Estudios acabados:  
 No terminó los primarios /  Primarios /  Secundarios (FP)  
 Superiores-universitarios
16. Trabaja fuera del hogar  Sí /  No
17. Número de hijos \_\_\_\_\_
18. Experiencia previa en lactancia materna exclusiva (LME) con hijo anterior  Sí /  No
19. ¿Cuántos meses? \_\_\_\_\_
20. ¿Fue la experiencia positiva?  Sí /  No

#### Datos de lactancia

21. Tipo de lactancia al salir del hospital  
 Materna exclusiva /  Mixta /  Artificial
22. Antes del parto, ¿tenía una decisión clara en cuanto a iniciar la lactancia?  Sí /  No
23. ¿Quién cree que influyó más en que usted tomase esta decisión de iniciar la LM?  
 Matrona CS /  Matrona del hospital /  Ginecólogo  
 Médico de cabecera /  Algún familiar (madre, suegra, hermanas) /  Su pareja /  Alguna amiga
24. ¿Cuál de los siguientes factores cree que es más decisivo para iniciar LM exclusiva?  
 Una experiencia previa positiva en LME /  Una decisión sólida previa al parto /  La educación maternal recibida  
 Información (consejos) recibidos por sus familiares/amigas  
 Otros \_\_\_\_\_

#### Datos de mantenimiento de la lactancia

25. Duración de la LME exclusiva \_\_\_\_ meses
26. Duración total de la LM \_\_\_\_\_ meses
27. ¿Cuál de las siguientes personas cree que influyó más en mantener la LM este tiempo?  
 Pediatra /  Enfermera de pediatría /  Médico de cabecera  
 Matrona CS /  Matrona del hospital /  Ginecólogo  
 Algún familiar (madre, suegra, hermanas) /  Su pareja  
 Alguna amiga

28. ¿Recibió suplemento de leche artificial durante su estancia en el hospital?  Sí /  No
29. ¿Por qué?  Lo solicitó usted /  Se lo ofrecieron los profesionales sanitarios
30. En el hospital, ¿a qué profesional le recomendaron que acudiese al cabo de unos días?  
 Pediatra /  Médico de cabecera /  Matrona CS  
 Enfermera
31. Tras el parto, ¿a qué sanitario acudió en primer lugar?  
\_\_\_\_\_  
 Pediatra CS /  Médico de cabecera /  Matrona  
 Enfermera /  Pediatra privado
32. Si tuvo alguna duda, ¿con qué profesional la resolvió?  
\_\_\_\_\_
33. ¿Se sintió usted apoyada por los profesionales sanitarios durante su estancia en el hospital para iniciar la LME?  
 Sí /  No  Del 1 al 10: \_\_\_\_\_
34. ¿Qué profesional sanitario sintió que la apoyó más?  
\_\_\_\_\_
35. ¿Cuándo inició la alimentación complementaria? ¿A qué meses?  
\_\_\_\_\_

#### Salud materna

36. ¿Quién se lo indicó? \_\_\_\_\_
37. ¿Asistió a educación maternal en el Centro de Salud de Carral antes del parto?  Sí /  No
38. ¿Asistió a educación maternal en algún centro privado?  
 Sí /  No
39. Padece alguna enfermedad importante: \_\_\_\_\_
40. Tabaquismo  Sí /  No
41. Alcoholismo  Sí /  No
42. Obesidad  Sí /  No
43. Otras drogas  Sí /  No
44. Alguna medicación/fármacos  Sí /  No
45. ¿Tomó suplemento de yodo mientras duró la lactancia materna?  
 Sí /  No
46. ¿Cuántos kilos de peso aumentó durante el embarazo?  
\_\_\_\_\_
47. ¿Recuperó su peso previo al embarazo?  Sí /  No  
Si contesta no, debe decir cuántos kilos de más tiene \_\_\_\_\_
48. ¿Cuánto tiempo tardó en recuperar el peso? \_\_\_\_\_ meses
49. ¿Cómo definiría su estado de salud general físico, psíquico, etc., durante el puerperio?  
De una puntuación: 1 muy malo \_\_\_\_\_ 10 muy bueno.
50. Y a su estado de salud en este momento ¿qué puntuación le daría? Del 1 al 10: \_\_\_\_\_

#### ¿Algún comentario?

Lo mejor del proceso \_\_\_\_\_  
Lo peor \_\_\_\_\_

Muchas gracias

## Anexo 2

### **Durante las visitas individuales a la consulta del programa MJ de control del embarazo**

- Tercera visita del embarazo: preguntar la opinión de la madre con respecto a la intención de cómo alimentar al bebé. Exponer los beneficios de la LM
- Entrega de información escrita sobre la LM<sup>23</sup>
- Quinta visita: si desea LM, reforzar; si desea lactancia artificial, analizar los motivos y clarificar dudas
- Última visita: reforzar la voluntad de LM y, en caso de que la gestante aún presente dudas, reforzar los beneficios de la LM

### **Durante la realización del programa de preparación al nacimiento**

- Lluvia de ideas sobre la LM
- Trabajo en grupo sobre los beneficios de la LM para la madre y el bebé
- Detectar falsas creencias sobre la LM
- *Role-playing* de situaciones simuladas
- Compartir experiencias de madres jóvenes de grupos anteriores que ya están amamantando
- Trabajo de las habilidades prácticas con muñecos y otros materiales (cojín, sacaleches, etc.)

