



Universitat
de les Illes Balears

Trabajo de Fin de Grado

**¿CUÁL ES EL IMPACTO DE LA
EDUCACIÓN MATERNAL EN EL
POSTPARTO?**

Maria Antònia Vadell Julià

Grado de: Enfermería

Facultad de: Enfermería y Fisioterapia

Año académico 2020-2021

¿CÚAL ES EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN MATERNAL EN EL POSTPARTO?

Maria Antònia Vadell Julià

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de las Islas Baleares

Año académico 2020-21

Palabras clave del trabajo:

Educación para la salud, periodo postparto, depresión postparto, lactancia materna, incontinencia urinaria.

Nombre de la tutora del trabajo: Dra. Maria de Lluc Bauzà Amengual

Se autoriza a la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación.

Autor/a		Tutor/a	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÍNDICE

ACRÓNIMOS.....	4
RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	8
General.....	8
Específicos.....	8
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	8
Diagrama de flujo.....	9
RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	9
Tabla 1. Artículos seleccionados sobre la educación postparto.....	9
Tabla 2. Tipos de EPP.....	12
Tabla 3. Duración de la LME según el tiempo y el medio por el cual se realiza la educación.	17
Tabla 4. Tasas de DPP dependiendo del riesgo de desarrollarla.....	19
Tabla 5. Tasas de incontinencia urinaria según la adherencia a los ejercicios propuestos.....	19
DISCUSIÓN.....	22
CONCLUSIONES.....	24
ANEXOS.....	25
Anexo 1. Escala SIGN.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	25

ACRÓNIMOS

EPP: Educación Postparto

LM: Lactancia Materna

LME: Lactancia Materna Exclusiva

DPP: Depresión Postparto

IU: Incontinencia Urinaria

IUE: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

IMC: Índice de Masa Corporal

OMS: Organización Mundial de la Salud

RESUMEN

Introducción: El postparto puede ser un periodo estresante para los papas, por lo que se necesita recibir apoyo adecuado. La LME tiene beneficios para la madre y el bebé, pero tiene tasas bajas. La DPP esta poco diagnosticada, pero es importante detectarla y tratarla para evitar problemas posteriores. Hay mujeres con IU que no buscan ayuda, lo que hace necesario que los profesionales sanitarios nos anticipemos a ello. Objetivo: Evaluar si existe mejora tras la educación en el postparto. Estrategia de búsqueda: Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre la EPP relacionada con la LME, la DPP y la IU. Las fuentes de datos son bases de datos españolas e internacionales. Se seleccionan veinte artículos, la mayoría ensayos clínicos, que tengan como objetivo relacionar la EPP recibida con las variables citadas. Resultados: Hay una gran heterogeneidad en los tipos, duración y medio de la EPP. Se pueden hacer intervenciones puntuales o de seguimiento en centros sanitarios, domicilio o a través de llamadas telefónicas. La EPP recibida se relaciona con mejores tasas de LME e IU, pero no de DPP. Discusión: Hay autores que coinciden en que la realización de llamadas telefónicas i/o visitas domiciliarias aumentan las tasas de LME, pero otros lo contradicen. También se indica que las tasas de DPP disminuyen cuando se realiza EPP en mujeres sin factores de riesgo, pero hay autores que indican que no influye. Se coincide en que no influye la EPP en mujeres que tengan factores de riesgo. Se indica que la IU disminuye con la realización de EPP, pero se contradice con otro autor. Hay una serie de limitaciones: difícil comparación entre la eficacia de sesiones

puntuales o de seguimiento, pocos artículos sobre IU, influencia de otras variables en dichos parámetros y la variedad de sistemas sanitarios. Se pone la evidencia de la necesidad de realizar EPP, formando a los profesionales sanitarios, que se dedique tiempo de la jornada laboral a ello y que se supervise el trabajo realizado.

Palabras clave: Educación para la salud, periodo postparto, depresión postparto, lactancia materna, incontinencia urinaria.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum can be a stressful period for parents, so it is necessary to receive adequate support. EBF has benefits for the mother and baby, but it has low rates. PPD is underdiagnosed, but it is important to detect and treat it to avoid later problems. There are women with UI who do not seek help, which makes it necessary for health professionals to anticipate it. **Objective:** To evaluate if there is improvement after postpartum education. **Search strategy:** A bibliographic search was carried out on PPE related to EBF, PPD and UI. The data sources are Spanish and international databases. Twenty articles were selected, most of them clinical trials, whose objective was to relate the PPE received with the cited variables. **Results:** There is great heterogeneity in the types, duration and medium of PPE. One-off or follow-up interventions can be made in health centers, at home or through phone calls. The received PPE is related to better rates of EBF and UI, but not of PPD. **Discussion:** There are authors who agree that making phone calls and / or home visits increase SCI rates, but others contradict it. It is also indicated that PPD rates decrease when PPE is performed in women without risk factors, but there are authors who indicate that it does not influence. It is agreed that PPE does not influence women with risk factors. It is indicated that the UI decreases with the performance of PPE, but it is contradicted by another author. There are a number of limitations: difficult comparison between the effectiveness of specific sessions or follow-up, few articles on UI, influence of other variables on these parameters, and the variety of health systems. Evidence is made of the need to perform PPE, training health professionals, dedicating time of the working day to it and supervising the work carried out.

Key words: Health education, postpartum period, postpartum depression, breastfeeding, urinary incontinence.

INTRODUCCIÓN

El periodo postparto, definido como las 12 semanas posteriores a dar a luz, es un momento en el cual a los padres les surgen muchas dudas y preocupaciones relacionadas con la LM, la IU, la DPP, etc. Dada esta situación, se hacen necesarias intervenciones educativas en el hospital, en las visitas ambulatorias, en el domicilio y a través de la comunicación telefónica para empoderar a la mujer, detectar problemas, prevenir la enfermedad y promocionar la salud¹.

Con la LM se aportan los nutrientes necesarios a los bebés para un crecimiento y desarrollo saludable. Casi todas las mujeres, si disponen de buena información y apoyo de su familia y del sistema de salud, pueden amamantar. La OMS recomienda la LME durante seis meses como forma de alimentación óptima, y a partir de dicha edad ir introduciendo alimentos, manteniendo la LM hasta los 2 años². La LM protege al niño de las enfermedades infecciosas y crónicas y fomenta su desarrollo sensorial y cognitivo. Además, la LME reduce la mortalidad del niño por diarrea o neumonía y ayuda a la recuperación más rápida de las enfermedades. La LM también es beneficiosa para la salud de la madre, ayudando a distanciar los embarazos, reduciendo el riesgo de padecer cáncer de ovario y de mama, siendo una forma de alimentación segura, etc. La LM es un acto natural, pero es una conducta que se tiene que aprender, por lo que se necesita apoyo para mantener las prácticas apropiadas de LM³. A pesar de los beneficios que comporta amamantar, la prevalencia de LME es muy baja, no llegando al 40% a nivel mundial. En España la prevalencia a las seis primeras semanas postparto es del 66,2%, a los tres meses es del 53,6% y a los seis meses es del 28,5%. Comparando con otros países, vemos que los nórdicos, Canadá, Japón y Nueva Zelanda son los que tienen prevalencias más altas (entre 71 y 81% a los tres meses). En cambio, Reino Unido, Estados Unidos, Irlanda y Francia son los que tienen prevalencias inferiores (entre 15% y 43 % a los tres meses y entre 0,2% y 14% a los seis meses). Hay factores que influyen en dicha prevalencia, como serían las características sociodemográficas, siendo las madres con un nivel socioeconómico menor, de menor edad, las solteras, las primíparas y las que tengan un nivel de educación menor las que llevan a cabo una LME más corta. También influye la percepción de leche insuficiente, el recibir apoyo o no, la situación laboral de la madre y el interés y la confianza de la madre en el periodo prenatal⁴.

