

JULIO 2018

Lactancia Materna - Fomento y Apoyo al Inicio, la Exclusividad y la Continuación de la Lactancia Materna para Recién Nacidos, Lactantes y Niños Pequeños

Tercera Edición



Aviso Legal

Estas Guías no son de obligado cumplimiento para las enfermeras o instituciones que las utilicen. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque se ha puesto especial énfasis en la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, ni los autores de la Guía ni la RNAO pueden garantizar la exactitud de la información recogida en ella, y tampoco asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, perjuicios, lesiones o gastos que deriven de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su reproducción, el resto puede ser producido, reproducido o publicado en su totalidad, sin modificaciones, independientemente del formato, incluido el electrónico, para fines educativos y no comerciales, sin el permiso o consentimiento previo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Para cualquier adaptación que se requiera, se debe obtener permiso de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. En todo el material copiado han de aparecer las correspondientes citas o referencias de la siguiente manera:

Registered Nurses' Association of Ontario (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Breastfeeding - Promoting and Supporting the Initiation, Exclusivity and Continuation of Breastfeeding for Newborns, Infants, and Young Children. 3rd ed. (Lactancia materna - Fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños. Tercera edición). Toronto, (ON): Registered Nurses' Association of Ontario, 2018.

Financiación

Este programa está financiado por el Ministerio de Sanidad y Cuidados de Larga Duración de Ontario (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care). Todo el trabajo producido por RNAO es editorialmente independiente de su fuente de financiación.

Información de Contacto

Registered Nurses' Association of Ontario

158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Website: RNAO.ca/bpg



Lactancia Materna - Fomento y Apoyo al Inicio, la Exclusividad y la Continuación de la Lactancia Materna para Recién Nacidos, Lactantes y Niños Pequeños

Tercera Edición

Saludo de Doris Grinspun, Directora Ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario



La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario se complace en ofrecer la Guía de buenas prácticas clínicas en enfermería sobre *Fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños, Tercera edición*. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la excelencia en la prestación de servicios que las enfermeras ofrecen en el día a día de su práctica clínica.

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen posible nuestra iniciativa, como el Gobierno de Ontario, que ha reconocido la capacidad de la RNAO para liderar el desarrollo de este programa y que ofrece para ello su financiación plurianual. Por su experiencia y excelente gestión, queremos dar las gracias a las presidentas, la Dra. Cindy-Lee Dennis (Professor in Nursing and Medicine, University of Toronto) y a la Dra. Sonia Semenic (Associate Professor, McGill University). Gracias igualmente al personal de la RNAO, Katherine Wallace (Responsable de Desarrollo de las Guías), Glynis Gittens (Coordinadora de Proyecto), Zainab Lulat (Investigadora principal de enfermería asociada), Giulia Zucal (Investigadora de enfermería asociada), la Dra. Lucia Costantini (Directora asociada de Desarrollo, Investigación y Evaluación de las Guías) y al resto del Equipo del programa de Investigación y Desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO por su intenso trabajo para la producción de la presente Guía. Por último, no podemos dejar de agradecer muy especialmente a los miembros del panel de expertos de RNAO por dedicar generosamente su tiempo y experiencia para crear un riguroso y sólido recurso clínico. No podríamos haberlo conseguido sin todos ellos.

El uso exitoso de estas guías requiere el esfuerzo conjunto de educadores, profesionales clínicos, empleadores, legisladores e investigadores. La comunidad enfermera y sanitaria en general, con su inquebrantable compromiso y búsqueda de la excelencia en los cuidados al paciente, han ofrecido sus conocimientos técnicos así como innumerables horas de trabajo voluntario, esencial para el desarrollo y la revisión de cada Guía de buenas prácticas. Las instituciones y empresas empleadoras han respondido con entusiasmo, con el nombramiento de impulsores de buenas prácticas, la implantación de las guías y la evaluación de su impacto en pacientes y centros. Los gobiernos nacionales y extranjeros también se han unido a este esfuerzo. Juntos, estamos construyendo una cultura de práctica basada en la evidencia.

Le pedimos que comparta esta guía con sus colegas de otras profesiones y con los asesores de los pacientes que trabajan en los distintos centros, porque hay mucho que aprender unos de otros. Juntos debemos asegurarnos de que los usuarios reciban los mejores cuidados posibles cada vez que entren en contacto con nosotros: ¡hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de este importante esfuerzo!

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (Hon) Dr (hc), O. ONT.
Directora Ejecutiva

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is written in a cursive style and is underlined with a long horizontal stroke.

Registered Nurses' Association of Ontario

Saludo de Teresa Moreno,

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii.
Instituto Carlos III de España



La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales

de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

La traducción de estos documentos ha sido posible gracias al Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia y la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii).



Teresa Moreno, RN, MSc, PhD.

Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Instituto Carlos III de España.

Madrid, Noviembre 2018

Índice de Contenidos

ANTECEDENTES	Acrónimos utilizados en esta Guía de buenas prácticas	6
	Cómo utilizar este documento	9
	Objetivos y ámbito de aplicación	10
	Interpretación de la evidencia	17
	Calidad de la evidencia	18
	Resumen de recomendaciones	19
	Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO	22
	Panel de expertos de RNAO	23
	Agradecimiento a los colaboradores	25
Antecedentes	33	
RECOMENDACIONES	Recomendaciones para la práctica	38
	Recomendaciones para la formación	93
	Recomendaciones para la organización y el sistema	96
	Lagunas en la investigación e implicaciones futuras	107
	Estrategias de implantación	109
	Evaluación de la Guía	111
	Proceso de actualización y revisión de las Guías	115
REFERENCIAS	Referencias	116

Anexo A: Glosario	131
Anexo B: Proceso de desarrollo de la Guía.	140
Anexo C: Proceso de revisión sistemática y estrategia de búsqueda	141
Anexo D: Estrategias para dar soporte a poblaciones y situaciones específicas en materia de lactancia materna ..	148
Anexo E: Estrategias para dar soporte a poblaciones y situaciones específicas en materia de lactancia materna para neonatos, bebés lactantes y niños pequeños	179
Anexo F: Factores de riesgo de retraso en la Etapa II de la lactogénesis	191
Anexo G: Importancia de recibir lactancia materna en los resultados en salud a corto y largo plazo y riesgos de no recibir lactancia materna	192
Anexo H: Indicaciones clínicas para el uso de leche de fórmula u otros productos alimenticios infantiles manufacturados	195
Anexo I: Estrategias para fomentar y apoyar la lactancia materna exclusiva y continuada como norma cultural	197
Anexo J: Recursos generales sobre lactancia materna	201
Anexo K: Descripción de la Herramienta	203

ANEXOS

Notas	204
-------------	-----

NOTAS

Tabla 1: Acrónimos utilizados en esta Guía de Buenas Prácticas

ABREVIATURA	TÉRMINO
AFASS	<p>A = aceptable</p> <p>F = factible</p> <p>A = asequible</p> <p>S = sostenible</p> <p>S = seguro</p>
AGREE II	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II [Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica II]
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
AMSTAR	Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews [Evaluación de la Calidad Metodológica de Revisiones Sistemáticas]
Apgar	<p>A = apariencia</p> <p>P = pulso</p> <p>G = gestos (irritabilidad refleja)</p> <p>A = actividad</p> <p>R = respiración</p>
ASL	American Sign Language [Lengua de Signos Americana]
BCC	Breastfeeding Committee for Canada [Comité para la Lactancia Materna de Canadá]
BORN	Better Outcomes Registry & Network (Ontario)
BPSO®	Best Practice Spotlight Organization® [Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados]
BSE	Breastfeeding self-efficacy [Autoeficacia en Lactancia Materna]
BSES	Breastfeeding Self-Efficacy Scale [Escala de Autoeficacia en Lactancia Materna]
BSES-SF	Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form [Formulario Corto de Autoeficacia en Lactancia Materna]
BTAT	Bristol Tongue Assessment Tool [Instrumento de Valoración de la Lengua de Bristol]

ABREVIATURA	TÉRMINO
CASP	Critical Appraisal Skills Program [Programa de Habilidades de Evaluación Crítica]
CIHI	Canadian Institute for Health Information [Instituto Canadiense de Información Sanitaria]
CPNP	Canadian Prenatal Nutrition Program [Programa de Nutrición Prenatal de Canadá]
DMT2	Diabetes Mellitus Tipo 2
EBM	Expressed breast milk [leche extraída del pecho]
<u>EE.UU.</u>	Estados Unidos de América
FDA	Food and Drug Administration [Administración de Fármacos y Alimentos de <u>EE.UU.</u>]
GBP	Guía de Buenas Prácticas [BPG, por sus siglas en inglés]
HATLFF	Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function [Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual]
IBCLC®	International Board Certified Lactation Consultant® [Asesores de Lactancia del Consejo Internacional]
IBLCE®	International Board of Lactation Consultant Examiners® [Examinadores de Asesores de Lactancia del Consejo Internacional]
IHAN	Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento
ILCA®	International Lactation Consultant Association® [Asociación Internacional de Asesores de Lactancia]
IMC	Índice de Masa Corporal
IMS	Insufficient milk supply [Insuficiente suministro de leche]
LATCH	<p>L = coger [Enganche al pecho]</p> <p>A = deglución audible</p> <p>T = tipo de pezón</p> <p>C = confort en la lactancia materna</p> <p>H = mantener colocado al pecho</p>

ABREVIATURA	TÉRMINO
LEAARC	Lactation Education Accreditation and Approval Review Committee [Comité de Acreditación y Revisión de la Educación de la Lactancia]
LGBTQ	lesbianas, gais, bisexuales, trans y queer
LGBTQ+	lesbianas, gais, bisexuales, trans, queer / questioning [en duda] y otros
NQuIRE®	Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation [Indicadores de Calidad Enfermera para la Presentación de Informes y la Evaluación]
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario [Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario]
SMSL	Síndrome de Muerte Súbita del Lactante
SUPC	Sudden unexpected postnatal collapse [Colapso Posnatal Repentino Inesperado]
THC	Tetrahydrocannabinol
UK	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
UNICEF	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia
OMS	Organización Mundial de la Salud
VHS	Virus del Herpes Simple
WHO	World Health Organization [OMS, por sus siglas en español]

Cómo Utilizar este Documento

Esta guía de buenas prácticas en enfermería^{G*} es un documento integral que proporciona recursos para la práctica enfermera basada en la evidencia. No pretende ser un manual o una guía de instrucciones, sino una herramienta para guiar las buenas prácticas y mejorar la toma de decisiones de las enfermeras^G, el equipo interprofesional^G y los pares^G que trabajan con personas lactantes^G y sus familias^G para promover y apoyar el inicio^G, la exclusividad^G y la continuación^G de la lactancia materna para neonatos^G, bebés lactantes^G y niños pequeños^G. La guía de buenas prácticas debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución o del entorno, así como de las necesidades y preferencias de las personas y las familias que acceden al sistema sanitario. Además, la guía proporciona una visión general de las estructuras y respaldo adecuados para ofrecer los mejores cuidados posibles basados en la evidencia.

Las enfermeras, los demás profesionales de la salud y los gestores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica clínica hallarán útil este documento de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas de formación, valoraciones, intervenciones y herramientas de documentación. Las enfermeras, los equipos interprofesionales y los pares que proporcionan atención directa al paciente se beneficiarán de revisar las recomendaciones y las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones. No obstante, se recomienda encarecidamente que los centros sanitarios adapten el formato de estas guías, de manera que su uso cotidiano resulte cómodo.

Si su institución adopta esta Guía, recomendamos que sigan los siguientes pasos:

1. Evaluar sus políticas, procedimientos, protocolos y programas formativos en relación con las recomendaciones de esta Guía;
2. Identificar las necesidades o lagunas que presentan tales políticas, procedimientos, protocolos y programas formativos;
3. Anotar las recomendaciones que sean aplicables al entorno concreto y que puedan aplicarse para abordar las lagunas o necesidades de la institución.
4. Desarrollar un plan para implantar las recomendaciones, fomentar las buenas prácticas y evaluar los resultados.

Algunos recursos de la ciencia de implantación^G, como la Herramienta de la RNAO de implantación de *Guías de buenas prácticas* (2012), están disponibles en RNAO.ca. Además, todas las guías de la RNAO se pueden descargar en su sitio web: RNAO.ca/bpg. Para localizar guías concretas se puede buscar por palabra clave o por tema.

Nos gustaría saber cómo se ha implantado esta Guía. Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia.

* A lo largo de este documento, los términos marcados con un superíndice con el símbolo G^(G) pueden encontrarse en el Glosario ([Anexo A](#)).

Los acrónimos que se usan a lo largo de la Guía están recogidos en la **Tabla 1**.

Objetivos y Ámbito de Aplicación

Las Guías de buenas prácticas de la RNAO son documentos basados en la evidencia y desarrollados de forma sistemática que incluyen recomendaciones para las enfermeras y el equipo interprofesional, así como para pares, educadores, gestores y legisladores y para las personas y sus familias, sobre temas específicos de tipo clínico y sobre entornos laborales saludables. La presente Guía de buenas prácticas sustituye la Guía de RNAO *Lactancia materna: Guía de buenas prácticas en enfermería* (1) y su suplemento (2). El objetivo es que la utilicen tanto las enfermeras como el equipo interprofesional y los pares a lo largo de todo el periodo perinatal^G para mejorar la calidad de su práctica profesional y fomentar: a) el inicio de la lactancia materna; b) la exclusividad (lactancia materna exclusiva) en neonatos y bebés hasta 6 meses; y c) la continuación de la lactancia materna en bebés y niños pequeños hasta los dos años o durante más tiempo, junto con la alimentación complementaria. En esta guía, los pares se definen como personas que trabajan de forma independiente o en colaboración con las enfermeras y el equipo interprofesional para apoyar los resultados positivos de la lactancia materna.

En junio de 2016, la RNAO convocó a un panel de expertos procedentes de distintos entornos de atención sanitaria con experiencia en el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna. El panel tenía carácter interprofesional, ya que se componía de: a) enfermeras; b) miembros del equipo interprofesional que desempeñasen cargos clínicos, administrativos y académicos; y c) impulsores que, como pares de apoyo, contasen con experiencia en el ámbito de la lactancia materna. Los expertos han trabajado con personas lactantes y sus familias en distintos entornos sanitarios ([p.ej.](#), agudos, atención comunitaria, salud pública y atención primaria) e instituciones ([p.ej.](#), asociaciones y centros formativos).

Para determinar los objetivos y el ámbito de aplicación de la Guía, el equipo de investigación y desarrollo de las Guías de buenas prácticas de la RNAO siguió estos pasos:

- Revisar la Guía de la RNAO *Lactancia materna: Guía de buenas prácticas en enfermería* (1) y su suplemento (2);
- Realizar una revisión de la literatura / scoping review^G para identificar la evidencia disponible sobre el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna;
- Efectuar una búsqueda de guías y un análisis de las lagunas en la evidencia.

Según estas actividades, se desarrolló una guía de buenas prácticas con el objeto de mejorar la capacidad de enfermeras, equipos interprofesionales, pares, legisladores y empleadores para dar respuesta a las necesidades de: a) personas lactantes; b) neonatos sanos nacidos a término, bebés lactantes y niños pequeños; y c) parejas^G, familiares^G y personas dentro de su red de apoyo^G.

El foco de esta Guía es una lactancia materna que reconozca y dé cabida a las distintas formas en que puede suministrarse leche materna^G al lactante, al bebé y al niño pequeño. Incluye la lactancia directa, la leche extraída del pecho^G y/o la leche materna de donante. La Guía aborda el uso de suplementos y otros productos alimenticios para bebés y niños pequeños únicamente cuando exista una indicación clínica y no sea posible suministrar leche de la madre o de donante, con el objeto de conseguir que se inicie y se continúe la lactancia materna. El [Anexo H](#) recoge una serie de indicaciones clínicas para el uso temporal o permanente de la leche de fórmula o de otros productos alimenticios infantiles manufacturados.

Principios rectores

Esta Guía se ha creado según unos principios rectores inspirados en los principios del cuidado centrado en la persona y la familia^G, en reconocimiento de que la lactancia materna es la alimentación óptima para recién nacidos, bebés lactantes y niños de corta edad cuando se complementa con alimentos suplementarios a partir de los seis meses. Para más detalle respecto a los cuidados centrados en la persona y la familia, remítase a la Guía de RNAO de 2015 “*Cuidados centrados en la persona y la familia*” disponible en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>.

- Prácticamente todos los neonatos a término sanos pueden recibir lactancia materna.
- Los objetivos en lactancia materna son:
 - Inicio en la primera hora tras el parto o una vez que la díada lactante esté clínicamente estable;
 - Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida;
 - Lactancia materna continuada hasta los dos años o más, según convenga a la díada lactante.
- La lactancia materna exclusiva hasta los seis meses (durante los cuales el lactante no recibe ningún otro líquido o sólido, excepto vitaminas en forma de gotas o jarabe, suplementos minerales o medicamentos que se le hayan prescrito) es la alimentación más favorable en los lactantes para promover unos resultados en salud favorables para neonatos, lactantes y niños pequeños.
- La práctica de la lactancia materna se extiende más allá de la fisiología e incluye otros aspectos, como factores sociales, políticos, económicos, culturales, psicosociales e institucionales. Estos factores pueden influir positiva o negativamente en la intención de ofrecer lactancia materna, así como en su inicio, exclusividad y continuación.
- La lactancia materna favorece la relación parental con el recién nacido, el bebé lactante y el niño pequeño, incluidos la vinculación y el apego.
- Las personas lactantes tienen derecho a recibir información completa sobre las distintas opciones de alimentación para el neonato, el bebé y el niño pequeño, incluidos beneficios y daños, para sustentar una toma de decisiones informada^G.
- El contacto piel con piel es una estrategia clave para facilitar la lactancia materna.
- Las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares desempeñan un papel fundamental a la hora de respaldar el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna.
- Se puede fomentar la lactancia materna a través de la aplicación uniforme de una práctica basada en la evidencia por parte de enfermeras, equipos interprofesionales y pares.

Tipos de Recomendaciones

Las recomendaciones de esta Guía son aplicables a la asistencia clínica en diversos entornos comunitarios y sanitarios. Una recomendación (**Recomendación 4.3**), referida a la lactancia materna y el entorno laboral, es aplicable a los empleadores. Las recomendaciones se basan en las conclusiones de diversas revisiones sistemáticas sobre qué intervenciones clínicas y enfoques formativos son más efectivos para las enfermeras y el equipo interprofesional, y para las estrategias políticas de la organización y del propio sistema a fin de fomentar el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna. Las recomendaciones son de tres tipos:

- Recomendaciones para la práctica^G, dirigidas principalmente a las enfermeras y el equipo interprofesional que prestan atención clínica a personas lactantes en todo el espectro de sectores asistenciales, lo que incluye (pero no se limita a): atención primaria, cuidados agudos, comunitarios y domiciliarios. Todas las recomendaciones son aplicables al ámbito de práctica de enfermeras y auxiliares. El segundo grupo al que se dirigen dichas recomendaciones para la práctica son los pares que dan soporte y apoyo a la lactancia materna tanto de forma independiente como en colaboración con las enfermeras y el equipo interprofesional.
- Recomendaciones para la formación^G, dirigidas a los responsables de la educación y formación de enfermeras y equipos interprofesionales, como docentes, equipos de mejora de la calidad, gestores, administradores e instituciones académicas y profesionales. Estas recomendaciones esbozan el contenido básico y las estrategias de formación necesarias para los planes de estudios de ámbito sanitario de nivel inicial, la formación continua y el desarrollo profesional.
- Recomendaciones para el sistema y la organización^G, de aplicación para todos los gestores, administradores y legisladores responsables de desarrollar políticas y directrices o de garantizar que existen los apoyos necesarios en las organizaciones/instituciones sanitarias y/o en la comunidad en sentido más amplio (incluidos los entornos laborales) para la implantación de las buenas prácticas.

Las recomendaciones se agrupan en función de su foco de interés –inicio, exclusividad y continuación de la lactancia materna– tal y como indica la evidencia.

- Las recomendaciones que respaldan el inicio de la lactancia materna se refieren a neonatos dentro de su primera hora de vida o una vez que la díada lactante está clínicamente estable.
- Las recomendaciones que respaldan el inicio y la exclusividad de la lactancia materna se refieren a neonatos y bebés lactantes desde su nacimiento hasta los seis meses de edad.
- Las recomendaciones que respaldan el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna se refieren a neonatos, bebés lactantes y niños pequeños desde su nacimiento hasta los dos años (o más).

Para lograr una efectividad óptima, los tres tipos de recomendaciones se deben implantar simultáneamente.

Nota: Las recomendaciones de esta Guía de buenas prácticas son coherentes con las Metas Mundiales 2025 sobre lactancia materna de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para promover, proteger y apoyar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses como práctica de lactancia materna óptima para los bebés, y la lactancia materna continuada hasta los dos años o más en niños pequeños para que alcancen un desarrollo infantil saludable (3). Se pueden encontrar más detalles en el documento normativo sobre lactancia materna de las Metas Mundiales de Nutrición 2025 de la OMS para incrementar hasta al menos un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf?sequence=1. Las Metas Mundiales de Nutrición 2025, objetivos de lactancia, de la OMS están descritas en la **Figura 1**, en la siguiente página.

Figura 1. Metas Mundiales de Nutrición 2025 de la OMS - Lactancia Materna



ANTECEDENTES

Reproducido con autorización del editor de Breastfeeding - The Goal. Geneva, World Health Organization, 2016 (http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/infographic_breastfeeding.pdf, consultado el 4 de abril de 2018)

Discusión de la Evidencia

La discusión de la evidencia que sigue a cada recomendación contiene cinco partes:

1. El “Resumen de evidencia” señala la investigación en que se apoya a partir de las revisiones sistemáticas que se relacionan directamente con la recomendación.
2. Los “Beneficios y daños” informan sobre cualquier aspecto del cuidado que favorezca o perjudique la salud y el bienestar de la persona lactante y/o el neonato, el lactante o el niño pequeño. Este apartado incluye investigación proveniente de las revisiones sistemáticas.
3. “Valores y preferencias” indica la priorización de los enfoques o planteamientos que facilitan la equidad en la salud y la importancia de tener en cuenta la forma de atención deseada. El contenido de este apartado puede incluir o no incluir investigación de revisiones sistemáticas. Cuando ha sido aplicable, el panel de expertos de RNAO y las partes interesadas^G han contribuido al respecto.
4. Las “Notas prácticas” destacan información pragmática para las enfermeras, los miembros del equipo interprofesional y los pares. Este apartado puede incluir evidencia que se apoya en otras fuentes ([p.ej.](#), de otras guías de buenas prácticas o del panel de expertos).
5. Los “Recursos de apoyo” incluyen una lista de estudios de investigación, recursos y sitios web de interés que respaldan las recomendaciones para la práctica clínica, la formación y las recomendaciones para el sistema y la organización. Dado que hay multitud de recursos sobre lactancia materna disponibles, este apartado incluye una muestra de los publicados en los últimos cinco años basados en la evidencia y en línea con las recomendaciones (con la excepción de publicaciones únicas o fundamentales/seminales). El contenido recogido en este apartado no formó parte de la revisión sistemática^G y su calidad no ha sido evaluada. Así, la lista no es exhaustiva y la inclusión de un recurso en la misma no implica que cuente con el respaldo de RNAO.

Conceptos Clave Empleados en esta Guía de Buenas Prácticas

Lactancia materna: acto de ofrecer a un neonato, bebé lactante o niño pequeño leche materna directamente del pecho, o indirectamente mediante extracción manual o asistida. La leche materna puede obtenerse de donantes a través de nodrizas^G, uso compartido de la leche materna ([p.ej.](#), lactancia cruzada^G) o bancos de leche materna. Está reconocido que recurrir a nodrizas, a la lactancia cruzada o a leche materna compartida de manera informal entre un donante y un receptor son opciones a las que pueden optar las personas lactantes como alternativa a sustitutos artificiales de la leche materna (como la leche de fórmula u otros productos alimenticios infantiles manufacturados). Sin embargo, en esta guía solo se recomienda el uso de leche materna pasteurizada de donante procedente de un banco de leche acreditado.

La Guía, por otro lado, no incluye información relativa al uso compartido de leche materna o a estrategias de reducción de riesgos. No se recomienda el consumo de leche compartida de manera informal y/o leche materna sin pasteurizar debido a los potenciales riesgos asociados, como exposición a contaminantes bacterianos o ambientales ([p.ej.](#), alcohol, drogas o tabaco) o la posible transmisión de enfermedades infecciosas, que pueden superar a los riesgos asociados a la leche de fórmula u otros productos alimenticios manufacturados para niños y bebés (4, 5). No se recomienda el uso compartido de leche materna a través de internet por la imposibilidad de examinar clínicamente a la donante y porque la leche materna puede no ser apta para su consumo a su recepción (6). Como mínimo, se debe realizar una toma de decisiones informada cuando se plantea el consumo de leche materna compartida de manera informal (5).

Inicio de la lactancia materna: primeros pasos que da una persona lactante para fomentar y lograr el inicio de la lactancia, incluido el contacto piel con piel, los intentos de colocación y agarre del pecho y la extracción del calostro^G, ya sea manual o mecánica. En esta Guía, se incluye el inicio de la lactancia materna como medio para promover el

objetivo de la exclusividad en la lactancia materna, en línea con las prioridades de la OMS de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. Idealmente, tiene lugar en la primera hora de vida o en cuanto la díada lactante esté clínicamente estable (7).

Persona lactante: referido a la persona que ofrece lactancia mediante leche materna, directa o indirectamente, a un neonato, un bebé lactante o un niño pequeño. Este término favorece la diversidad y puede incluir (entre otros) los siguientes: madre, progenitor, mujer, sustituto/a, donante de banco de leche o persona que extrae y suministra leche extraída del pecho. La persona lactante puede identificarse con uno o más de estos descriptores y el término pretende ser inclusivo para abarcar a cualquier persona con una expresión o identidad de género diferente. No obstante, como parte de un enfoque centrado en la persona, es importante que las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares aclaren qué término prefiere la persona en cuestión.

Proceso de lactancia: los múltiples componentes necesarios para llegar al inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia. Sin ánimo exhaustivo, algunos componentes son: posición y agarre al pecho, producción y transporte de leche y conocimientos y habilidades de la persona lactante.

Lactancia materna continuada: cualquier lactancia que supere los seis meses y hasta los dos años (o más tiempo).

Lactancia materna exclusiva: categoría de exposición a la lactancia en la que el bebé, hasta los seis meses de edad, recibe únicamente leche directamente del pecho o extraída del pecho, además de cualquier complemento vitamínico o mineral o medicamentos según sea necesario. El lactante no recibe ningún otro tipo de líquido o sólido (8).

En favor de la coherencia terminológica, las categorías de lactancia empleadas en la presente Guía (exclusiva, predominante, completa o lactancia no materna) van en la misma línea que lo definido por la OMS (8). Las categorías de lactancia materna se recogen a continuación en la **Tabla 2**.

Tabla 2: Categorías de Lactancia Materna

CATEGORÍA	DESCRIPTOR
Lactancia Materna Exclusiva	<ul style="list-style-type: none"> ■ El lactante recibe leche materna directamente (de la persona lactante) o indirectamente (leche extraída del pecho). ■ El lactante también puede recibir vitaminas en forma de gotas o jarabe, suplementos minerales o medicamentos. ■ No recibe ningún otro tipo de alimento líquido o sólido.
Lactancia Materna Predominante	<ul style="list-style-type: none"> ■ El lactante recibe leche materna directamente (de la persona lactante) o indirectamente (leche extraída del pecho) como fuente principal de alimentación. ■ El lactante también puede recibir agua, bebidas a base de agua o zumos de frutas, así como vitaminas en forma de gotas o jarabe, suplementos minerales o medicamentos. ■ No recibe ningún otro tipo de alimento líquido o sólido.
Lactancia Materna	<ul style="list-style-type: none"> ■ El lactante recibe leche materna, incluyendo leche extraída del pecho, así como otros alimentos o líquidos, incluyendo leche no humana o fórmula.
Lactancia no Materna	<ul style="list-style-type: none"> ■ El lactante recibe leche artificial (de fórmula) y/o de origen animal. ■ El lactante no recibe leche materna directamente (de la persona lactante) ni indirectamente (leche extraída del pecho).

Fuente: Adaptado por el panel de expertos de RNAO a partir de: World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November in Washington DC, SA, 2008. Geneva (CH): World Health Organization; 2008.

Lactante: referido a un niño de hasta un año. En esta Guía, se asume que el lactante está sano y ha nacido a término.

Neonato: referido a un niño de hasta 28 días. En esta Guía, se asume que el neonato está sano y ha nacido a término.

Niño pequeño: referido a un niño mayor de 12 meses.

Guías de RNAO y Recursos Acordes con esta Guía:

Los siguientes recursos y Guías de RNAO pueden ayudar a enfermeras, equipos interprofesionales y pares a implantar esta Guía:

- *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines (2012), (Herramienta de Implantación de Buenas Prácticas)*
- *Developing and Sustaining Interprofessional Health Care (2013)*
- *Social determinants of health^G (2013)*
- *Working with Families to Promote Safe Sleep for Infants 0 – 12 Months of Age (2014)*
- *Engaging Clients Who Use Substances (2015)*
- *Person- and Family-Centred Care (2015), (Cuidados Centrados en la Persona y la Familia)*
- *Intra-Professional Collaborative Practices among Nurses (2016)*
- *Crisis Intervention for Adults Using a Trauma-Informed Approach (2017)*
- *Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice (2017), (Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo de tabaco en la práctica diaria)*
- *Assessment and Interventions for Perinatal Depression (2018)*

Para más información sobre esta Guía, incluido el proceso de desarrollo, las revisiones sistemáticas y las estrategias de búsqueda, véanse los [Anexos B y C](#).

Apoyo a Guías de Otras Instituciones:

Véase el [Anexo C](#) para consultar más detalles sobre una guía de calidad moderada *Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting the Rate of Maternal Milk Secretion* [Uso de galactogogos para el inicio o aumento de la secreción de leche materna] del Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, con recomendaciones para iniciar o mejorar el suministro de leche materna.

Temas Fuera del Ámbito de esta Guía:

La lactancia materna es importante para todos los bebés, incluso a pesar de que existen estrategias específicas para aquellos casos que quedan fuera del ámbito de esta Guía. Algunos temas que no se recogen en esta Guía son:

- neonatos prematuros (menos de 34 semanas de gestación) o bebés enfermos;
- lactantes con síndromes clínicos ([p.ej.](#), síndrome de Down);
- lactantes gemelos o de parto múltiple;
- bancos de leche materna; y
- nodrizas o lactancia cruzada

En el [Anexo D](#) se abordan distintas estrategias para dar soporte a poblaciones y situaciones específicas de lactancia materna. En el [Anexo E](#) se abordan diversas estrategias para dar soporte a poblaciones y situaciones específicas de lactancia materna para neonatos, lactantes y niños pequeños.

Interpretación de la Evidencia

Los *niveles de evidencia* se asignan a cada estudio para indicar el tipo de diseño de investigación. Cuanto mayor es el nivel de evidencia, menor es la probabilidad de que los resultados de la investigación estén influidos por potenciales sesgos, reduciendo así las explicaciones alternativas del fenómeno de interés. Los niveles de evidencia no reflejan la calidad de los estudios individuales o las revisiones.

En algunos casos, las recomendaciones tienen asignado más de un nivel de evidencia. Esto refleja la inclusión de múltiples estudios para respaldar la recomendación. Para ofrecer la mayor transparencia, en la discusión de la evidencia se señalan los niveles de evidencia para cada componente de la recomendación.

Tabla 3: Niveles de Evidencia

NIVEL	FUENTE DE EVIDENCIA
Ia	Evidencia obtenida de metaanálisis ^G o revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados ^G y/o síntesis de múltiples estudios principalmente de investigación cuantitativa.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado ^G no aleatorizado.
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio de otro tipo cuasi-experimental ^G no aleatorizado, bien diseñado.
III	Evidencia obtenida de la síntesis de múltiples estudios, principalmente de investigación cualitativa ^G .
IV	Evidencia obtenida de estudios observacionales no experimentales, bien diseñados, como estudios analíticos ^G , o estudios descriptivos ^G y/o estudios cualitativos.
V	Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o de la opinión o las experiencias clínicas de autoridades respetadas.

Fuentes: Adaptado por el Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO (RNAO Best Practice Guideline Research and Development Team) a partir de: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh (UK): Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2011; y Pati D. A framework for evaluating evidence in evidence-based design. HERD. 2011;21(3):105–12.–12.

Calidad de la Evidencia

Se ha evaluado la calidad de cada estudio de investigación mediante herramientas de evaluación crítica. La calidad se ha categorizado como de nivel alto, moderado o bajo y se ha citado en la discusión de la evidencia. Las herramientas de evaluación crítica validadas^G y publicadas que se han empleado para juzgar la solidez metodológica de los estudios han sido CASP (Critical Appraisal Skills Program), para estudios primarios, y AMSTAR (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews), para revisiones sistemáticas. La calificación de la calidad se calculó convirtiendo en un porcentaje la puntuación de la herramienta en cuestión.

Cuando se han empleado otras guías para fundamentar la recomendación y la discusión de la evidencia, se ha utilizado el instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II) para evaluar la calidad. Las **Tablas 4 y 5** señalan las puntuaciones de calidad necesarias para alcanzar una calificación de calidad alta, moderada o baja.

Tabla 4: Calificación de la Calidad de los Estudios Mediante Herramientas de Evaluación Crítica

CALIFICACIÓN DE CALIDAD EN HERRAMINETA DE EVALUACIÓN	CALIFICACIÓN DE CALIDAD GENERAL
Mayor o igual a una puntuación convertida de 82.4%	Alta
Puntuación convertida de 62.5–82.3%	Moderada
Menor o igual a una puntuación convertida de 62.4%	Baja

Tabla 5: Calificación de la Calidad de las Guías Según AGREE II

CALIFICACIÓN DE CALIDAD SEGÚN AGREE II	CALIFICACIÓN DE CALIDAD GENERAL
Puntuación de 6 o 7 en la calidad general de la guía	Alta
Puntuación de 4 o 5 en la calidad general de la guía	Moderada
Puntuación inferior a 4 en la calidad general de la guía	Baja (No utilizada para respaldar las recomendaciones)

Dada la abundancia de evidencia disponible sobre lactancia materna, inicialmente se decidió incluir en la presente Guía únicamente revisiones sistemáticas. Para la primera pregunta de investigación, no se encontraron revisiones, por lo que se incluyeron estudios primarios y se evaluó su calidad según criterios de inclusión/exclusión modificados. Para las preguntas de investigación dos, tres y cuatro, se evaluaron las revisiones sistemáticas y los metaanálisis para apoyar las recomendaciones y las discusiones de la evidencia. En el **Anexo C** se puede encontrar información detallada sobre el proceso de revisión sistemática y de evaluación de la calidad.

Resumen de Recomendaciones

Esta Guía de buenas prácticas sustituye a la Guía de la RNAO Lactancia materna: Guía de buenas prácticas en enfermería (1) y su suplemento (2).

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA		NIVEL DE EVIDENCIA
<p>Pregunta de Investigación N° 1: ¿Qué herramientas, procesos y estrategias utilizados por las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares son efectivos para evaluar a la persona en el embarazo y el posparto a fin de incrementar el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna?</p>		
1.0 Valoración	<p>Intervenciones de Valoración para Fomentar el Inicio, la Exclusividad y la Continuación de la Lactancia Materna (desde el embarazo y el parto hasta los dos años o más))</p>	
	<p>Recomendación 1.1: Valorar el proceso de lactancia mediante herramientas validadas y fiables en el curso del embarazo y en momentos clave de la lactogénesis, incluyendo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durante la Etapa I, (es decir, en las primeras 24 horas posparto y antes del alta de la maternidad), para fomentar el inicio de la lactancia materna. 2. Durante la transición de la Etapa I a la Etapa II (es decir, de dos a ocho días posparto), para lograr un aumento significativo del volumen de leche materna. 3. Durante la Etapa II y la Etapa III (es decir, a partir del noveno día posparto), para lograr que se mantenga la producción de leche mientras continúe la lactancia materna. 	IV
<p>Pregunta de Investigación N° 2: ¿Qué intervenciones o programas usados por las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares son efectivos para aumentar el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna?</p>		
2.0 Intervención	<p>Intervenciones para Fomentar el Inicio de la Lactancia Materna (Desde el parto a la primera hora de vida, o cuando estén clínicamente estables)</p>	
	<p>Recomendación 2.1: Facilitar el contacto piel con piel entre la díada lactante inmediatamente tras el parto o cuando esté clínicamente estable.</p>	Ia
	<p>Recomendación 2.2: Fomentar el inicio temprano de la lactancia materna, en la primera hora desde el nacimiento o una vez que la díada lactante esté clínicamente estable, a través de intervenciones perinatales multicomponente como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Educación prenatal ■ Asistencia inmediata posparto a pie de cama. 	Ia

2.0 Intervención	Intervenciones para Fomentar la Lactancia Materna Inicial y Exclusiva (Desde el parto hasta los seis meses)	
	<p>Recomendación 2.3:</p> <p>Apoyar a la diáda lactante para lograr que la colocación, el agarre y la transferencia de leche sean efectivos.</p>	la
	<p>Recomendación 2.4:</p> <p>Apoyar una lactancia materna basada en las señales del bebé lactante mediante estrategias como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Educación y apoyo; ■ Reconocimiento de las necesidades de la persona lactante 	la, lb
	<p>Recomendación 2.5:</p> <p>Enseñar cómo se realiza la extracción manual a todas las personas lactantes antes del alta de la maternidad.</p>	la, V
	<p>Recomendación 2.6:</p> <p>Implantar intervenciones individualizadas de autoeficacia en la lactancia materna durante todo el periodo perinatal para mejorar la confianza en la lactancia, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Asesoramiento individualizado antes del alta de la maternidad ■ Seguimiento tras el alta. 	la, lb
	<p>Recomendación 2.7:</p> <p>Ofrecer asistencia individualizada para fomentar o mejorar la producción de leche materna, cuando proceda.</p>	la, V
	<p>Recomendación 2.8:</p> <p>Ofrecer servicios de apoyo proactivo y continuado a la lactancia materna para abordar las necesidades individualizadas de la diáda lactante.</p>	la
	<p>Recomendación 2.9:</p> <p>Facilitar la toma de decisiones informada respecto al uso del chupete.</p>	la
	Intervenciones para Fomentar la Lactancia Materna Inicial, Exclusiva y Continuada (Desde el parto hasta los dos años de vida)	
	<p>Recomendación 2.10:</p> <p>Ofrecer formación sobre lactancia materna durante el periodo perinatal y mientras continúe la lactancia materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ En distintos entornos; ■ Mediante distintos enfoques, incluidos aquellos adaptados a las necesidades de poblaciones vulnerables. 	la
<p>Recomendación 2.11:</p> <p>Incluir a los miembros de la familia, como parejas y abuelos y abuelas, en la formación y apoyo a la lactancia materna.</p>	la	

RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN		NIVEL DE EVIDENCIA
<p>Pregunta de Investigación N° 3: ¿Qué educación o formación son necesarias para que las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares fomenten el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna?</p>		
3.0. Formación	<p>Intervenciones para fomentar la lactancia materna inicial y exclusiva (Durante el periodo perinatal hasta los seis meses posparto)</p>	
	<p>Recomendación 3.1: Ofrecer formación continuada sobre lactancia materna a las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares que incorpore conocimientos teóricos y habilidades prácticas.</p>	la

RECOMENDACIONES PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL SISTEMA		NIVEL DE EVIDENCIA
<p>Pregunta de Investigación N° 4: ¿Cuáles son las prácticas, los programas y las políticas óptimos para que las instituciones sanitarias y la comunidad en general, incluidos los lugares de trabajo, apoyen la lactancia materna inicial, exclusiva y continuada?</p>		
4.0 Políticas de la Institución y del Sistema	<p>Intervenciones para fomentar la lactancia materna inicial, exclusiva y continuada (Durante el periodo perinatal hasta los dos años o más)</p>	
	<p>Recomendación 4.1: Considerar la posibilidad de integrar a los asesores de lactancia en la asistencia a la diada lactante durante todo el periodo perinatal en los servicios sanitarios y las comunidades locales.</p>	la
	<p>Intervenciones para fomentar la lactancia materna inicial y exclusiva (Durante el periodo perinatal hasta los dos años o más)</p>	
	<p>Recomendación 4.2: Implantar de forma habitual las disposiciones de la Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia [IHAN] y del "Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna" de la Organización Mundial de la Salud en el entorno sanitario. Optar a la designación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, cuando proceda.</p>	la
	<p>Recomendación 4.3: Implantar el apoyo a la lactancia en el lugar de trabajo, incluidos los permisos maternos y los espacios destinados a personas lactantes.</p>	la

Equipo de Investigación y Desarrollo de Guías de Buenas Prácticas de RNAO

Katherine Wallace, RN, BScN, BHSc
(Midwifery), MHS

Guideline Development Lead
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Zainab Lulat, RN, MN

Lead Nursing Research Associate
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Glynis Gittens, BA (Hons)

Guideline Development Project Coordinator
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Giulia Zucal, RN, BScN, MA

Nursing Research Associate
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Julie Blain-McLeod, RN, MA

Former Nursing Research Associate
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Ifrah Ali, BA (Hons)

Project Coordinator
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Dr. Lucia Costantini, RN, PhD, CNeph(C)

Associate Director
Guideline Development, Research and Evaluation
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Dr. Valerie Grdisa, RN, MS, PhD

Former Director
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Gurjit K. Toor, RN, MPH

Evaluation Manager
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Dr. Lynn Anne Mulrooney, RN, MPH, PhD

Senior Policy Analyst
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Dr. Michelle Rey, MSc, PhD

Former Associate Director, Guideline Development
International Affairs and Best Practice Guidelines Centre
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Panel de expertos de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)

Dr. Cindy-Lee Dennis, RN, PhD

Panel Co-Chair

Professor and Research Chair in Perinatal Community Health, University of Toronto
Women's Health Research Chair, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital
Toronto, ON

Dr. Sonia Semenic, RN, PhD

Panel Co-Chair

Associate Professor
McGill University, Ingram School of Nursing
Montreal, QC

Dr. Jennifer Abbass-Dick, RN, PhD

Assistant Professor
University of Ontario Institute of Technology
Oshawa, ON

Michelle Buckner, sw

Program Coordinator
Breastfeeding Buddies Program
Kitchener Downtown Community Health Centre
Kitchener, ON

Luisa Ciofani, RN, MSc(A), IBCLC, PNC(C)

Former Clinical Administrative Manager
for Women's Health
McGill University Health Centre
Montreal, QC

Stephanie George, BA (Hons), IBCLC

Aboriginal Midwife Community
Breastfeeding Coordinator
Six Nations Aboriginal Birthing Centre
Six Nations of the Grand River Territory, ON

Dr. Lisa Graves, MD, CCFP, FCFP

Professor, Department of Family and Community Medicine
Western Michigan University
Homer Stryker M.D. School of Medicine
Michigan, U.S.A.