### **Durante la visita al domicilio en el posparto**

- Valorar la actitud y la motivación y resolver dudas
- Valorar el apoyo del entorno, los conocimientos, las habilidades y los problemas con la observación de una toma y corregir la postura en caso de que no sea correcta
- Refuerzo positivo
- Conexión con el grupo de apoyo del posparto y recursos de ayuda

### **Durante la realización del programa de posparto**

- Valorar el tipo de lactancia. Motivación y actitudes, conocimientos, habilidades y problemas
  - Si es LM, reforzar la decisión y apoyo activo
  - Si es mixta, ofrecer recursos para llegar a LM exclusiva
- Taller de LM ofrecido por las madres jóvenes que dan LM exclusiva de grupos anteriores
  - Observación de tomas
  - Corrección de posición
  - Adiestrar en nuevas posiciones para dar el pecho
- Visionado del DVD «Preparación al nacimiento de la Generalitat de Catalunya: alimentación del bebé»<sup>24</sup>
- Apoyo y valoración en cada sesión: dudas/problemática
- Resolución de dudas al instante vía Whatsapp o Facebook durante la semana

### Anexo 3

#### Variables de estudio

##### Sociodemográficas

Edad de la madre

Número de hijos

Nivel de estudios

Nacionalidad/etnia

Situación familiar

##### Conocimientos parto

Si habían visto dar el pecho

Dónde habían recibido información

Asistencia a grupos parto

Contenido de la información

Exploración del pezón

##### Atención hospitalaria

Ponerlo al pecho antes de 30 min

Alojamiento conjunto

Tiempo de ayuda y positividad de ésta

Suplemento de lactancia

##### Atención primaria

Ayuda y positividad

Educación sanitaria

##### Problemas

Tipo de problemas

### Anexo 4

#### Encuesta

Edad

Localidad

Número de hijos

Lactancia materna hijo 1

Lactancia materna hijo 2

Lactancia materna hijo 3

Control gestacional

Número de visitas ginecológicas

Nivel de estudios

Trabajo fuera del domicilio

Tipo de contrato laboral

Horas de trabajo

Tipo de lactancia

Tiempo de lactancia materna que recibió la madre

Tiempo de lactancia materna que recibió el padre

Momento de la toma de decisión

Grado de información recibida acerca de la lactancia

Grado de información recibida por los médicos

Grado de información recibida por la familia

Grado de información recibida por audiovisuales

Grado de información recibida por libros

Grado de información recibida por cursillos prenatales

Motivos de decisión de lactancia materna (respuesta múltiple)

Motivos de decisión de lactancia artificial (respuesta múltiple)

Tiempo previsto de lactancia materna

Presión sanitaria para lactancia materna

Presión sanitaria para lactancia artificial

Influencia familiar

Seguridad en la decisión

Influencia sobre información por personal sanitario

#### Encuesta de seguimiento

15 días

30 días

90 días

180 días

Edad en el momento de abandono

Motivo de abandono

Quién decide

## Anexo 5

VARIABLE	GRUPO
Edad de la madre	< 20
	20-25
	26-30
	>30
País de origen	Española
	Extranjera
Estado civil	Vive sola
	Vive en pareja
Estudios	No tiene
	Primarios
	FP/Bach
	Superiores
Profesión	Estudiante
	Ama de casa
	T.remunerado/ parado
Hijos previos	No
	Si
	Si con LM
	Si con LA
Tipo de nacimiento	Parto
	Parto eutócico
	Parto instrumentado
	CST
Edad gestacional	<37
	37-40
	>40
Peso	<2.500
	2500-3000
	3001-3500
	>3500

VARIABLE	GRUPO
Sexo	Varón
	Mujer
LM previa	Si/satisfactoria
	Si/no satisfactoria
	No
Información sobre LM	Si
	No
	No/española
	No/extranjera
	No/trabaja
	No/no trabaja
	No/ha dado LM No/ no ha dado LM
Toma de decision de dar LM	Antes del nacimiento
	Durante/tras nacimiento
Tº hasta la puesta al pecho	< 1h
	> 2h
Piel con piel	Si
	No
Admon de biberón	Si
	No

## Anexo 6

### A.1. Encuesta inicial

**A.1.1. Datos sociodemográficos y de filiación materna**  
Población; Edad; Nacionalidad; Pareja estable; Nivel de estudios.

**A.1.2. Situación laboral y ayudas familiares**  
Trabajo materno fuera del hogar; Baja maternal; Ayuda de la abuela en casa; Empleada de hogar; Excedencia; Situación laboral pareja; Madre sanitaria; Pareja sanitaria.