El nacimiento de un bebé y los posteriores cuidados, hacen susceptibles a las mujeres a desarrollar preocupaciones, cansancio y tristeza⁵. Cuando estos sentimientos

persisten, se puede sufrir depresión. La DPP afecta a una de cada seis mujeres, y es una enfermedad que se manifiesta con una tristeza persistente y con una falta de interés por las actividades que se deberían disfrutar. Esta disfunción requiere de tratamiento preventivo y curativo, ya que al contrario podría durar años y afectar a la salud de la madre y del recién nacido⁵. La DPP es una enfermedad infra diagnosticada y su prevalencia a nivel mundial es entre el 10 - 20% de las puérperas⁶. En Inglaterra hay una prevalencia entre 8,2% y 14,9%, seguida de Brasil con un 12%, en Estados Unidos se encuentra entre 8 - 26% y en España 25,8%. Los países con mayores tasas de DPP son India con un 36%, Chile con un 43%, Guayanas con un 57% y Taiwán con un 61%⁷.

El embarazo y el parto, sobretodo vaginal, son considerados factores etiológicos de la IU, y esta condición interfiere en la calidad de vida de las mujeres, por lo que se deben implementar estrategias preventivas durante el embarazo y el puerperio⁸. La incontinencia urinaria en puérperas oscila entre un 7 y un 12% de prevalencia a nivel mundial, siendo cifras muy superiores a la global en mujeres en edad fértil (2,5%)⁹. En España hay una prevalencia del 22%¹⁰ pero solo un 15-40% buscan ayuda, ya sea por vergüenza, por sensación de que sola se puede resolver el problema o por desconocimiento del tratamiento¹¹.

Actualmente, dependiendo del país, e incluso de la comunidad autónoma hay diferentes formas de abordar la EPP. Según la guía de práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio, se proporciona atención durante el puerperio hospitalario, se da información sobre los cuidados durante el puerperio, se hacen visitas de control en atención primaria, se manejan los problemas que aparecen frecuentemente durante el puerperio, se aborda la salud mental durante este periodo, se favorece la LM y se da información relacionada con la anticoncepción¹².

Es por todo ello que es pertinente realizar este estudio con el objetivo de evaluar si existe mejora tras la educación maternal en el postparto para la madre y bebé.

OBJETIVOS:

General:

- Evaluar si existe mejora tras la educación maternal en el postparto para la madre y bebé.

Específicos:

- Analizar los tipos de EPP.
- Determinar si existe mejora en las tasas de LME, tras recibir EPP, dependiendo de la duración de ésta y medio por el que se imparte.
- Determinar si existe mejora de las tasas de DPP tras recibir EPP, según el riesgo de desarrollarla.
- Determinar si existe mejora en las tasas de IU tras recibir EPP, según la adherencia a los ejercicios propuestos por dicha educación.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

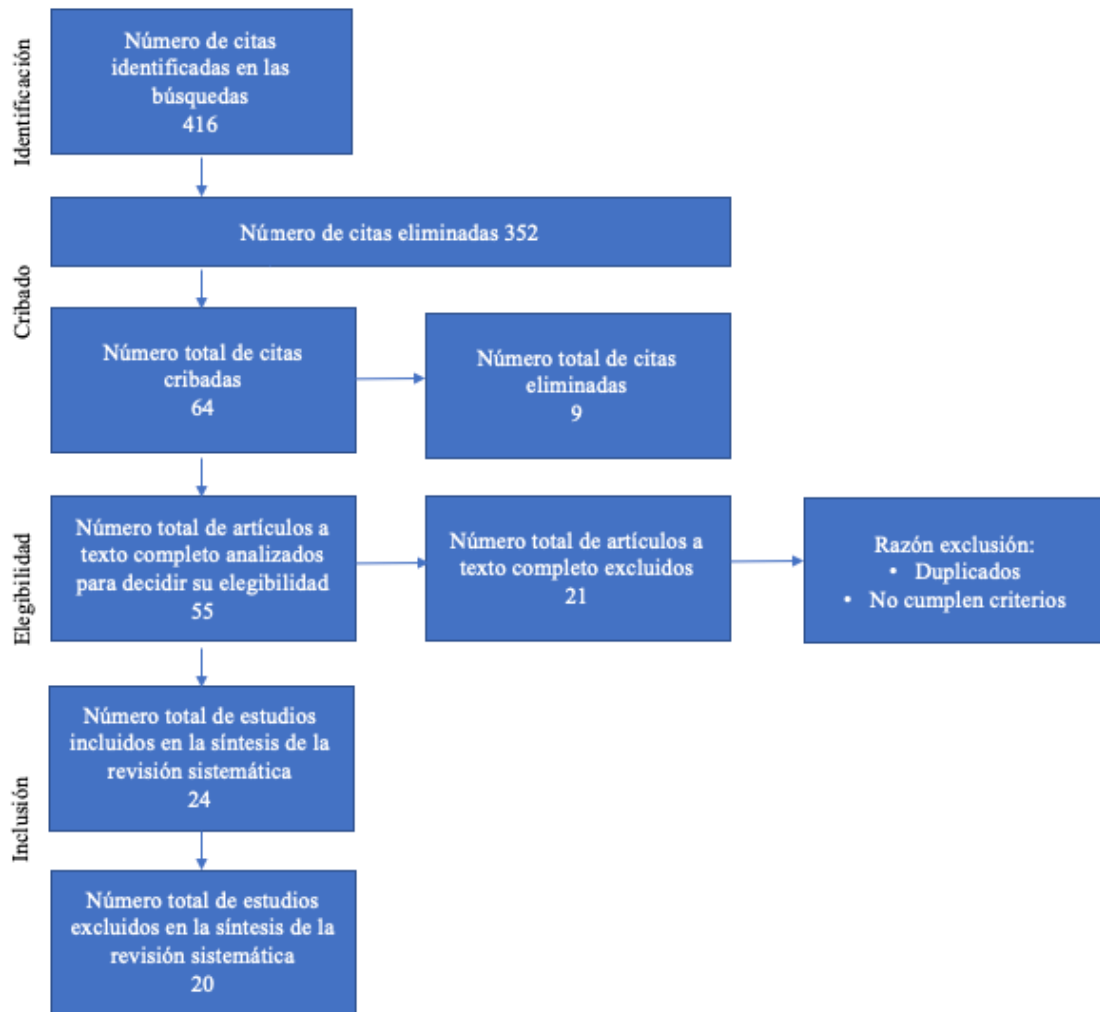
Se realizó una revisión de la bibliografía actual en función de si la educación maternal en el posparto mejora una serie de parámetros, tales como la lactancia materna, la depresión postparto y la incontinencia urinaria.