Anna Guthro, RN, IBCLC

Registered Nurse/Lactation Consultant
St. Joseph's Health Care
Hamilton, ON

Louise Guthro, RN, IBCLC

Health Promotion Specialist
BFI Strategy for Ontario
Michael Garron Hospital
Toronto, ON

Elena Karpouzis, RN, BScN

Telehealth Nurse/Clinical Team Manager
Telehealth Ontario
Toronto, ON

Mona Loones, RN, BASc, BScN, MN, IBCLC

Lactation Consultant and Breastfeeding Program Manager
CHIGAMIK Community Health Centre
Barrie, ON

Dr. Karen McQueen, RN, PhD

Associate Professor
Lakehead University, School of Nursing
Thunder Bay, ON

Lesley Robinson, BA, IBCLC

Ottawa Chapter Leader and Advocate
La Leche League Canada
Ottawa, ON

Eva Rutherford, RN(EC), MN, IBCLC, PNC(C)

Nurse Practitioner and Lactation Consultant
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

Elisabeth Sterken, BSc, MSc, Dt.

Director INFACT Canada /
Co-Chair IBFAN Global Council
Rockport, ON

Panel de expertos de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)

Todos los miembros del grupo de expertos de la RNAO realizaron declaraciones de conflicto de intereses que pudieran interpretarse como indicativas de un conflicto real, potencial o aparente, y se pidió a todos los miembros que actualizaran dicha información con regularidad durante todo el proceso de desarrollo de la guía. Asimismo, se solicitó información acerca de los intereses económicos, intelectuales, personales y de otro tipo, y todo ello se documentó para futuras consultas. No se identificaron conflictos que supusieran una limitación. Las declaraciones de intereses en conflicto se publican en un documento aparte en el sitio web de la RNAO.

Agradecimiento a los colaboradores

Como parte del desarrollo de las guías de buenas prácticas, la RNAO se compromete a recabar la respuesta de (a) enfermeras de distintos entornos y especialidades, (b) administradores bien informados y financiadores de servicios de salud, y (c) asociaciones representantes de otras partes interesadas. Para esta Guía, se ha solicitado su aportación a distintas partes interesadas que representan diversas perspectivas, y por ello la RNAO desea agradecer a las siguientes personas su contribución.

Cynthia Akram, RN

Family Birthing Centre Registered Nurse
St. Joseph's Health Centre
Toronto, ON

Magdalena Arciszewska, RN, BScN, PNC(C)

Nurse Clinician, Breastfeeding Support Program
Women's Health & Pediatrics
McGill University Health Centre
Montreal, QC

Jaclyn Armenti, RN

Clinical Educator Women & Children's Health
Sault Area Hospital
Sault Ste Marie, ON

Catherine Awad, BScN, MN, NP-PHC

Primary Health Care Nurse Practitioner
South West Detention Centre
Windsor, ON

Bojana Babic, MD

Staff Pediatrician and Associate Clinical Professor
McMaster University
Hamilton, ON

Jennifer Beck, RN, BScN, IBCLC

Public Health Nurse
City of Hamilton, Healthy and Safe Communities
Department, Public Health Services
Hamilton, ON

Bethany Beech, RN

Registered Nurse
The Hospital for Sick Children
Toronto, ON

Sonya Boersma, RN, MScN, IBCLC

Health Promotion Consultant
BFI Strategy for Ontario, Best Start Resource Centre
Ottawa, ON

Christina Bradley, RN, IBCLC

Breastfeeding Outreach Nurse
Niagara Region Public Health and Emergency Services
Thorold, ON

Donna Brown, RN, BN

BFI Coordinator
Horizon Health Network
Fredericton, New Brunswick

Christina Cantin, RN, MScN, PNC(C)

Perinatal Consultant, Champlain Maternal Newborn
Regional Program (CMNRP)
Research Coordinator, St. Mary's Home Breastfeeding
Program, Ottawa Hospital Research Institute
Ottawa, ON

Jessica Chan, RN, BSc, BScN

Registered Nurse
Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto, ON

Ann Ciniglio, RN, IBCLC

Public Health Nurse
York Region
Toronto, ON

Tia Cooney, RN, MScN, DNP

Professor
Confederation College
Thunder Bay, ON

Melissa Coppens, RN, MN, PNC(C)

Nurse Clinician, Women's & Infants' Health
Mount Sinai Hospital
Toronto, ON

Heidi Croal, RN, IBCLC, Midwifery(UK)

Breastfeeding Clinic
Peterborough Regional Health Centre
Peterborough, ON

Mackenzie Crozier, RN

Public Health Nurse
Simcoe Muskoka District Health Unit
Barrie, ON

Stefanie Culp, RN, BScN

Registered Nurse
William Osler Health System
Etobicoke, ON

Jamie Dawdy, RN, BScN, MSc

Teaching Instructor (Part-time)
School of Nursing
McMaster University
Hamilton, ON

Cathy Deacon, RN, BScN

Nurse Clinician, Breastfeeding Support Program
McGill University Health Centre
Montreal Children's Hospital
Montreal, QC

Sylvia Doran, RN

Public Advisor
Nepean, ON

Pamela Drynan, RN, BScN, IBCLC

Public Health Nurse
Porcupine Health Unit
Timmins, ON

Alison Dubien, RN, BScN

Public Health Nurse
Hastings Prince Edward Public Health
Belleville, ON

Laura Dueck, RN, BScN, CCHN(C)

Public Health Nurse
Middlesex-London Health Unit
London, ON

Keren Epstein-Gilboa, PhD, MEd, BSN, RP, RN, IBCLC, RLC, FACCE, LCCE

Psychotherapist, University Lecturer
Lactation Consultant, Childbirth Educator,
Birth Support (Private Practice)
Ryerson University
Toronto, ON

Lela Fishkin, RN

Retired Nurse Supervisor
RNS Health Care Services Inc.
Toronto, ON

Sarojadevi Ganeshapillai, RN, IBCLC

Lactation Consultant
St. Michael's Hospital
Toronto, ON

Louise Gilbert, RN, MScN, IBCLC

Clinical Nurse Specialist
Ottawa Public Health
Ottawa, ON

Julie Hamilton, RN, MEd

Public Health Nurse
City of Hamilton Public Health Services
Hamilton, ON

Loren Harding, RPN

Registered Practical Nurse
Maternity Centre of Hamilton
Hamilton, ON

Joanne Hegazi, MN

Health Promotion Specialist
The Windsor Essex County Health Unit
Windsor, ON

Danielle Hull, RN, MScN, IBCLC, PNC(c)

Clinical Practice Leader
Humber River Hospital
Toronto, ON

Joan Iginua-Osoyibo, RN, BScN, MScN, PNC

Clinical Nurse Specialist
William Osler Health System
Brampton, ON

Kathy Jacyniak, RN, BScN, IBCLC

Public Health Nurse
Toronto Public Health
Toronto, ON

Cindy Johnston, RN, MSN, IBCLC

Public Health Nurse
Region of Peel
Mississauga, ON

Jessica Jones, RM

Registered Midwife
Community Midwives of Hamilton
Hamilton, ON

Ashley Dawn Juby, RN, BScN

Public Health Nurse
Algoma Public Health
Sault Ste Marie, ON

Maureen Kennedy, RN, BScN, IBCLC, MScN

Public Advisor
Ottawa, ON

Wendy Lahey, RN, BScN, BHSc(M)

Public Health Nurse
Wellington-Dufferin-Guelph Public Health
Guelph, ON

Caroline Laidlaw, RN, BScN, IBCLC

Lactation Consultant
Sick Kids Hospital
Toronto, ON

Kim Ledoux, RN

Program Coordinator,
Buns in The Oven and Little Milk Miracles Program
St. Mary's Home
Ottawa, ON

Mengjia Wendy Li, RN

Public Health Nurse
Peel Public Health-Region of Peel
Mississauga, ON

Anne Loshuk, RN, MW

Maternal and Child Health Registered Nurse
Haldimand Family Health Team
Dunnville, ON

Meta Lowe, RN

Public Health Nurse
Eastern Ontario Health Unit
Stormont, Dundas and Glengarry County, ON

Cailin MacMillan, RN, BNSc

Public Health Nurse
Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit
Gananoque, ON

Janice Magill, RN, BScN, IBCLC

Public Health Nurse
Oxford County Public Health
Woodstock, ON

Laura McLean, RN, IBCLC

Lactation Consultant, Breastfeeding Program
The Hospital for Sick Children
Toronto, ON

Lynn Menard, RN, BScN, MA

Team Leader
Public Health Agency of Canada
Ottawa, ON

Amber Newport RN, BScN

Public Health Nurse
Durham Region Health Department
Whitby, ON

Lynn Newton, NP-Peds (Neonatal), MEd, IBCLC, CNeo (June 2018)

Neonatal Nurse Practitioner
Kingston Health Sciences Centre
Kingston, ON

Celeste Peel, RN

Registered Nurse
London Health Sciences Centre
London, ON

Kathleen Perecko, RM

Registered Midwife
Midwifery Services of Haliburton-Bancroft
Haliburton, ON

Rachelle Phillips, RN, MScN

Faculty
Georgian College
Barrie, ON

Barbara Phillips, RN, BScN, MA(Ed), LCCE, IBCLC

Lamaze Childbirth Educator and Lactation Consultant
Embracing Birth
Georgina, ON

Catherine Pound, MD

Pediatrician (CHEO), Associate Professor (UofO)
Member of the Nutrition Committee (CPS)
Children's Hospital of Eastern Ontario,
University of Ottawa, Canadian Pediatric Society
Ottawa, ON

Joan Rom-Colthoff, RN, BA, BScN

Staff Nurse
Sykes Assistance Services
Inglewood, ON

Attie Sandink, RB, IBCLC, CBE

Director, Educator and Consultant Care for Clients
and Education of IBCLC Interns
Birth and Baby Needs,
Mohawk Breastfeeding Education,
CAPP Lactation Education Faculty
Burlington, ON

Sarah Seibert, RN, BScN, MSc, IBCLC

Registered Nurse and Lactation Consultant
Queensway Carleton Hospital
Ottawa, ON

Sandy Stevenson, RN, BEd, BNSc, IBCLC

Public Health Nurse
Hastings Prince Edward Public Health
Belleville, ON

Samantha Sullivan, RN, IBCLC

Lactation Consultant, Breastfeeding Program
The Hospital for Sick Children
Toronto, ON

Tammy Thomson, RN, BScN

Public Health Nurse
Haliburton Kawartha Pine Ridge District Health Unit
Port Hope, ON

Sherry Trowsse, CLD

Doula, Childbirth Educator
Ottawa Doula Services
Nepean, ON

Loretta (Lori) Webel-Edgar, RN, BScN, MN, CCHN(C)

Program Manager, Reproductive Health
Simcoe Muskoka District Health Unit
Barrie, ON

Janet Williams, RN, BN

Registered Nurse, Clinical Instructor
Quinte Healthcare, Loyalist College
Quinte, ON

Colleen Wilson, RN, MHM, IBCLC

Public Health Nurse
Oxford County Public Health
Woodstock, ON

Josephine Mary Francis Xavier, RN, MSN, IBCLC, PNC(C)

Lactation Consultant, Clinical Instructor
Trillium Health Partners
Mississauga, ON

*Las partes interesadas en las Guías de buenas prácticas se identificaron de dos formas. En primer lugar, se hizo un llamamiento mediante un anuncio público incluido en el sitio web de la RNAO (www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder). Después, el equipo de Investigación y desarrollo de la RNAO y el panel de expertos identificaron a instituciones e individuos clave con experiencia en el área de esta guía, a los que se invitó a contribuir en la revisión.

Los revisores de las partes interesadas son personas a título individual con experiencia en la materia de interés de la Guía o que pueden verse afectadas por la implantación de la misma. Dichos revisores pueden ser enfermeras, miembros del equipo interprofesional, pares de apoyo a la lactancia materna, jefes de enfermería, gestores, investigadores, formadores, estudiantes de enfermería o pacientes y familiares. La RNAO pretende recabar la experiencia y los puntos de vista de dichas partes interesadas que representan diversos sectores sanitarios y funciones dentro de la enfermería y otras especialidades sanitarias (p.ej., práctica clínica, investigación, educación, definición de políticas y directrices), y distintos entornos geográficos.

Se solicitó a dichos participantes que leyeran el proyecto de texto completo de la guía y que contribuyeran a su revisión antes de la publicación. La información aportada por todos ellos se remitió a través de un cuestionario en línea. Se les plantearon las siguientes preguntas sobre cada recomendación:

- ¿Resulta clara esta recomendación?
- ¿Está usted de acuerdo con esta recomendación?
- ¿La discusión de la evidencia en el área es exhaustiva y respalda esta recomendación?

La encuesta también incluía un espacio para que los participantes pudieran incluir comentarios e información relativa a cada apartado de la guía. El Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de la RNAO recopiló las respuestas y resumió la información aportada. Junto con el panel de expertos, el Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de la RNAO revisó y consideró toda la información y, en caso necesario, modificó el contenido de la Guía y sus recomendaciones antes de su publicación para reflejar la información.

Las partes de interés también participaron en la validación de los indicadores de calidad desarrollados para evaluar la implantación de esta Guía, mediante la cumplimentación de un cuestionario. Evaluaron algunos criterios de validación con una escala Likert de 7 puntos para cada indicador de calidad.

Las partes de interés participantes en este proceso han dado su consentimiento para que sus nombres y datos de contacto se incluyan en este documento.

Miembros del Equipo de Traducción de las Guías

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica

Responsable de la Unidad de Investigación en

Cuidados de Salud, Investén-isciii.

Instituto de Salud Carlos III, España.

Esther González María, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,
Investén-isciii.

Instituto de Salud Carlos III, España.

Cintia Escandell García, DUE, PhD cand.

Coordinadora Técnica

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,
Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III, España.

Equipo de Traducción

Marta López González

Coordinadora de Traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación

Universidad Complutense Madrid,

CES Felipe II.

María Nebreda Represa

Coordinadora de Traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación

Universidad de Valladolid.

Paula García Manchón

Traductora Responsable de Proyecto

Licenciada en Traducción e Interpretación

Universidad Complutense Madrid,

CES Felipe II.

Juan Diego López García

Traductor Responsable de Proyecto

Licenciado en Traducción e Interpretación

Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y

Universidad de Granada

Colaboración Externa Traducción

Elena Morán López

Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Clara Isabel Ruiz Ábalo

Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Jaime Bonet

Licenciado en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Carmen Martínez Pérez-Herrera

Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Francisco Paredes Maldonado

Licenciado en Lenguas Extranjeras Aplicadas y Traducción.
Universidad de Orléans (Francia)

Aimón Sánchez

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

Inés Castilla

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)

Pilar Mesa, DUE

Facultad de Enfermería Universidad de Córdoba

Juan Carlos Fernández

Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears

Grupo de Revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii,
Instituto de Salud Carlos III, España.

Pablo Uriel Latorre, DUE

Enfermero de Investigación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña,
A Coruña, España.

Montserrat Gea Sánchez, DUE, PhD

Facultad de Enfermería y Fisioterapia de Lleida. Lleida.

Isabel Margalet

Enfermera Interna Residente en el Centro de Salud Guadalajara Sur
Guadalajara España.

Ana Craviotto Vallejo, DUE

Hospital Universitario Doce de Octubre
Madrid, España.

Raquel Sánchez, DUE

Hospital Universitario de Getafe
Madrid, España.

Iosune Salinas

Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears, España.

Cristina Nieto Martínez

Matrona
Hospital Clínico San Carlos
Madrid, España.

Contexto

Las metas mundiales tienen por objeto alcanzar la lactancia materna exclusiva como nutrición óptima para bebés hasta los seis meses de edad, y promover su continuación para lactantes y niños pequeños hasta los dos años o más (en complemento con una alimentación sana y adecuada) (3, 7). La evidencia que respalda la importancia de la lactancia materna está bien consolidada. Para la persona lactante, supone un menor riesgo de enfermedades crónicas (como cáncer de mama y de ovario, así como diabetes mellitus tipo 2 –DMT2) y un retraso en el inicio de la menstruación (también conocido como amenorrea de la lactancia^G) que puede favorecer el espaciamiento entre embarazos (7). Para neonatos, lactantes y niños pequeños, la lactancia materna es importante, entre otras cosas, para reducir las infecciones gastrointestinales y respiratorias, las enfermedades crónicas (como asma, eccema o rinitis alérgica) y la probabilidad de desarrollar sobrepeso u obesidad (3, 7, 9-11). El **Anexo G** incluye otros ejemplos de la importancia de la lactancia materna para la díada lactante^G.

El apoyo a la labor de enfermeras, equipos interprofesionales y pares para aumentar los índices de inicio, exclusividad y continuación ayuda a establecer la lactancia materna como norma fisiológica y cultural. Las estadísticas mundiales con que cuenta actualmente la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) indican lo siguiente:

- El índice de inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida es el 44 %;
- El 40 % de los lactantes menores de seis meses reciben exclusivamente lactancia materna;
- El 45 % de los niños reciben lactancia a los dos años de edad; y
- La mejora de las prácticas de lactancia materna podría salvar 820.000 vidas cada año en todo el mundo (7, 9).

Dado que con la lactancia materna se podrían salvar cientos de miles de vidas de recién nacidos y lactantes, se trata de una de las inversiones más rentables que puede hacer un país. Por ejemplo, un análisis de costes pediátricos en los Estados Unidos de América ([EE.UU.](#)) determinó que se podrían ahorrar 13.000 millones de dólares anuales si el 90% de las familias amamantaran exclusivamente a sus hijos hasta los seis meses de edad (12). Se estima que en el Reino Unido se podrían ahorrar anualmente 11 millones de libras si los lactantes recibieran lactancia materna exclusivamente hasta los cuatro meses de edad (13). Estos ahorros de costes reflejan la mejora de los resultados en salud y la reducción de la morbilidad.

En Canadá, las últimas estadísticas de 2011-2012 sobre la prevalencia del inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna indican que:

- Columbia Británica [British Columbia] cuenta con los mayores índices de exclusividad hasta los seis meses entre todas las provincias, seguida de Manitoba, Saskatchewan y Alberta. Ontario ocupa el tercer lugar con un índice del 25%, justo por debajo de la media nacional del 26%. La provincia de Quebec presenta el índice más bajo de exclusividad (19%).
- El 89% inicia la lactancia materna; el 11% que no elige esta opción suelen ser personas solteras, más jóvenes y con una menor educación formal, lo que demuestra la influencia de los determinantes sociales de la salud en las prácticas de lactancia. Las razones citadas para no iniciar la lactancia son el estado de salud de la persona lactante o del bebé, o la percepción de que la alimentación con biberón resulta más fácil.
- El 15 % extiende la lactancia materna más allá del primer año de vida del niño.
- Algunas razones para el cese de la lactancia^G materna antes de los seis meses de edad son la baja producción de leche, tanto real como percibida, las dificultades con la técnica de lactancia y la disposición del lactante a tomar sólidos (14).

Para lograr una mayor prevalencia en el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna, es preciso comprender las múltiples variables que influyen en los resultados de la lactancia tanto a nivel individual como institucional y sociocultural.

- En el plano individual, la lactancia materna se ve influida por numerosos factores como: intención de amamantar, experiencia inicial, creación de metas de lactancia, nivel de confianza, apoyo de la familia, existencia de redes sociales y acceso a medidas de apoyo a la lactancia (por ejemplo, asesores de lactancia^G) (15-20).
- En el plano institucional, la integración de los principios de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia^G (IHAN) busca proteger, promover y apoyar la lactancia materna a través de unos estándares asistenciales mínimos (7, 21). La **Tabla 6** incluye una lista de los principios IHAN desarrollados por la OMS y el Comité por la lactancia materna de Canadá (BCC) (7, 21). Como Autoridad Nacional para la OMS/ UNICEF en Canadá, este Comité ofrece un liderazgo estratégico dedicado a proteger, promover y apoyar la lactancia materna como norma cultural mediante el desarrollo, la financiación, la prestación y la evaluación de los servicios para la lactancia materna a lo largo de todo el periodo perinatal (21). Dicho Comité cuenta en su composición con representación multisectorial de legisladores gubernamentales, organizaciones profesionales y comunitarias, instituciones académicas y organizaciones de consumidores (21). Conecta la implantación de los principios IHAN con otros programas sobre maternidad y salud y nutrición infantil para garantizar que no se trata de una iniciativa aislada (21). A través del trabajo del Comité se fomenta la integración de los principios IHAN en las políticas nacionales pertinentes, a través de procesos tales como la legislación, la certificación y la acreditación o la regulación (21). A nivel provincial, la Estrategia IHAN para Ontario actúa como autoridad provincial para el Comité por la lactancia materna de Canadá, como contacto entre hospitales y entidades en la comunidad para cualquier aspecto relacionado con el proceso formal de valoración IHAN (21, 22).
- Además de implantar dichas buenas prácticas IHAN, es fundamental dar soporte y adaptar el “*Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*” (también conocido como “el Código”) y cualquier resolución sobre lactancia materna que tome la Asamblea Mundial de la Salud^G (3, 7). Para ello, tanto los gestores y administradores como el personal y los pares de las instituciones sanitarias deben comprometerse a: a) fomentar la lactancia materna; b) no aceptar incentivos económicos o materiales de empresas de preparados para lactantes; y c) no ofrecer muestras de leche de fórmula salvo que esté clínicamente indicado o se siga un proceso de toma de decisiones informada que comprenda los riesgos asociados a la exposición (3, 7). Además de los esfuerzos que puedan dedicar individuos y organizaciones, es imprescindible que los gobiernos actúen para legislar, regular y poner en práctica “el Código”.
- En el plano sociocultural más amplio, el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna se ven influidos por las normas y las costumbres imperantes en cada sociedad (23, 24), que definen la lactancia materna más allá de una función biológica e incluyen estándares, hábitos, normas y comportamientos que pueden influir en la decisión de continuar o abandonar la lactancia. En una sociedad occidental pueden encontrarse normas, hábitos, puntos de vista y comportamientos como los siguientes:
 - La expresión de las desigualdades de género, como el nivel de independencia de la persona lactante (incluida la independencia económica) y su capacidad para tomar decisiones independientemente de su pareja y su familia.
 - Las expectativas sobre lo que significa ser padre o madre, como las características de lo que socialmente se define como “ser buen padre” o “ser buena madre”.
 - El papel y el valor que se da a la persona lactante, tanto dentro como fuera del hogar (por ejemplo, el lugar de trabajo).

- La existencia de permisos o bajas obligatorios y protegidos en el lugar de trabajo, así como medidas de apoyo y espacios de lactancia en el lugar de trabajo tras la reincorporación.
- El simbolismo del pecho de la mujer puede influir en lo que se considera socialmente aceptable en cuanto a lactancia materna a través de las costumbres sociales. Como parte de un contexto cultural más amplio en el que los senos femeninos tienen un simbolismo sexual, estas actitudes pueden ser, entre otras, las siguientes:
 - que la lactancia materna es un acto únicamente apropiado para neonatos y lactantes de corta edad;
 - que la lactancia materna no debería tener lugar en espacios públicos o, si así fuera, debería desarrollarse con discreción, ya que puede contemplarse como una forma de exhibicionismo; y
 - que la lactancia materna puede ser una amenaza para el atractivo, el poder y la femineidad de la persona (24-26).

La cultura influye en las decisiones sobre lactancia materna, incluyendo su intención y duración, y los factores que rodean estas decisiones son muy diversos (23, 27). Es preciso abordar y corregir las disparidades en los índices de lactancia materna mediante esfuerzos educativos y de salud pública adaptados a las diferencias culturales y a los obstáculos correspondientes a las mismas (27).

La lactancia materna optimiza la salud y el bienestar de la díada lactante. Es necesario contar con estrategias coordinadas y simultáneas que reconozcan e integren los múltiples componentes que influyen en la lactancia materna a nivel individual, institucional y social. De manera similar, se deben garantizar las mejores prácticas basadas en la evidencia que apoyan el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna.

Tabla 6: Implantación mundial y canadiense de la Iniciativa IHAN de la OMS/UNICEF “Diez pasos para una lactancia materna exitosa”

“DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA” (OMS/UNICEF)		“INDICADORES DE RESULTADO DE LOS DIEZ PASOS IHAN Y DEL CÓDIGO DE LA OMS PARA HOSPITALES Y SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIA”
FOCO DE INTERÉS:	PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN FUNDAMENTAL:	CUMPLIMIENTO CON EL “CÓDIGO INTERNACIONAL DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA”
PASO 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cumplir plenamente el “Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna” y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud relevantes. ■ Disponer de una normativa por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal sanitario y de los progenitores. ■ Establecer sistemas continuos de seguimiento y gestión de datos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Disponer de una normativa por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal, de los profesionales sanitarios y de los voluntarios.

FOCO DE INTERÉS:	PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN FUNDAMENTAL:	CUMPLIMIENTO CON EL "CÓDIGO INTERNACIONAL DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA"
PASO 2	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar que el personal tiene conocimientos, competencias y habilidades suficientes para apoyar la lactancia materna. 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar que el personal, los profesionales de salud y los voluntarios tienen los conocimientos y habilidades necesarios para implantar las políticas de alimentación infantil.
FOCO DE INTERÉS:	PRÁCTICAS CLÍNICAS CLAVE	
PASO 2	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar que el personal tiene conocimientos, competencias y habilidades suficientes para apoyar la lactancia materna. 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar que el personal, los profesionales de salud y los voluntarios tienen los conocimientos y habilidades necesarios para implantar las políticas de alimentación infantil.
PASO 3	<ul style="list-style-type: none"> Tratar la importancia y el manejo de la lactancia materna con las embarazadas y sus familias. 	<ul style="list-style-type: none"> Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
PASO 4	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido y ayudar a las madres a iniciar la lactancia lo antes posible tras el parto. 	<ul style="list-style-type: none"> Colocar a los bebés en contacto piel con piel ininterrumpido con sus madres inmediatamente tras el parto al menos una hora hasta completar la primera toma de leche o mientras la madre lo desee. Animar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para lactar, y ofrecerles ayuda cuando sea necesario.
PASO 5	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo manejar dificultades frecuentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a las madres a dar de mamar y mantener la lactancia en caso de dificultades (incluyendo si han de separarse de sus hijos).
PASO 6	<ul style="list-style-type: none"> No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna a no ser que esté médicamente indicado. 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a las madres a amamantar de forma exclusiva durante los seis primeros meses, salvo que esté médicamente indicada la provisión de suplementos.
PASO 7	<ul style="list-style-type: none"> Permitir que las madres y sus bebés permanezcan juntos y facilitar su cohabitación las 24 horas del día. 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar el alojamiento conjunto de las díadas madre-lactante durante las 24 horas del día: las madres y sus bebés permanecen juntos.

FOCO DE INTERÉS:	PRÁCTICAS CLÍNICAS CLAVE	
PASO 8	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ayudar a las madres a reconocer y dar respuesta a las señales del bebé para alimentarse. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fomentar la lactancia materna basada en las señales del bebé. Fomentar la lactancia materna más allá de los seis meses con la apropiada introducción de alimentos complementarios.
PASO 9	<ul style="list-style-type: none"> ■ Asesorar a las madres sobre el uso y los riesgos de biberones, tetinas y chupetes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ayudar a las madres a alimentar y cuidar a sus bebés lactantes sin el uso de chupetes o tetinas artificiales.
PASO 10	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coordinar el alta para que los padres y sus bebés tengan oportuno acceso a cuidados y apoyo continuados. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proporcionar una transición sin problemas entre los servicios proporcionados por el hospital, los servicios de salud comunitarios y los programas de apoyo entre pares. ■ Aplicar los principios de la atención primaria y la salud poblacional para fomentar la continuidad de la atención e implantar estrategias que afecten al conjunto de determinantes que mejoran los resultados de lactancia materna.

Fuentes: World Health Organization; United Nations Children’s Fund. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Implementation guidance [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2018; and Breastfeeding Committee for Canada. The BFI 10 Steps and WHO Code outcome indicators for hospitals and community health services. [place unknown]: Breastfeeding Committee for Canada; 2017.

Nota: **La Tabla 6** refleja las revisiones de los “Diez pasos para una lactancia materna exitosa” realizadas por OMS/ UNICEF en 2018. Las diferencias en la interpretación de los “Diez pasos para una lactancia materna exitosa” y los “Indicadores de resultados de los 10 pasos IHAN y del Código de la OMS para hospitales y servicios de salud comunitaria” reflejan el continuo asistencial en los hospitales de Canadá y más allá. Desarrollado por el Comité por la lactancia materna de Canadá (BCC), los Diez pasos y los Indicadores describen los 10 estándares para que los centros sanitarios canadienses presten un apoyo esencial para optimizar los resultados de lactancia de bebés y personas lactantes. Se publicó en 2017, antes de las revisiones de los “Diez pasos para una lactancia materna exitosa” realizadas por OMS/ UNICEF (7, 21).

Recomendaciones para la Práctica

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN N°1:

¿Qué herramientas, procesos y estrategias utilizados por las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares son efectivos para evaluar a la persona en el embarazo y el posparto a fin de incrementar el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna?

Intervenciones de Valoración para Fomentar el Inicio, la Exclusividad y la Continuación de la Lactancia Materna (Desde el Embarazo y el Parto hasta los Dos Años o Más)

RECOMENDACIÓN 1.1:

Valorar el proceso de lactancia mediante herramientas validadas y fiables en el curso del embarazo y en momentos clave de la lactogénesis, como:

1. Durante la Etapa I, (es decir, en las primeras 24 horas posparto y antes del alta de la maternidad), para fomentar el inicio de la lactancia materna.
2. Durante la transición de la Etapa I a la Etapa II (es decir, de dos a ocho días posparto), para lograr un aumento significativo del volumen de leche materna.
3. Durante la Etapa II y la Etapa III (a partir del noveno día posparto), para lograr que se mantenga la producción de leche mientras continúe la lactancia materna.

Nivel de Evidencia para el Resumen: IV

Calidad de Evidencia para el Resumen: Moderada = 4

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

La valoración del proceso de lactancia materna es integral y tiene lugar a lo largo de todo el periodo perinatal (16). Tiene un comienzo **prenatal** y continúa en el **posparto**, siguiendo las diferentes etapas de la lactogénesis^G (descritas en la **Tabla 7**). La valoración del proceso de lactancia materna incorpora un enfoque holístico centrado en la persona que reconoce los factores fisiológicos y psicológicos individuales que afectan a la díada lactante (16, 18, 28). Los hallazgos de una valoración pueden emplearse para responder a las necesidades de la díada lactante y señalan dónde podrían estar justificadas otras intervenciones (16, 18, 28).

A continuación se abordan cada uno de los componentes del proceso de lactancia, aunque estos factores también se pueden valorar simultáneamente y a menudo están interrelacionados. Siempre que sea posible se deben emplear herramientas validadas y fiables^G para valorar la lactancia materna; en la **Tabla 8** se describen tres ejemplos de herramientas destinadas a tal efecto.

Valoración Prenatal: Componentes del Proceso de Lactancia Materna

La valoración de la lactancia materna comienza antes del nacimiento y comprende aspectos como la intención de amamantar de la persona, así como sus actitudes, conocimiento, nivel de confianza o autoeficacia respecto a la lactancia, y apoyos sociales (16, 18). Gracias a las valoraciones prenatales se puede determinar la probabilidad de continuidad de

la lactancia materna e identificar potenciales problemas y desafíos (16, 18), lo que brinda la oportunidad de: a) abordar las preocupaciones; b) influir positivamente en la intención de amamantar y en la autoeficacia; y c) comenzar a impartir educación sobre lactancia materna, ya sea individualmente o a través de clases prenatales (16, 18).

Nota: La evidencia sobre la valoración de la lactancia materna se limitaba a participantes en el posparto y no incluía participantes durante el embarazo. No obstante, los investigadores señalaron que se debe incluir la valoración prenatal para fomentar el proceso de lactancia materna.

Valoración Posparto: Componentes del Proceso de Lactancia Materna

Posición y Agarre

La posición y el agarre son dos aspectos muy relacionados con el éxito de la lactancia materna y debe valorarse de forma habitual (16, 18). Tras el parto, y antes del alta hospitalaria o de cualquier otro centro de maternidad^G, es necesario observar y valorar una sesión de lactancia materna completa para evaluar la posición y el agarre, incluido el grado de confort de la persona lactante (16, 18).

Suministro de Leche Materna

Es preciso evaluar el patrón de lactancia materna para determinar cómo es el suministro de leche y abordar cualquier posible percepción de insuficiencia de leche (incluido el calostro) ya que la preocupación por la insuficiencia de suministro de leche es la causa más frecuente de cese de la lactancia materna en todo el mundo (16, 18, 28). Como parte del proceso de valoración, debe hacerse hincapié en la frecuencia y duración ilimitadas de las tomas para fomentar la lactancia, incluidas las tomas nocturnas, cuando los niveles de prolactina^G llegan frecuentemente a su máximo en las primeras ocho semanas (18).

En la valoración se debe tener en cuenta cualquier potencial factor de riesgo de menor producción de leche materna o de retraso en el inicio de la producción de la leche como parte de la lactogénesis, como la separación de la diáda lactante por enfermedad o pruebas clínicas, el uso de leche de fórmula, el parto por cesárea, la obesidad o la cirugía de mama (tanto el aumento como la reducción) (16, 18). El **Anexo F** recoge ejemplos de otros factores de riesgo relativos al suministro de la leche materna y el retraso en la lactogénesis.

Transferencia de Leche Materna

La valoración de la transferencia de leche materna afecta tanto al bebé lactante como a la persona lactante, ya que la diáda lactante influye en que dicha transferencia sea efectiva. En el caso del bebé lactante, se debe valorar la calidad del patrón succión-deglución (16, 28); la transferencia de leche puede verse afectada si dicho patrón succión-deglución no se coordina bien o si el agarre al pecho no es adecuado por una posición inefectiva. En el caso de la persona lactante, la estimulación del pecho con la succión y el reflejo de eyección de leche^G influyen en la transferencia. Así, se deben valorar todos los factores de riesgo para una adecuada transferencia de leche materna, como la obstrucción de los conductos, el dolor en los pezones o los pezones planos o invertidos (16, 28).

La **Recomendación 2.3** incluye una discusión de los daños asociados a una colocación y un agarre incorrectos, como traumatismo y dolor en los pezones.

Preocupaciones sobre la lactancia materna

Se debe valorar a las personas que amamantan por primera vez y que han tenido problemas previos (16, 18). La valoración debe incluir cualquier preocupación relativa a problemas potenciales o reales con la lactancia materna –como insuficiencia real o percibida de suministro de leche, dolor en el pezón o problemas con la posición y el agarre– para favorecer un mayor conocimiento y confianza cuando se da de mamar (16).

Red de Apoyo

La red de apoyo de una persona puede influir positivamente en la intención, el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna (18). La falta de apoyo por parte de la pareja o, en menor medida, de un familiar puede influir negativamente en la lactancia materna, incluyendo menores índices de inicio (16, 18).

Autoeficacia

También se debe evaluar la confianza o autoeficacia en la lactancia materna con el objeto de determinar la habilidad que percibe la persona de sí misma para amamantar (16–18). Una valoración en este sentido realizada con una herramienta validada y fiable puede predecir la decisión de la persona para dar lactancia materna, el grado de apoyo necesario, cómo van a influir los pensamientos y las creencias de la persona en los intentos de amamantamiento, y la respuesta ante los retos (18). Una evaluación de la autoeficacia en la lactancia al comienzo del periodo posparto ofrece la oportunidad de identificar y abordar cualquier preocupación sobre la lactancia materna. Una baja autoeficacia se asocia a un mayor riesgo de interrupción de la lactancia materna y a la percepción de insuficiencia de producción de leche, lo que puede dar lugar a un uso innecesario de suplementos como leche de fórmula o de productos para estimular el suministro de leche materna (18). En la **Tabla 8** se incluye un ejemplo de escala que mide la autoeficacia en la lactancia materna (The Breastfeeding Self-Efficacy Scale [BSES]) (29).

Riesgos de Trastornos del Estado de Ánimo

Se debe incluir una valoración del riesgo de sufrir trastornos del estado de ánimo, ya que es frecuente experimentar depresión perinatal y/o ansiedad y se asocia a la interrupción de la lactancia materna (16, 18). Las personas lactantes, especialmente las primíparas^G, pueden sufrir mayores niveles de estrés y de trastornos del estado de ánimo por la transición de su rol a la maternidad, sus expectativas personales o familiares y la falta de experiencia con la lactancia materna (16–18).

Valoración del Neonato con Relación a la Lactancia Materna

La valoración física del neonato abarca su capacidad de agarre y coordinación de la succión, la deglución y la respiración (28). La evaluación continuada de los parámetros del lactante –incluidos evolución, comportamiento, crecimiento y peso– deben llevarse a cabo de manera rutinaria a medida que el recién nacido se desarrolla; con esto se podrá evaluar si la transferencia de leche materna es suficiente y si se alcanzan los hitos del desarrollo (18, 28).

Se debe examinar la cavidad oral para observar su simetría y cualquier signo de limitación en la movilidad de la lengua (p.ej., anquiloglosia^G, conocida como “frenillo”) (28). En función de los resultados, puede estar indicada una valoración de seguimiento a cargo de un médico (28). El **Anexo E** incluye una descripción de la anquiloglosia anterior y posterior, su impacto en la lactancia materna, así como un resumen sobre la frenotomía.

Valoración del proceso de lactancia materna con herramientas válidas y fiables

Para garantizar que se adopta un enfoque consistente y sistemático en la valoración se recomienda usar herramientas fiables y válidas (16, 18). La **Tabla 8** describe tres ejemplos de herramientas extraídas de la evidencia que pueden emplearse para valorar distintos aspectos del proceso de lactancia. Las herramientas apoyan la coherencia entre las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares en la valoración de la díada lactante, y sus resultados pueden identificar situaciones en las que puede estar indicado mayor apoyo y asistencia para promover el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna (16).

Valoración de la Lactancia Materna en Etapas Clave de la Lactogénesis

Tras el parto, las valoraciones de la lactancia materna que hacen enfermeras, equipos interprofesionales y pares deben seguir las etapas de la lactogénesis hasta los seis meses o más (según proceda) (16, 18, 28). La **Tabla 7** describe las etapas de la lactogénesis desde el comienzo de producción de leche materna hasta la interrupción de la lactancia.

Tabla 7: Etapas de Lactogénesis

ETAPA DE LACTOGÉNESIS	DESCRIPCIÓN
Etapas I (diferenciación secretora)	Comienzo a mitad del embarazo hasta dos o tres días posparto; los senos desarrollan la capacidad de secretar leche materna, incluida la secreción del calostro.
Etapas II (activación secretora)	Comienzo a los dos o tres días del parto hasta el octavo día; el volumen de leche materna aumenta rápidamente para estabilizarse abruptamente.
Etapas III (galactopoyesis)	Desde aproximadamente el noveno día posparto y en adelante; se mantiene el volumen producido de leche materna en función de la demanda.
Etapas IV (involución)	En general, 40 días después de la última toma el pecho deja de producir leche.

Fuente: Wambach K, Riordan J. Breastfeeding and human lactation. Enhanced 5th ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2014.

Las valoraciones deben realizarse a medida que se va desarrollando y estabilizando el suministro de leche materna (16, 18, 28). En esta Guía, las etapas de la lactogénesis se utilizan para indicar el proceso de lactancia y para apoyar los cronogramas estandarizados para la valoración. Cada uno de los estudios primarios citados se mostraba a favor de realizar valoraciones durante toda la lactogénesis pero no se utilizaba un lenguaje consistente. No obstante, las definiciones eran congruentes con las distintas etapas de la lactogénesis.

Para promover el inicio del amamantamiento y la etapa I de la lactogénesis, las valoraciones deben realizarse en las primeras 24 horas desde el parto y antes del alta del centro de maternidad (16, 18, 28). Se debe hacer seguimiento temprano con una valoración después del alta en un entorno de atención primaria o comunitaria, en una clínica de lactancia ambulatoria o en el propio domicilio de la persona lactante. Dicha valoración favorece la lactancia materna más allá de los primeros días mientras aumenta el volumen del pecho y la producción de leche, como se indica en la Etapa II de la lactogénesis (18). Así disponemos de una buena oportunidad para tratar cualquier preocupación relacionada con la lactancia materna y determinar las intervenciones más adecuadas, según corresponda (18). Como parte de la Etapa III de la lactogénesis, la valoración hasta los seis meses o más, según corresponda, ayuda al mantenimiento y la exclusividad de la lactancia, con la introducción de alimentos complementarios y otros líquidos (16, 18, 28).

Beneficios y Daños

Las ventajas de una valoración con la herramienta LATCH u otros instrumentos válidos son, entre otras, la reducción de la lactancia materna no exclusiva a través de intervenciones correctivas y la identificación temprana de las diadas lactantes que precisan mayor soporte para la lactancia, como el que ofrece un asesor de lactancia (28). La **Tabla 8** describe la herramienta LATCH en detalle.

Valores y Preferencias

El panel de expertos de la RNAO atribuye gran importancia a una valoración de la lactancia materna que sea integral y que reconozca la trascendencia de la díada lactante, la importancia fisiológica de la lactancia materna y el impacto de los apoyos psicosociales (parejas y otros familiares). Se ha observado que la realización de valoraciones continuadas hasta los seis meses o más constituyen una valiosa estrategia para promover la lactancia materna exclusiva y continuada cuando muchas personas la abandonan.

Notas Prácticas

La **Tabla 8** incluye tres ejemplos de herramientas de valoración que cubren distintos aspectos del proceso de lactancia materna, como la posición y el agarre, el suministro de leche materna y la autoeficacia en la lactancia materna (16, 18, 29).

- La herramienta de valoración de la lactancia materna LATCH evalúa cinco aspectos de la lactancia, incluidos la posición (o colocación) y el agarre y el grado de confort con el agarre (30).
- La escala de lactancia de Hill & Humenick (H & H) evalúa la posición, el agarre y el suministro de leche (31).
- El formulario corto BSES-SF evalúa la autoeficacia en la lactancia materna (29).

Tabla 8: Ejemplos de Herramientas de Valoración de la Lactancia Materna en Base a la Revisión Sistemática

	HERRAMIENTA DE VALORACIÓN LATCH	ESCALA DE LACTANCIA HILL & HUMENICK (H & H)	FORMULARIO CORTO BSES-SF DE AUTOEFICACIA EN LACTANCIA MATERNA
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estandarizar: a) una valoración integral y sistemática en el punto asistencial; y b) registro a cargo de una enfermera o del equipo interprofesional. ■ La herramienta promueve medidas de evaluaciones consistentes en la observación de una misma toma de lactancia y cualquier conclusión que se pueda extraer de la puntuación total. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medir el volumen percibido de producción de leche materna tras el parto y hasta ocho semanas después del nacimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medir la capacidad percibida de amamantar y predecir la intención de dar lactancia materna y su duración como comportamiento de salud prenatal y hasta seis meses después del parto.