**A.1.3. Variables sanitarias referidas a la madre**  
Hábito tabáquico; Edad gestacional; Hijos previos; Abortos previos; Tipo de gestación; Tipo de parto; Anestesia en parto; Anticonceptivos hormonales orales previos a gestación; Cirugía mamaria; Enfermedades previas; Tratamiento farmacológico previo.

Enfermedades y otras incidencias gestacionales: Diabetes; HTA; Amenaza de parto prematuro; Amenaza de aborto; Otras enfermedades gestación.

**A.1.4. Variables referidas al recién nacido**  
Sexo; Peso al nacimiento.

**A.1.5. Variables referidas a la información recibida por la madre en el tema de la lactancia**  
Mediante folletos; Internet; Obstetra público; Obstetra privado; Matrona en clases prenatales; Médico de cabecera; Pareja; Amigos; Otros familiares.

**A.1.6. Variables referidas a la predisposición materna y del entorno familiar a dar el pecho**  
¿Cuánto tiempo pretende dar el pecho a su hijo?; Pareja partidaria; Abuela materna partidaria; Tipo de lactancia al hijo previo.

### A.2. Encuesta previa al alta de la maternidad

**A.2.1. Variables referidas al recién nacido**  
Días de vida del RN al alta; Peso del RN al alta; Pérdida de peso del RN.

**A.2.2. Variables referidas a la estancia en maternidad**  
Información mediante folletos; Instrucciones y consejos por parte del personal; Resolución de problemas de lactancia por parte del personal; Ayuda activa del personal sanitario; Haber recibido biberones de LA; Tiempo hasta poner RN al pecho; Sensación materna de suficiente leche; Preocupada por ello; Uso de pezoneras; Uso de sacaleches; Sensación que el RN queda con hambre; Pezón plano; Pezón invertido; Grietas en el pezón; Otros problemas en pecho; Estar ansiosa; Encontrarse animada; Grado de satisfacción materna.

### A.3. Encuesta telefónica al mes tras el parto

Peso del lactante; Uso de pezoneras; Uso del chupete; Tipo de lactancia.

### A.4. Encuesta telefónica a los 3 meses tras el parto

Peso del lactante; Uso de pezoneras; Uso del chupete; Tipo de lactancia.

### A.5. Encuesta telefónica a los 6 meses tras el parto

Peso del lactante; Uso de pezoneras; Uso del chupete; Tipo de lactancia.

### A.6. Encuesta telefónica a los 12 meses tras el parto

Peso del lactante; Uso de pezoneras; Uso del chupete; Tipo de lactancia.

## Anexo 7

### ENCUESTA de seguimiento: ESTUDIO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Fecha: / /2015

Código paciente

Usted tiene esta encuesta anónima en sus manos porque ha decidido dar lactancia materna a su recién nacido y ha accedido a participar en un estudio de investigación en el que se le ha invitado a participar. Por favor, marque con una X en donde proceda.

¿Continúa dando lactancia materna exclusiva (LME)?:  SÍ  NO

Si la respuesta es NO, indique:

Está utilizando lactancia materna y artificial  SÍ  NO

Está utilizando exclusivamente alimentación artificial  SÍ  NO

Considera que la cantidad de leche es insuficiente  SÍ  NO

Considera que la leche es de baja calidad (leche de transición)  SÍ  NO

Dificultad de afrontar la nueva situación  SÍ  NO

Aparición de grietas en el pezón  SÍ  NO

Incompatibilidad con el desarrollo laboral  SÍ  NO

OTRAS:

¿Se ha planteado abandonar la LME?  SÍ  NO

Considera que en la Unidad de Obstetricia se anticiparon a los posibles problemas que desconocía que le iban a surgir:

Mucho  Bastante  Suficiente  Poco  Nada

## Anexo 8

Component	Description
In-hospital discussion	A 15-min discussion with a lactation specialist to review the intervention information package and discuss how breastfeeding works, how fathers can assist breastfeeding mothers, and where to get breastfeeding help in the community
Coparenting booklet	A take-home booklet that included activities for couples to complete and covered the elements and skills of coparenting
Breastfeeding booklet	A take-home breastfeeding booklet, developed by Best Start: Ontario's Maternal, Newborn and Early Child Development Resource Centre <sup>39</sup>
Video	An 11-min coparenting and breastfeeding video that provided information on coparenting and breastfeeding and showed scenarios of couples working as coparents to achieve their breastfeeding goals
Web site	Access to a secure study Web site that consisted of extensive information on breastfeeding and coparenting and contained links to related information and resources on the Internet
E-mails	Follow-up e-mails to each parent at 1 and 3 wk postpartum, designed to assist the couples in navigating through the intervention information package and serve as a reminder of the resources provided
Telephone call	A telephone call made to the mother at 2 wk postpartum to answer any questions or concerns about the information provided