La revisión bibliográfica fue realizada entre febrero y abril de 2021, y se obtuvo la información a través de las principales bases de datos nacionales e internacionales: PubMed, BVS y Cochrane. Las palabras clave utilizadas fueron: educación para la salud, periodo postparto, depresión postparto, lactancia materna e incontinencia urinaria. Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizaron los descriptores primarios (Health education, Postpartum Period), combinados con los descriptores secundarios (Breast feeding, Depression Postpartum, Urinary Incontinence) a través del operador booleano AND.

Los criterios de inclusión fueron: artículos que se publican en los últimos diez años (2011 hasta marzo de 2021) en inglés o español cuyos resultados respondan de forma directa o indirecta los objetivos del estudio.

Se realizó una lectura de los títulos de los artículos encontrados, posteriormente de sus respectivos resúmenes y se seleccionaron los que cumplían los criterios de inclusión. Dichos artículos se iban almacenando a través del DOI.

Diagrama de flujo



RESULTADOS

Tabla 1. Artículos seleccionados sobre la educación postparto.

Año de publicación	Autor principal	Lugar	Fecha recolección de datos	Inclusión de casos	Sujetos de estudio	Fuente de datos	Tamaño muestral	Rango de edades	Nivel de evidencia (ver anexo 1)
2020	Erdnaxela Fernandes do Carmo Souza (13)	Brasil	Agosto 2016 - marzo 2017	Sala de maternidad de un hospital privado	Mujeres posparto que practican LM	Cuestionario ad hoc	104 mujeres	*	1++
2019	Cristina Franco Antonio (14)	España	Febrero 2018- marzo 2019	Hospitales públicos en el oeste de España	Mujeres tras parto vaginal que amamantan	Auto informes de las madres	88 mujeres	Edad media 32,82 años	1++

*Sin datos

2019	Yi-Hua Lee (15)	Taiwán	Abril - diciembre 2014	Sala postparto	Mujeres entre la 1ª y 6ª semana postparto	Cuestionario ad hoc	234 mujeres	Edad media 34,7 años	2+
2018	Marcia Harris Luna (16)	California	*	Salas de espera de 2 clínicas obstetras	Mujeres durante las visitas prenatales	Entrevistas cara a cara y llamadas telefónicas	58 mujeres	18-45 años	2-
2015	Vishnu Khanal, PhD (17)	Nepal	Enero - octubre 2014	Comunidad	Madres de niños menores de 1 año	Cuestionario ad hoc	649 mujeres	15-45 años	2+
2013	Norzakiah Mohd Tahir (18)	Malasia	Abril - julio 2010	Hospital público	Madres que dan a luz a término a un bebé sano	Cuestionario auto administrado y entrevista telefónica	304 mujeres	23-34 años	1+
2012	Ann M. Witt (19)	Estados Unidos	2007-2009	Atención primaria	Madres de bebés sanos atendidos en los 3-5 días postparto	Historia clínica	350 mujeres	18-46 años	0
2011	Reham Khreshheh (20)	Jordania	Agosto-abril 2009	Salas postparto de hospitales públicos	Primíparas con parto vaginal	Cuestionario ad hoc	140 mujeres	Mayoría más de 29 años	2+
2011	Hilmiye Aksu (21)	Turquía	Marzo-Julio 2008	Hospital de maternidad Subeyde Hanim	Primíparas con parto vaginal y bebé sano	Cuestionario ad hoc	60 mujeres	19-28 años	1-
2011	Ester Furnieles-Paterna (22)	España	*	Hospital La Fe de Valencia y General de Castellón	Primíparas dadas de alta precoz	Cuestionario ad hoc	200 mujeres	24-35 años	1-
2013	Tina Lavender Yana (23)	*	*	Bases de datos: Cochrane, MEDLINE EMBASE, revistas.	Mujeres período postparto temprano	*	27 ensayos clínicos con más de 12000 mujeres	*	1+

2017	Marzieh Akbarzadeh (24)	Irán	*	Hospitales afiliados a la Universidad de Shirasa	Primíparas	Cuestionario ad hoc	100 mujeres	18-35 años	2+
2017	Amaia Ugarte Ugarte (25)	España	2015-2017	Visita con la partera en el centro de salud de Donostia	Mujeres en el tercer trimestre de embarazo	Cuestionarios españoles	60 mujeres	*	1++
2013	Elizabeth A Howell, MD, MPP (26)	Estados Unidos	Julio 2009 - abril 2010	Hospital terciario de East Harlem	Mujeres blancas y asiáticas que han dado a luz	Entrevistas telefónicas cada 3 semanas	540 mujeres	18-48 años	1++
2012	Pamela J. Surkan (27)	Estados Unidos	*	Programas WIC y centros de salud comunitarios	6-20 semanas después del parto	Cuestionario ad hoc	679 mujeres	18-44 años	1++
2019	Alyssa Sawyer (28)	Australia	*	Comunitaria	Primerizas con bebés de 2 a 6 meses	Cuestionario autocompletado	133 mujeres	26-36 años	1-
2014	Shefaly Shorey (29)	Singapur	*	Hospital público de Singapur	Primíparas	Cuestionario auto administrado	144 mujeres	Más de 21 años	1++
2019	Qi, Xiaowen MMa (30)	China	2015-2016	Hospital Tongji	Puérperas con parto vaginal a término	Cuestionario ad hoc e historia clínica	240 mujeres	25-34 años	1+
2001	S. Meyer, MD (31)	Estados Unidos	1999-2001	*	Embarazadas	Cuestionario ad hoc e historia clínica	107 mujeres	25-33 años	1+
2019	Cinara Sacomori (32)	Brasil	Agosto 2011-marzo 2012	Hospital público maternidad	Mujeres dadas a luz	Cuestionario basado en investigaciones anteriores e ICIQ-SF	202 mujeres	Más de 18 años	1-

WIC: Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños

*Sin datos

Tabla 2. Tipos de EPP.