	HERRAMIENTA DE VALORACIÓN LATCH	ESCALA DE LACTANCIA HILL & HUMENICK (H & H)	FORMULARIO CORTO BSES-SF DE AUTOEFICACIA EN LACTANCIA MATERNA
Componentes de la herramienta	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cinco subescalas que señalan cinco aspectos clave de la lactancia materna. ■ Uso de un acrónimo (LATCH, por agarre en inglés): <ul style="list-style-type: none"> L = enganche al pecho. A = deglución audible. T = tipo de pezón. C = confort en la lactancia materna. H = grado de asistencia necesaria para mantener colocado al bebé al pecho. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tres subescalas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel de compromiso con la lactancia materna. 2. Satisfacción. 3. Percepción de saciedad en el lactante tras la toma. ■ Instrumento autoadministrado de 20 ítems que emplea una escala Likert de 7 puntos en donde 1 = muy en desacuerdo y 7 = muy de acuerdo. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Escala de 14 ítems redactada de forma positiva y autoadministrada. ■ Emplea una escala Likert de 5 puntos en donde 1 = nada seguro y 5 = siempre seguro. ■ Los ítems de la escala son: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> determinar si el lactante obtiene suficiente leche materna, <input type="checkbox"/> gestionar de forma satisfactoria la lactancia materna, y <input type="checkbox"/> lograr dar respuesta a la demanda de leche del lactante.
Puntuación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se asigna una puntuación numérica de 0, 1 o 2 a los cinco elementos de la herramienta. ■ La puntuación total obtenida va de 0 a 10. Sigue el modelo del sistema de puntuación Apgar (Apariencia, Pulso, Gestos, Actividad y Respiración), en la que una mayor puntuación indica mejores resultados. ■ Una puntuación total por debajo de 10 indica que se recomienda ofrecer apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las puntuaciones más altas denotan mayor nivel de compromiso, satisfacción y percepción de saciedad en el lactante. ■ Las puntuaciones totales van de 20 a 140. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La puntuación total va de 15 a 70. Las puntuaciones más altas indican la probabilidad de tener éxito en la lactancia materna como resultado de un mayor nivel de confianza. ■ Las puntuaciones más altas se asocian significativamente a un menor riesgo de interrupción de la lactancia materna antes de los seis meses cuando se miden a las 72 horas posparto (15, 16). ■ Las puntuaciones más bajas indican que es necesario aplicar intervenciones adicionales de forma temprana para mejorar la autoeficacia en la lactancia materna.

	HERRAMIENTA DE VALORACIÓN LATCH	ESCALA DE LACTANCIA HILL & HUMENICK (H & H)	FORMULARIO CORTO BSES-SF DE AUTOEFICACIA EN LACTANCIA MATERNA
Correlación con resultados de lactancia materna u otras herramientas de valoración	<ul style="list-style-type: none"> ■ Existe una correlación positiva débil entre las puntuaciones medias de LATCH y BSES-SF en el primer periodo posparto (14). ■ Existe una relación significativa entre el momento de inicio de la lactancia y las puntuaciones medias en LATCH (14). Por ejemplo, aquellas personas que dieron de mamar en los primeros 30 minutos desde el parto obtuvieron puntuaciones LATCH más altas que quienes dieron de mamar de una a cuatro horas tras el parto (14). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las puntuaciones altas en la escala de lactancia H & H se asocian a altas puntuaciones también en el formulario BSES-SF (14). 	<p>Las puntuaciones medias más altas en BSES-SF:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se asocian positivamente a mayores niveles de educación y asistencia a clases prenatales de lactancia (14). ■ Se encontró una asociación significativa con la paridad, ya que las personas que han amamantado previamente tienen puntuaciones medias en BSES-SF más altas (14). ■ Las puntuaciones más bajas en BSES-SF se asocian a: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mayor uso de leche de fórmula o galactogogos (como domperidona); y <input type="checkbox"/> falta de apoyo de una enfermera o algún miembro del equipo interprofesional, o de la pareja, la familia o la red social (15, 16).

	HERRAMIENTA DE VALORACIÓN LATCH	ESCALA DE LACTANCIA HILL & HUMENICK (H & H)	FORMULARIO CORTO BSES-SF DE AUTOEFICACIA EN LACTANCIA MATERNA
Fiabilidad y validez	<ul style="list-style-type: none"> Alta fiabilidad ya que mide de forma consistente los aspectos LATCH. 	<ul style="list-style-type: none"> Las subescalas muestran niveles de moderados a altos de consistencia interna (fiabilidad) y validez predictiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Escala de gran fiabilidad y validez.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> Se desconoce el uso de la herramienta más allá del alta hospitalaria tras el parto. La herramienta está diseñada para fomentar una documentación consistente. Para que sea efectiva se debe compartir con la persona lactante para dar apoyo a sus necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> No se ha concluido que la herramienta pueda diferenciar entre alimentación combinada (lactancia materna y leche de fórmula) y la lactancia materna exclusiva, ya que ambas arrojan puntuaciones similares. Los métodos de alimentación combinada se asocian a menor lactancia materna exclusiva y sostenida. 	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes del estudio eran homogéneos (p.ej., canadienses caucásicos casados). Para aumentar el uso de la escala, tendría que probarse en distintos momentos del periodo perinatal y sobre una muestra más diversa. Nota: tras la publicación de este estudio, el formulario corto BSES-SF se ha traducido a varios idiomas y se ha valorado en diferentes poblaciones de madres.

Fuentes: Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. Res Nurs Health. 1999 Oct;22(5):399-409; Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1994;23(1):27-32; and Hill PD, Humenick SS. Development of the H & H Lactation Scale. Nurs Res.1996;45(3):136-40.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
EJEMPLOS DE HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN	
<p>Sartorio BT, Coca KP, Marcacine KO, et al. Breastfeeding assessment instruments and their use in clinical practice [Internet]. Rev Gaúcha Enferm. 2017 Mar;38(1):e64675. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/en_0102-6933-rgenf-1983-144720170164675.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> Revisión bibliográfica de herramientas de valoración de la lactancia materna empleada para evaluar el riesgo de destete precoz (Breastfeeding Attrition Prediction Tool, Herramienta de predicción del abandono de la lactancia materna) y la percepción/conducta de las personas durante el amamantamiento (formulario BSES-SF y escala IIFAS, Escala de actitudes hacia la alimentación infantil de Iowa).
<p>Ingram J, Johnson D, Copeland M, et al. The development of a new breast feeding assessment tool and the relationship with breast feeding self-efficacy. Midwifery. 2015;31(1): 132–37.</p>	<ul style="list-style-type: none"> El objetivo de este estudio es desarrollar una herramienta de valoración de la lactancia materna para mejorar la orientación de los consejos óptimos sobre posición y agarre, y para describir los cambios observados tras la liberación de la anquiloglosia (frenillo lingual corto). La herramienta BTAT (Bristol Breastfeeding Assessment Tool) se puede usar en investigación para mejorar la orientación que se ofrece sobre la autoeficacia en la lactancia materna. Su uso también puede ser clínico.
<p>Nehring-Gugulska M, Zukowska-Rubik M, Stonnicka-Stolarska P, et al. Protocol of sucking skills of nursing infant [Internet]. Postepy Neonatologi. 2014;1(20):53–65 (fragments). Available from: http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/protocol_of_sucking.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> Herramienta de valoración para evaluar la capacidad de succión de los bebés lactantes en el primer periodo posparto y tras el alta médica en los primeros días y semanas.
<p>Breastfeeding Intake Assessment [Internet]. Toronto (ON): Hospital for Sick Children (Sick Kids); c1994–2014. Available from: http://www.sickkids.ca/breastfeeding-program/education/index.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> Serie educativa sobre lactancia materna para profesionales sanitarios que incluye un módulo sobre valoración de la lactancia respecto a postura, agarre y transferencia de leche.

VALORACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL NEONATO

Aby J. Photo Gallery [Internet]. Palo Alto (CA): Stanford University Newborn Nursery; c2017. Available from: <http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/photo-gallery.html>

- Galería fotográfica de hallazgos físicos en neonatos con fines educativos de la Stanford University's School of Medicine. Incluye una serie de imágenes de la boca y los reflejos neuronales (p.ej., succión y búsqueda del pezón) de interés para la valoración de la lactancia materna.

Tuthill EL, McGrath JM, Graber M, et al. Breastfeeding self-efficacy: a critical review of available instruments. J Hum Lact. 2016;32(1): 35–45.

- Revisión sistemática que identifica, compara y revisa de forma crítica distintos instrumentos sobre autoeficacia en la lactancia.
- La revisión concluye que hay distintos instrumentos válidos sobre autoeficacia en la lactancia que deberían implantarse en los entornos clínicos, como la escala BSES y el formulario corto BSES-SF.
- Los criterios para la selección de la herramienta deben basarse en variables como el tiempo disponible, los tiempos en el embarazo y el posparto y la principal área de interés.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN N°2:

¿Qué intervenciones o programas usados por las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares son efectivos para aumentar el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna?

Intervenciones Para Fomentar el Inicio de la Lactancia Materna (Desde el Parto a la Primera Hora de Vida, o Cuando Estén Clínicamente Estables))

RECOMENDACIÓN 2.1:

Facilitar el contacto piel con piel entre la díada lactante inmediatamente tras el parto o cuando esté clínicamente estable.

Nivel de Evidencia para el Resumen: Ia

Calidad de Evidencia para el Resumen: Alta = 2; Moderada = 1

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

El contacto piel con piel es la colocación de un neonato, desnudo o con pañal y gorro, en decúbito prono sobre el pecho desnudo de una persona, cubierto con una manta previamente calentada para evitar la pérdida del calor (32). Con este método, la díada lactante mantiene un estrecho contacto (32).

El contacto piel con piel es uno de los principios de los “*Diez pasos para una lactancia materna exitosa*” de la OMS/ UNICEF, que además fomenta el inicio y la exclusividad de la lactancia materna (32, 33). (Ver **tabla 6** para más información). Aunque el contacto piel con piel puede referirse a la pareja u otras personas, en este resumen se incluyen situaciones en las que la díada lactante era clínicamente estable (es decir, el neonato nació a término o poco antes de término y estaba sano; no hubo líquido manchado por meconio; el peso del neonato fue mayor a 2500 gramos; el neonato no mostró signos de estrés respiratorio o cardíaco; y las constantes vitales y la pérdida de sangre posparto de la persona lactante se mantuvieron dentro de los límites normales) (32 - 33). En el apartado Recursos de apoyo se incluyen algunos ejemplos de estudios sobre el contacto piel con piel con las parejas.

El contacto piel con piel tiene un efecto positivo de cara al inicio y la exclusividad de la lactancia hasta los seis meses, en comparación con el contacto estándar (32). Se registraron significativamente menos problemas en la lactancia materna, incluyendo de postura y agarre o de insuficiencia de leche percibida (IMS) (32). Cuando el contacto piel con piel tuvo lugar inmediatamente tras el parto se evidenciaron mejores niveles de confianza en la lactancia materna, mayor sensación de control en la lactancia, mayor capacidad de respuesta ante las señales de alimentación del lactante, mayor vinculación y mayor apego (32). Los neonatos tenían más probabilidades de éxito en su primer intento de amamantamiento, medido según su disposición para alimentarse, reflejo de búsqueda u hociqueo, agarre y patrón de succión (32). Sus niveles de glucosa medios fueron más altos tras el contacto piel con piel (32).

Tras un parto por cesárea, las personas lactantes refirieron que el contacto piel con piel precoz con el neonato dio lugar a un enfoque más relajado ante la lactancia materna, y que sus experiencias de agarre con el bebé resultaron más fáciles (34). Las temperaturas de los neonatos tras el inmediato contacto piel con piel durante una hora tras un parto por cesárea demuestran que no hay mayor riesgo de hipotermia transitoria (35). Es necesario ampliar la investigación en esta área (32).

Beneficios y Daños

El contacto piel con piel evita separar al neonato de la persona lactante y ofrece la ventaja de la estimulación sensorial fisiológica, incluidos tacto, calor y olor (32). Provoca un aumento de los niveles de oxitocina^G que reducen el tiempo de expulsión de la placenta y la hemorragia posparto (33). El contacto piel con piel estabiliza la temperatura corporal del bebé mediante un aumento de la temperatura cutánea en el pecho, que actúa de forma efectiva como calor radiante (32). Para los neonatos que tuvieron contacto piel con piel en quirófano tras un parto por cesárea, no se observaron diferencias significativas en cuanto a puntuaciones Apgar o ingresos en la unidad de cuidados intensivos neonatales: sus constantes vitales fueron estables, con menores ritmos cardíaco y respiratorio, y sus niveles de glucosa en sangre estuvieron dentro de los límites normales (32, 34).

Raramente se produce un evento catastrófico asociado al contacto piel con piel precoz, conocido como colapso posnatal repentino inesperado (SUPC, por sus siglas en inglés) (32). Puede producirse durante el primer intento de amamantamiento en neonatos sanos nacidos a las 35 semanas de gestación o más (32). En caso de colapso posnatal repentino e inesperado, el bebé precisará reanimación cardiopulmonar y ventilación mecánica para evitar el resultado de muerte o encefalopatía (36). La incidencia de este tipo de colapso varía de 2,6 a 5,0 por cada 100.000 nacidos vivos y los índices de mortalidad son de 0 a 1,1 por 100.000 nacidos vivos (32).

La evidencia sugiere realizar valoraciones periódicas para reducir el riesgo de colapso posnatal repentino inesperado: postura (la boca y la nariz deben quedar visibles y sin obstrucciones), color de la piel, frecuencia y esfuerzo respiratorios, niveles de saturación de oxígeno y temperatura axilar (36). Los entornos de agudos en los que se emplea el contacto piel con piel requieren estándares de práctica en los que se realice una valoración del riesgo de colapso posnatal repentino inesperado, incluida la seguridad en la postura o colocación. Está indicada la formación para el manejo de cualquier signo de inestabilidad que pueda producirse durante el contacto piel con piel, como el posible colapso ocasionado por asfixia y obstrucción de las vías aéreas (32). No se hallaron estudios que examinasen el colapso posnatal repentino inesperado durante el contacto piel con piel. Es necesario realizar más investigación para determinar la seguridad y los riesgos asociados.

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO atribuye un gran valor al contacto piel con piel tras el parto para favorecer el contacto estrecho, la vinculación, el apego y el inicio de la lactancia materna.

Notas y Prácticas

No se ha determinado la duración óptima del contacto piel con piel (32). Los ejemplos de contacto piel con piel variaron de 35 minutos a 60 minutos o más (32 - 33). No se observaron beneficios claros cuando la duración de dicho contacto piel con piel fue inferior o superior a una hora (32).

No hay evidencia suficiente sobre el momento óptimo del contacto piel con piel y el inicio de la lactancia materna (32). En algunos estudios, el contacto piel con piel se producía inmediatamente tras el parto y todos los procedimientos de rutina para el neonato (como medición de peso y altura, profilaxis ocular o inyección de vitamina K) se posponían hasta después del contacto piel con piel y/o tras completar la primera toma (32). En otros estudios, era el contacto piel con piel el que se posponía brevemente o hasta 30 minutos o más tras los procedimientos de rutina, el baño y la exploración física (32).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
RECURSOS SOBRE CONTACTO PIEL CON PIEL	
World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2018. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1	<ul style="list-style-type: none"> La Recomendación 48 de este recurso promueve el contacto piel con piel en la primera hora desde el parto para los neonatos sin complicaciones para facilitar la lactancia materna.
Learning to Breastfeed [Internet]. Toronto (ON): City of Toronto; c1998–2018. Available from: https://www.toronto.ca/community-people/children-parenting/pregnancy-and-parenting/breastfeeding/breastfeeding-your-baby/learning-to-breastfeed/	<ul style="list-style-type: none"> Recurso web sobre contacto piel con piel que incluye un vídeo en el que se muestra cómo mantener el contacto piel con piel durante la estancia en la sala de posparto.
Research on Skin-to-Skin Contact [Internet]. London (UK): UNICEF United Kingdom; c2018. Available from: https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/baby-friendly-research/research-supporting-breastfeeding/skin-to-skin-contact/	<ul style="list-style-type: none"> Lista de una selección de estudios que examinan el efecto del contacto piel con piel y la lactancia materna.
CONTACTO PIEL CON PIEL Y PARTOS POR CESÁREA	
Crenshaw JT. Healthy birth practice #6: keep mother and baby together— it’s best for mother, baby, and breastfeeding. J Perinat Educ. 2014;23(4):211–7.	<ul style="list-style-type: none"> Artículo de revisión en el que se abordan los beneficios del contacto piel con piel para días lactantes estables, inmediatamente tras un parto vaginal y durante y tras un parto por cesárea, independientemente de la preferencia de alimentación.
Skin-to-skin C-sections promote health, bonding [Video]. Toronto (ON): [Sunnybrook Health Sciences Centre]; c2018 (updated 2014 May 7). Available from: https://sunnybrook.ca/media/item.asp?i=1125	<ul style="list-style-type: none"> Breve presentación en vídeo del Sunnybrook Health Sciences Centre in Toronto, que muestra la técnica de contacto piel con piel durante la cesárea cuando se solicita y es clínicamente adecuado. En el vídeo aparece el Dr. Jon Barrett, Chief, Maternal-Fetal Medicine de Sunnybrook Health Sciences Centre.

CONTACTO PIEL CON PIEL Y PARTOS POR CESÁREA

Elsaharty A, McConachie I. Skin to skin: a modern approach to caesarean delivery. *J Obstet Anaesthesia Critical Care*. 2017;7(1):13–9.

- Artículo de revisión en el que se examinan los beneficios del contacto piel con piel para la díada lactante. También considera la idoneidad del paciente y los aspectos prácticos de implantar el contacto piel con piel, incluida la dotación de personal y la atención al recién nacido.
- Se tratan también las implicaciones para los profesionales de anestesia en quirófano.

BENEFICIOS DEL CONTACTO PIEL CON PIEL PARA LAS PAREJAS

Shorey S, He HG, Morelius E. Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. *Midwifery*. 2016;40:207–17.

- La revisión promueve el contacto piel con piel con el padre de neonato, especialmente cuando no se puede recurrir a la persona lactante por situaciones como urgencias y partos por cesárea.

Anderzén-Carlsson A. Father–infant skin-to-skin contact appears to be beneficial, however paternal experiences of this need to be explored. *Evid Based Nurs*. 2017;20(4):112.

- Un estudio determina que el contacto piel con piel con los padres es viable en entornos clínicos y no presenta efectos adversos.
- El contacto piel con piel con el padre es una buena alternativa, si bien no todos los padres deseaban prestarse a ello por miedo a hacer daño al bebé, por considerar que no era necesario o por preferir el uso de una incubadora (si su uso estaba indicado).

COLAPSO POSNATAL REPENTINO INESPERADO

Herlenius E, Kuhn P. Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: a review of cases, definitions, risks, and preventive measures. *Transl Stroke Res*. 2013;4(2):236–47.

- Revisión de la literatura en la que se examina el colapso posnatal repentino inesperado (SUPC) en neonatos.
- La revisión incluye tres casos de SUPC sucedidos durante el contacto piel con piel en decúbito prono.

Ludington-Hoe SM, Morgan K. Infant assessment and reduction of sudden unexpected postnatal collapse risk during skin-to-skin contact. *NAINR*. 2014;14(1):28–33.

- Herramienta de valoración rápida del neonato (denominada RAPP: **r**espiración, **a**ctividad, **p**erfusión y **p**osición) desarrollada para evaluar el estado físico del neonato y el riesgo de SUPC.

Intervenciones para Fomentar el Inicio de la Lactancia Materna (Desde el Parto a la Primera Hora de Vida, o Cuando Estén Clínicamente Estables)

RECOMENDACIÓN 2.2:

Fomentar el inicio temprano de la lactancia materna, en la primera hora desde el nacimiento o una vez que la diáda lactante esté clínicamente estable, a través de intervenciones perinatales multicomponente como:

- educación prenatal; y
- asistencia inmediata posparto a pie de cama.

Nivel de Evidencia para el Resumen: la

Calidad de Evidencia para el Resumen: Alta = 1; Moderada = 4

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

La OMS ha establecido como objetivo mundial que todas las personas lactantes inicien la lactancia materna, que es fundamental para la salud de todos los bebés lactantes (19). Las personas lactantes deben recibir apoyo y asistencia para iniciar la lactancia materna, idealmente dentro de la hora siguiente al parto, independientemente del modo de parto (parto vaginal o por cesárea), siempre que se cuente con su consentimiento y que la diáda lactante esté clínicamente estable (19). Los “Diez pasos para una lactancia exitosa” de OMS/UNICEF apoyan el inicio de la lactancia materna (Paso 5) como una práctica clínica fundamental (19). (Ver **Tabla 6** para más información). La investigación indica que los índices de inicio temprano de lactancia materna aumentan en centros designados IHAN, en comparación con los no designados (19).

Intervenciones Multicomponente para Favorecer el Inicio Precoz de la Lactancia Materna

Para apoyar el inicio de la lactancia materna, es necesario que enfermeras, equipos interprofesionales y pares apliquen intervenciones multicomponente que comiencen en el periodo prenatal y continúen hasta el posparto inmediato en diversos entornos (asistenciales, comunitarios, domiciliarios) (19, 34, 37–39). Esto contrasta con las intervenciones individuales ofrecidas en un único entorno, que no se han demostrado efectivas para promover el inicio de la lactancia materna (19, 34, 37–39).

Educación Prenatal

Durante la gestación, las intervenciones efectivas son, entre otras, apoyo, educación (mediante folletos u otro material escrito), aplicación de los principios IHAN, asesoramiento sobre lactancia materna^G, visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, clases prenatales, campañas en los medios de comunicación y capacitación sobre lactancia materna para las parejas y las abuelas (37-38). El asesoramiento en grupo y la educación por parte de enfermeras y equipo interprofesional, además del apoyo del IHAN, tuvieron mayor efecto en los índices de inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora (19).

Asistencia Inmediata Posparto a Pie de Cama

Se observó que, en el periodo de posparto inmediato, la ayuda de enfermeras, miembros del equipo interprofesional (incluidos asesores de lactancia) y pares resultaba efectiva para fomentar el inicio precoz de la lactancia (19, 34, 37-38). El efecto de esta ayuda en los índices de inicio de la lactancia materna se vio respaldado por la integración de otras intervenciones, como el contacto piel con piel, el asesoramiento sobre lactancia materna y el apoyo continuo antes y después del alta tras el parto (19, 34, 37-38).

Véase la **Recomendación 2.1** para consultar una discusión sobre la importancia del contacto piel con piel y el inicio de la lactancia materna.

Beneficios y Daños

En el caso de quienes se han sometido a una cesárea, planificada o no, el inicio de la lactancia materna suele demorarse hasta después de su traslado a una sala de recuperación tras la anestesia (19, 38). En estas circunstancias, la demora en el inicio puede dar lugar a posteriores dificultades con la lactancia y a mayor probabilidad del uso de leche de fórmula (34). En la medida de lo posible, se deben implantar estrategias, como el contacto piel con piel, para mantener unida a la díada lactante para fomentar el inicio de la lactancia materna.

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO atribuye gran importancia al inicio de la lactancia materna para influir en la lactancia materna exclusiva y continuada. La alta satisfacción de la persona lactante con el éxito al inicio de la lactancia y su percepción del apoyo recibido en esos momentos pueden influir positivamente en la exclusividad y la continuación del amamantamiento.

Notas Prácticas

Para facilitar el inicio de la lactancia materna, las estrategias que incorporan enfermeras, equipos interprofesionales y pares deben tratar de apoyar los comportamientos espontáneos e innatos del recién nacido, así como sus señales de hambre, sus reflejos y la transición fisiológica normal desde el nacimiento hasta la lactancia materna (40). Los enfoques deben ser holísticos y centrados en las necesidades de la díada lactante, iniciados por el neonato y guiados por la persona lactante (40).

A continuación se incluyen algunos ejemplos de estrategias para favorecer el inicio de la lactancia materna:

- Animar a la persona que amamanta a abordar el inicio de la lactancia como un acercamiento sin expectativas sobre si el recién nacido se engancha, cuál es la duración o el momento de la toma o el volumen de calostro ingerido.
- Ofrecer una presencia tranquilizadora y ayudar a la persona lactante a encontrar una postura en la que se encuentre a gusto.
- Evitar las instrucciones o intervenciones innecesarias, como enganchar manualmente al bebé al pezón mediante la manipulación del recién nacido y del tejido mamario.
- Evitar envolver al neonato o restringirle el movimiento de las manos para fomentar su comportamiento normal de búsqueda del pecho con los movimientos de sus manos (es decir, mano a mano o mano a boca).
- Enseñar a la persona lactante cuáles son las señales de hambre del neonato como signo de su disposición para las tomas. Puede incluir que el bebé se muestre muy despierto, se lleve las manos a la boca, haga ruidos de succión, se mueva hacia el pecho y encuentre el pezón y que abra por completo la boca.
- Valorar situaciones que afecten a la díada lactante en las que esté indicado intervenir, como anomalías anatómicas, nacimientos prematuros o antecedentes de cirugía de mama. Si no existieran factores que complicasen el inicio de la lactancia materna, abstenerse de ofrecer asistencia o ayuda práctica salvo que la persona lactante lo solicite.
- Ofrecer ayuda de forma que se empodere a la persona lactante según sus necesidades. Ofrecer información clara e intervención directa solo según se solicite. Evitar las manifestaciones que puedan parecer confusas, críticas o desalentadoras para la persona lactante.
- Sugerir posturas para evitar la presión sobre el abdomen cuando se trabaje con personas que se hayan sometido a una cesárea, por ejemplo, la del “balón de rugby”, acostada de lado, o a modo de cuna o de lado. Puede ser necesaria ayuda para soportar el peso del bebé; se pueden utilizar almohadas. Manejar el nivel de dolor tras una cesárea para fomentar el inicio de la lactancia materna.

- Identificar los factores de riesgo para el inicio de la lactancia materna e interrupción precoz; por ejemplo, someterse a múltiples intervenciones intraparto, como la inducción al parto, la administración de opioides para el dolor y el parto por cesárea de urgencia. Dichas intervenciones pueden influir negativamente en los niveles de prolactina.
- Ser consciente de que el inicio de la lactancia materna puede verse afectado por el apoyo y las actitudes de la pareja, los familiares y los pares. La **Recomendación 2.11** incluye discusión adicional sobre la importancia del apoyo familiar para la lactancia materna.
- Favorecer la integración del apoyo de una doula ([p.ej.](#), parientes o amigos seleccionados por la persona lactante) durante el trabajo de parto y el posparto. Esto resulta especialmente importante con las primíparas, ya que el apoyo de una doula se asocia positivamente a los resultados de lactancia en este grupo de población, con mayores índices de inicio de la lactancia materna, exclusividad a las seis semanas y menores problemas en el amamantamiento en comparación con los controles (34, 37, 40–44).

La **Recomendación 2.7** describe cómo enseñar a todas las personas que amamantan a extraerse leche materna a mano, incluso en los casos en que el inicio no es posible debido a causas como la separación de la díada lactante.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
INTERVENCIONES PARA FAVORECER EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA	
Cantrill RM, Creedy DK, Cooke M, et al. Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hours of life: an observation study. <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> . 2014;14:20.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estudio en el que se examinan distintas estrategias para favorecer el inicio de la lactancia materna. ■ Algunas prácticas efectivas son: a) colocación de la barbilla del lactante bajo el pecho para animar al bebé a agarrar el pezón y empezar a succionar; b) posible contacto desnudo con el neonato (es decir, evitar envolverlo); c) observación de las señales de hambre del neonato (es decir, giro de la cabeza, golpeteo del pecho con la barbilla, succión del pecho); y d) evitar cualquier aspiración nasoro-faríngea, salvo que esté indicado.
Morton J. Successful Breastfeeding Begins Right at Birth [Video]. [place unknown]: Stanford Medicine; c2017. Available from: http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/breastfeeding-in-the-first-hour.html	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vídeo que incluye demostraciones del inicio de la lactancia materna en la primera hora desde el parto.

INTERVENCIONES PARA FAVORECER EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA	
<p>Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12(7):e0180722.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión sistemática y metaanálisis que abordan el inicio precoz de la lactancia materna (esto es, en los primeros 60 minutos desde el parto) versus el inicio demorado (es decir, en las primeras 2-23 horas desde el parto) y los resultados en neonatos y lactantes. ■ Los resultados combinados indican un mayor riesgo de mortalidad neonatal a los 28 días de edad con la demora en el inicio de la lactancia materna.
<p>Early Initiation of Breastfeeding [Video]. Waitsfield (VT): Global Health Media; c2014–2018. Available from: https://globalhealthmedia.org/portfolio-items/early-initiation-of-breastfeeding/?portfolioID=5623</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Este vídeo muestra estrategias para favorecer el inicio de la lactancia materna en las primeras horas desde el parto.
<p>World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2018. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La OMS recomienda, entre otras cosas, favorecer el inicio de la lactancia materna tan pronto como sea posible una vez que la persona lactante y el bebé lactante estén clínicamente estables.
<p>Buckley SJ. Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care [Internet]. Washington (DC): Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women and Families; 2015. Available from: http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/hormonal-physiology-of-childbearing.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso que aborda el papel fisiológico de las hormonas, incluidas la oxitocina y la prolactina, para favorecer el inicio de la lactancia materna, y ofrece algunos ejemplos de prácticas asistenciales obstétricas que pueden influir negativamente en los niveles hormonales.
<p>Shafer R, Genna CW. Physiologic breastfeeding: a contemporary approach to breastfeeding initiation. J Midwifery Womens Health. 2015;60(5):546–53.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión de estrategias de inicio de la lactancia materna para favorecer: a) la habilidad innata del recién nacido para encontrar el pezón y agarrarse mediante el contacto piel con piel; b) la ausencia de limitaciones de tiempo; c) la creación de un entorno favorable a la lactancia; y d) el apoyo de sanitarios y/o pares. ■ La lactancia fisiológica es iniciada por el bebé y guiada por la persona lactante.

ESTÁNDARES O PROTOCOLOS DE INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

Toronto Public Health. Breastfeeding protocols for health care providers [Internet]. Toronto (ON): Toronto Public Health; 2013. Available from: <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/11/9102-tph-breastfeeding-protocols-1-to-21-complete-manual-2013.pdf>

- Protocolos desarrollados por una unidad de salud pública de Toronto (Ontario, Canadá) para proteger, promover y apoyar la lactancia.
- El Protocolo n° 1, “Inicio de la lactancia materna”, incluye estrategias para favorecer el inicio de la lactancia.

Provincial Council for Maternal and Child Health. Standards of postnatal care for mothers and newborns in Ontario: birth to one-week postnatal period. Toronto (ON): Provincial Council for Maternal and Child Health; 2017. Available from: <http://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2017/10/Standards-of-Postnatal-Care-for-Mothers-and-Newborns-in-Ontario-Final-Report-Part-I-2017Oct10.pdf>

- Estándares desarrollados por el Provincial Council for Maternal and Child Health, de Ontario, para fomentar el inicio de la lactancia materna en entornos de cuidados perinatales agudos.



Intervenciones Para Fomentar la Lactancia Materna Inicial y Exclusiva (Desde el Parto Hasta los Seis Meses)

RECOMENDACIÓN 2.3:

Apoyar a la diáda lactante para lograr que la colocación, el agarre y la transferencia de leche sean efectivos.

Nivel de Evidencia para el Resumen: Ia

Calidad de Evidencia para el Resumen: Alta = 1; Moderada = 2

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

Las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares pueden dar soporte a las personas lactantes en situaciones de lactancia directa para conseguir que la posición, el agarre y la transferencia de leche sean correctos de cara a lograr un mayor índice de lactancia materna exclusiva mediante estrategias multicomponente a lo largo de todo el periodo perinatal (34, 38, 45). Algunas de estas estrategias multicomponente son la educación prenatal, la ayuda con la posición y el agarre en el periodo de posparto inmediato, la asesoría sobre lactancia materna en el posparto, el apoyo emocional (incluidos consuelo y aliento) y la planificación anticipada de visitas domiciliarias o en el centro asistencial (34, 38, 45).

Beneficios y Daños

Dolor y/o traumatismo en el pezón a causa de posición y agarre incorrectos

Cuando la diáda lactante no logra que la posición, el agarre y la transferencia de leche sean efectivos, pueden surgir problemas o dificultades en la lactancia, como dolor y/o traumatismo en el pezón, que puede desembocar en el cese precoz de la lactancia, menores niveles de autoeficacia en la lactancia materna y un mayor nivel de estrés para la persona lactante (15). Causas frecuentes del dolor y/o el traumatismo son la posición y el agarre inefectivos, la mastitis, o las grietas, el sangrado o la aparición de ampollas en el pezón (15, 46). A continuación se recogen algunas intervenciones para evitar y tratar el dolor/traumatismo en el pezón.

Educación y asistencia para una posición y un agarre efectivos

Para evitar el dolor y/o el traumatismo del pezón, las personas lactantes tienen que recibir formación y ayuda para que la posición y el agarre sean efectivos y para que puedan lidiar con las causas subyacentes del dolor, como la fricción o la compresión del pezón (15, 46). La primera estrategia en este sentido debería ser realizar una valoración y ayudar a lograr un agarre adecuado (46).

Orientación Preventiva

Como estrategia para tratar el dolor y el traumatismo en el pezón y paliar la interrupción de la lactancia, se puede ofrecer orientación preventiva para ayudar a mejorar su abordaje y reducir el estrés (15). Se puede informar a las personas lactantes de que entre el 34% y el 96% de quienes amamantan sufren dolor y traumatismo en los pezones, y que eso suele ocurrir en la primera semana posparto, especialmente en el tercer día. También se les puede indicar que el dolor suele disminuir hasta unos niveles más leves después de la primera semana o diez días (15). Se pueden discutir las causas, signos y síntomas típicos del dolor y traumatismo en el pezón, y hacer saber a las personas lactantes que el dolor a menudo disminuye, independientemente de los tratamientos como bálsamos tópicos o analgésicos orales (15).

Tratamientos para el dolor y/o traumatismo de pezón

Si bien existe evidencia anecdótica de que se han usado con éxito algunos preparados —como apósitos de glicerina en gel, lanolina, protectores de pezón con lanolina o pomada multiuso para pezones— para tratar el dolor y/o traumatismo de pezón, no hay suficiente evidencia para afirmar que reducen efectivamente los niveles percibidos de dolor. En su lugar, se recomienda prevenir el dolor y/o traumatismo del pezón con ayuda en la posición y el agarre y orientación preventiva (15). En una revisión Cochrane, se halló que la leche extraída del pecho o la ausencia de tratamiento eran igual de beneficiosas (o más) en el corto plazo que productos como la lanolina para tratar el dolor de pezón (15). Se piensa que la leche extraída del pecho resulta efectiva porque contiene componentes antivirales y antifécciosos (15).

El **Anexo D** incluye una discusión sobre los problemas que puede plantear la lactancia materna, incluido el dolor de pezón recurrente y la mastitis.

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO atribuyó gran importancia al apoyo de enfermeras, equipo interprofesional y pares hacia las personas lactantes para lograr que la posición y el agarre sean efectivos mediante diversas estrategias, como el apoyo continuado, la observación de una sesión de lactancia materna y el asesoramiento para la lactancia. El proceso debe estar guiado por las necesidades de la persona lactante en respuesta a las señales del bebé. Cuando se observa una sesión de lactancia, las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares deben abstenerse de forzar al neonato, el bebé o el niño pequeño a ponerse al pecho. Por el contrario, deben adoptar una actitud de no intervención, salvo que lo solicite la persona lactante o cuando sea necesario.

Notas Prácticas

La tabla incluida a continuación en Recursos de apoyo recoge ejemplos de postura y agarre correctos, con ilustraciones y fotografías. Son de interés tanto para enfermeras, equipos interprofesionales y pares como para las personas lactantes y sus familias.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
POSICIÓN Y AGARRE EFECTIVOS	
Morton J. A Perfect Latch [Video]. [place unknown]: Stanford Medicine; 2017. Available from: http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/a-perfect-latch.html	<ul style="list-style-type: none">■ En este vídeo desarrollado para médicos y otros profesionales sanitarios se incluyen consejos para favorecer la postura y el agarre.
Best Start Resource Centre. My breastfeeding guide [Internet]. [place unknown]: Best Start Resource Centre; 2015. Available from: https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_My_Breastfeeding_Guide_EN.pdf	<ul style="list-style-type: none">■ Guía de lactancia materna para futuros o nuevos padres con temas que incluyen la efectividad en la postura y el agarre.

POSICIÓN Y AGARRE EFECTIVOS	
<p>Overcoming Challenges—Extra [Internet]. [place unknown]: Best Beginnings; [date unknown]. Available from: https://www.bestbeginnings.org.uk/overcoming-challenges-%C3%A2%E2%82%AC%E2%80%9C-extra-film/ae4e709c-91f3-4f6d-a612-b46fccd57390</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Película que examina cómo las personas que amamantan han superado los problemas, incluyendo el dolor de pezón por agarre inefectivo.
PARÁMETROS DE INGESTA ADECUADA DE LECHE	
<p>Dietitians of Canada; Canadian Paediatric Society; The College of Family Physicians of Canada, et al. Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: using the new WHO growth charts [Internet]. [place unknown]: Community Health Nurses of Canada; 2010. Available from: https://www.cps.ca/uploads/tools/growth-charts-statement-FULL.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una declaración de colaboración de las principales partes interesadas canadienses en el ámbito de la salud infantil y del lactante que promueve las mediciones seriadas del peso y otros parámetros para determinar el crecimiento y el desarrollo.
<p>Dietitians of Canada. WHO growth chart assessment and counselling—key messages and actions [Internet]. [place unknown]: Dietitians of Canada; c2014. Available from: https://www.dietitians.ca/Downloads/Public/Growth-Charts-Key-Messages-ENGLISH.aspx</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso sobre evaluación y asesoramiento según las gráficas de crecimiento que busca examinar las medidas de crecimiento (incluyendo el perímetro cefálico, el peso para la edad, la talla y la talla para la edad) para bebés y niños.
<p>Public Health Agency of Canada. 10 valuable tips for breastfeeding [Internet]. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2009. Available from: https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/nutrition/pdf/tips-cons-eng.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso de formación en lactancia materna que incluye indicaciones de que la transferencia de leche es suficiente, como recuperar el peso al nacimiento al cabo de dos semanas, aumentar 140 o más gramos semanalmente después de las dos semanas de edad, mojar seis o más pañales por día al sexto día y evacuar con frecuencia.
<p>Best Start Resource Centre. Breastfeeding guidelines for consultants [Internet]. [place unknown]: Best Start Resource Centre; 2017. Available from: http://www.beststart.org/resources/breastfeeding/pdf/breastfdeskref09.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso que indica los parámetros normales de la lactancia materna, como frecuencia de las tomas, número de pañales mojados y sucios al día y brotes de crecimiento [estirones].
<p>La Leche League Canada. How to know your baby is getting enough milk [Internet]. [place unknown]: La Leche League Canada; 2015. Available from: https://www.lllc.ca/sites/lllc.ca/files/457_CMYK_2015.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hoja informativa para padres y familiares con una lista de indicadores de suficiente ingesta de leche materna, incluido el número de pañales mojados diariamente, las evacuaciones intestinales y la frecuencia de las tomas.

DIRECTRICES PARA UNA LACTANCIA SALUDABLE PARA BEBES Y NIÑOS

Health Canada; Canadian Paediatric Society; Dietitians of Canada, et al. Nutrition for Healthy Term Infants: Recommendations from Birth to Six Months [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; 2015 (updated 2015 Aug 18). Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/infant-feeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months.html#a10>

- Declaración del Infant Feeding Joint Working Group [Grupo de Trabajo Conjunto sobre Alimentación del Lactante] que proporciona a los profesionales sanitarios canadienses principios y recomendaciones basados en la evidencia para desarrollar guías prácticas de alimentación para padres y cuidadores.

Best Start Resource Centre. Guidelines for nursing mothers [Internet]. [place unknown]: Best Start Resource Centre; 2016. Available from: <https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/pdf/magneng.pdf>

- Guías sobre la frecuencia de las tomas, el número de pañales húmedos y sucios al día y los cambios de peso en neonatos de un día a tres semanas de edad alimentados con leche materna.

Intervenciones Para Fomentar la Lactancia Materna Inicial y Exclusiva (Desde el Parto Hasta los Seis Meses)

RECOMENDACIÓN 2.4:

Apoyar una lactancia materna basada en las señales del bebé lactante mediante estrategias como:

- educación y apoyo;
- reconocimiento de las necesidades de la persona lactante.

Nivel de Evidencia para el Resumen: la

Calidad de Evidencia para el Resumen: Alta = 1

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

La lactancia materna basada en las señales del bebé (también conocida como “lactancia materna dirigida por el bebé”) es un tipo de patrón de lactancia en el que la frecuencia y la duración de la lactancia materna no están restringidas y se basan en las señales del bebé y la duración del sueño (64). Además, este tipo de lactancia responde al volumen de leche que contiene el pecho para que la persona controle el suministro y vele por su propia comodidad (64). Apoya la fisiología de la lactancia materna como mecanismo de respuesta de oferta/demanda, al permitir que el suministro de leche materna se adapte a las necesidades individualizadas y cambiantes del lactante a lo largo del tiempo (64). La lactancia materna basada en las señales del bebé favorece la lactancia materna exclusiva en neonatos sanos y está reconocida como mejor práctica actual basada en la evidencia según los “Diez pasos para una lactancia materna exitosa” de la OMS/UNICEF (64). (Véase la **Tabla 6** para más información).

Estrategias para favorecer la lactancia materna basada en señales del bebé

Formación y promoción

Para dar apoyo a la lactancia materna dirigida por el bebé, es preciso que enfermeras, equipos interprofesionales y pares la promuevan y ofrezcan formación sobre esta área (64). Las personas lactantes y sus familias necesitan disponer de información consistente sobre la lactancia materna basada en las señales del bebé, como en lo referido a la frecuencia no limitada y la duración de las tomas como mecanismo para favorecer la fisiología de la lactancia. Además, necesitan estar seguras de que este tipo de lactancia fomenta efectivamente el crecimiento y el desarrollo saludables del niño y el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna (64).

Reconocimiento de las necesidades de la persona lactante

Se deben tener en cuenta las necesidades de la persona lactante cuando se recurre a la lactancia materna basada en las señales del bebé (64). Las enfermeras, el equipo interprofesional, los pares y las familias deben ser conscientes de que la persona lactante responde a demandas concurrentes de su tiempo que pueden influir en su decisión de elegir o continuar con la lactancia materna basada en las señales del bebé (64). La persona lactante puede percibir que la frecuencia ilimitada y la duración de las tomas parecen o son muy exigentes. La persona lactante puede encontrar dificultades ante factores como dolor, fatiga, cuidado de otros niños, restricciones de tiempo que no sean el cuidado del bebé lactante o preocupaciones socioeconómicas (64). Obtener el apoyo de la pareja, la familia o la red social de la persona, así como de los profesionales de la salud y de sus pares, puede ser fundamental para la persona lactante durante este tiempo.