Año de publicación	Autor principal	Tipos de EPP	
		Grupo control	Grupo intervención
2020	Erdnaxela Fernandes do Carmo Souza (13)	Educación rutinaria: orientación verbal y manejo práctico (posición, corrección cierre bebé, eructo, LM a demanda, lanolina y aclaración de dudas).	Educación utilizando el "Kit educativo para LM ". La intervención consiste en la experiencia y valoración de la LM, manipular los elementos del Kit, hacer simulacros prácticos, aclarar dudas, etc.
2019	Cristina Franco Antonio (14)	Educación estándar: 10 pasos a seguir para lograr una LM exitosa a partir del folleto "felicitaciones por su maternidad" con información y recursos para apoyar la LM. Se contactó con las madres por teléfono los mismos días que el GI, dando información sobre los beneficios de continuar amamantando y resolviendo dudas.	Se realiza una breve intervención motivacional a través de una entrevista semiestructurada (explorando motivación, pros y contras de continuar amamantando, autoeficacia, etc) y un refuerzo telefónico en el 1º, 3º y 6º mes postparto.
2019	Yi-Hua Lee (15)	Atención estándar: 10 pasos a seguir para lograr una LM exitosa a partir del folleto "felicitaciones por su maternidad". Se dieron instrucciones directas y se resolvieron dudas.	Educación grupal (8-10 madres) con un consultor: <ul style="list-style-type: none"> • Charla 15 minutos: información sobre la estructura de las mamas, mecanismo de lactancia, la producción de leche, la posición del bebé y como calmarlo. • Compartir experiencias de las madres y hacer preguntas. • Interacción entre las participantes • Persuasión verbal utilizando los conocimientos y habilidades del profesional de enfermería.
2018	Marcia Harris Luna (16)	Sesiones de apoyo cada 2 semanas por una consultora.	Apoyo telefónico: se proporcionan recursos comunitarios y se anima a asistir a una clase de LM de 2 horas, que trata sobre problemas comunes de LM, barreras culturales hispanas para la LM y estrategias para superarlas. Se reciben materiales educativos con vídeos, hojas de trabajo, etc. Además, se recibe la misma intervención que el GC.

*Sin datos

2015	Vishnu Khanal, PhD (17)	Promoción LM: consejos sobre la iniciación de la LM en la primera hora postparto, habilidades de la LM, no proporcionar otros alimentos hasta los 6 meses, que la madre y el bebé estén juntos, amamantar a demanda y no dar chupete. Se da un contacto telefónico para pedir ayuda si la necesitasen	
2013	Norzakiah Mohd Tahir (18)	Educación convencional: charlas durante la vacunación, folletos y consejos	Asesoramiento sobre LM vía telefónica 2 veces al mes, además de educación convencional.
2012	Ann M. Witt (19)	Atención estándar	Evaluación con consultora y médico. Seguimiento y llamadas según valoración.
2011	Reham Khreshheh (20)	Atención de rutina y llamadas de seguimiento para recopilar datos.	Sesión educativa de 1 hora sobre: beneficios de la LM, importancia para la mujer y bebé de seguir amamantando exclusivamente, consejos sobre la posición, el apego y resolver problemas comunes. Técnicas usadas: proporcionar información verbal, discusión de problemas o preguntas y demostración práctica de las técnicas de lactancia. Se realizan llamadas telefónicas para dar información de apoyo o sobre LM e identificar problemas. Además, se da un folleto con información para la LM y se realiza una visita domiciliaria.
2011	Hilmiye Aksu (21)	Atención estándar: educación sobre LM y apoyo de las enfermeras. Información sobre: producción de leche, que es la LME y sus beneficios para la madre y el niño, recomendaciones para una LM eficaz, técnicas sobre posicionamiento y agarre para la LM, alimentación a demanda y frecuente, problemas creados por los pre lácteos, idoneidad de la LM durante 6 meses y los problemas relacionados con la LM y su manejo. Se animó a las madres a comentar sus opiniones y a hacer preguntas.	Atención estándar + visita al domicilio Recibieron educación sobre LM utilizando maniqués de lactantes y de mama. Los temas que se abordaron fueron los mismos temas que en la atención estándar
2011	Ester Furnieles- Paterna (22)	Atención habitual	Atención habitual + visita domiciliaria

*Sin datos

2013	Tina Lavender Yana (23)	Apoyo telefónico (mensajes de texto automatizados, conversaciones, etc) vs atención habitual	
2017	Marzieh Akbarzadeh (24)	*	4 sesiones educativas semanales de 90 minutos. Se incluyen: ventajas de la LM, la técnica correcta, como influye la LM en la salud materna y de los niños, signos de que los bebés están llenos, técnicas de extracción manual y almacenamiento y efecto de la continuación de LME. Se realizó con conferencias, debates de grupo, juegos de roles, imágenes educativas, sesiones de preguntas y respuestas, folletos y vídeos.
2017	Amaia Ugarte Ugarte (25)	Atención rutinaria en las citas ambulatorias con parteras y ginecólogos	6 sesiones semanales (la primera individual y las otras en grupo) de 1 hora, durante 2 meses. Objetivo: mejorar la información sobre la depresión, la visión del paciente, la prevención de DPP, los estilos de vida saludables, técnicas para manejar la ansiedad, habilidades sociales y resolución de problemas.
2013	Elizabeth A Howell, MD, MPP (26)	Atención habitual: educación hospitalaria, materiales al alta, programas educativos de televisión.	Revisión hospitalaria de 15 minutos, se da un folleto (con los síntomas físicos comunes, depresión, cólicos infantiles, necesidad de apoyo social) y una hoja resumen a la pareja (síntomas de depresión, signos de peligro, sugerencias para ayudar a las nuevas mamás). Después se hizo una llamada a las 2 semanas postparto, en la que se evaluaron los síntomas, las habilidades y otras necesidades.
2012	Pamela J. Surkan (27)	Atención habitual. Recibieron los beneficios de WIC: evaluación y educación nutricional, promoción de la LM y vales de alimentos	Recibieron la atención habitual y el programa JFY, que dura 12 meses. Incluye 5 visitas al domicilio y llamadas telefónicas de 15 minutos, mensuales, donde se proporciona apoyo emocional utilizando técnicas de entrevista motivacional.

*Sin datos

2019	Alyssa Sawyer (28)	Estándar: 1 visita domiciliaria dentro de las 4 semanas postparto	Estándar + Grupo en línea (aplicación móvil)
2014	Shefaly Shorey (29)	Atención de rutina: apoyo postnatal en el hospital y entre la 1º y 6º semana después del alta. Reciben 3 llamadas telefónicas (de 30 minutos) por semana, hasta la 6º semana, para detectar factores estresantes y hacer consultas.	<p>Atención de rutina y visita domiciliaria a las 2 semanas después del parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesión de 90 minutos • Folleto: autocuidado materno y del recién nacido, número de contacto, etc). • Temas: importancia y factores que afectan a la autoeficacia maternal y lo que podría mejorarlo, se destacará la importancia del apoyo social y las formas de buscarlo, la importancia de promover el bienestar emocional y los síntomas de DPP. • Demostraciones prácticas de cuidados básicos del recién nacido. <p>3 llamadas telefónicas (30 minutos) por semana, hasta la 6º semana, para detectar factores estresantes y hacer consultas.</p>
2019	Qi, Xiaowen MMA (30)	Educación saludable de rutina (dieta, nutrición, manejo de emociones, higiene puerperal, descanso, cuidado de mamas, anticoncepción, etc).	<p>Educación saludable de rutina + material educativo antes de alta + sesiones educativas a partir de la 2º semana posparto, semanalmente durante 6 semanas. Se basa en 4 partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 minutos: información sobre la IUE, la función y estructura del suelo pélvico, el efecto del parto sobre éste, el cuidado perineal y los buenos hábitos de vejiga. • 30 minutos: demostración entrenamiento muscular del suelo pélvico • Asesoramiento psicológico • Se les dan unos puntos rojos adhesivos para colocar en lugares de la casa, como recordatorios para realizar los ejercicios. También se les proporciono un manual para el registro de los ejercicios.