Beneficios y Daños

La investigación señala que los enfoques de alimentación incluidos a continuación no favorecen la lactancia materna exclusiva y continuada: complementos alimenticios/leche de fórmula, complementos de agua o dextrosa, demora en la primera toma de lactancia materna de hasta seis horas tras el parto, tomas programadas durante las primeras 48 horas desde el inicio de la lactancia basada en señales (64).

No hay suficiente evidencia sobre si la lactancia programada (en la que los tiempos de las tomas vienen determinados por la persona lactante y no por las señales del bebé) o la combinación de lactancia programada y lactancia basada en señales se asocian positiva o negativamente con la lactancia exclusiva (64). Se estima que la lactancia programada es de ayuda para ciertas situaciones de limitación de tiempo (como el cuidado de otros niños) o factores socioeconómicos (como el trabajo fuera del hogar). También se cree que es un método de manejar el dolor derivado de la lactancia, ya que supone definir una estrategia sobre el tiempo y la frecuencia de las tomas poniendo al bebé directamente al pecho (64). No obstante, la lactancia programada por sí sola, o en combinación con la lactancia basada en las señales del bebé, no ha demostrado una asociación positiva con la exclusividad.

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO atribuyó gran importancia a la lactancia materna basada en las señales del lactante de cara a favorecer la lactancia exclusiva y continuada, en comparación con la alimentación programada o la combinación de ambas opciones. Recomendaron el término “basada en las señales del bebé” frente al término “a demanda”, ya que con el lenguaje se refleja el enfoque de liderazgo del bebé, que supone el reconocimiento de los comportamientos del bebé, incluyendo aquellos que denotan hambre y saciedad.

Notas Prácticas

La persona necesita reafirmación en su capacidad para amamantar satisfactoriamente, en especial en los primeros días posparto, cuando algunas personas pueden sentir que las exigencias del cuidado del bebé son apabullantes (64). Las personas lactantes que optan por la lactancia basada en las señales del bebé deben comprender que:

- Es normal que neonatos y lactantes necesiten alimentarse con más frecuencia que los alimentados con biberón o que se alimentan con biberón y pecho.
- Es normal que las tomas varíen en frecuencia y duración; ello no es indicativo de insuficiencia de leche o necesidad de abandonar la lactancia materna y cambiar a la lactancia programada o a la leche de fórmula.
- El apoyo de enfermeras, equipos interprofesionales y pares es fundamental para lograr una alimentación basada en las señales del bebé. Pueden ser de ayuda en aspectos como la comprensión de las señales del bebé, la adopción de una postura y un agarre efectivos y la gestión del volumen de leche contenido en el pecho (64).

Supporting Resources

RECURSO	DESCRIPCIÓN
FORMACIÓN PARA FAMILIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA BASADA EN LAS SEÑALES DEL BEBÉ	
Baby feeding cues (signs) [Internet]. Brisbane (AU): Queensland Health; 2010 (updated 2017 Nov). Available from https://metronorth.health.qld.gov.au/rbwh/wp-content/uploads/sites/2/2017/07/feeding-cues-term.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Póster formativo con fotos de recién nacidos mostrando señales tempranas, intermedias y tardías de deseo de alimentación.
McMaster Children's Hospital; St. Joseph's Healthcare Hamilton. Cue-based feeding in the neonatal nurseries [Internet]. Hamilton (ON): St. Joseph's Healthcare Hamilton; 2014 (updated 2015 Mar 25). Available from: https://www.stjoes.ca/patients-visitors/patient-education/patient-education-a-e/cue-based-feeding.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ficha técnica de formación para padres que define los componentes de la alimentación basada en las señales del bebé: disposición a mamar, calidad de la toma, técnicas del cuidador.
LACTANCIA MATERNA BASADA EN LAS SEÑALES DEL BEBÉ CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	
World Health Organization. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2009. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148957/	<ul style="list-style-type: none"> ■ La Sesión 3 ("<i>Alimentación complementaria</i>") trata la opción de prolongar la lactancia materna hasta los dos años de edad, o más, con la introducción de sólidos a los seis meses.

Intervenciones Para Fomentar la Lactancia Materna Inicial y Exclusiva (Desde el Parto Hasta los Seis Meses)

RECOMENDACIÓN 2.5:

Enseñar cómo se realiza la extracción manual a todas las personas lactantes antes del alta de la maternidad.

Nivel de Evidencia para el Resumen: Ia, V

Calidad de Evidencia para el Resumen: Alta = 1; Guía: Moderada = 1

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

Se debe enseñar a todas las personas lactantes cómo extraerse manualmente la leche del pecho antes del alta de la maternidad (65). Esto responde a varias razones:

- La extracción manual de la leche materna puede ser un medio de lograr el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna en casos en los que la lactancia directa no es posible por motivos como separación del lactante por enfermedad, hospitalización o prematuridad, bajo suministro de leche materna o reincorporación al trabajo o a los estudios.
- Esta práctica puede ser de ayuda para la persona, según sus preferencias o necesidades.
- La extracción manual de la leche materna puede ser igual de efectiva, o más, que el uso de aparatos eléctricos para fomentar la producción de leche materna (65).

Sin embargo, independientemente de la razón para extraer leche manualmente, la persona que amamanta debe practicar para desarrollar las habilidades y la capacidad necesarias; las enfermeras, el equipo profesional y los pares deben también ofrecer formación (46).

Para el inicio de la lactancia materna puede ser más efectiva la extracción manual que el uso de aparatos para la obtención del calostro; además, el riesgo de causar dolor o traumatismo en el pezón es menor (39). Para ser efectiva, la extracción manual debe comenzar lo antes posible tras el parto como parte de un conjunto de pautas que incluyen relajación, calentamiento del pecho y masaje del pecho (39, 46). Se debe fomentar el masaje del pecho para favorecer una mayor liberación de oxitocina y mejor transferencia de leche (46).

Beneficios y Daños

Los beneficios de aprender a sacar leche manualmente comprenden, entre otros, la mayor confianza y familiaridad de la persona con sus senos y con la producción de leche, y el desarrollo de habilidades para su extracción sin necesidad de recurrir a ningún aparato, como los sacaleches eléctricos o manuales (65).

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO atribuyó gran importancia al aprendizaje de la persona lactante sobre la extracción manual como estándar asistencial y como mecanismo de fomento de producción de leche materna en caso de que la lactancia materna directa no sea posible o preferible.

Además, la clasificación según el panel de expertos de los métodos alternativos de preferencia para la alimentación es consistente con las recomendaciones de la OMS: 1) leche materna extraída fresca; 2) leche materna extraída congelada; 3) leche de donante humano, cuando se dispone de un banco de leche materna acreditado; y (4) leche de fórmula

comercial a partir de leche de vaca. La formación de las personas lactantes para aprender a extraerse leche manualmente ayuda a disponer de leche materna fresca.

Notas Prácticas

La extracción manual puede servir para sostener o aumentar el suministro de leche materna, o se puede usar para mejorar la comodidad en los pechos cuando están llenos o sus conductos están obstruidos (65). La **Recomendación 2.7** trata otras técnicas adicionales a la extracción manual para apoyar o incrementar la producción de leche materna.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
EXTRACCIÓN MANUAL	
Toronto Public Health. Breastfeeding protocols for health care providers. Toronto (ON): Toronto Public Health; 2013. Available from: https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/11/9102-tph-breastfeeding-protocols-1-to-21-complete-manual-2013.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Protocolos desarrollados por una unidad de salud pública de Toronto (Ontario, Canadá) para proteger, promover y apoyar la lactancia materna de forma efectiva. ■ La extracción manual y el masaje del pecho se abordan en el Protocolo n° 19: "Extracción y almacenaje de leche materna"
Morton J. Hand Expression of Breastmilk [Video]. [place unknown]: Stanford Medicine; 2017. Available from: http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/hand-expressing-milk.html	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vídeo educativo del Stanford University Medical Center sobre cómo los profesionales sanitarios pueden enseñar a sacar leche.
Breastfeeding Committee for Canada. The BFI 10 Steps and WHO Code Outcome Indicators for Hospitals and Community Health Services [Internet]. [place unknown]: Breastfeeding Committee for Canada; 2017. Available from: http://www.breastfeedingcanada.ca/documents/Indicators%20-%20complete%20June%202017.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ En el caso de las personas lactantes que tienen a sus bebés en unidades de cuidado especial, o quienes no pueden amamantar o han tenido que separarse de su bebé por enfermedades, trabajo o estudios, la IHAN recomienda: a) que se les enseñe a sacarse leche manualmente en la primera hora tras el parto; b) que se les anime a sacarse leche al menos seis veces al día en las primeras 24 horas; y c) que se les anime a sacarse leche al menos ocho veces en cada periodo de 24 horas a partir de ese momento.
EXTRACCIÓN MANUAL Y ALMACENAMIENTO SEGUROS DE LA LECHE EXTRAÍDA DEL PECHO	
Global Health Media Project. Expressing and storing breast milk [Video]. Waitsfield (VT): [Global Health Media Project]; 2015. Available from: https://globalhealthmedia.org/portfolio-items/expressing-and-storing-breastmilk/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vídeo en el que se muestra cómo se saca leche manualmente y cómo guardarla de forma segura.

EXTRACCIÓN MANUAL Y ALMACENAMIENTO SEGUROS DE LA LECHE EXTRAÍDA DEL PECHO

Infection Prevention and Control Canada. Handing of expressed human milk in health care facilities. [place unknown]: Infection Prevention and Control Canada; 2015. Available from: [http://www.breastfeedingcanada.ca/documents/Human%20Milk%20Position%20Statement%20-%202015March-FINAL\(2\).pdf](http://www.breastfeedingcanada.ca/documents/Human%20Milk%20Position%20Statement%20-%202015March-FINAL(2).pdf)

- Declaración de principios de Infection Prevention and Control Canada sobre la adecuada manipulación de la leche materna como fluido corporal.

Best Start Resource Centre. Expressing and storing breast milk [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2018. Available from: https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/Expressing_Fact%20Sheets_Eng_rev2.pdf

- Recurso que incluye ficha técnica sobre extracción de leche materna y almacenamiento seguro para personas lactantes y sus familias.

Proper Storage and Preparation of Breast Milk [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2017 (updated 2018 May 7). Available from: https://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling_breastmilk.htm

- Guías sobre la preparación y el almacenamiento seguros de leche materna en domicilio de US Centers for Disease Control and Prevention.

Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of hand expression for lactating women. Cochrane Database Syst Rev. 2016;9:CD006170.

- Revisión Cochrane sobre métodos de extracción manual para personas lactantes.
- Algunas medidas efectivas son:
 - empezar a sacar leche poco después del parto en situaciones en las que el neonato no pueda alimentarse directamente del pecho,
 - relajación,
 - masaje en el pecho, y
 - calentamiento del pecho.

MASAJE DEL PECHO PARA FAVORECER LA EXTRACCIÓN MANUAL

Von Voigtlander Women’s Hospital. Breast self-massage for lactating mothers [Internet]. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2016 (updated 2017 Dec). Available from: <http://www.med.umich.edu/1libr/Gyn/Lactation/BreastMassage.pdf>

- Ficha técnica para padres que define el masaje del pecho para personas lactantes, los pasos para realizarlo y las situaciones en las que se debe contactar con un profesional sanitario, como signos de posible infección en los senos.

Breastfeeding Program: For Health-Care Professionals [Internet]. Toronto (ON): Hospital for Sick Children (Sick Kids); c1999–2014. Available from: <http://www.sickkids.ca/breastfeeding-program/education/index.html>

- Serie de aprendizaje online gratuita que incluye un módulo sobre el masaje del pecho como método para ayudar a generar y mantener el suministro de leche.

RELAJACIÓN PARA FAVORECER LA LACTANCIA MATERNA

Shukri NH, Wells JCK, Fewtrell M. The effectiveness of interventions using relaxation therapy to improve breastfeeding outcomes: a systematic review. *Mat Child Nutr.* 2018;14(2):e12563.

- Revisión sistemática que examina la efectividad de la terapia de relajación durante la lactancia materna.
- Se demostró que el tratamiento de relajación aumenta la producción de leche materna en las personas lactantes con neonatos prematuros.
- La evidencia en esta área es limitada y se necesitan estudios adicionales.

Intervenciones Para Fomentar la Lactancia Materna Inicial y Exclusiva (Desde el Parto Hasta los Seis Meses)

RECOMENDACIÓN 2.6:

Implantar intervenciones individualizadas de autoeficacia en la lactancia materna durante todo el periodo perinatal para mejorar la confianza en la lactancia, como:

- asesoramiento individualizado antes del alta de la maternidad;
- seguimiento tras el alta.

Nivel de Evidencia para el Resumen: Ia, Ib

Calidad de Evidencia para el Resumen: Alta = 2

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

La autoeficacia en la lactancia materna se refiere al nivel de confianza de la persona lactante en conseguir dar de mamar. Puede influir en el nivel de motivación y la capacidad de conseguir los objetivos de lactancia (15). La autoeficacia en la lactancia materna se reconoce internacionalmente como una variable modificable que influye en la lactancia materna exclusiva y continuada (15).

Se ha teorizado que existen cuatro factores que influyen en la autoeficacia en la lactancia materna: experiencias de lactancia anteriores; experiencias ajenas, como las experiencias de lactancia materna de terceros; persuasión verbal, como aliento y apoyo; y respuestas fisiológicas, como fatiga o depresión (57).

Mejora Prenatal de la Autoeficacia en la Lactancia Materna

La autoeficacia en la lactancia materna se puede aumentar en el periodo prenatal por medio de estrategias como la formación en lactancia materna y ofreciendo directrices anticipadas en atención primaria, en cuidados comunitarios o en cuidados agudos (59, 62). En la sección “Notas prácticas” se enumeran otros ejemplos de intervenciones prenatales para mejorar la autoeficacia en la lactancia materna.

Mejora de la Autoeficacia en la Lactancia Materna antes del Alta de la Maternidad

Se registraron mayores índices de lactancia materna exclusiva cuando las personas lactantes recibieron una intervención para mejorar su autoeficacia que incluía formación individualizada y apoyo en persona antes del alta de la maternidad (15, 58).

Un ejemplo de intervención de mejora de la autoeficacia en la lactancia materna incluía visitas individuales de una enfermera: una vez en las primeras 24 horas desde el parto, y nuevamente dentro las 24 horas posteriores a la primera visita y antes del alta de la maternidad. En una o en las dos visitas se observa la sesión de lactancia para maximizar los resultados de la toma a través de intercambios verbales de información y aliento a la persona (58). En ambas sesiones, el proceso de valoración, las intervenciones y la evaluación que realiza la enfermera se integran para mejorar la autoeficacia en la lactancia materna. La valoración incluye múltiples componentes relacionados con la autoeficacia, como: objetivos de la persona lactante; su nivel de autoeficacia en la lactancia materna y su percepción de puntos fuertes y débiles (tal y como se mide con el formulario BSES SF); existencia de fatiga o dolor; y estado emocional, incluido cualquier síntoma de depresión o ansiedad. Las intervenciones para mejorar la autoeficacia se individualizaron y se basaron en los resultados de un instrumento de autoeficacia validado, incluidas las áreas en las que la persona lactante obtenía niveles bajos o altos de confianza. Por ejemplo, si la persona lactante calificó como baja su capacidad para determinar

si el recién nacido estaba recibiendo suficiente leche materna, las estrategias para mejorar la autoeficacia incluyeron: formación sobre la lactancia materna, intercambio de información positiva de forma verbal sobre aspectos tales como el agarre efectivo, y orientación temprana sobre experiencias normales de lactancia materna precoz, como la fatiga. Tras las intervenciones, se volvieron a evaluar los ítems de baja puntuación en la escala de autoeficacia en la lactancia materna para identificar cualquier cambio a corto plazo y las áreas en las que hacer seguimiento en la siguiente sesión.

Seguimiento tras el Alta

El seguimiento tras el alta de la maternidad ofrece la ocasión de recibir apoyo continuado y de aprovechar los éxitos, desafíos o fracasos anteriores de la lactancia materna que influyen en la autoeficacia en la lactancia materna (15, 58). La evidencia se muestra favorable a la aplicación de intervenciones continuadas en los primeros meses tras el parto por estimarlas más efectivas que las ofrecidas en el posparto inmediato (58). El apoyo continuado puede disminuir el riesgo de interrupción de la lactancia materna, que es más alto en las primeras cuatro semanas posparto (58). Las intervenciones para la mejora de la autoeficacia ofrecidas tras el alta pueden abordar áreas de preocupación que se asocian positivamente con el riesgo de interrupción de la lactancia materna y el uso de leche de fórmula (15, 58).

Véase la **Recomendación 1.1** para consultar una discusión sobre instrumentos validados y fiables de autoeficacia en la lactancia materna.

Beneficios y Daños

La falta de apoyo por parte de enfermeras, equipo interprofesional y pares puede influir negativamente en la convicción y la confianza de la persona lactante en sus propias capacidades para dar de mamar (45). De forma similar, en situaciones en las que se produce falta de apoyo hacia la lactancia materna, la persona puede sentirse vulnerable ante presiones sociales o familiares y ser más propensa a abandonar la lactancia materna (45).

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO atribuyó gran importancia a la implantación de estrategias de mejora de la autoeficacia en la lactancia materna como determinante modificable de la exclusividad en la lactancia. Las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares pueden mejorar la autoeficacia en la lactancia materna directamente a través de intervenciones dirigidas en esta área, como ayuda y formación.

Notas Prácticas

Existen diversos ejemplos de intervenciones de mejora de la autoeficacia en la lactancia materna que han aumentado significativamente la lactancia materna exclusiva y se han integrado a lo largo de todo el periodo perinatal en diversos entornos (como de cuidados agudos o de atención comunitaria) (58 – 63).

Intervenciones Prenatales

- Formación sobre lactancia materna que incluía información, demostración y/o discusión en temas como la importancia de la lactancia materna y la posición y el agarre.
- Un cuaderno de trabajo orientado a soluciones sobre autoeficacia en la lactancia materna que incluya temas como mejorar el dominio de la lactancia, construir la confianza aprendiendo de otros, explorar respuestas al estrés y mantener la motivación.
- Vídeos de lactancia.
- Talleres en el tercer trimestre.

Intervenciones Posparto

- Valoración de la autoeficacia en la lactancia materna a través de una herramienta validada.

- Formación sobre lactancia materna en formato escrito y multimedia.
- Apoyo y fomento de la lactancia materna.
- Asesoramiento para dar respuesta a preguntas y preocupaciones.
- Incorporación de los principios teóricos de la autoeficacia en la lactancia materna.
- Asistencia práctica con la posición y el agarre al amamantar.
- Entrenamiento para la extracción manual de leche del pecho.
- Revisión de las indicaciones para la evaluación de seguimiento por parte de un especialista en lactancia o médico.
- Discusión de las preocupaciones relativas a la insuficiencia real o percibida de suministro de leche materna.

Recursos de Apoyo

RECURSOS	DESCRIPCIÓN
Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to improve breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: a systematic review and meta-analysis. J Hum Lact. 2017;33(3):486–99.	<ul style="list-style-type: none">■ Revisión sistemática y metaanálisis de intervenciones sobre autoeficacia en la lactancia materna e índices de lactancia materna que indican una mayor probabilidad de amamantar al mes y los dos meses posparto frente a los controles, en distintos entornos.



Intervenciones Para Fomentar la Lactancia Materna Inicial y Exclusiva (Desde el Parto Hasta los Seis Meses)

RECOMENDACIÓN 2.7:

Ofrecer asistencia individualizada para fomentar o mejorar la producción de leche materna, cuando proceda

Nivel de Evidencia para el Resumen: Ia, V

Calidad de Evidencia para el Resumen: Alta = 4; Guía: Moderada = 1

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

Situaciones de Lactancia que Requieren Estrategias Temporales o Permanentes para Mantener o Mejorar el Volumen de Leche Materna

En la mayoría de las situaciones, la integración de la lactancia materna basada en las señales del bebé y la efectividad en la posición, el agarre y la transferencia de leche estimulan suficiente volumen de leche en el pecho para mantener unos parámetros normales de crecimiento para el lactante (33). En ese caso, no se hace necesaria ninguna estrategia para mejorar el volumen de leche materna (33).

Sin embargo, hay circunstancias que pueden afectar a la persona lactante, al neonato, al lactante o al niño pequeño (o a la díada lactante) en las que sí está indicada la aplicación de estrategias individualizadas para mantener o mejorar el volumen de leche materna. Estas estrategias, que pueden seguirse de forma temporal o permanente, están orientadas al inicio, la exclusividad y la continuación de lactancia materna. En las **Tablas 9 y 10** se incluyen algunos ejemplos de dichas situaciones.

Tabla 9: Ejemplos de Situaciones en Personas Lactantes que Requieren Estrategias Temporales o Permanentes Para Mantener o Mejorar el Volumen de Leche Materna

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PECHO	ENFERMEDADES	PROBLEMAS DE SUMINISTRO DE LECHE	COMPLICACIONES PERINATALES	OTRAS SITUACIONES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Dolor en el pezón ■ Pechos llenos ■ Mastitis ■ Obstrucción de conductos ■ Pezones planos o invertidos ■ Antecedentes de cirugía de mama 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Síndrome de ovario poliquístico ■ Consumo de medicamentos incompatibles con la lactancia 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bajo suministro de leche o insuficiencia de leche (IMS) ■ Lactancia inducida 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Parto complicado o prolongado (p.ej., parto por cesárea no planificada o parto vaginal instrumentado) ■ Dolor o extenuación tras el parto ■ Trastornos del estado de ánimo ■ Hemorragia posparto ■ Síndrome de Sheehan (hipopituitarismo y secreción deficiente de prolactina) ■ Retención de tejido de placenta 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestación surrogada ■ Consumo frecuente de alcohol o tabaco ■ Separación por causas como custodia, re-incorporación al trabajo o los estudios, encarcelamiento ■ Decisión informada ■ Preferencia personal ■ Lactancia inducida (p.ej., padres no biológicos) ■ Relactación o lactancia inducida

RECOMENDACIONES

Fuentes: Flint A, New K, Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. Cochrane Database Syst Rev. 2016;8:CD005092; Whitford HM, Wallis SK, Dowswell T, et al. Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2:CD012003; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #9: use of galactagogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion. Breastfeed Med. 2011 Feb;6(1):41–9; Jaafar HS, Ho JJ, Lee SK. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016;8:CD006641; and Moran VH, Morgan H, Rothnie K, et al. Incentives to promote breastfeeding: a systematic review. Pediatrics. 2015;135(3):e687–e702.

Tabla 10: Ejemplos de Situaciones de Lactantes que Requieren Estrategias Temporales o Permanentes Para Mantener o Mejorar el Volumen de Leche Materna

ENFERMEDADES	TRASTORNOS CONGÉNITOS	COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL PARTO	OTROS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Enfermedad o cirugía que precisen hospitalización ■ Hiperbilirrubinemia 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Síndrome clínico (p.ej., síndrome de Down) en el que la lactancia materna directa puede implicar dificultades adicionales ■ Anquiloglosia anterior y posterior ■ Hendidura orofacial 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Complicaciones transitorias, como hipoglucemia, estrés respiratorio o cardíaco, síndrome de abstinencia neonatal ■ Prematuridad ■ Parto vaginal instrumentado con fórceps o con ventosa ■ Parto múltiple 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Preocupaciones sobre aumento insuficiente de peso y/o retraso en el desarrollo del neonato

Fuentes: Flint A, New K, Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. Cochrane Database Syst Rev. 2016;8:CD005092; Whitford HM, Wallis SK, Dowswell T, et al. Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2:CD012003; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #9: use of galactagogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion. Breastfeed Med. 2011 Feb;6(1):41–9; Jaafar HS, Ho JJ, Lee SK. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016;8:CD006641; and Moran VH, Morgan H, Rothnie K, et al. Incentives to promote breastfeeding: a systematic review. Pediatrics. 2015;135(3):e687–e702.

Independientemente de la estrategia escogida para mantener o mejorar el suministro de leche materna, en primer lugar se deben adoptar medidas como el inicio del contacto piel con piel, la observación de una sesión de lactancia, proporcionar formación y reducción o cese de suplementación con leche de fórmula (46). En aquellos casos en los que estuvieran indicadas intervenciones adicionales, se deben usar enfoques individualizados que tengan en cuenta variables como: a) si se ha iniciado o establecido el suministro de leche materna; y b) las preferencias y objetivos a corto y largo plazo de la persona lactante (39).

Las estrategias para lograr la extracción de la leche del pecho incluyen extracción manual (tratado en la **Recomendación 2.5**), extracción asistida con sacaleches o posible uso de galactogogos (33, 39, 66). El uso de estas estrategias puede mantener o aumentar la producción de leche materna en casos en los que de otra forma no sería posible. Con independencia de la estrategia empleada, está indicado monitorizar y realizar un estrecho seguimiento (46).

Extracción Asistida

La extracción asistida con sacaleches se puede utilizar para fomentar o incrementar la producción de leche (39). Los distintos tipos de sacaleches empleados para mantener o mejorar el suministro de leche materna pueden ser manuales o eléctricos y de extracción simple o doble (39). No hay suficiente evidencia para recomendar un tipo concreto de aparato para el inicio o mantenimiento del suministro de leche materna: tanto los sacaleches manuales como los aparatos de bajo coste pueden ser tan efectivos como los aparatos eléctricos o de uso hospitalario (39). Es preciso disponer de más estudios en este ámbito para determinar el tipo de aparato, el tiempo y la frecuencia más adecuados para fomentar la producción de leche materna (66).

Cuando está indicado el uso de sacaleches para iniciar, mantener o mejorar el suministro de leche materna, se debe enseñar a las personas lactantes, entre otras cosas, cómo funciona un sacaleches, la frecuencia y duración de la extracción, cómo limpiar y mantener el aparato y cómo almacenar de forma segura la leche extraída del pecho (39). La observación de una o más sesiones de extracción asistida puede ser de ayuda para la persona lactante y ayudar a reforzar los conceptos aprendidos (39).

La formación también ayuda a las personas lactantes a evitar complicaciones derivadas de la extracción asistida a que puede dar lugar la estimulación excesiva o insuficiente del pecho. Por ejemplo, una extracción demasiado frecuente o demasiado prolongada puede causar daño en el pezón o congestión mamaria. Por el contrario, la extracción insuficiente del sacaleches reduce la estimulación de la mama, lo que conlleva la reducción en el suministro de leche o insuficiencia de leche, reduce la probabilidad de exclusividad y puede ocasionar un cese temprano de la lactancia materna (39). Para resultar efectiva como intervención, la extracción asistida debe adecuarse a las necesidades de la díada lactante. Estas necesidades pueden cambiar en el tiempo y deben ser valoradas periódicamente (39).

Galactogogos

Los galactogogos son medicamentos prescritos u otras sustancias que pueden mantener o mejorar la producción de leche materna, aunque la evidencia sobre su eficacia es limitada (46). La práctica de prescribir medicamentos como los galactogogos en la mayor parte de los países no está autorizada, ya que dichos medicamentos no han sido aprobados por los organismos reguladores competentes para la mejora de la lactancia materna (46). Por lo tanto, cuando se considera que un medicamento recetado es un galactogogo, se debe utilizar un proceso de toma de decisiones informado que reconozca todos estos componentes, incluidos los riesgos de la exposición al medicamento y los beneficios de la lactancia materna continuada (46).

No se puede recomendar la prescripción de ningún galactogogo en concreto debido a la falta de resultados concluyentes sobre su eficacia y el potencial riesgo de efectos adversos (46). Está indicada la detección de contraindicaciones o interacciones con otros medicamentos, y se debe garantizar un uso prudente así como llevar a cabo una supervisión estrecha y seguimiento (46). Antes de probar con un galactogogo prescrito se deben probar todas las estrategias no farmacológicas (como se ha visto anteriormente en relación a la extracción asistida) (39, 46, 66).

Además de los medicamentos, históricamente se han usado productos herbales como galactogogos para mantener o mejorar la lactancia (46). Se desconoce el mecanismo de actuación de estos productos —como el fenogreco, el cardo mariano o el diente de león— y se carece de una evaluación científica rigurosa (46). Además, los estudios sobre uso de hierbas son limitados debido a los pequeños tamaños muestrales y a las fuentes de sesgo (como falta de aleatorización y enmascaramiento). Finalmente, se debe tener precaución en el uso de estos productos para mejorar la producción de leche, ya que no disponemos de dosis estandarizadas de estos preparados ni de suficiente información sobre potenciales reacciones alérgicas o interacciones con otros medicamentos (46).

Beneficios y Daños

Algunas medidas como la extracción manual o la asistida pueden aumentar la sensación de logro y confianza en las personas que amamantan, lo que puede ayudarlas a conseguir establecer y mantener un suministro de leche materna adecuado (39). Estos factores pueden contribuir a una lactancia materna continuada (39).

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO atribuyó gran importancia a que todas las personas lactantes empleen estrategias como la extracción manual o asistida de leche como medio de favorecer su suministro de leche materna para lograr exclusividad y continuación. Se pueden usar estas estrategias para mejorar el volumen de leche materna, pero solo cuando esté clínicamente indicado. En caso de que la producción de leche sea suficiente, es innecesario y se debe desalentar el recurso a estrategias como la extracción asistida o los galactogogos.

Notas Prácticas

La domperidona es un medicamento que se ha prescrito como galactogogo fuera de las indicaciones autorizadas (46). Como antagonista de la dopamina, su efecto secundario es el aumento de los niveles de prolactina, que pueden mejorar la producción de leche materna. El Ministerio de Salud de Canadá emitió advertencias de seguridad para la domperidona en 2015 debido a un pequeño aumento del riesgo de arritmias cardíacas graves y muerte cardíaca súbita observada en personas mayores de 60 años de edad. Como tal, se recomienda realizar una valoración cardíaca (p.ej., un electrocardiograma) antes de prescribir domperidona y llevar un estrecho seguimiento (67).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
EXTRACCIÓN ASISTIDA	
Centers for Disease Control and Prevention. How to keep your breast pump kit clean [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; [date unknown]. Available from: https://www.cdc.gov/healthywater/pdf/hygiene/breast-pump-fact-sheet.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ficha técnica sobre los pasos para usar un aparato de extracción o sacaleches y recoger de forma segura la leche materna.
Institut National de Santé Publique Québec. From Tiny Tot to Toddler: Expressing milk [Internet]. Québec (QC): Government of Québec; c2001–2018. Available from: https://www.inspq.qc.ca/en/tiny-tot/feeding-your-child/breast-feeding-your-baby/expressing-milk	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guía práctica para padres de niños pequeños desde el embarazo hasta los dos años de edad, con información sobre lactancia materna, incluida la extracción de leche, la elección del sacaleches y la compra de aparatos de segunda mano.
Enger L, Hurst NM. Patient education: Pumping breast milk (Beyond the Basics) [Internet]. [place unknown]: UpToDate; c2018 (updated 2018 Mar 12). Available from: https://www.uptodate.com/contents/pumping-breast-milk-beyond-the-basics?source=see_link	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso de formación para pacientes sobre extracción asistida, que abarca cómo elegir un aparato sacaleches, cómo extraer la leche y cómo guardarla.
Morton J. Maximizing Milk Production with Hands-On Pumping [Video]. [place unknown]: Stanford Medicine; c2017. Available from: https://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/maximizing-milk-production.html	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vídeo en el que se muestra cómo la persona lactante puede incrementar la producción de leche materna sin uso de medicación.

GALACTOGOGOS

FDA Talk Paper: FDA Warns Against Women Using Unapproved Drug, Domperidone, to Increase Milk Production [Internet]. Silver Spring (MD): U.S. Food and Drug Administration; 2004 (updated 2016 Apr 18). Available from: <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/ucm173886.htm>

- Declaración de advertencia de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) sobre el uso de la domperidona oral como medicamento no aprobado para la lactancia, y los riesgos relacionados de morbilidad y mortalidad relacionadas con el corazón por exposición intravenosa.

MEJORA DEL SUMINISTRO DE LECHE MATERNA POR INDICACIÓN CLÍNICA

Von Voigtlander Women's Hospital. Increasing breast milk supply [Internet]. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2017 (updated 2017 Dec). Available from: <http://www.med.umich.edu/1libr/Gyn/Lactation/IncreasingMilkSupply.pdf>

- Recurso formativo para personas lactantes y sus familias sobre cómo aumentar el suministro de leche materna usando estrategias como el contacto piel con piel o la extracción asistida (cuando esté indicado).
- Se tratan las causas de una disminución en la producción de leche, como tomas poco frecuentes, sueño del bebé y tomas con horario pautado.

Intervenciones Para Fomentar la Lactancia Materna Inicial y Exclusiva (Desde el Embarazo y el Parto Hasta los Seis Meses)

RECOMENDACIÓN 2.8:

Ofrecer servicios de apoyo proactivo y continuado a la lactancia materna para abordar las necesidades individualizadas de la díada lactante.

Nivel de Evidencia para el Resumen: Ia

Calidad de Evidencia para el Resumen: Alta = 4; Moderada = 2

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

Apoyo a la Lactancia Materna

Como intervención, el apoyo a la lactancia materna ayuda a las personas a alcanzar sus objetivos, reducir el riesgo de interrupción de la lactancia materna y enfrentarse a cualquier problema (45). Disponer de apoyo a la lactancia materna se asocia positivamente con la exclusividad hasta los seis meses y una disminución en la prevalencia de la interrupción de la lactancia materna parcial o exclusiva antes de los seis meses (19, 45, 47). En entornos con altas tasas de inicio de lactancia materna (es decir, el 80% o más), el apoyo fue más efectivo para reducir el cese de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses (45). Sin embargo, fue menos efectivo en entornos con índices moderados de inicio de lactancia (60 a 80%) o bajos índices de inicio (menos del 60%) (45). Además de aumentar los índices de lactancia materna exclusiva y continuada, el apoyo también incrementó la motivación, la persistencia y la confianza en la lactancia (47).

El apoyo a la lactancia materna se asocia positivamente con menor incidencia de enfermedad, menor necesidad de asistencia sanitaria y mejor coste-efectividad (37). Por ejemplo, los niños de familias con bajos ingresos que contaban con apoyo personal a cargo de enfermeras comunitarias y pares durante seis meses posparto mantuvieron la lactancia materna durante más tiempo, realizaron menos visitas clínicas por problemas de salud y precisaron menos prescripciones médicas por enfermedad (48). Se determinó que el coste de la intervención de apoyo a cargo de enfermeras y pares era inferior al de los complementos de fórmula y la asistencia sanitaria infantil (48).

El apoyo puede promover actitudes positivas ante la lactancia materna (45). Por ejemplo, en poblaciones en las que la lactancia materna es infrecuente, el apoyo puede abordar los mitos y demás ideas erróneas relativos a la importancia de la lactancia materna y las necesidades del bebé lactante (45). De forma similar, en poblaciones en las que la lactancia materna no es la norma social, el apoyo puede apuntalar el nivel de confianza de la persona lactante para iniciar y continuar la lactancia materna (45). Como tal, el apoyo puede influir en las elecciones sobre alimentación infantil y puede promover la lactancia materna exclusiva y continuada como norma (45).

Soporte de Pares para la Lactancia Materna

Los pares de lactancia materna pueden definirse como proveedores no profesionales que están: a) dentro y fuera de la red social de la persona que amamanta; b) han vivido la experiencia de la lactancia materna; y c) a veces comparten otras cualidades con la persona lactante, como un parecido nivel socioeconómico o bagaje cultural (37, 45). Los pares de apoyo pueden ser amigos, otras personas lactantes u otras personas no profesionales (como visitantes de apoyo familiar) (37, 45).

Los pares pueden ofrecer con efectividad apoyo a la lactancia, tanto de forma independiente como en colaboración con enfermeras y miembros del equipo interprofesional (37). Para colaborar con efectividad, las enfermeras y el equipo

interprofesional deben conocer el papel y las ventajas que aportan los pares y favorecer su implicación con las personas lactantes mediante estrategias como la visita domiciliaria, el contacto telefónico y las sesiones de grupo de apoyo (37, 49). En entornos en los que no es posible contar con enfermeras o equipos interprofesionales para dar apoyo a la lactancia materna, el apoyo de los pares por sí solo puede constituir un enfoque alternativo (37).

El apoyo de los pares resulta efectivo para aumentar el inicio, la exclusividad y la confianza en la lactancia materna (37, 50). Los pares proporcionan una estrategia accesible y coste-efectiva para promover e influir en la lactancia materna exclusiva (37). A través de las relaciones con los pares, las personas lactantes pueden sentirse apoyadas con estrategias prácticas para la lactancia materna en el día a día (37, 50). A diferencia de las enfermeras y otros miembros del equipo interprofesional, los pares de lactancia se perciben como singularmente iguales a la persona lactante y su ayuda puede mejorar cuando comparten el lenguaje de la persona lactante, sus valores culturales, nivel de ingresos o educación, lo que puede ser especialmente ventajoso en el caso de poblaciones vulnerables ante la lactancia materna, como personas aisladas, racializadas o marginadas (37, 50).

Ofrecer Servicios de Apoyo Proactivo y Continuado a la Lactancia Materna

Parece que el apoyo a la lactancia materna resulta más efectivo cuando se ofrecen servicios de forma continua a las personas que amamantan y que pueden tener previstos (es decir, apoyo proactivo) (45). Esto contrasta con los servicios de apoyo a la lactancia materna a los que sólo se puede acceder después de que la persona lactante los ha solicitado (esto es, apoyo reactivo) (45).

El apoyo tiene el mayor impacto en la lactancia materna exclusiva cuando forma parte de los servicios que se prestan regularmente durante varias sesiones (45). Por ejemplo, los programas de apoyo a la lactancia materna de cuatro a ocho sesiones que se prolongan durante un período más largo (es decir, de cinco semanas a seis meses) parecen tener un mayor efecto en los índices de exclusividad (45, 47). Por contra, no se halló que un menor número de sesiones de apoyo (es decir, un único contacto durante la hospitalización) o un mayor número de sesiones (esto es, más de ocho) fueran efectivas para incrementar los índices de lactancia materna exclusiva (45, 47).

Se pueden ofrecer servicios efectivos de apoyo a la lactancia materna tanto presenciales como por teléfono (45). El apoyo presencial o cara a cara parece ser más efectivo para reducir el cese de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, en comparación con el apoyo ofrecido por teléfono o la combinación de ambos métodos, aunque hubo heterogeneidad en los tipos de apoyo ofrecido (45). Independientemente del tipo de apoyo, este debe venir de la mano de enfermeras o miembros del equipo interprofesional que cuenten con los conocimientos y las habilidades necesarios en las prácticas de lactancia materna (45). La **Recomendación 3.1** aborda la necesidad de ofrecer formación continua sobre lactancia materna utilizando los conocimientos teóricos actuales basados en datos empíricos y aplicando las habilidades prácticas.

Los servicios de apoyo a la lactancia pueden ofrecerse en numerosos entornos, como centros comunitarios, domicilios y hospitales, incluidos los centros designados como IHAN (45, 47). El apoyo, además, puede ofrecerse de forma individual o en grupo, y también a parejas (45, 47). La disponibilidad de apoyo en múltiples sectores de la salud, aumenta la accesibilidad y se puede apoyar y promover la lactancia materna exclusiva (19).

Apoyo Individualizado a la Díada Lactante

Independientemente del entorno, el apoyo a la lactancia materna debe estar adaptado a las necesidades de la población (45). Algunos ejemplos de estrategias para lograr la lactancia materna individualizada son: visitas diarias a cargo de enfermeras y equipo interprofesional para tratar distintos temas o preocupaciones mientras la persona lactante permanece hospitalizada tras el parto; contacto telefónico semanal continuado tras el alta; visitas domiciliarias en la primera semana posparto, con visitas adicionales si fuese necesario (51). Los temas que se tratan en las visitas variarán en función de las necesidades y los objetivos de la persona lactante.

Beneficios y Daños

Cuando no hay colaboración entre pares, enfermeras y equipo interprofesional, el apoyo de los pares por sí solo no resultó ser efectivo para aumentar la lactancia materna continuada (37).

Valores y Preferencias

El panel de expertos atribuyó un gran valor a las enfermeras, al equipo interprofesional y a los pares que desempeñan un papel integral en la facilitación del apoyo a la lactancia materna a través de estrategias de promoción, derivación y coordinación de recursos y servicios de apoyo comunitarios y de pares.

La formación de los pares es importante. La evidencia sugiere que las personas lactantes prefirieron el apoyo de aquellos pares que habían recibido formación en lactancia materna.

Notas Prácticas

El apoyo a la lactancia materna es complejo y multidimensional, y puede incluir cualquiera de los siguientes aspectos:

- apoyo emocional o psicosocial;
- consuelo;
- felicitaciones o elogios;
- fomento de la autoestima;
- ayuda práctica;
- información a través del abordaje de temas y la respuesta a las preguntas de la persona;
- extensión del apoyo social, incluida la conexión con otras personas lactantes a través de grupos de apoyo u otras redes;
- aumento del conocimiento de la persona sobre la importancia de la lactancia materna;
- apoyo a la continuación de la lactancia materna y contrarrestar las presiones sociales o familiares que puedan socavar la confianza en la lactancia materna o los objetivos; y
- abordaje de mitos e ideas erróneas sobre la leche materna y la necesidad de recurrir a complementos alimenticios antes de que el bebé cumpla seis meses (45).

A continuación se incluyen algunos ejemplos de servicios de apoyo a la lactancia materna extraídos de la evidencia:

- Llamadas telefónicas diarias de forma proactiva a la persona que amamanta durante la primera semana después del parto, seguidas de apoyo telefónico (según proceda) hasta dos semanas después del parto, con la opción adicional de mensajes de texto.
- Información sobre lactancia materna, incluido el acceso a un sitio web seguro con amplia información sobre lactancia materna. Además, se dio seguimiento mediante correo electrónico y llamadas telefónicas a la persona lactante y su pareja hasta tres semanas después del parto para abordar preguntas y preocupaciones individuales.
- Apoyo de un asesor de lactancia, con múltiples visitas prenatales, una visita hospitalaria y llamadas telefónicas de seguimiento durante tres meses o hasta el cese de la lactancia materna.
- Visitas presenciales en el hospital y el domicilio durante cuatro meses tras el parto, con acceso a una línea 24 horas de emergencia como apoyo a la lactancia materna.
- Valoración y seguimiento en una clínica posparto a cargo de enfermeras, asesores de lactancia y médicos de familia. La primera cita se programó para 48 horas después del alta e incluía la valoración de la diada lactante. Se ofrecieron citas de seguimiento, según procediese, hasta seis semanas después del parto (52-56).

Los pares de lactancia ofrecieron diversos tipos de apoyo a lo largo de todo el periodo perinatal, por ejemplo:

- Educación personalizada y apoyo con materiales escritos (p.ej., folletos), vídeos y herramientas educativas (como muñecas de lactancia para demostraciones) a lo largo del embarazo.
- Apoyo individual a través de visitas en persona antes del alta de la maternidad.
- Apoyo de seguimiento y consejos prácticos sobre la lactancia materna por teléfono, visitas a domicilio y grupos de apoyo después del alta. Se utilizaron materiales educativos, pero con menos frecuencia que durante el período prenatal (37).