2001	S. Meyer, MD (31)	No educación	Educación del suelo pélvico durante 6 semanas (12 sesiones), 2 meses después del parto, hasta los 10 meses. Realización de ejercicios del suelo pélvico y posteriormente 20 minutos de biorretroalimentación y 15 más de electroestimulación
2019	Cinara Sacomori (32)	No intervención	Reforzar conocimiento y práctica de forma individual. <ul style="list-style-type: none"> • Folleto sobre estructura del suelo pélvico, los cambios fisiológicos, los problemas comunes, como realizar los ejercicios, etc. • Ejercicio en la consulta. • Se dijo que se hiciera 2 veces al día mientras amamantaban para no olvidarse

EPP: Educación Posparto

LM: Lactancia Materna

LME: Lactancia Materna Exclusiva

IUE: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

DPP: Depresión Postparto

WIC: Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños

JFY: Programa Just For You

GI: Grupo Intervención

GC: Grupo Control

Tabla 3. Duración de la LME según el tiempo y el medio por el cual se realiza la educación.

Año de publicación	Autor principal	Duración/frecuencia de EPP		Medio EPP		LME	
		GC	GI	GC	GI	GC	GI
2020	Erdnaxela Fernandes do Carmo Souza (13)	*	Se realiza a las 24-72 h postparto	Centro sanitario	Centro sanitario	Día 10: 71,2% Día 30: 48,1% Día 60: 44,2%	Día 10: 92,3% Día 30: 80,8% Día 60: 86,6%
2019	Cristina Franco Antonio (14)	20-30 minutos presencial	20-30 minutos presencial. No más de 15 minutos telefónico	Centro sanitario + telefónico	Centro sanitario + telefónico	1º mes: 64,3% 3º mes: 52,5% 6º mes: 20%	1º mes: 90,5% 3º mes: 83,3% 6º mes: 56,1%
2019	Yi-Hua Lee (15)	*	Una vez durante 1º semana, y otra vez durante 5º y 6º semana.	Centro sanitario	Centro sanitario	De 5º a 6º semana cae del 62% al 39%.	De 5º a 6º semana cae del 73% al 61%.
						De la 1º a la 5º semana no hay diferencias significativas	
2018	Marcia Harris Luna (16)	Telefónico: semanal 4 semanas, posteriormente cada 2 hasta 12 semanas.		Centro sanitario	Telefónico + centro sanitario	A las 12 semanas 13%	A las 12 semanas 45%
2015	Vishnu Khanal, PhD (17)	Puntual		Centro sanitario		1º mes 66,9% 4º mes 39,2% 6º mes 8,4%	
2013	Norzakiah Mohd Tahir (18)	2 veces al mes hasta 12 sesiones		Centro sanitario	Telefónico + centro sanitario	1º mes: 74,7% 4º mes: 39% 6º mes: 12%	1º mes: 84,3% 4º mes: 42% 6º mes: 12,5%

*Sin datos

2012	Ann M. Witt (19)	A las 2 semanas	A los 3-5 días. Duración visita: 45-60 minutos	Centro sanitario + telefónico	Centro sanitario + telefónico	2º mes: 49% 4º mes: 39,5% 6º mes: 34,5% 9º mes: 24%	2º mes: 59,5% 4º mes: 54,6% 6º mes: 45,1% 9º mes: 33,4%
2011	Reham Khresheh (20)	*	A las 2 horas postparto presencial. Llamadas a los 2 y 4 meses.	Centro sanitario	Centro sanitario + telefónico + domicilio	6º mes: 27%. La mayoría (97%) dejaron LME antes de los tres meses.	6º mes: 39%. Todas introdujeron biberón a los 3 meses o más.
2011	Hilmiye aksu (21)	Estándar: 20-30 minutos, dentro de las 24 h postparto	Estándar: 20-30 minutos, dentro de las 24 h postparto. Domiciliaria: 30 minutos, 3 días después del parto	Centro sanitario	Centro sanitario + domicilio	2º semana: 40% 6º semana: 33% 6º meses: 23%	2º semana: 67% 6º semana: 60% 6º meses: 43%
2011	Ester Furnieles-Paterna (22)	30 minutos	A las 48 h tras alta. 70 minutos	Únicamente centro de salud	Domicilio + centro de salud	Abandono: Antes de los 4 días: 6,7% Primeros 30 días: 17,8% Final estudio: 77,8%	Abandono: Antes de los 4 días: 1,1% Primeros 30 días: 18,5% Final estudio: 76,1%
2013	Tina Lavender Yana (23)	*		Telefónico		Recibir apoyo telefónico hace que haya más probabilidades de continuar con LME más tiempo.	

GI: grupo intervención

GC: grupo control

EPP: educación postparto

LME: lactancia materna exclusiva

*Sin datos

Tabla 4. Tasas de DPP dependiendo del riesgo de desarrollarla

Año de publicación	Autor principal	Tasas de DPP	Riesgo DPP
2017	Marzieh Akbarzadeh (24)	Puntuación media DPP menor en el GI [31,36 (7,98)] en relación con el GC [37,61 (12,15)]	No FR
2017	Amaia Ugarte Ugarte (25)	*	Mujeres con al menos 1 FR
2013	Elizabeth A Howell, MD, MPP (26)	No diferencias	No FR
2012	Pamela J. Surkan (27)	No diferencias	No FR
2019	Alyssa Sawyer (28)	Pocas diferencias	EPDS > o igual 7
2014	Shefaly Shorey (29)	Beneficios potenciales	No FR
2013	Tina LavenderYana (23)	No diferencias	Mujeres con ansiedad

DPP: depresión postparto

FR: factor de riesgo

EPDS: Escala de Depresión Postparto de Edinburgh

Tabla 5. Tasas de incontinencia urinaria según la adherencia a los ejercicios propuestos.

Año de publicación	Autor principal	Tasas de IU		Adherencia
		Grupo control	Grupo intervención	
2019	Qi, Xiaowen MMa (30)	31,7%	15%	*
2001	S. Meyer, MD (31)	Examinación 1: 32% Examinación 2: 16% Examinación 3: 14%	Examinación 1: 28% Examinación 2: 31% Examinación 3: 12%	*
2019	Cinara Sacomori (32)	No diferencias en síntomas urinarios		Alta

IU: incontinencia urinaria

Se realizó la lectura crítica del texto completo de los veinte artículos seleccionados. Se recogió la información referente al año de publicación, el autor principal del artículo, el tipo de estudio, los sujetos de estudio, el tamaño de la muestra, el rango de edades, el tipo de educación postparto recibida y las variables relacionadas con la educación postparto. Las variables recogidas fueron el tipo de EPP, la LM (tiempo de EPP, medio EPP, duración de LME), la DPP (riesgo de desarrollarla y tasas) y la IU (adherencia a los ejercicios y tasas). Las medidas que se utilizan son las que se presentan en los estudios, que fueron evaluados por separado y se realizó una evaluación de forma general para asegurarme que reunían los estándares de calidad mínimos.