Al igual que las enfermeras y el equipo interprofesional, los pares necesitan formación para la educación sobre lactancia materna para ser efectivos (37). Para los pares, las enfermeras y el equipo interprofesional que trabajan juntos puede ser útil que reciban formación juntos: así se asegurarán de aprender y proporcionar información unificada a las personas lactantes y a sus familias (37). Además, la formación puede mejorar las habilidades de los pares en áreas como comunicación y conocimiento sobre la lactancia materna, incluidas estrategias de resolución de problemas relacionados con la lactancia (37).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
APOYO Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	
Breastfeeding [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2017 (updated 2018 Mar 21). Available from: https://www.cdc.gov/breastfeeding/promotion/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estrategias para fomentar la lactancia materna para familias, comunidades, servicios sanitarios, empleados e infraestructuras sanitarias públicas.
SOPORTE DE PARES PARA LA LACTANCIA MATERNA	
La Leche League Canada [Internet]. Pickering (ON): La Leche League Canada; [date unknown]. Available from: https://www.lllc.ca/	<ul style="list-style-type: none"> ■ El sitio web de La Leche League Canada incluye información sobre lactancia materna y otros recursos para fomentar la lactancia materna a través del apoyo de los pares.
INTEGRACIÓN DEL APOYO DE LOS PARES CON ENFERMERAS Y EQUIPO INTERPROFESIONAL	
Best Start Resource Centre. Developing and sustaining breastfeeding peer-support groups [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre/Health Nexus; 2015. Available from: https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/B10_BF_Peer_Support_Programs_ENG_final.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso sobre el proceso de planificación, inicio y mantenimiento de un programa voluntario para pares de lactancia.

INTEGRACIÓN DEL APOYO DE LOS PARES CON ENFERMERAS Y EQUIPO INTERPROFESIONAL

Best Start Resource Centre. Breastfeeding peer support training toolkit. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2016.

- Conjunto de estrategias para preparar a los voluntarios de apoyo entre pares.

Kaiser Permanente Medical Care Program. Improving hospital breastfeeding support implementation toolkit [Internet]. Oakland (CA): Kaiser Permanente Medical Care Program; 2013. Available from: <http://kpcmi.org/wp-content/uploads/2013/03/kaiser-permanente-breastfeeding-toolkit.pdf>

- Conjunto de herramientas sobre promoción de la lactancia materna diseñado para ayudar en la planificación e implantación de proyectos de mejora del rendimiento y el apoyo de los pares de lactancia materna en un entorno hospitalario.



Intervenciones Para Fomentar la Lactancia Materna Inicial y Exclusiva (Desde el Parto Hasta los Seis Meses)

RECOMENDACIÓN 2.9:

Facilitar la toma de decisiones informada respecto al uso del chupete.

Nivel de Evidencia para el Resumen: Ia

Calidad de Evidencia para el Resumen: Alta = 1

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

La investigación indica que el uso del chupete no influyó significativamente en los índices de lactancia materna exclusiva o parcial a los cuatro meses cuando se inició su uso tras el parto o tras el establecimiento de la lactancia en personas lactantes muy motivadas para amamantar (68). Para ayudar a tomar decisiones informadas sobre el uso del chupete, las personas lactantes deben ser conscientes de la limitada evidencia en esta área: los resultados que indican que el chupete no influye en la duración de la lactancia exclusiva o parcial se limitaron a lactantes hasta los cuatro meses de edad cuyos padres estaban muy motivados para amamantar (68). El uso de chupetes, especialmente en casos de uso frecuente o prolongado, pueden potenciar ciertos problemas de la lactancia, como “la confusión de pezón”, o la insuficiencia de leche materna y desarrollar preferencia por el chupete (68). Por tanto, las personas lactantes necesitan apoyo para tomar una decisión informada respecto al uso del chupete (68).

Históricamente, se han usado los chupetes para dar respuesta a la necesidad biológica de succión del lactante, incluida la succión no nutritiva, y para prevenir la sensación de dolor y ansiedad por su efecto calmante (68). La decisión que deben tomar los padres respecto al uso del chupete se ve influida por otras variables, como cultura, motivación y psicología (69). El uso del chupete varía de ninguno en absoluto a frecuente, con el impacto correspondiente en la lactancia materna. Por ejemplo, la exposición frecuente y prolongada al chupete puede hacer que el bebé lo prefiera frente al pezón de la persona lactante; por el contrario, el uso ocasional o esporádico del chupete por breve espacio de tiempo para calmar al bebé probablemente no tiene efecto en la frecuencia de las tomas y el suministro de leche (68).

El uso del chupete varía en cuanto a técnica de succión respecto a la lactancia: el chupete requiere succiones cortas y rápidas con mínimo esfuerzo, en tanto que para la lactancia es preciso que el bebé abra bien la boca, coloque la lengua bajo la areola y succione lenta y profundamente (68). Los bebés que usan chupete pueden sufrir “confusión de pezón” si utilizan la técnica de succión del chupete con el pecho, lo que puede dar lugar a complicaciones en la lactancia materna (como reducción del suministro de leche por insuficiente estimulación del pecho) (68). La insuficiencia de leche resultante puede hacer que el bebé llore más y se muestre más irritable, lo que posiblemente lleve a un mayor uso de complementos de fórmula (68). No obstante, el uso del chupete puede prolongar el intervalo entre tomas y posiblemente aumentar la ingesta de leche en cada una de ellas, dado que el lactante puede tener más hambre en el momento de la toma (68). Finalmente, la lactancia sin restricciones y basada en las señales del bebé sin uso del chupete puede dar como resultado la estimulación frecuente del pecho y favorecer que la díada lactante logre ser efectiva en posición y agarre para favorecer la producción de leche y aumentar el éxito de la lactancia (68).

Beneficios y Daños

Un efecto protector del chupete es la reducción del riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) cuando se usa durante las siestas o a la hora de acostarse y tras el establecimiento de la lactancia (68). Sin embargo, promover el uso del chupete no va en línea con las recomendaciones de la OMS/UNICEF y aunque sí que se ha establecido una asociación entre el chupete y un menor riesgo de SMSL, no se ha establecido una relación causal (causa - efecto) (68). No se han determinado otros resultados, como problemas con la lactancia o el efecto del uso del chupete en la salud infantil a largo plazo (p.ej., riesgo de maloclusión dental, caries u otitis media), debido a la falta de investigación (68).

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO ha señalado que el uso de chupetes puede hacer que los padres pasen por alto las señales del bebé y que la menor estimulación no nutritiva derivada del uso del chupete puede influir negativamente en el suministro de leche materna. El panel de expertos atribuyó gran importancia a la formación que dan enfermeras, equipos interprofesionales y pares para reconocer y dar respuesta a las señales del bebé para alimentarse.

Notas Prácticas

Para facilitar la toma de decisiones informada respecto al chupete y la lactancia, algunos planteamientos de las principales autoridades de Norteamérica son:

- Los Indicadores de resultado de los *Diez Pasos IHAN* y del *Código de la OMS para hospitales y servicios de salud comunitaria* recomiendan no facilitar chupetes ni tetinas a los niños lactantes para fomentar el inicio y la exclusividad de la lactancia y evitar el uso de complementos de fórmula (7, 21).
- El American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome [Grupo de Trabajo de la Academia Americana de Pediatría sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante o SIDS, por sus siglas en inglés] es favorable a que se ofrezcan chupetes cuando el progenitor está colocando al bebé para dormir (68). Sin embargo, la introducción del chupete debe posponerse hasta que la lactancia materna esté bien instaurada (68).
- La *Declaración Conjunta* del Ministerio de Salud de Canadá sobre *Sueño Seguro* indica que los chupetes proporcionan un efecto protector para el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y que a los bebés que usan un chupete se les debe ofrecer uno cada vez que duermen (70). Sin embargo, la lactancia materna debe estar bien instaurada antes de introducir el chupete (70).
- La Recomendación 3.6 de la Guía de RNAO sobre el *Trabajo con las familias para promover el sueño seguro para los bebés de 0 a 12 meses* (2014) es favorable a que los padres o los cuidadores tomen una decisión informada sobre el uso del chupete. Se destaca la responsabilidad de las enfermeras como apoyo para la toma de decisiones informada a través de la formación y el asesoramiento. La evidencia citada señala el efecto protector del chupete frente al SMSL, pero señala que dicha evidencia tenía limitaciones metodológicas. Por ejemplo, el papel protector de un chupete ante el SMSL es mucho menor en estudios en los que se ha comparado su uso rutinario frente al no uso. En relación con la lactancia materna, se ha sugerido que los chupetes tienen una asociación negativa con la duración de la lactancia materna (hasta tres veces menos), pero este resultado puede depender de variables como la frecuencia y el inicio del uso. Puede encontrar más información en <http://rnao.ca/bpg/guidelines/safe-sleep-practices-infants>

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
DECLARACIONES DE AUTORIDADES SANITARIAS SOBRE EL USO DEL CHUPETE Y LA LACTANCIA MATERNA	
Ponti M; Canadian Paediatric Society Community Paediatrics Committee. Recommendations for the use of pacifiers. Paediatr Child Health. 2003;8(8):515-9.	<ul style="list-style-type: none"> Informe de posicionamiento de la Canadian Paediatric Society (Sociedad de Pediatría de Canadá) que reconoce que el uso de chupetes es un factor que contribuye a un destete precoz. No recomienda de forma concluyente los chupetes por los múltiples factores y tendencias que influyen en el comportamiento.
Public Health Agency of Canada. Joint Statement on Safe Sleep: Preventing Sudden Infant Deaths in Canada [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; [date unknown] (updated 2018 Apr 23). Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/stages-childhood/infancy-birth-two-years/safe-sleep/joint-statement-on-safe-sleep.html	<ul style="list-style-type: none"> Declaración de diversos expertos de Norteamérica en el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y su prevención. Se cree que los chupetes son un factor de protección frente al SMSL. La introducción del chupete debe posponerse hasta que la lactancia materna está bien consolidada.
REVISIONES SISTEMÁTICAS E INVESTIGACIÓN PRIMARIA SOBRE EL USO DEL CHUPETE Y LA LACTANCIA MATERNA	
Buccini GDS, Perez-Escamilla R, Paulino LM, et al. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: systematic review and meta-analysis. Matern Child Nutr. 2017;13(3):e12384.	<ul style="list-style-type: none"> Revisión sistemática y metaanálisis que investigan la asociación entre el uso del chupete y la interrupción de la lactancia materna exclusiva. La revisión halló una asociación sólida entre el uso del chupete y la interrupción de la lactancia materna exclusiva. La revisión apoya la recomendación de la OMS sobre el uso del chupete y el riesgo de bajos resultados de lactancia materna.
Kair LR, Kenron D, Etheredge K, et al. Pacifier restriction and exclusive breastfeeding. Pediatrics. 2013;131(4):e1101-7.	<ul style="list-style-type: none"> Estudio retrospectivo que concluye que el uso restringido del chupete en unidades de posparto se asociaba a menor lactancia materna exclusiva. Los resultados indican que son necesarios más estudios para determinar el impacto del chupete, si lo hubiera, en el inicio y la exclusividad de la lactancia materna en el primer periodo de vida del neonato.

Intervenciones Para Fomentar la Lactancia Materna Inicial, Exclusiva y Exclusiva (Desde el Embarazo y Parto Hasta los Dos Años y Más)

RECOMENDACIÓN 2.10:

Ofrecer formación sobre lactancia materna durante el periodo perinatal y mientras continúe la lactancia materna:

- en distintos entornos;
- mediante distintos enfoques, incluidos aquellos adaptados a las necesidades de poblaciones vulnerables.

Nivel de Evidencia para el Resumen: la

Calidad de Evidencia para el Resumen: Alta = 2; Moderada = 5

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

Las intervenciones formativas favorecen la intención, el inicio, la exclusividad y la continuidad de la lactancia materna y ofrecen la oportunidad de influir positivamente en las elecciones de la persona (71). Se puede ofrecer formación en diversos entornos a través de distintos enfoques, incluidos los adaptados a las necesidades de poblaciones vulnerables^G, como ya hemos visto.

La Formación sobre la Lactancia Materna Incrementa los Índices de Exclusividad y Continuación

Las intervenciones formativas mejoran los índices de exclusividad y continuación de la lactancia materna cuando corren a cargo de enfermeras, equipos interprofesionales y pares que han recibido formación basada en planteamientos y conocimientos basados en la evidencia actual (38, 47, 72—73). Se ha identificado que la falta de conocimiento de las personas lactantes es un obstáculo y un factor de riesgo modificable (46). Las intervenciones formativas han demostrado ser aproximadamente el doble de efectivas para la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, en comparación con el cuidado normal (71). La formación influye positivamente en el nivel de motivación para amamantar y seguir adelante con la lactancia cuando se experimentan problemas (47, 71). La formación reduce el riesgo de no dar de mamar o de no hacerlo de forma exclusiva hasta los seis meses, en una intervención gestionada por los pares de lactancia (71). Las investigaciones sugieren que las primíparas y las múltiparas se benefician de la educación, incluyendo aquellas que dan de mamar por primera vez y aquellas con experiencia previa (71, 73).

Ofrecer Formación sobre Lactancia Materna durante el Periodo Perinatal y mientras continúe la Lactancia Materna

Las intervenciones formativas que comienzan en el embarazo y continúan hasta el posparto resultaron más efectivas que las desarrolladas en un periodo de tiempo más corto (19, 71). La formación que incluyó de tres a seis sesiones impartidas por enfermeras y el equipo interprofesional creó oportunidades para la educación en momentos críticos a lo largo del periodo perinatal, proporcionando oportunidades a lo largo del tiempo a medida que las necesidades de la persona lactante iban cambiando (72). Se observaron mayores efectos sobre los índices de cualquier tipo de lactancia materna entre uno y tres meses y entre cuatro y seis meses cuando se desarrollaron intervenciones formativas (38, 71 - 72).

Ofrecer Formación sobre Lactancia Materna en Distintos Entornos

La formación fue efectiva para la promoción de la lactancia materna exclusiva cuando se desarrolló en múltiples entornos, como la atención primaria o comunitaria, en particular en centros designados como IHAN (19). Además, la

formación ofrecida presencialmente en el hogar de la persona, en centros de atención primaria o de salud pública, o en los tres, fue efectiva para apoyar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses (19). Las visitas domiciliarias brindan la oportunidad de evaluar y comprender mejor las necesidades de las personas lactantes (71). También se halló que el contacto telefónico es un método efectivo para proporcionar educación sobre la lactancia materna (19, 47, 71).

Uso de Diversos Enfoques

Las intervenciones formativas que incorporan distintos métodos son más efectivas que los planteamientos únicos (74). Por ejemplo, puede ser efectivo el uso de materiales impresos, el abordaje verbal de preguntas y preocupaciones o el uso de muñecas/maniqués educativos o materiales de aprendizaje (47).

Adaptación a las necesidades de Poblaciones Vulnerables

Las poblaciones vulnerables identificadas en la evidencia incluyen a personas de grupos minoritarios, nuevos inmigrantes y personas con bajo nivel de ingresos o de educación (73). Cada grupo puede presentar menores índices de lactancia materna debido a los retos y obstáculos a que se enfrentan en el acceso a los servicios de salud. Algunos ejemplos de intervenciones formativas son el acceso a asesores de lactancia, las visitas domiciliarias o clínicas adicionales a cargo de miembros del equipo interprofesional y pares, la implicación familiar y la participación en servicios organizados sobre lactancia, nutrición y formación de padres que amplían la disponibilidad y la duración de los apoyos a estas personas (72).

La formación sobre lactancia en formato individual y de grupo demostró tener cierto efecto para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva y de lactancia materna de cualquier tipo en poblaciones vulnerables (73). No obstante, cierta evidencia sugiere que la formación prenatal individual puede resultar más efectiva, ya que los formatos de grupo no reconocen o abordan de forma sistemática obstáculos como el idioma, los estilos de aprendizaje o las dinámicas de poder en los grupos (73). La formación individualizada, sin embargo, puede adaptarse a las necesidades y circunstancias únicas de la persona. Es necesario contar con más estudios para comprender mejor las necesidades únicas de las poblaciones vulnerables y determinar así qué intervenciones educativas sobre lactancia materna son más efectivas (73).

El **Anexo D** describe distintas estrategias para dar apoyo a las necesidades de lactancia materna de las poblaciones vulnerables, como las de personas con bajo nivel de ingresos y las de bajos conocimientos sobre salud.

Beneficios y Daños

Las intervenciones formativas sobre lactancia materna deben desarrollarse de forma holística para reconocer las necesidades de la persona lactante (71). Como tal, la formación cara a cara de este tipo de contenidos, incluyendo información, instrucción, consejos prácticos y apoyo emocional, maximiza los beneficios potenciales de la formación (71).

Valores y Preferencias

El panel de expertos atribuyó gran importancia al apoyo a la toma de decisiones informada de las personas lactantes en cuanto a los métodos de alimentación infantil y el automanejo de la lactancia, en línea con el Paso 3 de los *Diez Pasos IHAN* y los *Indicadores de resultado del Código de la OMS para hospitales y servicios de salud comunitaria*, que se centran en informar a las personas lactantes y sus familias de los beneficios de la lactancia y el proceso que conlleva (21).

Para resultar más efectiva, la formación sobre lactancia debe ser flexible y adaptable a distintos factores, como los cambios de necesidades y prioridades; la etapa de lactogénesis; la fase de desarrollo del neonato, lactante y niño pequeño; y la presencia o ausencia de complicaciones o preocupaciones. Los temas de formación tienen que cubrir la importancia de la lactancia materna más allá de los primeros seis meses de vida.

Notas Prácticas

Los enfoques educativos deben tener en cuenta los recursos de que se dispone y las necesidades y las prioridades de la persona lactante. La evidencia señala múltiples intervenciones de formación sobre lactancia materna efectivas, incluidas:

- las clases prenatales;
- los talleres;
- el asesoramiento de los pares, incluido ofrecer consejo y contestar preguntas;
- las habilidades prácticas;
- la formación vía web;
- los mensajes de texto y de voz al teléfono móvil;
- vídeos;
- canciones;
- representaciones de teatro;
- contacto telefónico por parte de enfermeras, miembros del equipo interprofesional o voluntarios con formación específica;
- sesiones grupales o individuales a cargo de un asesor de lactancia; y
- folletos y otros materiales escritos (47, 49, 71, 74).

También hay diversidad de temas útiles de discusión para la formación sobre la lactancia materna, como el conocimiento de los principios de lactancia materna, la producción de leche materna, nutrición y salud infantil, compromiso de apoyo social y métodos para manejar los retos que supone la lactancia materna (47, 71, 74-75). A continuación se recogen algunos ejemplos.

Principios de lactancia materna

- Importancia de la lactancia materna.
- Prácticas de lactancia materna recomendadas, incluido inicio, exclusividad y continuación.
- Lactancia materna basada en las señales del bebé.

Producción de leche materna

- Suministro y demanda en relación al establecimiento y mantenimiento de la producción de leche.
- Promoción de la lactancia materna frecuente de forma temprana en el posparto para promover una óptima producción de leche y reducir el riesgo de estasis y congestión mamaria.
- Leche extraída del pecho y técnicas de almacenamiento seguro.
- Los beneficios de evitar el uso de biberones y suplementos para apoyar el inicio y establecimiento de la lactancia.
- Indicadores de efectividad en el suministro de leche y la transferencia de leche.

Nutrición y salud infantil

- Parámetros de crecimiento y desarrollo infantil saludable.
- Importancia del calostro para la salud del niño.

Apoyo social

- El papel del apoyo de la pareja y la familia como facilitador en la lactancia materna.
- Acceso a servicios comunitarios de apoyo a la lactancia materna.

Manejo de retos para la lactancia materna

- Estrategias para prevenir y manejar problemas frecuentes en la lactancia, como congestión mamaria o dolor en el pezón.
- La importancia del apoyo y la ayuda continuos a la lactancia materna hasta los seis meses posparto para abordar necesidades, problemas o preocupaciones, y lactancia materna exclusiva.
- La educación y entrenamiento pueden ser efectivos como una herramienta de baja tecnología para apoyar la lactancia materna cuando se proporciona a lo largo del periodo perinatal. La educación necesita incluir todos los aspectos de la lactancia materna, incluyendo su importancia y sus retos. La persona lactante necesita desarrollar el conocimiento y las habilidades para ser capaz de reconocer los problemas habituales y aprender estrategias prácticas para manejar las demandas cotidianas.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
FORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA	
Public Health Agency of Canada. 10 great reasons to breastfeed [Internet]. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2009. Available from: http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/nutrition/pdf/reasons-raisons-eng.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso educativo que promueve los beneficios de la lactancia materna para la persona lactante y el niño hasta los dos años o más.
Community Health Training Institute. Breastfeeding Promotion in the Prenatal Setting [Internet]. [place unknown]: Community Health Training Institute; c2013–2018. Available from: http://hriainstitute.org/breastfeedingcme/cme-2/section/breastfeeding-promotion-in-the-prenatal-setting	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estrategias para profesionales de la salud para promover la lactancia materna en cada trimestre del periodo prenatal. ■ Ejemplos de preguntas con respuesta abierta para ofrecer orientación previa a personas embarazadas y a sus familias con relación a la alimentación del bebé.
Champlain Maternal Newborn Regional Program. Prenatal breastfeeding key messages: health care provider tool [Internet]. Ottawa (ON): Champlain Maternal Newborn Regional Program; 2017. Available from: https://instantweb.secure-form2.com/uploads/documents//Key_Messages_V1_Sept_17_OLS_FINAL.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lista de preguntas y aspectos importantes sobre lactancia que el profesional sanitario debe integrar en las visitas prenatales.

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN LACTANCIA MATERNA	
<p>Wouk K, Tully KP, Labbok MH. Systematic review of evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative Step 3. <i>J Hum Lact.</i> 2017;33(1):50–82.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión sistemática que describe intervenciones relacionadas con la formación de personas embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia materna. ■ Las conclusiones obtenidas sugieren que las intervenciones prenatales, por sí solas o en combinación con componentes intraparto y/o posparto, resultan efectivas para incrementar el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna cuando conjugan educación y apoyo interpersonal, y cuando se implican las parejas o la familia.
IMPACTO DE LA EDUCACIÓN EN LACTANCIA MATERNA PRENATAL Y POSPARTO SOBRE LOS RESULTADOS DE LACTANCIA MATERNA	
<p>Remple LA, Moore KC. Peer-led prenatal breastfeeding education: a viable alternative to nurse-led education. <i>Midwifery.</i> 2012;28(1):73–9.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un estudio que compara los resultados de la lactancia materna de las personas que asisten a una clase de lactancia materna dirigida por pares con los de las personas que asisten a una clase impartida por una enfermera en un hospital. ■ Ambos grupos consideraron que las clases eran de utilidad. Las clases a cargo de pares resultaron más efectivas en términos de sugerencias prácticas para favorecer la lactancia.
<p>Pannu PK, Giglia RC, Binns CW, et al. The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes. <i>Acta Paediatr.</i> 2011;100(4):534–7.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las personas que recibieron formación prenatal individualizada sobre lactancia materna tuvieron menos probabilidades de cesar la lactancia antes de los seis y 12 meses después del parto. ■ Los participantes recibieron materiales formativos sobre salud, incluidos folletos y videos sobre lactancia materna. Se trataron también cuestiones relacionadas con la lactancia, incluida la técnica.
APOYO A LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS CON RESPECTO AL USO DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA EN LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE	
<p>BFI Strategy for Ontario. Informed decision making: having meaningful conversations regarding infant feeding [Internet]. [place unknown]: BFI Strategy for Ontario; 2017. Available from: http://breastfeedingresourcesontario.ca/sites/default/files/pdf/Res_Strategy_IDM_Toolkit_EN.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Herramienta con información y orientación sobre cómo las personas lactantes pueden recibir apoyo para tomar decisiones informadas relativas a la alimentación del bebé. ■ Los temas incluyen métodos de mantener una conversación centrada en la persona y formas de reducir los riesgos para el lactante durante su alimentación.

Intervenciones Para Fomentar la Lactancia Materna Inicial, Exclusiva y Continuada (Desde el Parto Hasta los Dos Años o Más)

RECOMENDACIÓN 2.11:

Incluir a los miembros de la familia, como parejas y abuelos y abuelas, en la formación y apoyo a la lactancia materna.

Nivel de Evidencia para el Resumen: la

Calidad de Evidencia para el Resumen: Alta = 1; Moderada = 2

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

El apoyo ofrecido por familiares, como parejas, abuelas, hermanas y amigas, se asocia positivamente al inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna (37, 47, 50). La implicación de la familia debe responder a las preferencias de la persona lactante (50). La inclusión de la familia reconoce la influencia del entorno sociocultural, que puede favorecer u obstaculizar la lactancia y puede influir en que las decisiones no sean autónomas (19, 71 - 72). La falta de apoyo por parte de la familia y la red social pueden influir negativamente en los índices de lactancia exclusiva y continuada (72). Por ejemplo, las mujeres de origen latino en EE. UU. con escaso soporte social tenían cerca de tres veces más posibilidades de abandonar la lactancia materna (72).

Las parejas son la fuente de apoyo más importante e influyen en las decisiones sobre el inicio, la continuación y las expectativas que rodean a la lactancia materna (37, 50). Las investigaciones sugieren un aumento de la lactancia materna exclusiva y continuada en primíparas cuya pareja fue de apoyo y contribuía en las tareas diarias, como el cuidado de los niños o las tareas domésticas (50). El apoyo de las parejas redujo el riesgo de estrés relacionado con la crianza de los hijos y los trastornos del estado de ánimo posparto, incluida la depresión (50). Las parejas que recibieron formación sobre prácticas de lactancia y dificultades comunes relacionadas se asociaron a mayores índices de lactancia materna exclusiva y una disminución de la percepción de insuficiencia de leche en los primeros seis meses posparto (37).

El apoyo de las abuelas y las parejas se asoció positivamente a altos niveles de satisfacción con la lactancia materna (50). Las abuelas pueden influir en las decisiones de las personas lactantes sobre si iniciar y continuar con la lactancia, sus actitudes al respecto y el momento de introducción de sólidos (37).

El apoyo social de los familiares puede ser de ayuda durante el periodo posparto cuando va en línea con las necesidades de la persona lactante (50). Las parejas y las abuelas deben darse cuenta de que el posparto es un momento estresante, tanto por la recuperación física del parto como por el cuidado del recién nacido y la transición al nuevo papel de padre/madre (50). Las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares pueden ayudar a las personas lactantes a identificar fuentes de apoyo positivas y ofrecer sugerencias sobre cómo lidiar con los factores estresantes que puedan surgir de los familiares, como parecer exigentes, tener expectativas no coincidentes o falta de comprensión (50).

Beneficios y Daños

Cuando se ofrece de manera consistente, la presencia de apoyo social por parte de la pareja, las abuelas y otras personas puede tener un impacto positivo en la continuación de la lactancia materna, en la capacidad de cuidar a un bebé y en la transición hacia el papel de padres (37, 50).

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO atribuyó gran importancia a la integración de los miembros de la familia, como parejas y abuelas, en la formación y el apoyo para ayudar a lograr una lactancia materna exclusiva y continuada. La inclusión de los miembros de la familia convierte la lactancia materna en una experiencia de familia y reconoce las necesidades de la persona lactante más allá de la fisiología para abarcar influencias psicológicas, sociales y culturales.

Notas Prácticas

La integración de la familia en el apoyo y la formación en materia de lactancia materna facilita el apoyo psicosocial de la persona lactante (47, 50). Las enfermeras y el equipo interprofesional pueden aportar a los familiares estas sugerencias generales sobre cómo dar apoyo a la persona lactante:

- Transmitir confianza y ánimo.
- Ofrecer ayuda práctica con ciertas tareas (p.ej., tareas domésticas) para reducir el nivel de estrés en el hogar.
- Trabajar conjuntamente como pareja, si procede, en el cuidado del bebé para reforzar la relación como padres y como unidad familiar.
- Prestar atención a las dudas y preocupaciones sobre la lactancia materna.
- Buscar roles de paternidad/maternidad y de lactancia materna positivos dentro de la familia o la red de apoyo, siempre que sea posible. En caso contrario, buscar activamente el apoyo de pares u otras personas lactantes (47, 50).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
IMPORTANCIA DEL APOYO DE LA PAREJA EN LA LACTANCIA MATERNA	
HealthyFamilies BC. Partner Support for Breastfeeding [Internet]. [place unknown]: HealthyFamilies BC; 2013. Available from: https://www.healthyfamiliesbc.ca/home/articles/partner-support-breastfeeding	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ejemplos de cómo las parejas pueden dar apoyo a la lactancia materna.
Mannion CA, Hobbs AJ, McDonald SW, et al. Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. <i>Int Breastfeed J.</i> 2013;8:4.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estudio transversal⁶ descriptivo de Calgary (Alberta, Canadá) que examina las percepciones sobre el apoyo de la pareja durante la lactancia materna. ■ Los resultados indican que las personas lactantes que refieren un apoyo activo de sus parejas tuvieron mayor nivel de autoeficacia en la lactancia materna.
Dad Central Ontario. Dad's Role in Breastfeeding [Video]. [place unknown]: Dad Central Ontario; c2018. Available from: https://newdadmanual.wordpress.com/2016/11/05/dads-role-in-breastfeeding/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vídeo que subraya el impacto positivo que tiene el apoyo de un padre en los resultados de lactancia materna. ■ Consejos sobre cómo ofrecer apoyo práctico y emocional. ■ El sitio web también incluye enlaces a otros vídeos y recursos para padres.

IMPORTANCIA DEL APOYO A LA LACTANCIA DE ABUELOS Y ABUELAS

LLLC Blog. Thursday's Tip: 10 Things Grandparents can do to support Breastfeeding [Internet]. Pickering (ON): La Leche League Canada, 2015. Available from: <https://www.lllc.ca/thursdays-tip-10-things-grandparents-can-do-support-breastfeeding>

- Ficha de consejos útiles sobre cómo los abuelos pueden fomentar la lactancia materna, por ejemplo, ayudando a que la persona lactante se sienta a gusto cuando da el pecho y cuidando de los otros hijos si se lo piden.

Negin J, Coffman J, Vizintin P, et al. The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. BMC Preg Childbirth. 2016;16:91.

- Revisión sistemática de 13 estudios sobre la influencia de las abuelas en la lactancia materna.
- Los resultados indican que las abuelas influyen en las tasas de lactancia materna exclusiva y deben participar en las intervenciones destinadas a fomentar la lactancia materna exclusiva.

APOYO A LA LACTANCIA DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

Cochrane Library. Enabling breastfeeding for mothers and babies [Internet]. John Wiley & Sons; c1999–2018. Available from: <http://www.cochranelibrary.com/app/content/special-collections/article?doi=10.1002/14651858.10100214651858>

- Colección especial Cochrane de revisiones sistemáticas en las que se examinan el apoyo a la lactancia y las personas que pueden facilitarla, incluidos miembros de la familia.

U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's call to action to support breastfeeding [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; 2011. Available from: <https://www.surgeongeneral.gov/library/calls/breastfeeding/calltoactiontosupportbreastfeeding.pdf>

- Recurso desarrollado por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos para describir un enfoque que abarque a toda la sociedad para dar apoyo a los bebés y las personas lactantes, incluyendo programas comunitarios.

Recomendaciones para la Formación

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN N°3:

¿Qué educación o formación son necesarias para que las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares fomenten el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna?

Intervenciones para Fomentar la Lactancia Materna Inicial y Exclusiva (Durante el Periodo Perinatal Hasta los Seis Meses Posparto)

RECOMENDACIÓN 3.1:

Ofrecer formación continuada sobre lactancia materna a las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares que incorpore conocimientos teóricos y habilidades prácticas.

Nivel de Evidencia para el Resumen: la

Calidad de Evidencia para el Resumen: Moderada = 3

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

La educación continua sobre lactancia materna permite que las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares se mantengan al día sobre las mejores prácticas basadas en la evidencia (76). En todo el mundo, menos de la mitad de las enfermeras que trabajan en unidades pediátricas o neonatales reciben algún tipo de formación específica sobre lactancia materna en el marco de sus estudios universitarios o a través de formación continua (76). Esto contradice las recomendaciones de la OMS de que todos los profesionales sanitarios que desarrollen su labor asistencial durante el embarazo y el posparto reciban formación sobre lactancia materna obligatoriamente por un mínimo de 18 horas (76). Los cursos de formación deben implicar tanto a enfermeras como a equipos interprofesionales, incluidos aquellos que trabajen en entornos prenatales, ya que la intención de amamantar —que influye directamente en las tasas de exclusividad y continuación— queda determinada a menudo durante el embarazo (77).

La investigación indica que la formación en todos los sectores sanitarios y todos los entornos geográficos —incluidos Canadá, Europa, Sudamérica y EE. UU.— influye positivamente en las tasas de inicio y exclusividad de la lactancia materna. Por ejemplo, se observó un aumento en el inicio de la lactancia materna en la primera hora desde el parto tras impartir formación sobre el amamantamiento en entornos de cuidados perinatales agudos (76). Además, se observó un aumento en las tasas de lactancia materna exclusiva en entornos comunitarios, de cuidados agudos y de atención primaria tras el desarrollo de una intervención formativa (76).

Las enfermeras y los equipos interprofesionales demostraron cambios en la práctica clínica tras las intervenciones formativas (76, 78). Se registró un menor uso de biberones y complementos de fórmula y una mayor conciencia de los potenciales efectos negativos que suponían para la lactancia materna (76–78). Para prevenir la hipoglucemia, se implantó con éxito la lactancia materna basada en las señales del bebé, frente al uso de leche de fórmula, en bebés a término sanos (76). Se usó más alimentación con vaso (o una combinación de alimentación con vaso y biberón) como alternativa al biberón tras la formación al personal (76). Sin embargo, el nivel de uso de productos de fórmula comerciales tras la intervención formativa siguió siendo más alto que lo que recomienda la OMS (74), lo que puede deberse a la reticencia del personal a cambiar su práctica para ir en consonancia con la evidencia (76–78).

Se registraron cambios en la práctica a pie de cama tras impartir formación sobre lactancia materna (76-77). Se dedicó más tiempo a hablar con las personas lactantes de la importancia de la lactancia materna, a enseñarles habilidades para amamantar, a realizar demostraciones sobre la posición y el agarre, y a realizar evaluaciones clínicas (76, 78). El personal refirió una mayor confianza en sus conocimientos y capacidades para apoyar a las personas que amamantan después de las intervenciones formativas (76).

La formación influyó positivamente en las actitudes de enfermeras y equipos interprofesionales en este sentido, ya que le atribuyeron mayor importancia a la lactancia materna y a sus beneficios (76, 78). En cuanto al manejo de la lactancia, se mostraron más flexibles y con enfoques menos basados en las normas (76, 78). La formación aumentó la comprensión y la sensibilidad hacia la persona lactante (76, 78). Las enfermeras y los miembros del equipo interprofesional dieron soporte a las personas para que tomaran decisiones informadas con relación a la alimentación del lactante, con lo que se percibió que se empoderaba a la persona y se favorecía su toma de decisiones (en vez de dirigirla) (76, 78).

Para dar apoyo de forma efectiva a las personas lactantes, las intervenciones formativas deben comprender formación teórica sobre los principios de la lactancia materna y aplicación práctica (77). Las enfermeras y el equipo interprofesional tienen que ampliar sus conocimientos sobre complicaciones frecuentes de la lactancia, como la irritación de los pezones o la percepción de insuficiencia de leche (77). Para ser más efectivos, deben mejorar sus habilidades clínicas en diversas áreas, como ayudar con la posición y el agarre del lactante o extraer leche manualmente (77). Además, se debe incluir otro tipo de habilidades en la formación, como las de escucha, comunicación no verbal, uso de preguntas abiertas, actitudes sin prejuicios, reflexión y empatía (76).

Beneficios y Daños

La formación debe ser continua, ya que sus efectos beneficiosos sobre los resultados de lactancia materna disminuyen con el tiempo (76). Se pueden poner en marcha sesiones de refuerzo breves y de bajo coste para mejorar los conocimientos y las capacidades, aunque no deben sustituir la formación básica sobre lactancia materna que enseña competencias esenciales, como el curso de 18 horas desarrollado por la OMS (76).

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO atribuyó gran importancia a que enfermeras, equipos interprofesionales y pares recibieran formación continua sobre lactancia materna, tanto en conceptos teóricos como en aspectos prácticos en el lugar de cuidado. Así se garantiza que los conocimientos y las capacidades adquiridos siguen estando actualizados y que los enfoques asistenciales se aplican de forma más consistente.

Notas Prácticas

Los formatos de formación para enfermeras, equipos interprofesionales y pares fueron variados, e incluyeron módulos de autoaprendizaje, conferencias, discusión, vídeos y ejercicios prácticos (como juegos de roles) (78). Las herramientas empleadas para medir los cambios de conocimiento sobre lactancia materna son, entre otras, cuestionarios, estudios de casos sobre manejo de la lactancia materna, cuestionarios de respuesta múltiple y valoración de destrezas clínicas y de asesoramiento en las consultas de lactancia materna (78). Pese a ello, hay una falta de evidencia de alta calidad sobre la que basar las buenas prácticas de planteamientos pedagógicos sobre lactancia materna para enfermeras, equipos interprofesionales y pares (78).

Se emplearon distintos diseños de curso a lo largo de distintas intervenciones educativas dirigidas a enfermeras, equipos interprofesionales y pares. Muchas de ellas tenían una duración de 18 horas o más, incluido el curso sobre lactancia materna de la OMS basado en los principios IHAN, que se reconoce como criterio de referencia; otros, sin embargo, eran más cortos (76). No se ha determinado cuál es el número de horas de formación sobre lactancia materna más efectivo, si bien las intervenciones de mayor duración se asociaron positivamente con mejores resultados de lactancia materna (76-77).

Para los pares, la formación y la educación en esta área son fundamentales y debe incluirse el desarrollo de destrezas de asesoramiento, como la escucha activa y los vínculos de confianza, para favorecer el empoderamiento de la persona que amamanta (76).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
RECURSOS DE FORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA PARA ENFERMERAS, EQUIPOS INTERPROFESIONALES Y PARES	
Registered Nurses' Association of Ontario. Breastfeeding e-learning [Internet]. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2011. Available from: http://rnao.ca/bpg/courses/breastfeeding-e-learning	<ul style="list-style-type: none"> Curso en línea para ayudar a enfermeras, otros profesionales sanitarios e instituciones a acceder a la formación adecuada para su rol como promotor de la lactancia materna.
Breastfeeding E-Learning Modules [Internet]. Toronto (ON): City of Toronto; c1998–2018. Available from: https://www.toronto.ca/community-people/health-wellness-care/information-for-healthcare-professionals/maternal-child-health-info-for-doctors/breastfeeding/breastfeeding-e-learning-modules/	<ul style="list-style-type: none"> Serie de 13 unidades de aprendizaje en línea basada en los protocolos de lactancia de una unidad de salud pública para profesionales de la salud. Los módulos están dirigidos a dar soporte a profesionales sanitarios e instituciones para que puedan acceder a formación sobre servicios de lactancia basados en la evidencia.
Naylor AJ, Wester RA, eds. Lactation management self-study modules Level 1. 4th ed. [Internet]. Shelburne (VT): Wellstart International; 2013. Available from: http://www.wellstart.org/Self-Study-Module.pdf	<ul style="list-style-type: none"> Recurso formativo diseñado para médicos, enfermeras y nutricionistas para sustentar el conocimiento y los servicios clínicos para personas lactantes. El recurso se basa en el autoaprendizaje, con test antes y después de la formación para medir la adquisición de conocimientos sobre distintos temas de lactancia materna, como posición, agarre y transferencia de leche.
Watson J. Strategies to promote breastfeeding exclusivity in a tertiary perinatal centre [Internet]. Toronto (ON): Sunnybrook Health Science Centre; 2017. Available from: http://www.tegh.on.ca/bins/content_page.asp?cid=3-22-6657-6666&lang=1	<ul style="list-style-type: none"> Presentación archivada en formato de seminario online sobre estrategias para promover la exclusividad de la lactancia materna en un centro perinatal terciario.
BFI 20-Hour Course: Clinical Practice Options [Internet]. Toronto (ON): BFI Strategy for Ontario; 2018. Available from: http://breastfeedingresourcesontario.ca/resource/bfi-20-hour-course-clinical-practice-options	<ul style="list-style-type: none"> Recurso formativo sobre lactancia materna desarrollado para gestores y estudiantes para situaciones en las que hay opciones limitadas de realizar prácticas en el ámbito de la lactancia materna.

Recomendaciones para la Organización y el Sistema

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN N°4:

¿Cuáles son las prácticas, los programas y las políticas óptimos para que las instituciones sanitarias y la comunidad en general, incluidos los lugares de trabajo, apoyen la lactancia materna inicial, exclusiva y continuada?

Intervenciones Para Fomentar la Lactancia Materna Inicial y Exclusiva (Durante el Periodo Perinatal Hasta los Seis Meses Posparto)

RECOMENDACIÓN 4.1:

Considerar la posibilidad de integrar a los asesores de lactancia en la asistencia a la díada lactante durante todo el periodo perinatal en los servicios sanitarios y las comunidades locales.

Nivel de Evidencia para el Resumen: la

Calidad de Evidencia para el Resumen: Moderada = 1

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

La investigación que examina la formación y el apoyo de los asesores de lactancia a lo largo del periodo perinatal mostró mejores resultados en cuanto a inicio, provisión de cualquier tipo de lactancia y exclusividad hasta los 3 meses posparto (38). Los estudios incluyeron asesores de lactancia con distinta formación, incluida la designación como Asesores de Lactancia Certificados por el Consejo Internacional (IBCLCs[®]), asesores de lactancia no certificados y consultores de lactancia (38).

Los asesores de lactancia dan servicio a lo largo de todo el periodo perinatal en forma de educación, asesoramiento, estímulo verbal y apoyo para afrontar los obstáculos y alcanzar los objetivos de la lactancia materna (38). Las intervenciones formativas y de apoyo en el posparto incluían temas psicológicos, económicos e informativos para realizar la transición de reincorporación al trabajo o a los estudios, según fuera aplicable (38). Los asesores de lactancia dieron formación a enfermeras y equipos interprofesionales sobre situaciones de lactancia complejas o difíciles para reforzar sus conocimientos y destrezas (38).

Los asesores de lactancia pueden trabajar en distintos entornos asistenciales, como clínicas, hospitales rurales y urbanos, servicios de salud y comunitarios prenatales y posnatales, y en los domicilios (38). Pueden prestar sus servicios tanto de forma presencial como por teléfono (38).

Beneficios y Daños

La atención de los asesores de lactancia en la atención posparto tuvo resultados en salud positivos, incluidas unas mejores puntuaciones LATCH y menor número de complicaciones (como dolor o lesiones en el pezón). No se evidenció una menor incidencia de mastitis cuando se dispuso de atención por parte de asesores de lactancia (38).