Como vemos en la tabla 1, de los veinte artículos seleccionados gran parte de ellos están publicados entre el año 2011 y 2020, escritos en español o inglés y realizados a nivel nacional e internacional. La mayoría de los estudios reclutan a las mujeres en el puerperio inmediato en los hospitales públicos o privados donde dan a luz y se recogen los datos de cuestionarios realizados por los propios investigadores. Las edades de las muestras de los estudios seleccionados varían entre 15 y 48 años.

La tabla 2 muestra los tipos de EPP que se realizan. Como podemos ver, hay una gran heterogeneidad entre dichos tipos de educación. Dieciocho de los artículos muestran que se estudia un grupo intervención comparándolo con un grupo control. En quince artículos, el grupo control recibe educación estándar, pero ésta es diferente según cada uno. En dos de ellos ^(14,15) se recibió el folleto de los 10 pasos a seguir para una LM exitosa, en otros dos ^(18,25) recibieron educación durante las citas posteriores al parto (durante la vacunación, en la revisión con ginecología, etc), en dos grupos ^(31,32) no se realizó ninguna intervención y en el resto ^(13,19-22,26,27,29,30) se recibe educación de rutina en el hospital. En el grupo intervención, también vemos diferencias entre los tipos de EPP estudiados. En la mayoría se recibe la educación habitual, como en el grupo control, pero además se recibe otro tipo de intervención. Los temas más abordados en ambos grupos son los relacionados con el mecanismo de producción de leche ^(15,21), la posición del bebé al amamantar ^(15,20,21), los problemas que pueden surgir en la LM ^(16,20,21), el ofrecer apoyo de los profesionales y que reciban apoyo de los familiares ^(16,26,27,29), las habilidades y técnicas necesarias para la LM ^(17,24), los beneficios de la LME para la madre y el bebé ^(17,20,21,24), el apego de la mamá y el bebé ⁽²⁰⁾, que la LM sea a demanda ^(17,21), el agarre para una buena succión ⁽²¹⁾, los síntomas de DPP ^(26,29), la estructura del suelo pélvico, el

efecto que tiene el parto sobre éste, los ejercicios pertinentes para prevenir la IU y la frecuencia de éstos ^(30,32).

Hay once ⁽¹³⁻²³⁾ artículos que nos dan información referente al impacto que tiene la educación postparto en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (tabla 3). En estos artículos, podemos ver también una heterogeneidad en la frecuencia, el número de sesiones y el medio en que se realiza. Vemos que, en cinco artículos ^(13,14,17,19,22), se realizan intervenciones de forma puntual y en otros cinco ^(15,16,18,20,21) se hace un seguimiento con más sesiones, variando el cuando y donde se realizan estas sesiones. La mayoría de los artículos ^(14,16,18-22) combinan la atención en un centro sanitario con llamadas telefónicas i/o visitas domiciliarias, el resto ^(13,15,17) siendo exclusivamente en centros sanitarios. En todos los artículos se ve como van disminuyendo las tasas de LME a medida que van pasando las semanas, pero vemos que cualquier tipo de intervención tiene mejoras en la duración de la LME respecto a los grupos controles.

La tabla 4 hace referencia a las tasas de DPP según el riesgo de desarrollarla. En seis artículos ^(23,25,26-28), al recibir EPP, no se aprecian diferencias entre el grupo control e intervención. Solamente en un artículo ⁽²⁴⁾ referente a mujeres sin factores de riesgo hay una puntuación media de DPP menor en el grupo en el que se realiza la intervención, y en otro artículo ⁽²⁹⁾, también con mujeres sin factores de riesgo, vemos que podría tener beneficios. El resto de los artículos ^(26,27) referentes a mujeres sin riesgo de desarrollar DPP muestran que no hay diferencia en dichas tasas. En todos los estudios referente a mujeres con factores de riesgo ^(23,28), no hay beneficio de dicha intervención.

Las tasas de IU se muestran en la tabla 5. En dos artículos ^(30,31) vemos que hay una mejora sobre la IU con la realización de las sesiones pertinentes. En cambio, en otro artículo ⁽³²⁾ se muestra que, aunque haya adherencia a los ejercicios pautados, no se muestran diferencias en los síntomas urinarios.

DISCUSIÓN

Basados en los datos anteriores, se discutirá sobre el impacto de la educación en el postparto en las tasas de LME, DPP e IU. Mi estudio muestra que hay una alta variabilidad en los tipos de EPP estudiados, que puede ser explicada por los diferentes contextos en los que se realizan. Hay estudios en los que se realiza una intervención educativa puntual o un continuo de sesiones grupales o individuales a través de visitas

domiciliarias, telefónicas i/o a centros sanitarios, hay algunas que se usan materiales para hacer simulacros, otras se basan en orientación verbal, etc. En general en los artículos analizados, después de recibir cualquier tipo de intervención además de la habitual, se presentan resultados de mejora en las tasas de LME y IU, pero no sobre la DPP.

Once autores ⁽¹³⁻²³⁾ coinciden en que el hecho de que al recibir EPP se aumentan las tasas de LME. Dos autores ^(16,18) tienen resultados contradictorios en relación con la influencia que tiene la realización de educación en diversas sesiones a través de llamadas telefónicas. Harris ⁽¹⁶⁾ establece un mantenimiento mayor, a las 12 semanas postparto, de la exclusividad en la LM si se realizan llamadas telefónicas de seguimiento. En cambio, Tahir ⁽¹⁸⁾, a las mismas semanas postparto, indica que las tasas de LME son similares en el grupo control e intervención. Tenemos tres artículos en relación con las visitas domiciliarias ⁽²⁰⁻²²⁾, en los cuales Reham ⁽²⁰⁾ y Hilmiye ⁽²¹⁾ coinciden en que dichas visitas tienen influencia aumentando las tasas de LME y, en cambio, Furniles ⁽²²⁾ revela que no hay ni aumento ni disminución significativa en dichas tasas.

Encontramos dos autores ^(24,29) que coinciden en que las tasas de DPP disminuyen si se recibe EPP específica en mujeres sin factores de riesgo. En cambio, encontramos tres autores ^(23,26,27) que revelan que no hay diferencias en dichas tasas. En relación con las mujeres con factores de riesgo, los autores ^(23,28) coinciden en que no hay diferencias significativas entre las tasas de DPP entre el grupo control e intervención. Esta información nos revela que no influye el hecho de recibir EPP en la aparición de dicha patología en las mujeres sin factores de riesgo o que las intervenciones realizadas no son las adecuadas.

En relación con la IU, Xiaowen ⁽³⁰⁾ y Meyer ⁽³¹⁾ coinciden en que al recibir EPP específica y realizar los ejercicios propuestos, se mejoran las tasas de IU en las puérperas. En cambio, Sacomori ⁽³²⁾ refiere no encontrar diferencias en los síntomas urinarios, aunque la adherencia a los ejercicios sea alta.

Las contraindicaciones que se nombran entre los autores pueden ser explicadas por los diferentes tipos de educación que se realiza, siendo distintos en cada país e incluso dentro del mismo. También puede haber diferencias en los resultados debido a que los autores utilizan cuestionarios que no miden los mismos parámetros.

Este estudio tiene una serie de limitaciones a las que no ha podido dar respuesta la búsqueda. En los artículos encontrados de la EPP relacionada con la LME, se hace

difícil comparar las tasas de dicha variable en relación con la realización de sesiones puntuales o si se hace un seguimiento, ya que en el grupo control e intervención no se realizan el mismo número de sesiones ^(14,16-19,22) o el estudio no indica la duración de la EPP del grupo control ^(13,15,20). Se han encontrado solo tres artículos ⁽³⁰⁻³²⁾ relacionados con la IU, lo que hace que no se pueda establecer el impacto de la intervención educativa. Hay otras variables, aparte de la EPP, que influyen en el abandono de la LME, la aparición de DPP y la UI. Dichas variables que influyen en la LME son la autoeficacia materna, las condiciones laborales, el apoyo, la experiencia previa, el nivel de educación materna, los ingresos, la edad ⁽¹⁶⁾, la nacionalidad, el tipo de parto ⁽²²⁾. La LM es una práctica que influye en la disminución de la DPP ⁽²⁴⁾. También se añade que influye en dicha variable la historia personal o familiar de depresión, el haber sufrido bajo estado de ánimo o ansiedad en el embarazo, el apoyo que se tiene, el temperamento del niño, el bajo estado socioeconómico ⁽²⁵⁾, los síntomas físicos posparto, la sobrecarga diaria, los cólicos infantiles ⁽²⁶⁾ y la IU ⁽³⁰⁾. En la IU influye el tipo de parto, el aumento del IMC, el diámetro de la cabeza y el peso del recién nacido ⁽³⁰⁾. Puede ser necesario tener que adaptar las intervenciones educativas según las necesidades de cada persona. Sería oportuno realizar más investigación respecto a este aspecto para mejorar las tasas de dichos parámetros y aumentar el bienestar de las puérperas y de los bebés. Otra limitación que encontramos en esta investigación es la gran variedad entre los sistemas sanitarios de cada país, siendo diferente la estructuración y la forma de atención. Este aspecto dificulta la homogenización del estudio y podría ser investigado en futuros estudios. Otro aspecto que falta para investigar sería como detectar la DPP de forma precoz a través de una escala sensible y específica, ya que no hay consenso para su diagnóstico ⁽²⁵⁾.

Esta investigación pone en evidencia la necesidad de realizar educación en el postparto a todas las puérperas, ya sea en el hospital, en el centro de salud, en el domicilio o a través de llamadas telefónicas. Además, es necesario formar a los nuevos profesionales de enfermería para realizar dichas intervenciones educativas, y hacer cursos de actualización del conocimiento y habilidades para las enfermeras ya graduadas. Para que se pueda llevar a cabo, se tienen que poner horarios dentro de la jornada laboral de las enfermeras para diseñar, según las guías de práctica clínica, y realizar dicho tipo de intervención. Para terminar, las supervisoras tienen que verificar el trabajo para garantizar que se lleva a cabo la intervención de forma adecuada y obtener los máximos beneficios.

CONCLUSIONES

1. Hay una gran variedad de estudios sobre la EPP relacionada con la LME, pero pocos sobre la DPP y la IU. Además, hay pocos estudios que engloben una EPP integral, no solo centrada en un aspecto.
2. Los tipos de educación, la frecuencia y los medios en el que se imparte la EPP son muy diferentes entre estudios.
3. Los temas abordados en la EPP suelen ser los mismos, pero con diferentes técnicas educativas, con diferente forma de impartir la sesión, variando en el cuando iniciar las clases, la frecuencia y la duración éstas.
4. En general, cuantas más intervenciones educativas se realizan en el grupo intervención de los estudios analizados, más influencia tiene en el aumento de la duración de LME.
5. La realización de EPP no influye en las tasas de DPP. Se necesitarían más estudios para saber que tipo de intervención sirve para la prevención de la DPP. Se tendría que realizar una escala para valorar el riesgo de DPP a todas las puérperas y dependiendo del riesgo que se tenga, se tendría que realizar una prevención u otra.
6. La realización de visitas al domicilio de las puérperas puede aumentar las tasas de LME.
7. Hay dificultad para establecer el impacto sobre la LME de realizar la EPP de forma puntual o a través de diversas sesiones.
8. Hay una falta de estudios de adherencia a los ejercicios para prevenir la IU, para garantizar la eficacia de la intervención educativa.
9. Además de la realización de EPP, influyen otras variables en las tasas de LME e IU.
10. Hay una heterogeneidad de los sistemas sanitarios entre países, lo que se traduce en diferencias en la forma de abordar la educación postparto.
11. Se hace necesaria la formación de los profesionales sanitarios en relación con la EPP, y que éstos tengan un horario dentro de la jornada laboral para dedicar a la preparación y ejecución de dicha intervención, además de tener supervisión para garantizar los mejores resultados.

ANEXOS

Anexo 1. Escala SIGN

NE	Interpretación
1++	Meta-análisis de alta calidad, RS de EC ó EC de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Meta-análisis bien realizados, RS de EC ó EC bien realizados con poco riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis, RS de EC ó EC con alto riesgo de sesgos
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con bajo riesgo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

BIBLIOGRAFÍA

1. Paladine, H, Blenning, C. and Strangas, Y. Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester. *Am Fam Physician* [internet]. 2019 [Consultado 28 abril 2021]; 15;100(8):485-491. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2019/1015/p485.html>.
2. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna [internet]. Ginebra [Consultado 28 abril 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
3. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna exclusiva [internet]. Ginebra [Consultado 28 abril 2021]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
4. Oribe Madalen, Lertxundi Aitana, Basterrechea Mikel, Begiristain Haizea, Santa Marina Loreto, Villar María. 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 febrero [Consultado 28 abril 2021]; 29(1):4-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000100002&lng=es. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>
5. Organización Mundial de la Salud. ¿Se pregunta por qué no está contenta tras el nacimiento de su hijo? [internet]. Ginebra [Consultado 28 abril 2021]. Disponible en:

<https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>

6. Urdaneta M José, Rivera S Ana, García I José, Guerra V Mery, Baabel Z Nasser, Contreras B Alfi. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2010 [Consultado 28 abril 2021]; 75(5):312-320. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000500007>.

7. Aramburú, Pilar, Arellano, Rosalyn, Jáuregui, Sandra, Pari, Lizbeth, Salazar, Pablo, Sierra, Oswaldo. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. Revista Peruana de Epidemiología [Internet]. Junio 2004 [Consultado 28 abril 2021]; 12(3):1-5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203120335006>. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.08.002

8. Leroy Lígia da Silva, Lopes Maria Helena Baena de Moraes. La incontinencia urinaria en periodo de posparto y su impacto en la calidad de vida relacionada a salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 abril [Consultado 28 abril 2021]; 20(2):346-353. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200018>.