Los efectos generales de la atención de los asesores de lactancia sobre la lactancia materna fueron positivos, pero los estudios tenían importantes limitaciones que influyen en la generalización de las conclusiones (38). Por ejemplo, se observaron variaciones en cuanto a los antecedentes de formación de los asesores y los tipos de intervenciones que desarrollaron (p.ej., formación versus formación y apoyo). Muchos de los estudios tenían lugar en centros urbanos, en hospitales universitarios, con participantes procedentes de poblaciones con ingresos reducidos. Se desconoce cuál es la frecuencia y el momento óptimos para el apoyo por parte de los asesores de lactancia. Por lo tanto, se justifica considerar esta medida como una recomendación a nivel de la organización y del sistema (38).

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO atribuyó gran importancia a la integración de asesores de lactancia en entornos de cuidados agudos perinatales, atención primaria, salud pública y servicios comunitarios. Su presencia favorece el acceso continuo a expertos en la materia para las personas lactantes, sus familiares, las enfermeras y el equipo interprofesional más allá de los primeros días posteriores al parto. Su apoyo, en caso necesario, puede incrementar los índices de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

Notas Prácticas

Los asesores de lactancia deben integrarse en los programas de formación y apoyo a la lactancia materna en diversos entornos sanitarios, especialmente en los que trabajan con poblaciones en riesgo para la lactancia materna, como familias de escasos recursos y minorías (38).

Los asesores de lactancia deben participar en la formación sobre lactancia materna dirigidas a enfermeras y al equipo interprofesional para fomentar el inicio y la exclusividad de la lactancia materna (38).

Para mejorar el acceso a estos servicios de asesoramiento, se hace necesario disponer de protocolos y políticas que faciliten la asimilación del servicio por el personal y su integración en los cuidados prenatales, antes del alta y a lo largo del posparto, según esté indicado (38).



Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
SERVICIOS DE ASESORES DE LACTANCIA	
Kent J, Ashton E, Hardwick C, et al. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2015;12(10):12247–63.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estudio que examina la frecuencia de consultas con asesores de lactancia para dolor del pezón. ■ Se halló que el dolor del pezón fue una de las razones más habituales de visitas por asesores de lactancia. Se asoció con frecuencia a una posición y agarre inefectivos, anquiloglosia, infección, pezones planos o invertidos, mastitis o vasoespasmos.
ASOCIACIONES INTERNACIONALES Y CANADIENSES DE ASESORES DE LACTANCIA	
International Lactation Consultant Association® [Internet]. Raleigh (NC): International Lactation Consultant Association®; c2018. Available from: http://www.ilca.org/home	<ul style="list-style-type: none"> ■ La ILCA (International Lactation Consultant Association®), o Asociación Internacional de Asesores de lactancia, es la asociación de asesores de lactancia registrados (IBCLCs). Sus valores fundamentales son el conocimiento, la diversidad y la igualdad. ■ La visión de la ILCA es la transformación de la salud en el mundo a través de la lactancia materna y la atención especializada a la lactancia.
Canadian Lactation Consultant Association [Internet]. Vancouver (BC): Canadian Lactation Consultant Association; [date unknown]. Available from : http://clca-accl.ca/	<ul style="list-style-type: none"> ■ La Asociación Canadiense de Asesores de lactancia es la asociación profesional nacional de asesores de lactancia registrados (IBCLCs) de Canadá.
RECURSOS DE FORMACIÓN PARA ASESORES DE LACTANCIA	
Lactation Education Accreditation and Approval Review Committee. Lactation management courses [Internet]. Riverside (CA): Lactation Education Accreditation and Approval Review Committee: 2018. Available from: http://www.leaarc.org/download/LEAARC_AprovedCourses.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ El Comité de Acreditación y Aprobación de la Educación en Lactancia (LEAARC, Lactation Education Accreditation and Approval Review Committee) está patrocinado por la ILCA y el Consejo Internacional de Examinadores de Asesores de Lactancia® (IBLCE). ■ El LEAARC y sus patrocinadores cooperan para establecer, sostener y promover unos adecuados estándares de calidad en la lactancia materna y en la formación en esta área, y para promover el reconocimiento de programas y cursos que respondan a, o superen, dichos criterios mínimos.
International Board of Lactation Consultant Examiners [Internet]. Fairfax (VA): International Board of Lactation Consultant Examiners: c2018. Available from: https://iblce.org/	<ul style="list-style-type: none"> ■ El sitio web de IBLCE® incluye los pasos para certificarse y renovar la certificación como IBCLC (asesores de lactancia registrados).

Intervenciones para Fomentar la Lactancia Materna Inicial, Exclusiva y Continuada (Durante el Periodo Perinatal hasta los Dos Años o Más)

RECOMENDACIÓN 4.2:

Implantar de forma habitual las disposiciones de la iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia [IHAN] y del “*Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*” de la Organización Mundial de la Salud en el entorno sanitario. Optar a la designación de la iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, cuando proceda.

Nivel de Evidencia para el Resumen: Ia

Calidad de Evidencia para el resumen: Alto = 1; Moderada = 2

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

Como programa global, estructurado y multifacético en lactancia materna y práctica desarrollada a nivel de sistema, los principios IHAN se asocian positivamente con: a) mayores tasas de inicio de lactancia materna; y b) mayores tasas y duración de lactancia materna de cualquier tipo, exclusiva y continuada, en comparación con la atención estándar (79–81). Si bien no todos los estudios mostraron diferencias significativas en los resultados de lactancia, IHAN sí ha mostrado un impacto positivo en cuanto al inicio y la exclusividad de la lactancia materna en países desarrollados y en desarrollo (79–81). No se han observado impactos negativos sobre la lactancia derivados de la implantación de los principios IHAN (79).

Uno de los efectos positivos de la IHAN es la implantación de todos o algunos de los “*Diez pasos para una lactancia materna exitosa*” de la OMS/UNICEF (81). (Véase la **Tabla 6** para más información). Se encontró una asociación positiva entre el número de prácticas clínicas IHAN integradas en la práctica clínica y los resultados de lactancia materna, incluidos unos mayores índices de inicio de lactancia materna y de mayor duración de la lactancia materna exclusiva y de cualquier tipo (81). La práctica clínica IHAN de apoyo comunitario (Paso 10 de los “*Diez pasos para una lactancia materna exitosa*”) después del alta hospitalaria se asocia con una lactancia materna exclusiva más prolongada (81). Cuando se usan productos de fórmula en hospitales, se observan mayores índices de interrupción temprana de la lactancia materna (79, 81). Por el contrario, en los centros designados como IHAN en los que se evitaba la administración de suplementos intrahospitalarios a menos que se indicara médicamente o que se siguiera un proceso de toma de decisiones informado, las personas lactantes tenían más probabilidades de alcanzar sus objetivos e intenciones en materia de lactancia materna establecidos durante el embarazo (“*Diez pasos para una lactancia materna exitosa*” - Paso 6) (81).

El programa IHAN resulta más beneficioso en entornos con menores índices de lactancia materna inicial y exclusiva. Cuando se evidencian tasas mayores (de más del 75%), el programa puede no tener influencia significativa en los resultados de lactancia materna, con lo que se debe considerar la posibilidad de redirigir los recursos a la comunidad o a otros entornos.

Los recursos que sustentan la toma de decisiones informadas con relación a la alimentación del lactante se recogen en la sección Recursos de apoyo, al final de esta Recomendación.

Beneficios y Daños

La implantación de las prácticas clínicas IHAN se asocia a la reducción de infecciones gastrointestinales infantiles y del eccema atópico; en el caso de quienes dan de mamar, se asocian a actitudes positivas más altas respecto a la lactancia materna y a una mayor percepción de apoyo por parte del personal sanitario (79).

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO atribuyó gran importancia a los principios IHAN como estrategia global para favorecer el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna que reconoce los apoyos y recursos específicos a nivel organizativo/institucional. Como estrategia planificada, se alinea estrechamente con la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con su continuación hasta los dos años o más, incorporando a enfermeras, miembros del equipo interprofesional y pares.

Notas Prácticas

Algunos sectores sanitarios en los que es aplicable la designación IHAN son la atención a agudos y la atención comunitaria (incluidas las unidades de salud pública, los centros de salud comunitarios y los centros de atención primaria). En 2017, la OMS estimó que solo el 10 por ciento de todos los neonatos en el mundo nacían en centros designados como IHAN (9). En entornos que no gocen de esta designación, se anima a las instituciones sanitarias a que adopten los principios IHAN como reconocimiento a su orientación basada en la evidencia y los beneficios que ofrece en materia de lactancia materna.

Para fomentar el inicio y la exclusividad de la lactancia materna, se deben integrar todos los principios IHAN en los entornos de salud perinatales, tanto en atención a agudos como en otros entornos. La inclusión de entornos comunitarios, como atención primaria o salud pública, garantiza un mejor apoyo a la población, así como la integración de recursos sanitarios más allá del alta médica (81).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
FOMENTO Y DEFENSA DE LOS PRINCIPIOS IHAN	
World Health Organization. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services guideline [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2018. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Orientación actualizada de los principios IHAN a partir de la primera revisión de los "Diez pasos para una lactancia materna exitosa" desde 1991. ■ Este recurso se dirige a gobiernos y gestores nacionales de programas sobre salud materna e infantil, lactancia materna y temas relacionados con la IHAN.
BFI Implementation Toolkit [Internet]. Toronto (ON): BFI Strategy for Ontario; 2014. Available from: http://breastfeedingresourcesontario.ca/resource/bfi-implementation-toolkit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conjunto de herramientas que describe los pasos necesarios para iniciar o continuar las acciones para ser un centro IHAN.

FOMENTO Y DEFENSA DE LOS PRINCIPIOS IHAN	
<p>Baby-Friendly Video Story Series [Internet]. Toronto (ON): BFI Strategy for Ontario; 2017. Available from: http://breastfeedingresourcesontario.ca/resource/baby-friendly-video-story-series</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Serie de vídeos en los que se detallan los componentes de los “Diez Pasos IHAN y el Código de Indicadores de Resultados para Hospitales y Servicios de Salud Comunitaria de la OMS” ■ Las organizaciones sanitarias y las personas lactantes comparten sus historias para facilitar cambios e implantar las buenas prácticas IHAN y mejorar los resultados de salud del paciente.
<p>BFI Strategy for Ontario. Bringing Evidence to Practice: Introducing the Baby-Friendly Initiative [Video]. Toronto (ON): [MJM Media]; 2017. Available from: https://youtu.be/XeUYYfMZtTs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vídeo diseñado para orientar a profesionales de salud e instituciones sobre cómo implantar los principios IHAN. ■ Los temas incluyen: a) la importancia de la lactancia materna; b) apoyos existentes en Canadá; c) beneficios de los principios IHAN para las personas lactantes y sus bebés; y d) pasos que pueden dar las instituciones para comenzar el proceso de designación como IHAN.
<p>Hospital Actions Affect Breastfeeding [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2015 (updated 2015 Oct 6). Available from: https://www.cdc.gov/vitalsigns/breastfeeding2015/index.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ejemplos de estrategias que pueden adoptar los hospitales para promover la lactancia materna, incluida la implantación de los “Diez pasos para una lactancia materna exitosa” y el avance hacia la designación como centro IHAN.
<p>Baby-Friendly Initiative Ontario [Internet]. [place unknown]: Baby Friendly Initiative; c2018. Available from: www.bfiontario.ca</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ BFI Ontario es un comité multidisciplinar compuesto por profesionales sanitarios, proveedores de servicios y usuarios de la provincia de Ontario (Canadá) interesados en la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna a través de la implantación de los principios IHAN.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

World Health Organization. International code of marketing of breast-milk substitutes. Geneva (CH): World Health Organization; 1981.

- El objetivo del Código es promover una nutrición segura y adecuada para los lactantes e impulsar y proteger la lactancia materna.
- Es aplicable a la comercialización de sucedáneos de la leche materna, incluida la leche de fórmula, los biberones y las tetinas.

World Health Organization. Maternal, newborn, and child nutrition. Sixty-ninth World Health Assembly. A69/7 (2016 Apr 29). Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7-en.pdf?ua=1

- Informe de la 69ª Asamblea Mundial de la Salud sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño, incluida la lactancia materna.
- El informe incluye recomendaciones para poner término a la promoción inadecuada de alimentos destinados a lactantes y niños pequeños. También hace referencia al progreso que se está logrando en todo el mundo para la implantación del Código y de varias resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.

World Health Organization. The international code of marketing of breast-milk substitutes—2017 update. Frequently asked questions. Geneva (CH): World Health Organization; 2017. Available from: <http://www.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf?ua=1>

- El objeto de este documento es el de ofrecer detalles de fácil lectura sobre cuestiones relacionadas con el Código.
- Está dirigido a legisladores, trabajadores sanitarios, público general y cualquiera a quien pueda interesar el Código.

Intervenciones para Fomentar la Lactancia Materna Inicial, Exclusiva y Continuada (Durante el Periodo Perinatal Hasta los Dos Años o Más)

RECOMENDACIÓN 4.3:

Implantar el apoyo a la lactancia en el lugar de trabajo, incluidos los permisos maternales y los espacios destinados a personas lactantes.

Nivel de Evidencia para el Resumen: la

Calidad de Evidencia para el Resumen: Alta = 1; Baja = 2

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

Permisos Maternales y Resultados de Lactancia Materna

Para quienes trabajan fuera de casa, la lactancia materna exclusiva y continuada depende en parte de la posibilidad de disfrutar de un permiso de maternidad y de su duración. Las investigaciones señalan una asociación positiva entre la duración de dicho permiso y el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna, y el aumento en la intención de amamantar (82-83). En Canadá, por ejemplo, cuando este tipo de permisos se amplió de 25 semanas a un año en el año 2000, los índices de lactancia materna aumentaron un tercio al mes por cada mes adicional sin ir al trabajo (82-83). En EE. UU., las personas que disfrutaban de un permiso de maternidad y que no se habían reincorporado a su puesto al cabo de nueve meses posparto tenían más probabilidades de seguir amamantando pasados los seis meses (83). Las personas lactantes con permiso maternal de 13 semanas o más mostraban los índices más altos de inicio de lactancia materna, y cada semana adicional de permiso se traducía en media semana más de lactancia en EE. UU. (82-83).

En comparación, los permisos maternales más cortos se asociaron positivamente con una menor duración de lactancia materna, incluida la exclusiva; también se asociaron con una interrupción de la lactancia más temprana (82-83). Las personas lactantes de EE. UU. que volvieron al trabajo en un plazo de una a seis semanas después del parto registraron las menores tasas de lactancia materna y fuer significativamente menos probable que siguieran amamantando tras la reincorporación al trabajo que quienes gozaron de permisos maternales más largos (82-83). Esto se hizo más evidente en aquellas personas que ocupaban puestos no directivos, tenían trabajos sin flexibilidad o con mayor carga de estrés psicológico (82). Quienes gozaron de permisos maternales más largos y tendían a tener un mayor control sobre sus ambientes de trabajo eran más probable que fueran caucásicos, con nivel de educación alto y con trabajos profesionales (82). Estos resultados demuestran la influencia de los determinantes sociales de la salud en los resultados en salud en materia de lactancia, como la mitigación de la pobreza, la equidad en el lugar de trabajo y la aplicación de normativas laborales.

Políticas de Lactancia Materna en el Lugar de Trabajo que Favorecen la Adaptación para Personas Lactantes

Para dar continuidad a la lactancia tras la reincorporación laboral, es necesario contar con políticas en el lugar de trabajo estipuladas e implantadas de forma sistemática que favorezcan la adopción de adaptaciones (83). Deben preverse por normativa horarios y lugares flexibles para que las empleadas puedan extraer leche y/o amamantar, y debe contemplarse cuáles serían las consecuencias para los empleadores en los casos en que estas medidas no se respeten (83).

Las personas lactantes deben recibir apoyo y ser alentadas a hacer descansos para amamantar, especialmente aquellas que tienen trabajos peor remunerados, ya que a veces optan por no hacer descansos para la lactancia por temor a las consecuencias o a las represalias de sus empleadores (83). Esto es importante, ya que los descansos previstos para la extracción de leche se tradujeron en una probabilidad de dos a seis veces mayor de que la persona continuase amamantando (83).

Otras estrategias para favorecer la continuación de la lactancia materna pueden ser la alternancia de espacios de trabajo, el teletrabajo o el trabajo a tiempo parcial (cuando proceda). Otras estrategias para favorecer la continuación de la lactancia materna son los entornos laborales con espacios de cuidado infantil, los beneficios para empleados que contemplen servicios de gestión de la lactancia y los espacios privados para la extracción de leche (83).

Beneficios y Daños

Un beneficio asociado a los permisos maternales es la mejora de la salud de la persona lactante, incluida una mejor salud mental y un menor riesgo de trastornos del estado de ánimo tras el parto, lo que es importante porque dichos trastornos, incluida la depresión posparto, pueden influir negativamente en la lactancia materna exclusiva y continuada (82).

En lo que respecta a la salud del bebé, las investigaciones demuestran una relación causal entre una reincorporación temprana al trabajo y una menor inmunización y mayor número de problemas de comportamiento (82). Los permisos maternales más largos se asociaron con una reducción beneficiosa de la mortalidad infantil y en la niñez (82).

Valores y Preferencias

El panel de expertos de RNAO atribuyó gran importancia a las adaptaciones en el lugar de trabajo que reconocen el valor de la lactancia materna como derecho humano. El establecimiento de la lactancia materna como norma cultural debe extenderse más allá de los lugares de trabajo para incluir otros ámbitos, como espacios públicos (p.ej., universidades o centros comerciales) o programas académicos. El **Anexo I** incluye una discusión sobre distintas intervenciones de apoyo al inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna como norma cultural.

Notas Prácticas

Para fomentar la lactancia materna en el lugar de trabajo, se pueden adoptar medidas para facilitar unos mayores índices de lactancia materna exclusiva y continuada, como:

- Inclusión de servicios de lactancia y medidas de apoyo como parte de los beneficios remunerados del empleado.
- Beneficios que incluyan la compra o el alquiler de sacaleches o relectadores^G para fomentar el amamantamiento, cuando sea necesario.
- Apoyo por parte del empleador, los compañeros de trabajo y los supervisores (83, 85).

Este tipo de beneficios para el empleado benefician tanto al empleador como a los trabajadores (85).

Otros beneficios secundarios son:

- mejor productividad del personal,
- menor coste sanitario,
- mejor imagen pública “amigo de las familias” del empleador, y
- menores índices de rotación de personal y de absentismo (85).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
EMBARAZO Y LACTANCIA MATERNA COMO DERECHO HUMANO	
Ontario Human Rights Commission. Pregnancy and Breastfeeding [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; [date unknown]. Available from: http://www.ohrc.on.ca/en/pregnancy-and-breastfeeding-brochure	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web en el que se recoge el Código de Derechos Humanos de Ontario y los derechos protegidos para las personas lactantes, incluido el derecho a dar de mamar en un espacio público.
Pregnancy and breastfeeding (brochure) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2012. Available from: http://www.ohrc.on.ca/sites/default/files/Pregnancy%20and%20breastfeeding_English_accessible.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso de lenguaje sencillo sobre derechos humanos durante el embarazo y la lactancia de la Comisión de Derechos Humanos de Ontario.
Policy on preventing discrimination because of pregnancy and breastfeeding [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2014. Available from: http://www.ohrc.on.ca/en/policy-preventing-discrimination-because-pregnancy-and-breastfeeding	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web en el que se explica de qué forma es ilegal la discriminación por gestación o lactancia materna de acuerdo con el Código de Derechos Humanos de Ontario. Dicho Código actúa como mecanismo para normalizar las expectativas y proteger los derechos humanos, incluidos los de gestación y lactancia, mediante legislación.
Human rights obligations related to pregnancy and breastfeeding: Case law review [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2014. Available from: http://www.ohrc.on.ca/en/human-rights-obligations-related-pregnancy-and-breastfeeding-case-law-review	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un recurso y un ejemplo de revisión de la jurisprudencia de la Comisión de Derechos Humanos de Ontario sobre discriminación por gestación y lactancia materna.
ADAPTACIONES EN EL LUGAR DE TRABAJO PARA LA LACTANCIA MATERNA	
Region of Waterloo Public Health; projecthealth.ca. Creating a breastfeeding friendly workplace strategy: a toolkit for employers [Internet]. [place unknown]: Region of Waterloo Public Health; [date unknown]. Co-published with projecthealth.ca. Available from: http://www.projecthealth.ca/sites/default/files/files/Breastfeeding_Friendly_Workplace_Toolkit_access.PDF	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conjunto de recursos para empleados y empleadores para la promoción de la lactancia materna en el lugar de trabajo con base en estos cuatro pilares de lugares de trabajo amigos de la lactancia: privacidad, flexibilidad, formación y apoyo.

ADAPTACIONES EN EL LUGAR DE TRABAJO PARA LA LACTANCIA MATERNA

Pregnancy & Human Rights in the Workplace - Policy and Best Practices [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Human Rights Commission; [date unknown]. Available from: <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/eng/content/policy-and-best-practices-page-2>

- Página web de la Comisión de Derechos Humanos de Canadá en la que se describen los roles y las responsabilidades de empleados, empleadores y sindicatos respecto a las personas en el embarazo y el posparto, incluidas las adaptaciones para la lactancia.

Ottawa Public Health; Just Food. Breastfeeding friendly business: a toolkit. Ottawa (ON): Ottawa Public Health; 2014. Co-published with Just Food. Available from: http://justfood.ca/wordpress/wp-content/uploads/2014/01/BFB_English_Toolkit.pdf

- Consejos para empresas sobre cómo crear entornos favorables a la lactancia materna y hacerlos extensivos a los clientes.

ASISTENCIA A LA LACTANCIA MATERNA DE FINANCIACIÓN PÚBLICA

Ministry of Community and Social Services. Ontario disability support program—income support directives [Internet]. [place unknown]: Queen's Printer for Ontario; 2011. Available from: https://www.mcsc.gov.on.ca/documents/en/mcsc/social/directives/odsp/income_Support/6_5.pdf

- Ejemplo de normativa para un subsidio nutricional de apoyo a la lactancia materna para personas que reciben prestaciones por discapacidad.
- Dicho subsidio nutricional se abona para sufragar los gastos de alimentación de la persona lactante con el objeto de apoyar la lactancia materna.

Lagunas en la Investigación e Implicaciones Futuras

El equipo de Investigación y Desarrollo de Guías de buenas prácticas y el panel de expertos de RNAO identificaron diversas áreas prioritarias de futura investigación, señaladas en la **Tabla 11**. Los estudios realizados en estas áreas proporcionarían más evidencia para apoyar el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna. La lista no es exhaustiva; es posible que sea necesario ampliar las áreas de investigación.

Tabla 11: Áreas de Investigación Prioritaria para cada Pregunta de Investigación

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA
<p>Pregunta de Investigación n°1:</p> <p>¿Qué herramientas, procesos y estrategias efectivos utilizan las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares para evaluar a la persona en el embarazo y el posparto con el fin de incrementar el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ensayos grandes con suficiente poder estadístico que evalúen la autoeficacia en la lactancia materna exclusiva y continuada con poblaciones de lactancia materna prioritaria con mayor riesgo de destete o cese prematuro de la lactancia. ■ Grado en el cual una puntuación total de LATCH puede predecir la lactancia materna exclusiva y continuada después del alta hospitalaria. ■ Tiempos óptimos de evaluación de la lactancia materna para apoyar la exclusividad y la continuación. ■ Evaluación estandarizada de la cavidad oral del lactante para su alimentación, para profesionales sanitarios.
<p>Pregunta de Investigación n°2:</p> <p>¿Qué intervenciones o programas usados por las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares son efectivos para aumentar el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervenciones efectivas para poblaciones lactantes en riesgo, como padres adolescentes, personas con obesidad o personas con parto por cesárea. ■ Efectividad y efectos adversos de la formación prenatal sobre la lactancia materna sobre la exclusividad hasta los seis meses, especialmente en países con ingresos medios y bajos. Se deben explorar en mayor profundidad la información, las formas de proporcionarla y las medidas para determinar el conocimiento. ■ Intervenciones efectivas sobre lactancia materna para países de ingresos bajos, medios y altos. ■ Uso del chupete y resultados de lactancia materna para personas lactantes que no tienen una alta motivación. ■ Momento y frecuencia óptimos para el apoyo de un asesor de lactancia. ■ Efectos negativos del apoyo social y cómo minimizarlos. ■ Técnicas para garantizar un contacto piel con piel para lactantes sanos, nacidos por vía vaginal o por cesárea. ■ Impacto en la producción de leche materna con el uso de métodos como la extracción manual o la extracción asistida respecto a las tasas de lactancia materna exclusiva y continuada en lactantes nacidos a término. ■ Impacto de la formación sobre lactancia materna en el seno de la comunidad respecto al inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA
<p>Pregunta de Investigación n°3: ¿Qué educación o formación son necesarias para que las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares fomenten el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Efectividad de las intervenciones de formación para enfermeras y equipos interprofesionales que trabajan en servicios prenatales respecto al aumento de los índices de inicio, exclusividad y continuación de la lactancia materna. ■ Contenido, duración y métodos más efectivos de las intervenciones formativas dirigidas a mejorar el conocimiento, las competencias y las prácticas de enfermeras y equipos interprofesionales en materia de lactancia materna. ■ Aspectos específicos de la formación (p.ej., número de horas, programa académico) para enfermeras, equipos interprofesionales y pares en materia de lactancia materna.
<p>Pregunta de Investigación n°4: ¿Cuáles son las prácticas, los programas y las políticas óptimos para que las instituciones sanitarias y la comunidad en general, incluidos los lugares de trabajo, apoyen la lactancia materna inicial, exclusiva y continuada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Impacto de las políticas laborales y los programas de lactancia en los resultados de lactancia materna. ■ Impacto de la implantación parcial versus completa del programa IHAN en los resultados de lactancia materna. ■ Impacto de los componentes IHAN en primíparas versus múltiparas.
<p>Evaluación (Tabla)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Definiciones e indicadores estandarizados en materia de lactancia materna para la monitorización y evaluación del programa.

Esta tabla, aunque no es exhaustiva, constituye un intento de identificar y priorizar la investigación necesaria respecto al inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna. Muchas de las recomendaciones de esta Guía se basan en evidencia de investigación cuantitativa y cualitativa; otras se basan en otras guías clínicas o en la opinión del panel de expertos de RNAO. Se necesitan más investigaciones sustantivas para ampliar los conocimientos sobre la lactancia materna.

Estrategias de Implantación

La implantación de las guías en el punto asistencial es una tarea exigente y polifacética, ya que los cambios en la práctica requieren algo más que sensibilización y difusión. Las guías deben adaptarse a las necesidades de cada entorno de práctica de forma sistemática y participativa para garantizar que las recomendaciones se ajustan a cada contexto local (86). *La Herramienta de Implantación de guías de práctica clínica* de la RNAO ofrece para ello un proceso basado en la evidencia (véase el Anexo L) (2012).

La *Herramienta* se fundamenta en nueva evidencia indicativa de que la correcta asimilación de las buenas prácticas en el ámbito sanitario es más probable cuando:

- Los responsables de todos los niveles se comprometen con la implantación de las guías;
- Las guías que han de implantarse se seleccionan mediante un proceso sistemático y participativo;
- Se identifica a las partes para quienes las guías son de interés, y se logra que se impliquen en su implantación;
- Se evalúa la disposición del entorno para la implantación de las guías;
- Se adapta la guía al contexto local;
- Se consideran y abordan los facilitadores y barreras para el uso de la guía;
- Se desarrollan intervenciones destinadas a promover el uso de la guía;
- Se supervisa y se da soporte al uso de la guía de forma sistemática;
- Se evalúa el impacto de la guía como parte del proceso; y
- Existen recursos adecuados para completar todos los aspectos de la implantación.

La *Herramienta* emplea el marco “Del conocimiento a la acción” (87) para demostrar los pasos que son necesarios para la investigación y la síntesis del conocimiento. También guía la adaptación del nuevo conocimiento al contexto local. Este marco de trabajo sugiere identificar y usar herramientas como las guías para identificar las lagunas de conocimiento e iniciar el proceso de adaptación del nuevo conocimiento a los entornos locales. La **Figura 2** describe el marco de trabajo y destaca el ciclo del proceso de creación y acción.

La RNAO está comprometida a maximizar el despliegue y la implantación de nuestras Guías de práctica clínica (GBP). Para ello, empleamos un planteamiento coordinado en la difusión, para lo que se usan diversas estrategias, como:

1. La red impulsora Nursing Best Practice Champion Network®, que desarrolla la capacidad de enfermeras individuales y miembros del equipo interprofesional para fomentar la sensibilización, el compromiso y la adaptación de las guías de buenas prácticas;
2. Conjuntos de normas de guías de buenas prácticas™ que recogen información clara, concisa y lista para la práctica extraída de las recomendaciones de las GBP y que puede incorporarse a las historias clínicas electrónicas y usarse también en entornos en los que se usa solo papel o que combinan ambas opciones; y
3. La designación de instituciones como Best Practice Spotlight Organization® (BPSO®), que fomenta la implantación de las buenas prácticas en las instituciones y en el sistema sanitario. Las instituciones reconocidas como BPSO® se centran en desarrollar una cultura basada en la evidencia con el mandato específico de implantar, evaluar y dar soporte a diversas guías de la RNAO.

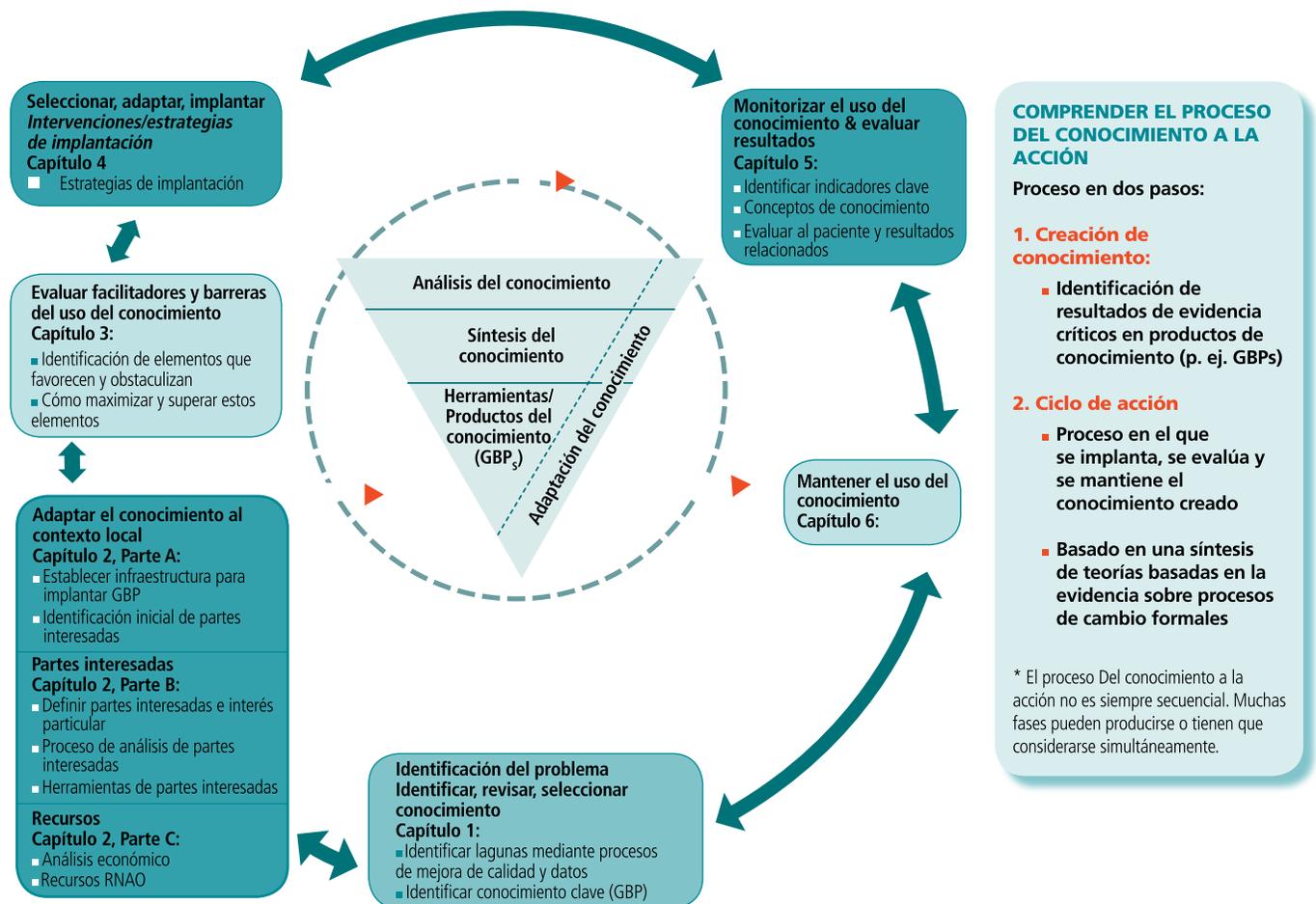
Además, ofrecemos anualmente oportunidades de formación para el desarrollo de las capacidades sobre guías concretas y sobre cómo implantarlas.

Se puede consultar información sobre estrategias de implantación (en inglés) en:

- Red de impulsores de la RNAO, Best Practice Champions Network: www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions
- Conjuntos de normas de guías de buenas prácticas de la RNAO (Nursing Order Sets): <http://rnao.ca/ehealth/bpgordersets>
- Designación de instituciones como Best Practice Spotlight Organizations® de la RNAO®: www.RNAO.ca/bpg/bpsos
- Oportunidades de formación para el desarrollo de las capacidades y otras vías de desarrollo profesional: www.RNAO.ca/events

Figure 2: Marco del Conocimiento a la Acción

MARCO REVISADO DEL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN



Adaptado de "Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice". S. Straus, J. Tetroe, and I. Graham. Copyright 2009 de Blackwell Publishing Ltd. Adaptado con autorización.

Evaluación de la Guía

El modelo Donabedian sirve de base para el desarrollo de medidas de evaluación y control de la calidad de la asistencia sanitaria (88). El modelo se compone de tres categorías: estructura, proceso y resultado. La estructura describe los atributos necesarios del sistema sanitario, la organización o la institución académica, por ejemplo, recursos físicos, humanos, informativos y económicos. El proceso examina las actividades asistenciales que se prestan a, para y con personas o poblaciones. Las medidas se asocian directamente con las recomendaciones y promueven la mejora de los procesos. El resultado analiza el efecto de los cuidados de calidad sobre el estado de salud de las personas y las poblaciones y mide el éxito general de la implantación de la Guía (88). Para obtener más información se puede consultar la *Herramienta de implantación de Guías de buenas prácticas, segunda edición* de RNAO (2012).

Las **Tablas 12, 13 y 14** ofrecen medidas de la estructura, el proceso y el resultado para evaluar el éxito de la Guía. Es importante evaluar los cambios en la práctica basados en la evidencia cuando se implanta una Guía. Se deben seleccionar las medidas más relevantes para el entorno de práctica. Los repositorios de datos/las bibliotecas de indicadores disponibles en el ámbito de la lactancia materna están diseñados para favorecer la recopilación, la medición, la mejora de la calidad y la evaluación de datos.

Tabla 12: Medida de Estructura

MEDIDAS DE ESTRUCTURA	MEDIDAS EN INSTRUMENTOS/ REPOSITORIOS DE DATOS
Porcentaje de profesionales que prestan cuidados que recibieron formación avanzada y/o formación continua sobre lactancia materna	Nuevo

Tabla 13: Medidas de Proceso

RECOMENDACIÓN	MEDIDAS DE PROCESO	MEDIDAS EN INSTRUMENTOS/ REPOSITORIOS DE DATOS
INTERVENCIONES DE VALORACIÓN		
1.1	<p>Porcentaje de díadas cuyo proceso de lactancia se ha valorado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Durante la gestación (es decir, desde la mitad de la gestación hasta el término) ■ En las primeras 24 horas de vida ■ Antes del alta de la maternidad ■ De 2 a 8 días tras el parto ■ >8 días hasta 6 meses tras el parto ■ >6 meses hasta 12 meses tras el parto 	NQuIRE ¹
INICIO DE LACTANCIA MATERNA		
2.1	Porcentaje de lactantes que tuvieron contacto piel con piel inmediatamente tras el parto	BORN ²
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		
2.3	<p>Porcentaje de díadas con posición, agarre y transferencia de leche efectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ En las primeras 24 horas de vida ■ Antes del alta de la maternidad ■ De 2 a 8 días tras el parto ■ >8 días hasta 6 meses tras el parto 	BORN ²
2.7	Porcentaje de personas lactantes a las que se ha enseñado cómo realizar la extracción manual antes del alta de la maternidad	BORN ²

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y CONTINUADA		
2.10	Porcentaje de personas lactantes a las que se ha ofrecido formación: <ul style="list-style-type: none"> ■ Durante la gestación ■ Antes del alta de la maternidad ■ Hasta 6 meses tras el parto 	Nuevo

¹ Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® (NQuIRE®)

² Better Outcomes Registry & Network Ontario (BORN)

Tabla 14: Medidas de Resultado

MEDIDAS DE RESULTADO	MEDIDAS EN INSTRUMENTOS/ REPOSITORIOS DE DATOS
INICIO DE LACTANCIA MATERNA	
Porcentaje de lactantes que recibieron leche materna: <ul style="list-style-type: none"> ■ En la primera hora de vida ■ En las primeras 24 horas de vida 	BORN ¹
Porcentaje de personas que refieren intención de amamantar a su bebé: <ul style="list-style-type: none"> ■ Durante la gestación ■ Tras el parto 	BORN ¹
Porcentaje de días que iniciaron la lactancia materna en la hora siguiente al parto	Nuevo
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	
Porcentaje de lactantes que recibieron solo leche materna: <ul style="list-style-type: none"> ■ En las primeras 24 horas de vida ■ De 2 a 8 días tras el parto ■ A lo largo de toda la estancia en la maternidad (p.ej., hospital, centro comunitario, lugar de residencia) ■ Hasta los seis meses 	NQuIRE ² , BORN ¹ , WHO ³

LACTANCIA MATERNA CONTINUADA

Porcentaje de lactantes >6 a 12 meses (<365 días) de edad que recibieron leche materna y suplementos alimenticios el día previo

WHO³

Porcentaje de personas lactantes que cesan la lactancia del bebé:

- Desde el nacimiento hasta 1 mes de edad
- Desde el nacimiento hasta 6 meses de edad
- >6 a 12 meses (<365 días) de edad

Nuevo

¹ Better Outcomes Registry & Network Ontario (BORN)

² Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® (NQuIRE®)

³ World Health Organization (OMS o WHO, por sus siglas en inglés)

Otros recursos de RNAO para la evaluación y seguimiento de las guías de buenas prácticas:

- Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation ® (NQuIRE ®), un sistema único de datos de enfermería que se encuentra en el International Affairs and Best Practice Guideline Centre y permite a los centros designados como Best Practice Spotlight Organizations ® (BPSO ®) medir el impacto de la implantación de las Guías de buenas prácticas en centros BPSO de todo el mundo. El sistema de datos NQuIRE recopila, compara y reporta datos de proceso y medidas de resultado sensibles para la enfermería basados en las guías. Las definiciones de las medidas NQuIRE se ajustan a los datos administrativos disponibles y a los repositorios existentes siempre en la medida de lo posible, respetando el principio de “recogida única, uso múltiple”. Al completar otros sistemas de medida del rendimiento ya establecidos y emergentes, NQuIRE trata de aplicar medidas fiables y válidas, reducir al mínimo la carga de la presentación de informes y armonizar las medidas de evaluación para que sea posible realizar análisis comparativos. El sistema de datos internacional NQuIRE se lanzó en agosto de 2012 para: 1) crear y mantener culturas de práctica basada en la evidencia; 2) optimizar la seguridad del paciente; 3) mejorar los resultados del paciente; y 4) involucrar al personal en la identificación de las relaciones entre la práctica y los resultados para promover la calidad y abogar por recursos y políticas favorables a los cambios en las buenas prácticas (88). Para más información se puede visitar RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire.
- Los conjuntos de normas de guías de buenas prácticas integrados en las historias clínicas electrónicas ofrecen un mecanismo de obtención electrónica de datos sobre indicadores de proceso. La capacidad de vincular las medidas de estructura y de proceso con medidas de resultados concretos del paciente ayuda a determinar el impacto de la implantación de las Guías de buenas prácticas sobre resultados en salud concretos. Para más información se puede visitar RNAO.ca/ehealth/nursingordersets.

Proceso de Actualización y Revisión de la Guía

La RNAO se compromete a actualizar sus Guías de buenas prácticas de la siguiente manera:

1. Cada guía de buenas prácticas será revisada por un panel de expertos en el área temática cada cinco años tras la publicación de la edición anterior.
2. El personal del Centro de asuntos internacionales y de guías de buenas prácticas de RNAO (IABPG, por sus siglas en inglés) realizará un seguimiento de las nuevas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados y otra literatura relevante en el tema que vaya apareciendo.
3. Basándose en ese seguimiento, el personal del IABPG podrá recomendar un periodo de revisión anticipado para una guía de práctica clínica en particular. Se consultará a los miembros del panel de expertos y a otros especialistas y expertos en la materia para ayudar a tomar la decisión de examinar y revisar la guía de buenas prácticas de forma anticipada al plazo propuesto.
4. Tres meses antes de que finalice el plazo marcado, el personal del IABPG comienza a planificar la revisión mediante:
 - a) La invitación a especialistas en la materia a participar en el panel de expertos. Dicho panel estará compuesto por los miembros del panel de expertos original, así como otros especialistas recomendados y expertos.
 - b) La recopilación de los comentarios recibidos y las dudas planteadas durante la implantación, incluyendo comentarios y experiencias de los centros designados como BPSO® y otros centros de implantación en relación a sus experiencias.
 - c) La recopilación de nuevas guías de buenas prácticas clínicas en el campo de interés y la mejora del objetivo y el alcance.
 - d) El desarrollo de un plan de trabajo detallado con plazos y resultados para la elaboración de una nueva edición de la guía de buenas prácticas.
5. Se difundirán las nuevas ediciones de la guía de práctica clínica basándose en las estructuras y en los procesos establecidos.