9. Cerruto M, D Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Altibani W. Prevalence, Incidence and Obstetric Factors' Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review. Urol Int. [Internet]. 2013 [Consultado 28 abril 2021]; 90:1-9. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/Pdf/339929>. DOI: 10.1159/000339929

10. José Alcolea Santiago, Jorge Duro Gómez, José Eduardo Arjona Berral, Antonio José de la Torre González, José Ángel Monserrat Jordán y Virginia Guerra Vilches. Incontinencia urinaria 6 meses tras parto. Factores de riesgo asociados. Segó [internet]. 2017 [Consultado 28 abril 2021]; 60(2):100-106. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n2/02_incontinencia_urinaria_POG-D-13-00106R1.pdf

11. María del Mar Sánchez Guisado, Rocío González Segura, Elisa Hernández Llorente. Importancia de las técnicas hipopresivas en la prevención de

la incontinencia urinaria postparto. Revista Científica de Enfermería [internet]. Mayo 2014 [Consultado 28 abril 2021]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44990/1/RECIEN_08_05.pdf.

12. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [internet]. España. 2014. [Consultado 28 abril 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf

13. Souza Erdnaxela Fernandes do Carmo, Pina-Oliveira Alfredo Almeida, Shimo Antonieta Keiko Kakuda. Effect of a breastfeeding educational intervention: a randomized controlled trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2020 [consultado 3 abril 2021]; 28:e3335. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100407&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3081.3335>

14. Franco-Antonio C, Calderón-García JF, Santano-Mogena E, Rico-Martín S, Cordovilla-Guardia S. Effectiveness of a brief motivational intervention to increase the breastfeeding duration in the first 6 months postpartum: Randomized controlled trial. J Adv Nurs Mar [Internet]. 2020 [consultado 3 abril 2021]; 76(3):888-902. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31782535/>. <https://doi.org/10.1111/ene.14274>

15. Lee YH, Chang GL, Chang HY. Effects of education and support groups organized by IBCLCs in early postpartum on breastfeeding. Midwifery [Internet]. 2019 [consultado 3 abril 2021]; 75:5-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30974334/>. DOI: 10.1016/j.midw.2019.03.023

16. Harris-Luna ML, Badr LK. Pragmatic Trial to Evaluate the Effect of a Promotora Telephone Intervention on the Duration of Breastfeeding. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. [Internet]. 2018 noviembre [consultado 3 abril 2021]; 47(6):738-748. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30292773/>. DOI: 10.1016/j.jogn.2018.09.001

17. Khanal V, Lee AH, Karkee R, Binns CW. Postpartum Breastfeeding Promotion and Duration of Exclusive Breastfeeding in Western Nepal. Birth. [Internet]. 2015 Dec [consultado 3 abril 2021]; 42(4):329-36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26306895/>. DOI: 10.1111/birt.12184

18. Tahir NM, Al-Sadat N. Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices? A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* [Internet]. 2013 Jan [Consultado 3 abril 2021]; 50(1):16-25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23084438/>. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.006
19. Witt AM, Smith S, Mason MJ, Flocke SA. Integrating routine lactation consultant support into a pediatric practice. *Breastfeed Med.* [Internet]. 2012 Feb [Consultado 3 abril 2021]; 7(1):38-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21657890/>. DOI: 10.1089/bfm.2011.0003
20. Khresheh R, Suhaimat A, Jalamdeh F, Barclay L. The effect of a postnatal education and support program on breastfeeding among primiparous women: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* [Internet]. 2011 Sep [Consultado 3 abril 2021]; 48(9):1058-65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21353220/>. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.001
21. Aksu H, Küçük M, Düzgün G. The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2011 febrero [Consultado 3 abril 2021]; 24(2):354-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20608806/>. DOI: 10.3109/14767058.2010.497569
22. Furnieles-Paterna, Hoyuelos-Cámara, Montiano-Ruiz, Peñalver-Julve, Fitera-Lamas. Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas prof* [Internet]. 2011 [Consultado 3 abril 2021]; 12(3): 65-73. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-93217>. ID: ibc-93217
23. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RMD, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum [Internet]. 2013 [Consultado 3 abril 2021]. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD009338/PREG_apoyo-telefonico-para-las-mujeres-durante-el-embarazo-y-hasta-seis-semanas-despues-del-parto. <https://doi.org/10.1002/14651858>
24. Akbarzadeh M, Rad SK, Moattari M, Zare N. Investigation of breastfeeding training based on BASNEF model on the intensity of postpartum blues. *East Mediterr Health J.* [Internet]. 2018 Mar [Consultado 3 abril 2021]; 23(12):830-835. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29528093/>. DOI: 10.26719/2017.23.12.830

25. Ugarte AU, López-Peña P, Vangeneberg CS, Royo JG, Ugarte MA, Compains MT, Medrano MP, Toyos NM, Lamo EA, Dueñas MB, González-Pinto A. Psychoeducational preventive treatment for women at risk of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial, PROGEA. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 [Consultado 3 abril 2021]; 13;17(1):13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28086766/>. DOI 10.1186/s12888-016-1162-5
26. Howell EA, Bodnar-Deren S, Balbierz A, Loudon H, Mora PA, Zlotnick C, Wang J, Leventhal H. An intervention to reduce postpartum depressive symptoms: a randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2014 febrero [Consultado 3 abril 2021]; 17(1):57-63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24019052/>. DOI: 10.1007/s00737-013-0381-8
27. Surkan PJ, Gottlieb BR, McCormick MC, Hunt A, Peterson KE. Impact of a health promotion intervention on maternal depressive symptoms at 15 months postpartum. *Matern Child Health J* [Internet]. 2012 enero [Consultado 3 abril 2021]; 16(1):139-48. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21153759/>. DOI: 10.1007/s10995-010-0729-x
28. Sawyer A, Kaim A, Le HN, McDonald D, Mittinty M, Lynch J, Sawyer M. The Effectiveness of an App-Based Nurse-Moderated Program for New Mothers With Depression and Parenting Problems (eMums Plus): Pragmatic Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. [Internet]. 2019 Jun [Consultado 3 abril 2021]; 21(6):e13689. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31165715/>. DOI: 10.2196/13689
29. Shorey S, Chan WC, Chong YS, He HG. A randomized controlled trial of the effectiveness of a postnatal psychoeducation programme on outcomes of primiparas: study protocol. *J Adv Nurs* [Internet]. 2015 enero [Consultado 3 abril 2021]; 71(1):193-203. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24909836/>. DOI: 10.1111/jan.12461
30. Qi X, Shan J, Peng L, Zhang C, Xu F. The effect of a comprehensive care and rehabilitation program on enhancing pelvic floor muscle functions and preventing postpartum stress urinary incontinence. *Medicine (Baltimore)*. [Internet]. 2019 Aug [Consultado 3 abril 2021]; 98(35):e16907. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31464923/>. DOI: 10.1097/MD.00000000000016907

31. Meyer S, Hohlfeld P, Achtari C, De Grandi P. Pelvic floor education after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* [Internet]. 2001 May [Consultado 3 abril 2021]; 97(5Pt 1):673-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11339914/>. DOI: 10.1016/s0029-7844(00)01101-7
32. Sacomori C, Zomkowski K, Dos Passos Porto I, Cardoso FL, Sperandio FF. Adherence and effectiveness of a single instruction of pelvic floor exercises: a randomized clinical trial. *Int Urogynecol J.* [Internet]. 2020 May [Consultado 3 abril 2021];31(5):951-959. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31254046/>. DOI: 10.1007/s00192-019-04032-6