Referencias

1. Registered Nurses' Association of Ontario. Breastfeeding Best Practice Guidelines for Nurses. 1st ed. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2003.
2. Registered Nurses' Association of Ontario. Breastfeeding Best Practice Guidelines for Nurses Supplement. 2nd ed. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2007.
3. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2018. Available from: <http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>
4. Perinatal Services BC. Informal (peer-to-peer) milk sharing: the use of unpasteurized donor human milk. Vancouver (BC): Perinatal Services BC; 2016.
5. Toronto Public Health. Breastfeeding protocols for health care providers. Toronto (ON): Toronto Public Health; 2017.
6. Sriraman N, Evans A, Lawrence R, et al. Academy of Breastfeeding Medicine's 2017 position statement on informal breast milk sharing for the term healthy infant. *Breastfeed Medicine*. 2018;13(1):1–3.
7. World Health Organization; United Nations Children's Fund. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Implementation guidance [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2018. Available from: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf?ua=1>
8. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November in Washington, DC, USA, 2008. Geneva (CH): World Health Organization; 2008.
9. UNICEF, World Health Organization. Global breastfeeding scorecard, 2017. Tracking progress for breastfeeding policies and programmes. New York, NY: UNICEF and World Health Organization; 2017.
10. Victora C, Bahl R, Barros A, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475–90.
11. Lodge C, Tan D, Lau M, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104:38–53. doi:[10.1111/apa.13132](https://doi.org/10.1111/apa.13132).
12. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*. 2010;125(5):e1048–56.
13. Pokhrel S, Quigley M, Fox-Rushby J, et al. Potential economic impacts from improving breastfeeding rates in the UK. *ArchDis Child*. 2015;100:334–40.
14. Gionet L. Breastfeeding trends in Canada. Statistics Canada Catalogue no. 82-624-X [Internet]. Ottawa (ON): Statistics Canada; c2002–2018 (updated 2015 Nov 27; cited 2017 Dec 18). Available from: <https://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11879-eng.htm>

15. Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;12:CD007366.
16. Gercek E, Sarikaya Karabudak S, Ardic Celik N, et al. The relationship between breastfeeding self-efficacy and LATCH scores and affecting factors. *J Clin Nurs.* 2017;26(7–8):994–1004.
17. Ip WY, Gao LL, Choi KC, et al. The short form of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale as a prognostic factor of exclusive breastfeeding among Mandarin-speaking Chinese mothers. *J Hum Lact.* 2016;32(4):711–20.
18. Mannion C, Mansell D. Breastfeeding self-efficacy and the use of prescription medication: a pilot study. *Obstet Gynecol Int.* 2012;2012:562704.
19. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):114–34.
20. Public Health Agency of Canada. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; [date unknown] (updated 2017 Dec 5). Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/maternity-newborn-care-guidelines.html>
21. Breastfeeding Committee for Canada. The BFI 10 Steps and WHO Code outcome indicators for hospitals and community health services. [place unknown]: Breastfeeding Committee for Canada; 2017.
22. The Baby-Friendly Initiative Strategy for Ontario. BFI implementation toolkit. Toronto (ON): The Baby-Friendly Initiative Strategy for Ontario; 2014.
23. Bevan G, Brown M. Interventions in exclusive breastfeeding: a systematic review. *Br J Nurs.* 2014;23(2):86–9.
24. Daglas M, Antoniou E. Cultural views and practices related to breastfeeding. *Health Sci J.* 2012 Jun;6(2):353–61.
25. Battersby S. Understanding the social and cultural influences on breast-feeding today. *J Fam Health Care.* 2010;20(4):128–31.
26. Dykes F, Griffiths H. Societal influences upon initiation and continuation of breastfeeding. *Br J Midwifery.* 1998;6(2):76–80.
27. Fischer TP, Olson B. A qualitative study to understand cultural factors affecting a mother's decision to breast or formula feed. *J Hum Lact.* 2014;30(2):209–16.
28. Tornese G, Ronfani L, Pavan C, et al. Does the LATCH score assessed in the first 24 hours after delivery predict non-exclusive breastfeeding at hospital discharge? *Breastfeed Med.* 2012;7(6):423–30.
29. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Res Nurs Health.* 1999 Oct;22(5):399–409. In: Mannion C, Mansell D. Breastfeeding self-efficacy and the use of prescription medication: a pilot study. *Obstet Gynecol Int.* 2012;2012:562704.
30. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1994;23(1):27–32.
31. Hill PD, Humenick SS. Development of the H & H Lactation Scale. *Nurs Res.* 1996;45(3):136–40.

32. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(5):CD003519.
33. Flint A, New K, Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;8:CD005092.
34. Beake S, Bick D, Narracott C, et al. Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;13(4). doi: [10.1111/mcn.12390](https://doi.org/10.1111/mcn.12390).
35. Beiranvand S, Valizadeh F, Hosseinabadi R et al. The effects of skin-to-skin contact on temperature and breastfeeding successfulness in full-term newborns after Cesarean delivery. *Int J Pediatr.* 2014;846486; and Gouchon S, Gregori D, Picotto A, et al. Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. *Nurs Res.* 2010;59(2):78–84. In: Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(5):CD003519.
36. Davanzo R, De Cunto A, Paviotti G, et al. Making the first days of life safer: preventing sudden unexpected postnatal collapse while promoting breastfeeding. *J Hum Lact.* 2015;31(1):47–52. In: Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(5):CD003519.
37. Kaunonen M, Hannula L, Tarkka MT. A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs.* 2012;21(13–14):1943–54.
38. Patel S, Patel S. The effectiveness of lactation consultants and lactation counselors on breastfeeding outcomes. *J Hum Lact.* 2016;32(3):530–41.
39. Whitford HM, Wallis SK, Dowswell T, et al. Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2:CD012003.
40. Schafer R, Genna CW. Physiologic breastfeeding: a contemporary approach to breastfeeding initiation. *J Midwifery Womens Health.* 2015;60(5):546–53.
41. Bai D, Wu K, Tarrant M. Association between intrapartum interventions and breastfeeding duration. *J Midwifery Womens Health.* 2013;58(1):25–32.
42. Buckley S. Executive summary of hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. *J Perinat Educ.* 2015;24(3):145–53.
43. Cantrill R, Creedy DK, Cooke M, et al. Effective suckling in relation to naked maternal–infant body contact in the first hour of life: an observation study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:20.
44. Leeming D, Williamson I, Lyttle S, et al. Socially sensitive lactation: exploring the social context of breastfeeding. *Psychol Health.* 2013;28(4):450–68.
45. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2:CD001141.
46. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #9: use of galactagogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion. *Breastfeed Med.* 2011 Feb;6(1):41–9.

47. Skouteris H, Nagle C, Fowler M, et al. Interventions designed to promote exclusive breastfeeding in high-income countries: a systematic review. *Breastfeed Med*. 2014;9(3):113–27.
48. Pugh L, Milligan R, Frick K, et al. Breastfeeding duration, costs and benefits of a support program for low-income breastfeeding women. *Birth*. 2002;29(2):95–100. In: Kaunonen M, Hannula L, Tarkka MT. A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs*. 2012;21(13–14):1943–54.48
49. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, et al. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;7:CD009338.
50. Ni PK, Siew Lin SK. The role of family and friends in providing social support towards enhancing the wellbeing of postpartum women: a comprehensive systematic review. *JB Libr Syst Rev*. 2011;9(10):313–70.
51. Porteous R, Kaufman K, Rush J. The effect of individualized professional support on duration of breastfeeding: a randomized controlled trial. *J Hum Lact*. 2000;16(4):303–8. In: McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD001141.
52. Hoddinott P, Craig L, MacLennan G, et al. The FEeding Support Team (FEST) randomised, controlled feasibility trial of proactive and reactive telephone support for breastfeeding women living in disadvantaged areas. *BMJ Open*. 2012;2(2):e000652. In: McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD001141.
53. Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, et al. Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2015;135(1):102–10. In: McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD001141.
54. Bonuck K, Stuebe A, Barnett J, et al. Effect of primary care intervention on breastfeeding duration and intensity. *Am J Pub Health*. 2014;104 Suppl 1:S119–S127. In: McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD001141.
55. Albernaz E, Victora C. Impact of face-to-face counselling on duration of exclusive breastfeeding: a review. *Pan American J Pub Health*. 2003;14(1):17–24. In: McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD001141.
56. Laliberte C, Dunn S, Pound C, et al. A randomized controlled trial of innovative postpartum care model for mother–baby dyads. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148520. In: McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD001141.
57. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Res Nurs Health*. 1999 Oct;22(5):399–409. In: Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD007366.
58. McQueen KA, Dennis CL, Stremmer R, et al. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011;40(1):35–46. In: Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):114–34.

59. Ansari S, Abedi P, Hasanpoor S, et al. The effect of interventional program on breastfeeding self-efficacy and duration of exclusive breastfeeding in pregnant women in Ahvaz, Iran. *Int Sch Res Notices*. 2014;10793:1–6.
60. Awano M, Shimada K. Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: a quasi-experimental study. *Int Breastfeed J*. 2010;5:9.
61. Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to improve breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: a systematic review and meta-analysis. *J Hum Lact*. 2017;33(3):486–99.
62. Chan MY, Ip WY, Choi KC. The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breast feeding rates: a longitudinal study. *Midwifery*. 2016;36:92–8.
63. Otsuka K, Taguri M, Dennis CL, et al. Effectiveness of breastfeeding self-efficacy intervention: do hospital practices make a difference? *Matern Child Health J*. 2014;18(1):296–306.
64. Fallon A, Van der Putten D, Dring C, et al. Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;9:CD009067.
65. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;9:CD006170. In: Whitford HM, Wallis SK, Dowswell T, et al. Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD012003.
66. Moran VH, Morgan H, Rothnie K, et al. Incentives to promote breastfeeding: a systematic review. *Pediatrics*. 2015;135(3):e687–e702.
67. Doggrell S, Hancox J. Cardiac safety concerns for domperidone, an antiemetic and prokinetic, and galactagogue medicine. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13(1):131–8.
68. Jaafar HS, Ho JJ, Jahanfar S, et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;8:CD007202.
69. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001;285(4):413–20. In: Jaafar HS, Ho JJ, Jahanfar S, et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;8:CD007202.
70. Public Health Agency of Canada. Joint Statement on Safe Sleep: Prevent Sudden Infant Deaths in Canada [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; [date unknown] (updated 2018 Apr 23). Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/stages-childhood/infancy-birth-two-years/safe-sleep/joint-statement-on-safe-sleep.html>
71. Oliveira IB, Leal LP, Coriolano-Marinus MW, et al. Meta-analysis of the effectiveness of educational interventions for breastfeeding promotion directed to the woman and her social network. *J Adv Nurs*. 2017;73(2):323–35.
72. Wouk K, Lara-Cinisomo S, Stuebe AM, et al. Clinical interventions to promote breastfeeding by Latinas: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(1).
73. Wong KL, Tarrant M, Lok KY. Group versus individual professional antenatal breastfeeding education for extending breastfeeding duration and exclusivity: a systematic review. *J Hum Lact*. 2015;31(3):354–66.

74. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, et al. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;12:CD006425.
75. Jaafar HS, Ho JJ, Lee SK. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;8:CD006641.
76. Ward KN, Byrne JP. A critical review of the impact of continuing breastfeeding education provided to nurses and midwives. *J Hum Lact.* 2011;27(4):381–93.
77. de Jesus PC, de Oliveira MIC, Fonseca SC. Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: a systematic review. *J Pediatr. (Rio J).* 2016;92(5):436–50.
78. Gavine A, MacGillivray S, Renfrew MJ, et al. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *Int Breastfeed J.* 2017;12:6.
79. Beake S, Pellowe C, Dykes F, et al. A systematic review of structured versus non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive breastfeeding in acute and primary healthcare settings. *JBIM Libr Syst Rev.* 2011;9(36):1471–508.
80. Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, et al. Primary care interventions to support breastfeeding: updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA.* 2016;316(16):1694–705.
81. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):402–17.
82. Andres E, Baird S, Bingenheimer J, et al. Maternity leave access and health: a systematic narrative review and conceptual framework development. *Matern Child Health J.* 2016;20(6):1178–92.
83. Steurer LM. Maternity leave length and workplace policies' impact on the sustainment of breastfeeding: global perspectives. *Public Health Nurs.* 2017;34(3):286–94.
84. Borrell C, Palencia L, Muntaner C, et al. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiol Rev.* 2014;36:31–48.
85. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding report card [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control; 2013. Available from: <http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2013breastfeedingreportcard.pdf>
86. Harrison M, Graham I, Fervers B, et al. Adapting knowledge to local context. In: Straus SE, Tetroe J, Graham ID, eds. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice.* 2nd ed. Chichester (UK): John Wiley & Sons; 2013.p. 110-20.
87. Straus S, Tetroe J, Graham ID, et al. Monitoring and evaluating knowledge. In: Straus SE, Tetroe J, Graham ID, editors. *Knowledge translation in health care.* Oxford (UK): Wiley-Blackwell; 2009. p. 151–9.
88. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly.* 2005;83(4):691-729.
89. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, et al. Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuIRE. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2012;25(2):26–37.
90. Centers for Disease Control and Prevention. Descriptive and analytic studies [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; [date unknown]. Available from: http://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf

91. Francis DO, Krishnaswami S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Pediatrics*. 2015;135(6):e1458–66.
92. Kotlow LA. Diagnosing and understanding the maxillary lip-tie (superior labial, the maxillary labial frenum) as it relates to breastfeeding. *J Hum Lactation*. 2013;29(4):458–64.
93. O’Callahan C, Macary S, Clemente S. The effects of office-based frenotomy for anterior and posterior ankyloglossia on breastfeeding. *Int J Periatr Otorrhinolaryngol*. 2013;77(5):827-832.
94. World Health Organization. *Counselling for maternal and newborn health care. A handbook for building skills*. Geneva (CH): World Health Organization; 2013.
95. Breastfeeding [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; 2018. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/
96. World Health Organization. *International code of marketing of breast-milk substitutes*. Geneva (CH): World Health Organization; 1981.
97. Cochrane Community. *Glossary 2017* [Internet]. [place unknown]: The Cochrane Collaboration; c2017. Available from: <http://community.cochrane.org/glossary>
98. Unusual appearances of breastmilk [Internet]. Melbourne (AU): Australian Breastfeeding Association; c2017 (updated 2017 Aug). Available from: <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/unusual-appearances-breastmilk>
99. Wambach K, Riordan J. *Breastfeeding and Human Lactation*. (Enhanced 5th ed.). Jones & Bartlett Publishers; 2014.
100. Avella JR. Delphi panels: research design, procedures, advantages, and challenges. *Int J Doctoral Studies*. 2016;11:305–21.
101. Thorley V. Sharing breastmilk: wet nursing, cross feeding, and milk donations. *Breastfeed Rev*. 2008;16(1):25–9.
102. Registered Nurses’ Association of Ontario. *Embracing cultural diversity in health care: developing cultural competence*. Toronto (ON): Registered Nurses’ Association of Ontario; 2007.
103. Stevens K. The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs*. 2013;18(2):4.
104. Registered Nurses’ Association of Ontario. *Person- and family-centred care*. Toronto (ON): Registered Nurses’ Association of Ontario; 2015.
105. Public Health Agency of Canada. *Toward health equity: Canadian approaches to the health sector*. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2014.
106. Biomedical Central. *About* [Internet]. London (UK): Implementation Science/Biomed Central; c2018. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/about>
107. Allan B, Smylie J. *First Peoples, second class treatment: the role of racism in the health and well-being of Indigenous Peoples in Canada*. Toronto (ON): The Wellesley Institute; 2015.

108. Aboriginal Peoples in Canada: First Nations People, Métis and Inuit [Internet]. Ottawa (ON): Statistics Canada; 2016 (updated 2016 Sep 15). Available from: <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-eng.cfm>
109. Baby-Friendly Strategy for Ontario. Informed decision making: having meaningful conversations regarding infant feeding. [place unknown]: Best Start Resource Centre; 2017.
110. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, et al. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(2):106–23.
111. Brooks E, Genna CW, Mannel R. *The lactation consultant: roles and responsibilities*. [place unknown]. Jones & Bartlett Learning; 2014.
112. Australian Breastfeeding Association. The lactational amenorrhea method (LAM) for postpartum contraception [Internet]. Melbourne (AU): Australian Breastfeeding Association; 2016 (updated 2016 Jun). Available from: <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/lactational-amenorrhea-method-lam-postpartum-contraception>
113. Australian Breastfeeding Association. Let-down reflex (milk ejection reflex) [Internet]. Melbourne (AU): Australian Breastfeeding Association; 2017 (updated 2017 Aug). Available from: <https://www.breastfeeding.asn.au/bf-info/early-days/let-down-reflex>
114. Registered Nurses' Association of Ontario. *Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2013.
115. Wagner C, Baatz J, Newton D, et al. Analytical considerations and general diagnostic and therapeutic ramifications of milk hormones during lactation. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2018;32(1):5–16.
116. Cyr C, McKee H, O'Hagan M, et al. *Making the case for peer support: report to the peer support project committee of Mental Health Commission of Canada*. 2016 2nd ed. Ottawa (ON): Mental Health Commission of Canada; 2016. Available from: <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/content/making-case-peer-support-report-peer-support-project-committee-mental-health-commission-cana>
117. Reid G. Probiotics: definition, scope and mechanisms of action. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2016;30(1):17–25.
118. Austin Z, Sutton J. Qualitative research: getting started. *Can J Hosp Pharm*. 2014;67(6):436–40.
119. Rockers PC, Røttingen JA, Shemilt I, et al. Inclusion of quasi-experimental studies in systematic reviews of health systems research. *Health Policy*. 2015;119(4):511–21.
120. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16:15.
121. Eriksen, M., Mackay, J., & Ross, H. *The tobacco atlas*. 4th ed. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2012. Co-published with the World Lung Foundation.
122. World Health Organization. *About social determinants of health* [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; c2018. Available from: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/

123. Baker CM, Ogden SJ, Prapaipanich W, et al. Hospital consolidation. Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *J Nurs Adm.* 1999;29(3):11–20.
124. Kaufman P, Ferrence R, Pope M, et al. Putting third hand smoke on the policy and research agenda: knowledge user survey results. The Ontario Tobacco Research Unit; 2012. Available from: http://otru.org/wp-content/uploads/2012/11/update_nov2012.pdf
125. Poole N, Urquhart C, Jasiura F, et al. Trauma-informed practice guide [Internet]. [place unknown]: BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council; 2013. Available from: http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf
126. Registered Nurses' Association of Ontario. Crisis interventions for adults using a trauma-informed approach: initial four weeks of management. 3rd ed. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2017.
127. World Health Organization. Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants [Internet]. Geneva (CH): World Health Organization; c2018 (updated 2018 Mar 16; cited 2017 Dec 18). Available from: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/
128. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ.* 2010;182(18):E839–42.
129. Fleiss J, Levin B, Paik MC. Statistical methods for rates and proportions. 3rd ed. New York: John Wiley and Sons; 2003.
130. Feldman-Winter L, Shaikh U. Optimizing breastfeeding promotion and support in adolescent mothers. *J Hum Lact.* 2007;(4):362–67.
131. Sipsma HL, Jones KL, Cole-Lewis H. Breastfeeding among adolescent mothers: a systematic review of interventions from high-income countries. *J Hum Lact.* 2015;31(2):221–9.
132. Chin NP, Cuculick J, Starr M, et al. Deaf mothers and breastfeeding: do unique features of deaf culture and language support breastfeeding success? *J Hum Lact.* 2013;29(4):564–71.
133. Kraut RY, Brown E, Korownyk C, et al. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding: systematic review of observational studies. *PLoS One.* 2017;12(10):e0186591.
134. Schiff M, Algert CS, Ampt A, et al. The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J.* 2014;9:17.
135. Coles J, Anderson A, Loxton D. Breastfeeding duration after childhood sexual abuse: an Australian cohort study. *J Hum Lact.* 2016;32(3):NP28–NP35.
136. Elfgen C, Hagenbuch N, Görres G, et al. Breastfeeding in women having experienced childhood sexual abuse. *J Hum Lact.* 2017;33(1):119–27.
137. Jansson LM, Velez ML, Butz AM. The effect of sexual abuse and prenatal substance use on successful breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2017;46(3):480–84.
138. Paynter MJ, Snelgrove-Clarke E. Breastfeeding support for criminalized women in Canada. *J Hum Lact.* 2017;33(4):672–76.

139. Huang K, Atlas R, Parvez F. The significance of breastfeeding to incarcerated pregnant women: an exploratory study. *Birth*. 2012;39(2):145–55.
140. McIsaac KE, Lou W, Sellen D, et al. Exclusive breastfeeding among Canadian Inuit: results from the Nunavut Inuit Child Health Survey. *J Hum Lact*. 2014;30(2):229–41.
141. McQueen K, Sieswerda LE, Montelpare W, et al. Prevalence and factors affecting breastfeeding among Aboriginal women in Northwestern Ontario. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015;44(1):51–68.
142. Eni R, Phillips-Beck W, Mehta P. At the edges of embodiment: determinants of breastfeeding for First Nations women. *Breastfeed Med*. 2014;9(4):203–14.
143. Bever Babendure J, Reifsnider E, Mendias E, et al. Reduced breastfeeding rates among obese mothers: a review of contributing factors, clinical considerations and future directions. *Int Breastfeed J*. 2015;10:21.
144. Soltani H, Fair FJ. Interventions for supporting the initiation and continuation of breastfeeding among women who are overweight or obese. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2:CD012099.
145. Adedinsewo DA, Fleming AS, Steiner M, et al. Maternal anxiety and breastfeeding: findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study. *J Hum Lact*. 2014;30(1):102–9.
146. Arifunhera JH, Srinivasaraghavan R, Sarkar S, et al. Is maternal anxiety a barrier to exclusive breastfeeding? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(17):2798–801.
147. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disorders*. 2015;171:142–54.
148. Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12(36):36.
149. Figueiredo B, Canário C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med*. 2014;44(5):927–36.
150. Chaput KH, Nettel-Aguirre A, Musto R, et al. Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: a prospective cohort study. *CMAJ Open*. 2016;4(1):E103–E109.
151. Pettinger T, Gray T, Gosakan R. Diabetes in pregnancy. *InnovAIT*. 2015;29(5):685-99.
152. Tawfik MY. The impact of health education intervention for prevention and early detection of Type 2 diabetes in women with gestational diabetes. *J Community Health*. 2017;42(3):500–10.
153. Bider-Canfield Z, Martinez MP, Wang X, et al. Maternal obesity, gestational diabetes, breastfeeding and childhood overweight at age 2 years. *Pediatr Obes*. 2017;12(2):171–78.
154. Much D, Beyerlein A, Roßbauer M, et al. Beneficial effects of breastfeeding in women with gestational diabetes mellitus. *Mol Metab*. 2014;3(3):284–92.
155. Feig D, Berger H, Donovan L, et al. Diabetes Canada 2018 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada: diabetes and pregnancy. *Can J Diabetes*. 2018;42(Suppl 1):S255–S282.

156. Wallenborn JT, Perera RA, Masho SW. Breastfeeding after gestational diabetes: does perceived benefits mediate the relationship? *J Pregnancy*. 2017;2017:9581796. doi: 10.1155/2017/9581796.
157. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):96–113.
158. Howe CJ, Winterhalter E. Parent health literacy: risks and outcomes. *J Pediatr Nursing*. 2013;28(5):515–16.
159. Sentell TL, Halpin HA. Importance of adult literacy in understanding health disparities. *J Gen Intern Med*. 2006;21:862–66.
160. Kaufman H, Skipper B, Small L, et al. Effect of literacy on breast-feeding outcomes. *South Med J*. 2001;94(3):293–96.
161. Poorman E, Gazmararian J, Elon L, et al. Is health literacy related to health behaviours and cell phone usage patterns among the text4baby target population? *Arch Public Health*. 2014;72(1):13.
162. Kilfoyle KA, Vitko M, O’Conor R, et al. Health literacy and women’s reproductive health: a systematic review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016;25(12):1237–55.
163. Department of Health and Human Services (US). 2nd ed. Volumes 1 and 2. Washington: U.S. Government Printing Office; 2000. Healthy people 2010: with understanding and improving health and objectives for improving health.
164. Best Start Resource Centre. Breastfeeding and socioeconomic status [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2014. Available from: https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_Breastfeeding_factsheet_2_ENG.pdf
165. Friesen CA, Hormuth LJ, Petersen D, et al. Using videoconferencing technology to provide breastfeeding support to low-income women: connecting hospital-based lactation consultants with clients receiving care at a community health center. *J Hum Lact*. 2015;31(4):595–9.
166. Gurka KK, Hornsby PP, Drake E, et al. Exploring intended infant feeding decisions among low-income women. *Breastfeed Med*. 2014;9(8):377–84.
167. Public Health Agency of Canada. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: a practical workbook for community-based programs. 2nd ed. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2014.
168. Ibanez G, de Reynal de Saint Michel C, Denantes M, et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women. *Fam Pract*. 2012;29(3):245–54.
169. MacDonald T, Noel-Weiss J, West D, et al. Transmasculine individuals’ experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:106.
170. My guide to caring for trans and gender-diverse clients [Internet]. Toronto (ON): Rainbow Health Ontario; c2016. Available from: <https://www.rainbowhealthontario.ca/TransHealthGuide/>
171. Wolfe-Roubatis E, Spatz DL. Transgender men and lactation: what nurses need to know. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2015;40(1):32–8.

172. de Oliveira P, Pagliuca F, Cezario K, et al. Breastfeeding: validation of assistive audio technology for the visually impaired. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(2):122–28.
173. Crepinsek M, Crowe L, Michener K, et al. Interventions for the prevention of mastitis following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD007239.
174. Heller MM, Fullerton Stone H, Murase JE. Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. *Int J Dermatol.* 2012;51(10):1149–61.
175. Jahanfar S, Ng C, Teng C. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2:CD005458.
176. Kent J, Ashton E, Hardwick C, et al. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *Intl J Envir Res Public Health.* 2015;12(10):12247–63.
177. Bergmann R, Bergmann K, von Weizsäcker K, et al. Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers—a review of the scientific evidence. *J Perinat Med.* 2013;42(1):9–18.
178. Stone K, Wheeler A. A review of anatomy, physiology, and benign pathology of the nipple. *Ann Surg Oncol.* 2015;22:3236.
179. McManus AJ, Hunter LP, Renn H. Lesbian experiences and needs during childbirth: guidance for health care providers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35(1):13–23.
180. Wilson E, Perrin MT, Fogleman A, et al. The intricacies of induced lactation for same-sex mothers of an adopted child. *J Hum Lact.* 2014;31(1):64–7.
181. Szucs KA, Axline SE, Rosenman MB. Induced lactation and exclusive breast milk feeding of adopted premature twins. *J Hum Lact.* 2010;26(3):309–13.
182. Zizzo G. Lesbian families and the negotiation of maternal identity through the unconventional use of breast milk. *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review.* 2009;5(2):96–109.
183. Malmquist A. Women in lesbian relations: construing equal or unequal parental roles? *Psychology of Women Quarterly.* 2015;39(2):256–67.
184. McKelvey MM. The other mother: a narrative analysis of the postpartum experiences of nonbirth lesbian mothers. *ANS Adv Nurs Sci.* 2014;2:101–16.
185. The Public Health Alliance for Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual, Transgender, Two-Spirit, Intersex, Queer and Questioning Equity. A positive space is a healthy space: making your community health centre, public health unit or community agency inclusive to those of all sexual orientations and gender identities [Internet]. Toronto (ON): Ontario Public Health Association; 2011. Available from: <http://www.opha.on.ca/getmedia/125e32e7-f9cb-48ed-89cb-9d954d76537b/SexualHealthPaper-Mar11.pdf.aspx?ext=.pdf>

186. Giglia R. Alcohol and lactation: an updated systematic review. *Nutrition Dietetics*. 2010;67(4):237–43.
187. Tearne E, Cox K, Giglia R. Patterns of alcohol intake of pregnant and lactating women in rural Western Australia. *Mat Child Health J*. 2017;21(11):2068–77.
188. Wilson J, Tay RY, McCormack C, et al. Alcohol consumption by breastfeeding mothers: frequency, correlates and infant outcomes. *Drug Alcohol Rev*. 2017;36(5):667–76.
189. Best Start Resource Centre. Mixing alcohol and breastfeeding [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2016. Available from: https://www.beststart.org/resources/alc_reduction/bf_handouts/breastfeed_and_alcohol_EN.pdf
190. Smith L. Alcohol consumption during pregnancy and breast feeding in Canada is prevalent and not strongly associated with mental health status. *Evid Based Nurs*. 2017;20(2):44.
191. National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra (AU): Australian Government; 2009.
192. Jaques SC, Kingsbury A, Henshcke P, et al. Cannabis, the pregnant woman and her child: weeding out the myths. *J Perinatol*. 2014;34(6):417–24.
193. Reece-Stremtan S, Marinelli K. ABM clinical protocol #21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. *Breastfeed Med*. 2015;10(3):135–41.
194. Marijuana Use During Pregnancy and Lactation [Internet]. [place unknown]: American College of Obstetricians and Gynecology; 2017. Available from: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Marijuana-Use-During-Pregnancy-and-Lactation>
195. Lok K, Bai BL, Tarrant M. Predictors of breastfeeding initiation in Hong Kong and Mainland China born mothers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:286.
196. Rosen-Carole CB, Auinger P, Howard CR, et al. Low-level prenatal toxin exposures and breastfeeding duration: a prospective cohort study. *Matern Child Health J*. 2017;21(12):2245–55.
197. Dixon M, Khan L. Treatment of breast infection. *BMJ*. 2011;342:d396.
198. Napierala M, Mazela J, Merritt T, et al. Tobacco smoking and breastfeeding: effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. *Environ Res*. 2016;151:321–38.
199. Ingram J, Johnson D, Copeland M, et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2015;100:F344–F348.
200. Ferrés-Amat E, Pastor-Vera T, Ferrés-Amat E, et al. Multidisciplinary management of ankyloglossia in childhood. Treatment of 101 cases. A protocol. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016;21(1):e39–e47.
201. Walsh J, Tunkel D. Diagnosis and treatment of ankyloglossia in newborns and infants: a review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;143(10):1032–39.
202. Martinelli RL, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Lingual frenulum protocol with scores for infants. *Int J Orofacial Myology*. 2012;38:104–12.

203. Burrows S, Lanlehin R. Is frenotomy effective in improving breastfeeding in newborn babies with tongue-tie? A literature review. *BMJ*. 2015;23(11):790–7.
204. Reilly S, Reid J, Skeat J, et al. ABM clinical protocol #18: guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate, revised 2013. *Breastfeed Med*. 2013;8(4):349–53.
205. Alperovich M, Frey J, Shetye B, et al. Breast milk feeding rates in patients with cleft lip and palate at a North American craniofacial center. *Cleft Palate Craniofac J*. 2017;54(3):334–37.
206. Burianova I, Kulihova K, Vitkova V, et al. Breastfeeding after early repair of cleft lip in newborns with cleft lip or cleft lip and palate in a Baby-Friendly designated hospital. *J Hum Lact*. 2017;33(3):504–8.
207. Sooben R. Breastfeeding patterns in infants with Down's syndrome: a literature review. *British J Midwifery*. 2012;20(3):187–92.
208. Thomas J, Marinelli KA, Hennessy K, et al. ABM clinical protocol #16: breastfeeding the hypotonic infant. *Breastfeed Med*. 2016;2:112–8.
209. Lee SY, Jang GJ. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding in late preterm infants at 12 weeks. *Child Health Nurs Res*. 2016;22(2):79–86.
210. Boies EG, Vaucher YE. ABM clinical protocol #10: breastfeeding the late preterm (34–36 6/7 weeks of gestation) and early term infants (37–38 6/7 weeks of gestation), second revision 2016. *Breastfeed Med*. 2016;11:494–500.
211. Pike M, Kritzinger A, Krüger E. Breastfeeding characteristics of late-preterm infants in a kangaroo mother care unit. *Breastfeed Med*. 2017;12(10):637–44.
212. Best Start Resource Centre. Breastfeeding your late preterm baby. [place unknown]: Best Start Resource Centre; 2016.
213. Collins CT, Gillis J, McPhee AJ, et al. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;10:CD005252.
214. Chidiebere ODI, Uchenna E, Ikenna NK, et al. Early cessation of breastfeeding: a neglected nutritional challenge among infants. *Int J Clin Nutrition*. 2015;3(1):12–6.
215. Nayyeri F, Jaji F, Haghazarian E, et al. Frequency of “nursing strike” among 6-month-old infants, at East Tehran Health Centre and contributing factors. *J Family Reprod Health*. 2015;9(3):137–40.
216. Syme J, Holt S, Fell K, et al. Overcoming breastfeeding challenges. *Community Pract*. 2015;88(6):29–31.
217. Interagency working group on infant and young child feeding in emergencies. Operational guidance on infant feeding in emergencies (OG-IFE) version 3.0 [Internet]. 2017. Available from: <https://www.enonline.net/resources/operationalguidanceev32017>.
218. Drug and Therapeutics Bulletin. Management of infant colic. *BMJ*. 2013;347:f4102.
219. Iacovou M, Ralston R, Muir J, et al. Dietary management of infantile colic: a systematic review. *Mat Child Health J*. 2011;16(6):1319–31.

220. Pace CA. Infantile colic: what to know for the primary care setting. *Clin Pediatr (Phila)*. 2017;56(7):616–18.
221. Brown A, Rowan H. Maternal and infant factors associated with reasons for introducing solid foods. *Mat Child Nutrition*. 2016;12(3):500–15.
222. Kronborg H, Foverskov E, Væth M. Breastfeeding and introduction of complementary food in Danish infants. *Scand J Public Health*. 2015;43(2):138–45.
223. Brockway M, Venturato L. Breastfeeding beyond infancy: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2016;72(9):2003–15.
224. Singletary N, Chetwynd E, Goodell LS, et al. Stakeholder views of breastfeeding education in schools: a systematic mixed studies review of the literature. *Int Breastfeed J*. 2017;12:14.
225. Breastfeeding information and activity kit for secondary school teachers (OPHA, 2009). Available from: http://www.opha.on.ca/getmedia/5725dc8f-bc93-47da-8d61-6c23561e4e41/BF_Info-ActivityKit-May2009.pdf.aspx?ext=.pdf
226. Glaser DB, Roberts KJ, Grosskopf NA, et al. An evaluation of the effectiveness of school-based breastfeeding education. *J Hum Lact*. 2016;32(1):46–52.
227. Bai YK, Dinour LM, Pope GA. Determinants of the intention to pump breast milk on a university campus. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61(5):563–70.
228. Russell K, Ali A. Public attitudes toward breastfeeding in public places in Ottawa, Canada. *J Hum Lact*. 2017;33(2):401–8.
229. Spurles P, Babineau J. A qualitative study of attitudes toward public breastfeeding among young Canadian men and women. *J Hum Lact*. 2011;27(2):131–37.
230. Cook A. Breastfeeding in public: disgust and discomfort in the bodiless public sphere. *Politics Gender*. 2016;12(4):677–99.

Anexo A: Glosario

Absceso mamario: Tipo de patología de la mama y complicación resultante de una mastitis infecciosa en la que se acumula líquido o pus en el tejido mamario (con frecuencia en la región subareolar), típicamente en los tres primeros meses posparto. Los signos clínicos son dolor, enrojecimiento y calor en el área afectada, así como dolores generalizados, fiebre y fatiga (93).

Amenorrea por lactancia: Tiempo en el que la lactancia suprime la menstruación y la fertilidad (112).

Anquiloglosia anterior: Trastorno congénito en el que el frenillo es anormalmente corto, grueso o tirante, lo que limita la movilidad de la lengua y puede influir en la lactancia materna (91-92). También denominado como “frenillo corto”. Durante el estado de desarrollo embrionario, la lengua no se separa completamente del suelo de la boca. Los grados de anquiloglosia pueden variar desde la punta hasta la base de la lengua (91-92).

Anquiloglosia posterior: Trastorno congénito que implica tensión o tirantez del frenillo maxilar y/o labial del recién nacido, lo que restringe el movimiento. La lactancia puede ser difícil debido a la limitación de movimiento del labio superior, que influye en la capacidad del niño para succionar (92). Conocido como frenillo labial corto.

Asamblea Mundial de la Salud (AMS o WHA en inglés): Órgano decisorio de la OMS. La Asamblea Mundial de la Salud cuenta con delegados de los Estados miembros de la OMS y se centra en agendas de salud específicas, incluida la salud de los neonatos y las personas lactantes (entre otras áreas) (127).

Asesor de lactancia: Persona “con formación especializada para centrarse en las necesidades y preocupaciones de la diada lactante y para prevenir, reconocer y solventar las dificultades de la lactancia materna” (111, p. 3).

Asesoramiento sobre lactancia materna: Proceso interactivo entre una enfermera, un miembro del equipo interprofesional y/o un par de lactancia y la persona lactante para apoyar la toma de decisiones informada y crear un plan asistencial orientado a sustentar los objetivos de la lactancia materna y mejorar los resultados de salud para la persona que amamanta y el bebé lactante. El asesoramiento sobre lactancia materna está orientado específicamente a entender las necesidades de la persona lactante y su familia. Comprende la promoción de la lactancia materna mediante la formación, la información y el apoyo para ayudar a la persona a alcanzar sus objetivos de lactancia (94).

Asesores de Lactancia Certificados por el Consejo Internacional (IBCLC): Asesores de lactancia certificados por el IBLCE®. Los asesores de lactancia que cuentan con esta certificación han demostrado competencias clínicas en materia de formación y apoyo en lactancia materna y han cumplido con los requisitos necesarios para la certificación. Pueden ser IBCLC tanto profesionales sanitarios como los no sanitarios; pueden trabajar en centros sanitarios como centros comunitarios y hospitales, y también pueden trabajar de forma independiente (35).

Atención específica al trauma: Muchas personas que acceden a los servicios sociales y de salud han pasado por experiencias traumáticas a lo largo de su vida (125). La atención específica al trauma no se centra en el tratamiento o la visibilización de hechos; más bien busca asegurar que no se produce más traumas en el acceso a los servicios de salud y que las personas puedan aprender y crecer en un contexto relacional positivo (125-126).

Calostro: Fluido del pecho al final de la gestación y en el primer periodo posparto. Al ser la primera leche, es más espesa y más amarilla que la leche madura, lo que refleja una mayor concentración de proteínas, muchas de las cuales son inmunoglobulinas. También es más alta en vitaminas liposolubles (incluyendo A, E y K) y algunos minerales (incluyendo sodio y zinc). Puede estar manchada de sangre en los primeros días después del parto; se cree que esto es el resultado del crecimiento de los conductos de la mama y no debe persistir más allá de la primera semana después del parto (98 - 99).

Centro de Maternidad: En esta Guía de buenas prácticas, entorno donde se desarrolla el trabajo de parto y el parto, que puede ser un hospital, una maternidad o el propio domicilio.

Cese o interrupción de la lactancia materna: Etapa de la lactancia materna en que se interrumpe por completo. También se conoce como destete.

Ciencia de implantación: Métodos para promover la adopción sistemática en la práctica habitual de tratamientos clínicos, prácticas, intervenciones institucionales y de gestión que estén probados y, por tanto, que redunden en la mejora de la salud (106).

Consenso: Proceso orientado a la consecución del acuerdo dentro de un grupo o equipo en el marco de un método Delphi o método Delphi modificado (100). Para las recomendaciones de esta Guía fue necesario un consenso con el acuerdo del 70 por ciento de todos los miembros del panel.

Véase método Delphi modificado.



Cuidados centrados en la persona y en la familia: Un enfoque centrado en la persona y la familia se articula a través de ciertas prácticas que sitúan a la persona y su familia en el centro de la asistencia y los servicios sanitarios. El cuidado centrado en la persona y la familia respeta y empodera a los individuos para ser verdaderos aliados de los profesionales sanitarios para el cuidado de su propia salud. Este enfoque comprende los siguientes aspectos y atributos comunes:

- Fomento de las relaciones y la confianza;
- Empoderamiento de la persona para implicarse de forma activa en la toma de decisiones relativas a sus propios cuidados de salud (independencia y autonomía, derecho a la autodeterminación);
- Acceso compartido a opciones de cuidado, educación e información basadas en la evidencia, objetivas, claras y globales para ayudar a la persona en la toma de decisiones;
- Respeto por la persona y personalización de los cuidados a través del fomento de sus fortalezas, su autoconocimiento, sus preferencias y sus objetivos de cuidados basados en sus creencias, valores, cultura y experiencias de salud;
- Provisión de confort físico dentro de un entorno propicio para la curación;
- Provisión de apoyo emocional y acompañamiento y comprensión;
- Continuidad de los cuidados durante las transiciones asistenciales;
- Garantía del acceso de la persona a cuidados y servicios cuando los necesite;
- Colaboración con la persona y su familia para la adaptación del sistema sanitario de forma que se mejoren los cuidados, su prestación y el diseño de los servicios y cuidados sanitarios en todos los niveles (micro, meso y macro);
- Comunicación efectiva dentro de la relación terapéutica para promover la creación de una verdadera colaboración asistencial; y
- Atención a los individuos, las familias y las comunidades mediante el manejo de los determinantes de la salud (promoción de la salud y prevención de enfermedades) (104).

Determinantes sociales de la salud: Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (122). Véase también: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/rnao_sdh_brochure_2013.pdf

Díada lactante: Referido a la persona lactante y su neonato, bebé lactante o niño pequeño.

Enfermera: Se refiere a enfermeras universitarias (RN), enfermeras con formación profesional (RPN), enfermeras especialistas en salud mental y enfermeras de práctica avanzada y especialistas clínicas (114).

Ensayo controlado aleatorizado: Experimento en el que el investigador asigna una intervención, exposición o tratamiento a los participantes, que se asignan al azar al grupo experimental (el que recibe la intervención) y al de comparación (tratamiento convencional) o al grupo de control (sin intervención o placebo) (97).

Equipo interprofesional: Equipo formado por personas de distintas profesiones que trabajan conjuntamente y comparten la toma de decisiones para alcanzar un mismo objetivo. En el caso de la asistencia sanitaria, el objetivo es trabajar con individuos y sus familias para mejorar sus resultados en salud y sus valores (110). En esta Guía, el equipo interprofesional incluye (pero no se limita) a: médicos, matronas, asesores de lactancia, trabajadores sociales y nutricionistas.

Estudio analítico: Los estudios analíticos ponen a prueba hipótesis sobre las relaciones entre exposición y resultados. Los investigadores no asignan una intervención, una exposición o un tratamiento, sino que miden la asociación entre la exposición y los resultados a lo largo del tiempo mediante un grupo de comparación (90). Los diseños de los estudios analíticos pueden ser, entre otros, estudios de casos y controles y estudios de cohortes.

Véase *estudio de cohortes*.

Estudio de cohortes: Estudio observacional en el que un grupo definido de personas (la cohorte) es objeto de seguimiento a lo largo del tiempo tanto de forma prospectiva como retrospectiva (97).

Estudio controlado: Ensayo clínico en el que el investigador asigna una intervención, una exposición o un tratamiento a los participantes, que no son asignados al azar al grupo experimental y al grupo control (97).

Estudio cuasi experimental: Estudio que estima los efectos causales observando la exposición de interés, pero que no está directamente controlado por el investigador y que carece de aleatorización (*p.ej.*, diseños pre-post) (119).

Estudio descriptivo: Estudio que genera hipótesis y describe las características de una muestra de individuos en un momento en el tiempo. Los investigadores no asignan una intervención, exposición o tratamiento para probar una hipótesis, sino que simplemente describen quién, dónde o cuándo en relación con un resultado (90, 97). Entre los diseños de estudios descriptivos se cuentan los estudios transversales.

Véase *estudio transversal*.

Estudio transversal: Estudio de la medición de la distribución de alguna(s) característica(s) en una población en un punto concreto en el tiempo (a veces llamado encuesta) (97).

Familia: Término empleado para referirse a individuos que tienen relación (biológica, emocional o legal) y/o fuertes lazos (de amistad, compromiso, convivencia o responsabilidad compartida en la crianza de hijos y vínculo afectivo) con la persona que recibe los cuidados. La persona que recibe los cuidados determina la importancia y el nivel de implicación de cualquiera de estos individuos en su cuidado. La familia de una persona puede ser cualquier individuo que la persona considera importante en su vida.

Fiabilidad (fiable): Grado en que los resultados de un procedimiento de medición pueden reproducirse con un error de medición mínimo (97).

Véase *validado*.

Guía de buenas prácticas: Son documentos basados en la evidencia y desarrollados de forma sistemática que incluyen recomendaciones para las enfermeras y el equipo interprofesional, así como para educadores, líderes, gestores y legisladores y para las personas y sus familias sobre temas específicos clínicos y de entornos de trabajo saludables. Las Guías fomentan la coherencia y la excelencia en los cuidados clínicos, las políticas y la formación en materia sanitaria, lo que en última instancia conduce a unos resultados en salud óptimos tanto para las personas como para las comunidades y el sistema sanitario (RNAO, 2017).

Humo secundario de tabaco: Humo exhalado por un individuo por combustión de productos del tabaco, como un cigarrillo, un cigarro o una pipa. En este humo encontramos más de 7000 químicos, de los que al menos 69 están identificados como sustancias cancerígenas (121).

Humo terciario de tabaco: Contaminación por humo de tabaco que permanece después de apagar un cigarrillo. Todavía se desconoce su papel en el contexto más amplio de los esfuerzos para el control del tabaco (124).

Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento (IHAN) (“Baby-Friendly Hospital Initiative BFHI”): Iniciativa de mejora de la calidad impulsado por la OMS y UNICEF que se inició en 1991 para centrarse en el papel de los servicios de salud en la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna. A través de esta iniciativa, la lactancia materna es un medio de fortalecer la contribución de los servicios de salud para promover la seguridad de las personas que amamantan, la supervivencia infantil y la atención primaria de la salud (7).

Si bien la iniciativa continúa llamándose BFHI, en Canadá se conoce como Baby-Friendly Initiative (BFI) para reflejar la continuidad de cuidados, incluidos los servicios de salud comunitarios (21). En esta Guía, el término se emplea como término genérico tanto para IHAN como para BFI y BFHI.

Inicio de la lactancia materna: Primeros pasos que da una persona lactante para fomentar y lograr el inicio de la lactancia, incluido el contacto piel con piel, los intentos de colocación y agarre del pecho y la extracción del calostro, ya sea manual o asistida. Se recomienda iniciar la lactancia materna en las primeras 24 horas de vida, idealmente durante la primera hora. Como concepto, el inicio de la lactancia materna es difícil de definir por la falta de coherencia de la evidencia en términos de plazos. En esta Guía, se incluye el inicio de la lactancia materna como medio para promover el objetivo de la exclusividad en la lactancia materna, en línea con las prioridades de la OMS de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna (7).

Investigación cualitativa: Enfoque de investigación que busca transmitir cómo el comportamiento y las experiencias de la persona pueden explicarse dentro de los contextos de las estructuras sociales, y que utiliza un enfoque interactivo y subjetivo para investigar y describir los fenómenos (118).

Lactancia cruzada: Tipo de uso compartido de leche materna normalmente entre pares, no remunerado y acordado de forma privada, en ocasiones recíproco. También conocido como “cuidado cruzado” (101).

Lactancia materna: Acto de proporcionar leche humana a un neonato, un bebé lactante o un niño pequeño. Puede ofrecerse directamente del pecho o indirectamente mediante extracción manual o asistida. La leche humana puede obtenerse de donantes a través de nodrizas, uso compartido de la leche materna (p.ej., lactancia cruzada⁶) o bancos de leche materna.

Lactancia materna continuada: Cualquier lactancia que supere los seis meses y hasta los dos años, o más tiempo.

Lactancia materna exclusiva: Categoría de exposición a la lactancia en la que el bebé, hasta los seis meses de edad, recibe únicamente leche directamente del pecho o extraída del pecho, además de cualquier complemento vitamínico o mineral o medicamentos según sea necesario. El lactante no recibe ningún otro tipo de líquido o sólido (8).

Lactante: Recién nacido o bebé hasta los 12 meses de edad. En esta Guía, se asume que el lactante ha nacido sano y a término.

Lactogénesis: Término que describe una serie de cambios celulares en la mama en el transcurso de la lactancia, desde la secreción de leche a su mantenimiento y posterior cese (99).

Leche extraída del pecho: Proceso por el que la leche materna se expelle del pecho mediante acción manual o asistida con un aparato de extracción [sacaleches].

Leche materna: Leche humana producida por los pechos (o glándulas mamarias) de una persona lactante como nutrición óptima para un neonato, un bebé lactante o un niño pequeño para favorecer su desarrollo cerebral saludable, su crecimiento y un sistema inmunitario sano (95).

Metaanálisis: Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados que emplea métodos estadísticos para analizar y resumir los resultados de los estudios incluidos (97).

Véase *revisión sistemática*.

Método Delphi modificado: Proceso por el que se crean cuidadosamente las recomendaciones iniciales formuladas para responder a las preguntas de investigación antes de facilitarse a los miembros del panel de expertos para desarrollar el proceso de búsqueda de consenso (100).

Se utilizó un método Delphi modificado durante el proceso de desarrollo de la Guía. A pesar de que no se ocultó la identidad de los miembros del equipo, sí se ocultaron a los demás miembros del equipo las respuestas individuales a los cuestionarios empleados para recoger sus opiniones.

Neonato: Bebé hasta los 28 días de edad. En esta Guía, se asume que el neonato ha nacido sano y a término.

Niño pequeño: Persona mayor de 12 meses de edad. En esta Guía, se considera niño pequeño hasta los dos años de edad o más.

Nodriz: Persona que proporciona leche materna a un lactante que no es suyo, normalmente a cambio de una compensación (101).

Oxitocina: Hormona liberada por la hipófisis posterior o neurohipófisis para estimular la eyección de leche materna en los conductos de las mamas (99, 115).

Véase *reflejo de eyección de leche*.

Par: Individuo que ha vivido la misma experiencia que otro (116). En esta Guía, los pares son aquellos que cuentan con experiencia en lactancia materna que en ocasiones comparten características socioculturales.

Pareja: En el contexto específico de esta Guía, una pareja es la persona con la que la persona lactante mantiene una relación. La pareja puede tener reconocimiento formal como cónyuge o como progenitor (p.ej., como persona con quien se convive o como pareja sin custodia).

Parte interesada: Individuo, grupo u organización con interés directo en las decisiones y acciones de organismos que pueden tratar de influir en unas determinadas decisiones y actuaciones (123). Las partes interesadas incluyen todos los individuos y grupos que se ven directa o indirectamente afectados por el cambio o la solución del problema.

Periodo perinatal: Periodo de tiempo desde la gestación hasta el parto.

Véase *posparto*.

Persona lactante: En esta Guía, este término hace referencia a la persona que ofrece lactancia mediante leche materna, directa o indirectamente, a un neonato, un bebé lactante o un niño pequeño. No obstante, como parte de un enfoque centrado en la persona, es importante que las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares aclaren qué término prefiere la persona en cuestión.

Este término favorece la diversidad y puede incluir (entre otros) los siguientes individuos: madre, progenitor, mujer, sustituto/a, donante de banco de leche o persona que extrae y suministra leche extraída del pecho. La persona lactante puede identificarse con uno o más de estos descriptores y el término pretende ser inclusivo para abarcar a cualquier persona con una expresión o identidad de género diferente. Se usa a lo largo de toda la Guía pero es importante que las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares aclaren qué término prefiere la persona, como parte de un enfoque centrado en la persona.

Población vulnerable: Grupos de población con una mayor susceptibilidad (y mayor carga de) enfermedad y resultados negativos de salud debido a las desigualdades en el acceso a los recursos de apoyo a la salud. Algunos ejemplos de poblaciones vulnerables incluyen, entre otros, pueblos indígenas, madres solteras en el umbral de la pobreza, personas sin hogar y refugiados (37, 50, 73).

Posparto: Periodo de tiempo desde el parto hasta un año después del nacimiento.

Práctica enfermera basada en la evidencia: Integración de la evidencia de investigación más sólida metodológicamente con la experiencia clínica y los valores del paciente. La práctica enfermera basada en la evidencia unifica la evidencia de investigación con la experiencia clínica y fomenta la inclusión de las preferencias del paciente (103).

Prenatal: Periodo de tiempo durante la gestación o relacionado con ella.

Primípara: Persona que ha dado a luz por primera vez.

Probióticos: Microorganismos vivos que, cuando se administran en cantidad adecuada, producen un beneficio para la salud del huésped (117).

Prolactina: Hormona liberada por la hipófisis anterior o adenohipófisis que estimula la producción de leche materna (99).

Pueblos indígenas: Referido a “individuos y colectivos que se consideran a sí mismos relacionados con y/o con continuidad histórica con los Primeros Pueblos en lo que hoy se conoce como Canadá, las Américas, las islas del Pacífico, Nueva Zelanda, Australia, Asia y África, cuyas civilizaciones son anteriores a las de las poblaciones invasoras o colonizadoras subsiguientes” (107, p. 3). Se pueden encontrar excepciones al uso de esta terminología en las discusiones de la literatura (p.ej., estudios, informes, etc.) que usan términos alternativos. Por ejemplo, Statistics Canada ha utilizado el término “aborigen”, que incluye a las Primeras Naciones, a los Inuit y a los Métis (108).

Recomendaciones para la formación: Declaraciones sobre los requisitos formativos y enfoques educativos o estrategias para la introducción, implantación y sostenibilidad de la guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la organización y el sistema: Declaraciones de las condiciones necesarias para que los entornos de práctica permitan la aplicación con éxito de la Guía de buenas prácticas. Las condiciones para el buen funcionamiento son en gran medida responsabilidad de la institución/organización.

Recomendaciones para la práctica: Declaraciones sobre buenas prácticas dirigidas a enfermeras y miembros del equipo interprofesional que permiten la satisfactoria implantación de la guía de buenas prácticas.

Red de apoyo: En relación con esta Guía, la red de apoyo de la persona lactante incluye individuos, grupos o asociaciones con quienes la persona siente conexión a través de un interés compartido por la lactancia materna. La red puede incluir amigos, familiares, comunidades y poblaciones. Se puede extender a pares, comunidades online o enfermeras y el equipo interprofesional.

Reflejo de eyección de leche: También conocido como “reflejo de subida de leche”, este proceso se activa por la estimulación nerviosa del pezón, que da pie a un mecanismo de respuesta sobre las hormonas prolactina (que produce la leche materna) y oxitocina (que hace que la mama secrete leche materna) (113). El reflejo de eyección de leche se produce por succión, extracción manual o extracción asistida, o incluso solamente con ver, oír o pensar en el bebé al que la persona amamanta.

Relactor (“sonda de lactancia”): Dispositivo compuesto por un recipiente que contiene leche materna extraída del pecho o leche de fórmula y un tubo delgado que va desde el recipiente hasta el pezón de la madre. A medida que el recién nacido, lactante o niño pequeño succiona de la mama, el suplemento se administra simultáneamente (99).

Revisión de la literatura, scoping review: Estas revisiones se emplean para presentar una visión general de la evidencia sobre un tema específico, para examinar áreas emergentes o aclarar conceptos o cuestiones clave para el investigador, independientemente de la calidad del estudio. Con frecuencia son procesos de generación de hipótesis, mientras que las revisiones sistemáticas son procesos de comprobación de hipótesis (120).

Revisión sistemática: Revisión integral de la literatura que emplea preguntas claramente formuladas y métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y valorar críticamente la investigación relevante. Una revisión sistemática recoge y analiza los datos de los estudios incluidos y los presenta, utilizando en ocasiones métodos estadísticos (97).

Véase *metaanálisis*

Sensibilidad cultural: Referido a la “conciencia, la comprensión y las actitudes hacia la cultura centradas en la autoconciencia y la percepción” (102).

Sucedáneos de la leche materna: Cualquier alimento que se comercialice o se presente de otro modo como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para tal fin (96).

Toma de decisiones informada: Proceso de toma de decisiones basado en la clara comprensión de los factores, las implicaciones y las consecuencias. La calidad del proceso de toma de decisiones puede determinarse mediante la evaluación del propio proceso: esto implica pedir a la persona que toma la decisión que evalúe lo siguiente:

- si ha recibido suficiente información (conocimiento especializado) para tomar una decisión;
- si la información le ha llegado sin sesgo ni se ha le intentado dirigir hacia alguna opción en concreto;
- si la información incluía una explicación de los beneficios, los daños y las incertidumbres científicas relacionadas con la decisión;
- si se ha informado de alternativas que deban tenerse en cuenta;
- si se han tenido en consideración sus valores y objetivos;
- si ha tenido tiempo suficiente para tomar la decisión, y;
- si ha participado en el proceso de toma de decisiones hasta el punto que ha deseado (104, 109).

Validado (validez): Grado en que es probable que una medida sea cierta y esté exenta de sesgo (97).

Véase *fiabilidad*.

Anexo B: Proceso de Desarrollo de la Guía

La Asociación Profesional de enfermeras de Ontario (RNAO) se ha comprometido a garantizar que todas las Guías de buenas prácticas se basan en la mejor evidencia disponible. Con el fin de cumplir con los estándares internacionales, se ha establecido un proceso de revisión y seguimiento para cada guía cada cinco años.

Para la revisión de esta Guía, la RNAO ha reunido a un grupo de expertos que representan a una amplia variedad de sectores y áreas de práctica (véase la sección Panel de expertos de la RNAO, página 23). La revisión sistemática de la evidencia se ha basado en los objetivos y el ámbito de la guía, y se ha apoyado en las cuatro preguntas de investigación incluidas a continuación. La revisión sistemática se llevó a cabo para recabar literatura de interés revisada por pares y publicada entre enero de 2012 y marzo de 2017.

Las preguntas de investigación establecidas para la revisión sistemática son las siguientes:

1. ¿Qué herramientas, procesos y estrategias utilizados por las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares son efectivos para evaluar a la persona en el embarazo y el posparto a fin de incrementar el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna?
2. ¿Qué intervenciones o programas usados por las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares son efectivos para aumentar el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna?
3. ¿Qué educación o formación son necesarias para que las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares fomenten el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna?
4. ¿Cuáles son las prácticas, los programas y las políticas óptimos para que las instituciones sanitarias y la comunidad en general, incluidos los lugares de trabajo, apoyen la lactancia materna inicial, exclusiva y continuada?

Esta Guía es el resultado del trabajo del equipo de investigación y desarrollo de las Guías de la RNAO y del panel de expertos para integrar la mejor y más reciente evidencia, y para garantizar la validez, adecuación y seguridad de las recomendaciones de la Guía con el apoyo de la evidencia y/o el consenso^G del panel de expertos.

Se ha empleado un método Delphi modificado^G para alcanzar el consenso del panel de expertos en las recomendaciones.

Anexo C: Proceso de Revisión Sistemática y Estrategia de Búsqueda

Revisión de la Guía

El equipo de investigación de desarrollo de las Guías de buenas prácticas de la RNAO buscó en una lista definida de sitios web de guías y otros contenidos de interés publicados entre enero de 2012 y marzo de 2017. La lista resultante se compiló a partir del conocimiento extraído de las páginas web de la práctica basada en la evidencia y las recomendaciones de la literatura (véase **Figura 3**). En www.RNAO.ca se puede encontrar información detallada acerca de la estrategia de búsqueda de las guías existentes, incluida la lista de páginas web de búsqueda y los criterios de inclusión.

La Directora de desarrollo de la Guía (Guideline Development Lead) y dos investigadores asociados de enfermería evaluaron de forma crítica cuatro guías internacionales utilizando la herramienta AGREE II (128). Las guías con una puntuación de tres o inferior se consideraron de calidad baja y quedaron descartadas. Aquellas con una puntuación de cuatro o cinco se consideraron de calidad moderada y las que obtuvieron una puntuación de seis o siete se consideraron de calidad alta y quedaron incluidas.

La siguiente guía (calificada como de calidad moderada) fue seleccionada para servir de base al objetivo y ámbito de aplicación de la Guía y su discusión de la evidencia:

Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Use of galactagogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion. *Breastfeeding Medicine*. 2011;6(1):41-49.

Revisión Sistemática

El equipo de investigación y desarrollo de la RNAO y un documentalista especializado en ciencias de la salud desarrollaron una estrategia de búsqueda exhaustiva, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión creados junto con el panel de expertos de la RNAO. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de artículos de interés publicados entre enero de 2011 y marzo de 2017 en las siguientes bases de datos: Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), MEDLINE, MEDLINE In-Process, Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews y Cochrane Central Register of Controlled Trials) y Embase; el centro ERIC (Education Resources Information Center) únicamente se empleó para la tercera pregunta de investigación. Además, se pidió a los miembros del panel de expertos que revisasen sus bibliotecas personales para localizar artículos de interés no recuperados mediante las estrategias de búsqueda anteriormente indicadas.

Se puede consultar información detallada sobre la estrategia de búsqueda para la revisión sistemática, los criterios de inclusión y exclusión, en <https://rnao.ca/bpg/guidelines/initiation-exclusivity-and-continuation-breastfeeding-newborns-infants-and-young-chil>

La Directora de desarrollo de la Guía de la RNAO y un investigador asociado de enfermería evaluaron los estudios de forma independiente en cuanto a relevancia y elegibilidad de acuerdo con los criterios de inclusión/exclusión establecidos. Un segundo investigador asociado de enfermería resolvió las discrepancias.

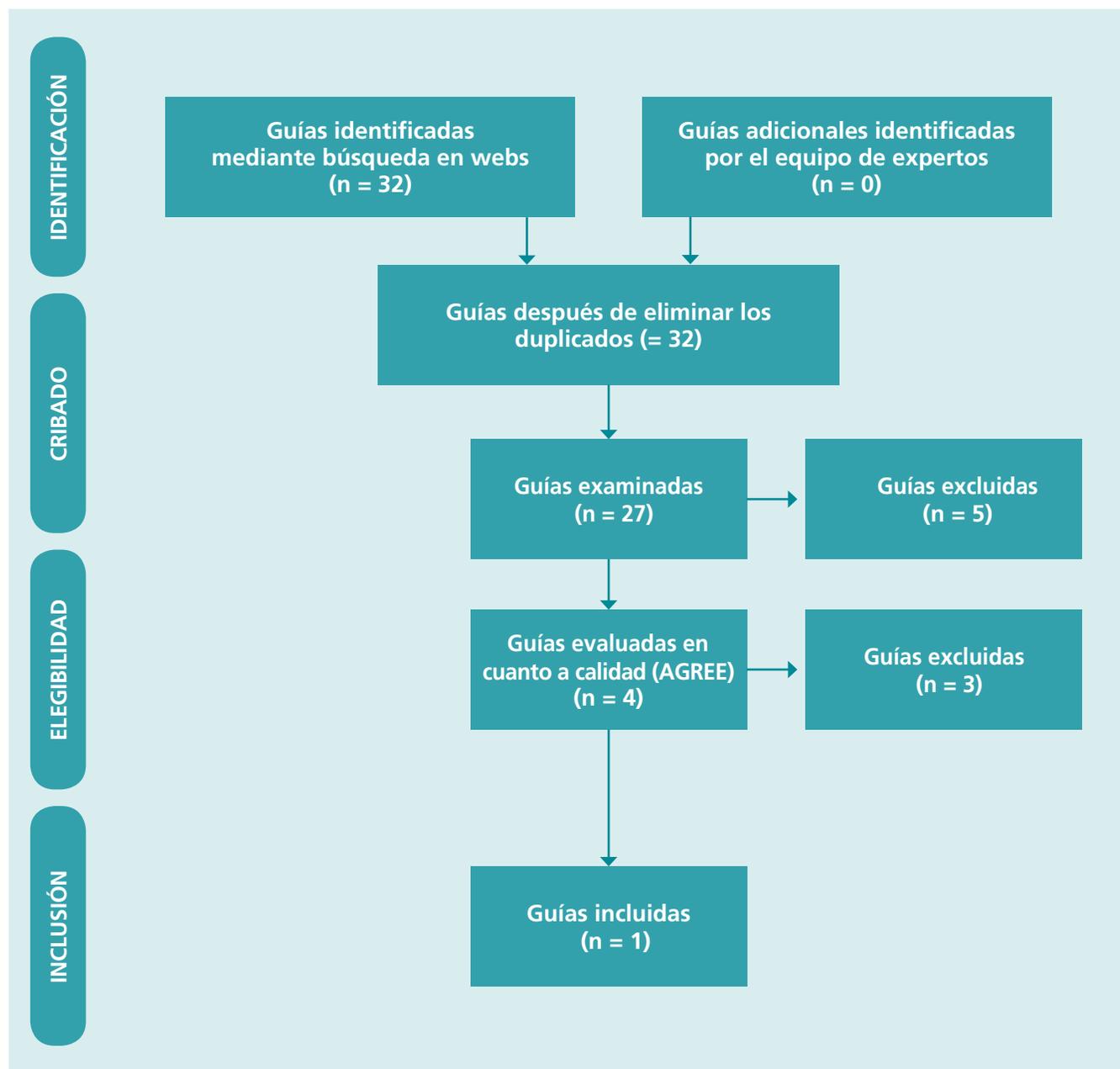
Para la **pregunta de investigación n° 1**, se usaron estudios primarios, ya que no se pudo encontrar ninguna revisión sistemática sobre valoración de la lactancia materna. La valoración de la calidad se realizó con la herramienta CASP.

En las **preguntas de investigación 2, 3 y 4** sí se usaron revisiones sistemáticas. La valoración de la calidad se realizó con AMSTAR (<http://amstar.ca/index.php>) y el sistema de puntuación de RNAO, que califica las revisiones como de calidad baja, moderada o alta en función de sus puntuaciones de valoración de la calidad. Dos miembros del equipo de investigación y desarrollo de Guías de la RNAO –uno de ellos con título de máster y otro con doctorado– evaluaron por duplicado y de forma independiente las puntuaciones de 22 artículos (una muestra aleatoria de aproximadamente el 20 por ciento del total de artículos elegibles para la extracción de datos y su valoración en cuanto a calidad) para determinar la fiabilidad interobservador (inter-rater). Los investigadores alcanzaron una concordancia aceptable (coeficiente kappa ponderado, $K= 0,881$) tras lo cual procedieron de forma independiente a la valoración de la calidad y la extracción de datos del resto de los estudios, que se dividieron por igual entre los dos investigadores asociados (129). Se extrajeron los datos en tablas estandarizadas y se elaboró una descripción resumida de las conclusiones de la literatura. Todos los miembros del equipo recibieron las tablas de datos completas y la descripción resumida para su revisión y discusión.

Se puede consultar una bibliografía completa de los artículos íntegros seleccionados para su inclusión en <https://rnao.ca/bpg/guidelines/initiation-exclusivity-and-continuation-breastfeeding-newborns-infants-and-young-child>



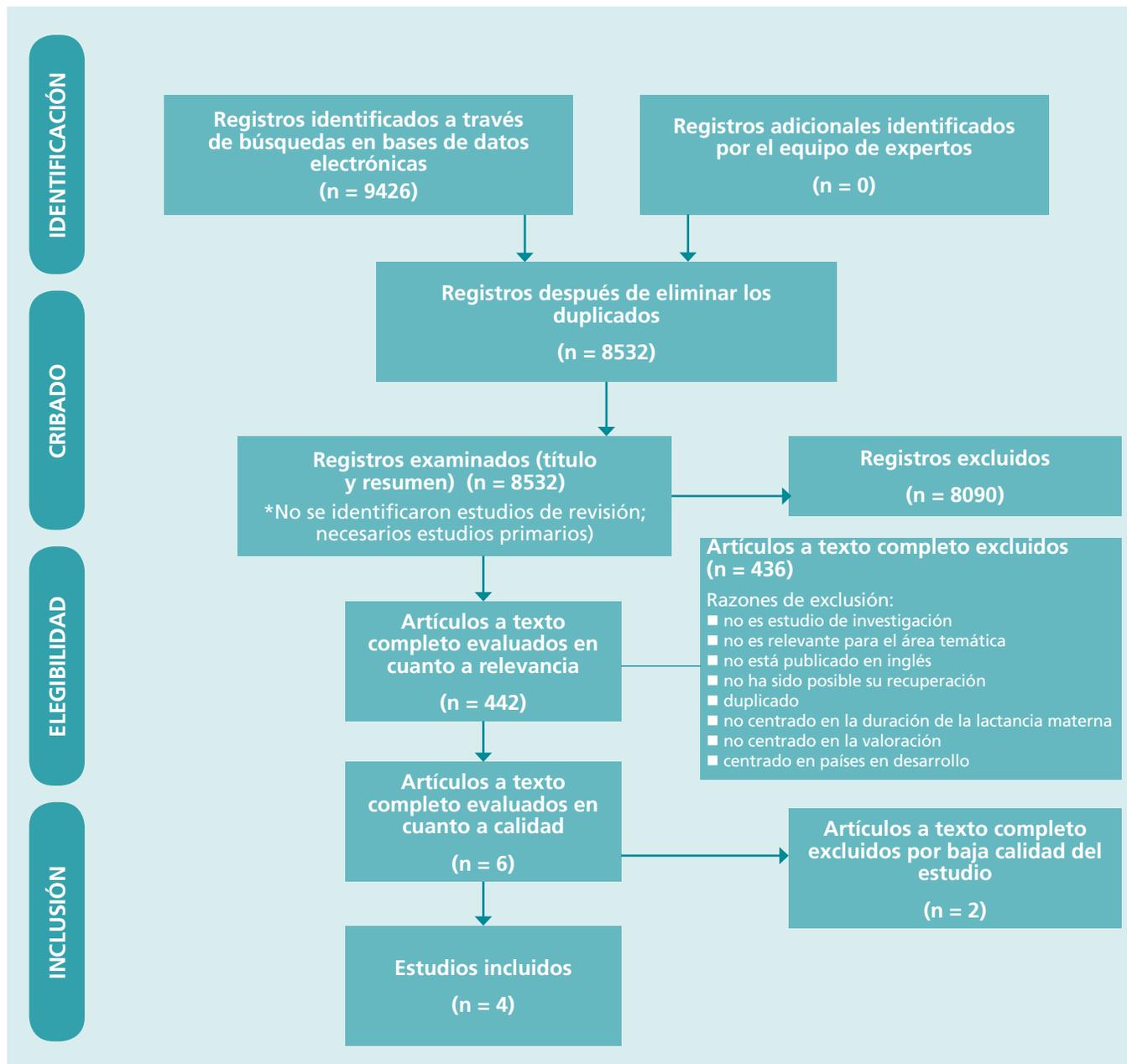
Figura 3: Diagrama de Flujo del Proceso de Revisión de Guías



Las guías incluidas tenían una puntuación general de AGREE II de cinco o más (sobre siete).

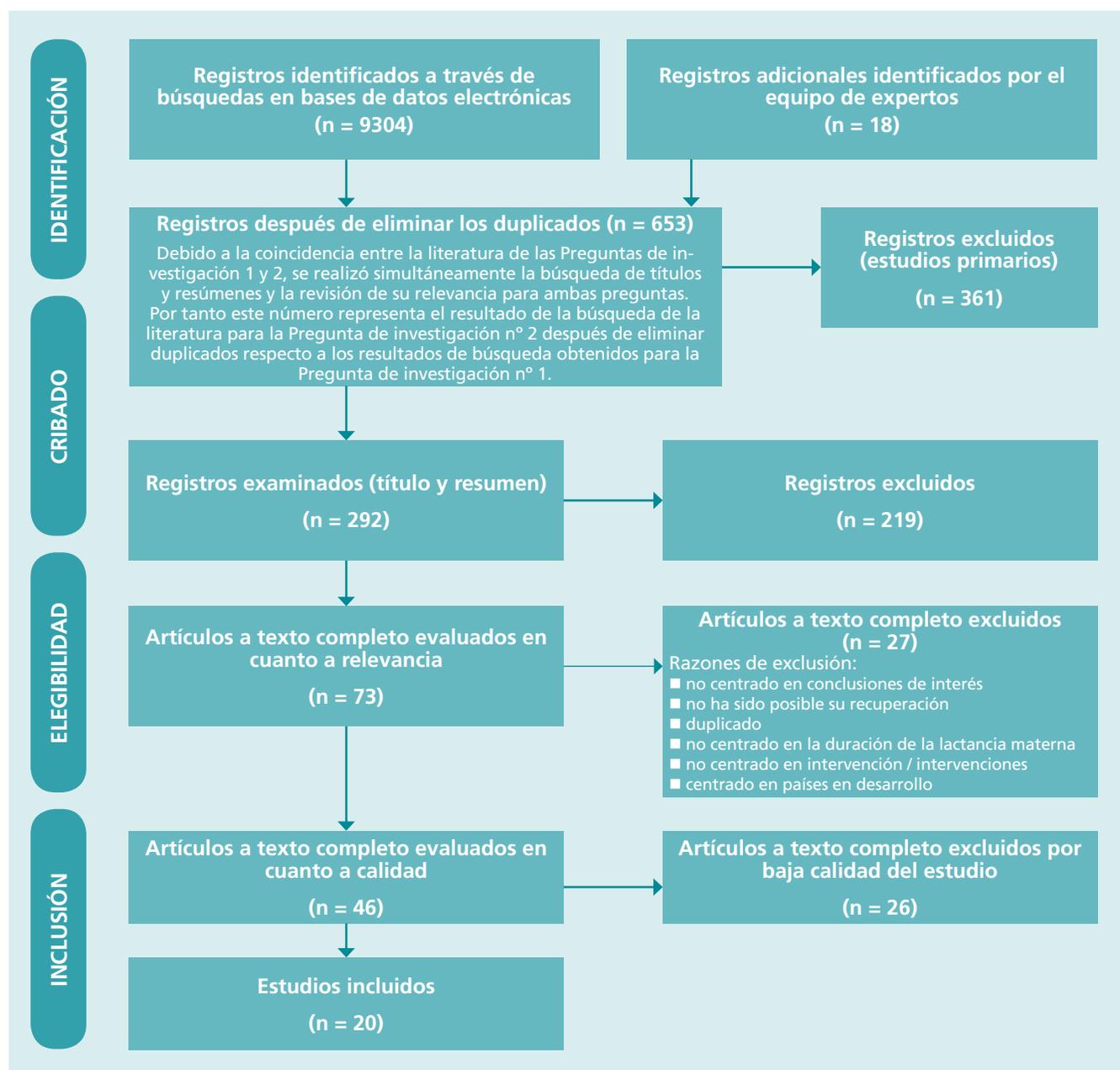
Fuente: Adaptado por el grupo de expertos de RNAO a partir de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: [10.1136/bmj.b2535](https://doi.org/10.1136/bmj.b2535)

Figura 4: Diagrama de Flujo del Proceso de Revisión de Artículos para la Pregunta de Investigación n° 1



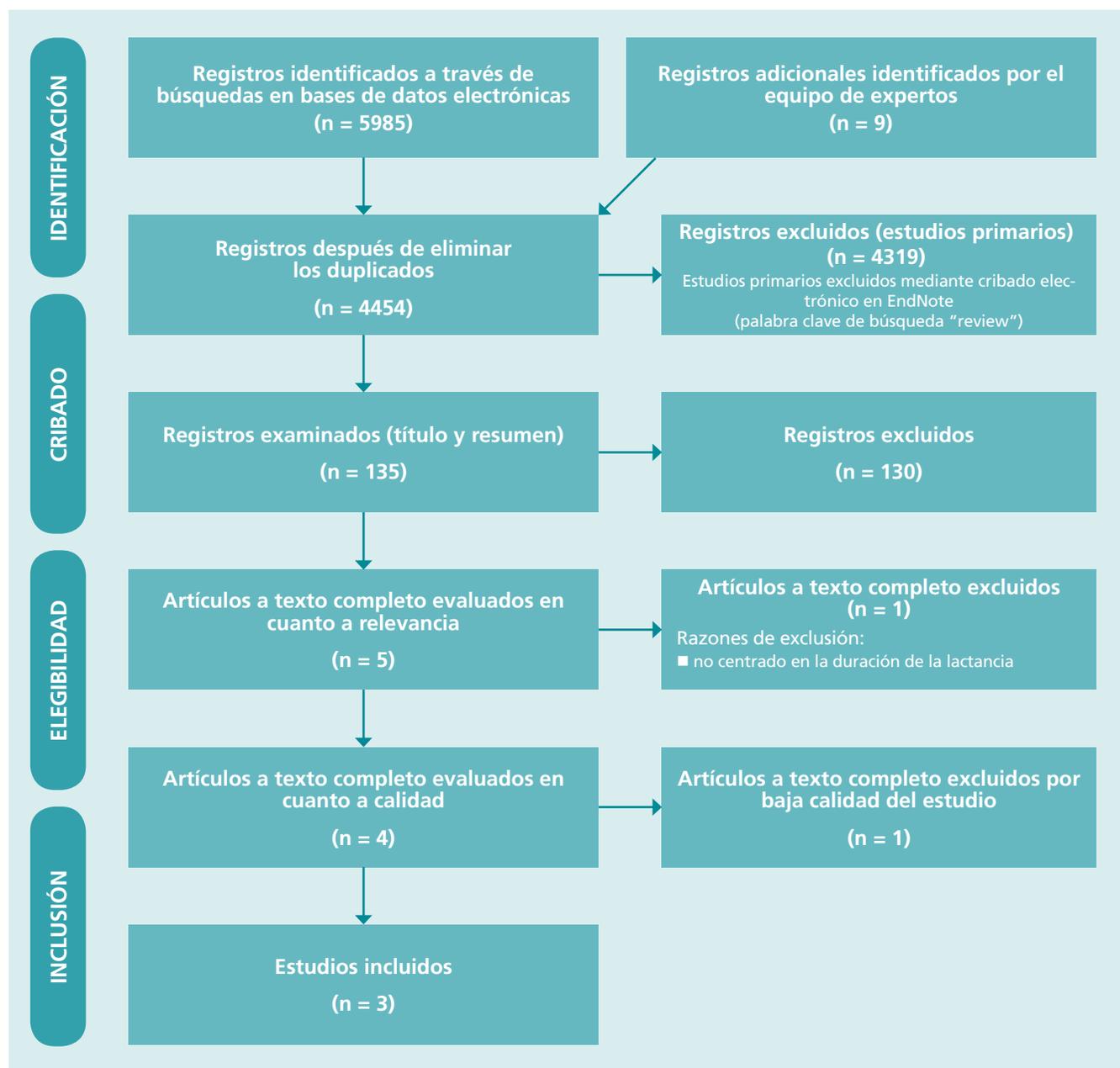
Fuente: Adaptado por el grupo de expertos de RNAO a partir de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: [10.1136/bmj.b2535](https://doi.org/10.1136/bmj.b2535)

Figura 5: Diagrama de Flujo del Proceso de Revisión de Artículos para la Pregunta de Investigación n°2



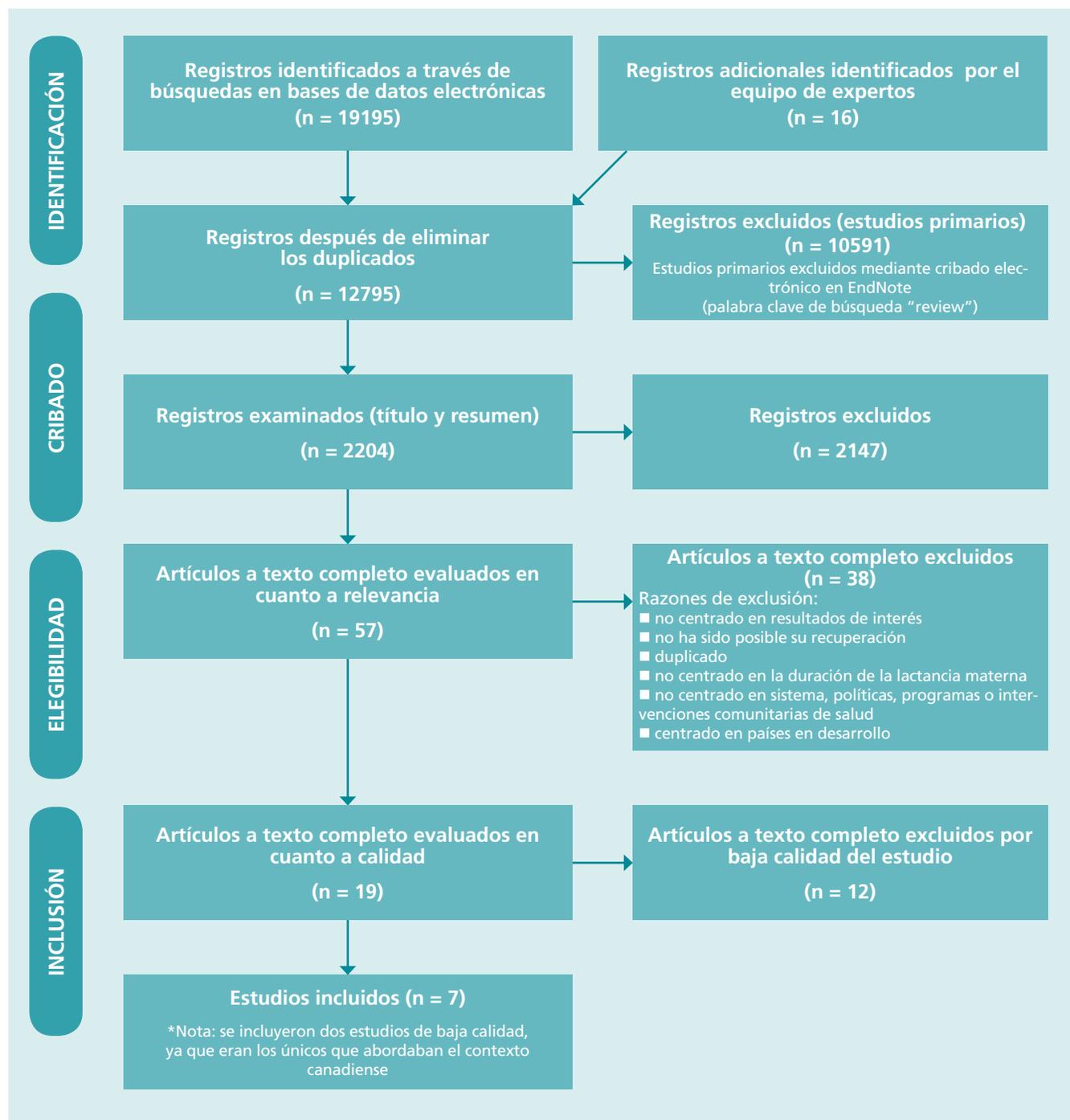
Fuente: Adaptado por el grupo de expertos de RNAO a partir de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: [10.1136/bmj.b2535](https://doi.org/10.1136/bmj.b2535)

Figura 6: Diagrama de Flujo del Proceso de Revisión de Artículos para la Pregunta de Investigación n° 3



Fuente: Adaptado por el grupo de expertos de RNAO a partir de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: [10.1136/bmj.b2535](https://doi.org/10.1136/bmj.b2535)

Figura 7: Diagrama de Flujo del Proceso de Revisión de Artículos para la Pregunta de Investigación n° 4



Fuente: Adaptado por el grupo de expertos de RNAO a partir de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: [10.1136/bmj.b2535](https://doi.org/10.1136/bmj.b2535).

Anexo D: Estrategias para dar Soporte a Poblaciones o Situaciones Específicas en Materia de Lactancia Materna

Este Anexo se refiere a poblaciones o situaciones específicas en cuestiones de lactancia materna que pueden precisar un soporte adicional o intervenciones adaptadas. El conocimiento de estas poblaciones o situaciones puede ayudar a las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares a dar soporte a las personas lactantes para alcanzar sus objetivos de lactancia materna.

Tabla 15: Poblaciones y Situaciones Específicas en Materia de Lactancia Materna Incluidas en el Anexo D

POBLACIONES LACTANTES	SITUACIONES
Adolescentes	Dificultades de lactancia – mastitis
Personas sordas	Dificultades de lactancia: dolor recurrente en el pezón
Antecedentes de cirugía de mama	Lactancia y relactación inducidas
Antecedentes de trauma sexual	Consumo de estupefacientes: alcohol, cannabis, tabaco
Personas reclusas	
Pueblos indígenas	
Personas obesas	
Personas con depresión y ansiedad	
Personas con diabetes mellitus gestacional	
Personas con escasos conocimientos en salud	
Personas con bajos ingresos	
Personas con discapacidad visual	
Personas transgénero	

La lista de la **Tabla 15** no es exhaustiva y la inclusión de un recurso en este anexo no conlleva que la RNAO lo avale. La evidencia empleada para servir de base a la discusión se compone de revisiones sistemáticas y estudios primarios. No se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva ni una valoración de la calidad.

En el **Anexo E** se abordan diversas estrategias para dar soporte a poblaciones y situaciones específicas de lactancia materna para neonatos, lactantes y niños pequeños.

Poblaciones Lactantes

Adolescentes

Dado que la mayoría de estudios sobre lactancia materna se ocupa de adultos a partir de los 18 años de edad, hay poca evidencia centrada en adolescentes por debajo de esa edad. Las investigaciones apuntan a que las intervenciones multicomponente (como atención prenatal y posnatal, educación y asesoramiento a cargo de un equipo de pares y asesores de lactancia) aumentaron significativamente las tasas de inicio de la lactancia materna y de cualquier tipo de lactancia materna (130-131). Los programas sobre lactancia materna dirigidos a adolescentes tienen que centrarse en la persona y adecuarse a sus necesidades de desarrollo, lo que supone integrar a adultos de apoyo (130). Se debe depender menos de aquellos enfoques que confían mucho en recursos materiales (p.ej., materiales escritos o folletos) para promover la lactancia materna, dado que los adolescentes mostraron preferencia por el apoyo y la implicación de otras personas (131). La madre y la pareja de la adolescente deben tomar parte en la intervención siempre que sea posible.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Best Start Resource Centre. Breastfeeding among young, single mothers [Internet]. Toronto (ON): Best Start; 2014. Available from: https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_Breastfeeding_factsheet_3_ENG.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ficha técnica que describe cómo la paternidad/ maternidad en la adolescencia puede suponer un obstáculo para la lactancia materna, y que sugiere diversas estrategias efectivas para los profesionales sanitarios y servicios de salud que trabajan con estas personas.
Public Health England. A framework for supporting teenage mothers and young fathers [Internet]. London (UK): Public Health England; 2015. Available from: http://dera.ioe.ac.uk/26423/1/PHE_LGA_Framework_for_supporting_teenage_mothers_and_young_fathers.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso de Public Health England que examina el papel de las estrategias de salud pública para ayudar a los padres adolescentes a lograr mejores resultados en salud, incluidas mayores tasas de inicio y exclusividad de la lactancia materna.

Personas Sordas

La evidencia sobre personas sordas que ofrecen lactancia materna y que emplean la lengua de signos americano (ASL) es limitada (132). Un estudio halló que las personas sordas aprendían sobre lactancia materna a partir de tres recursos: 1) pares que compartían consejos; 2) tecnología (p.ej., Facebook o YouTube); y 3) enfermeras y miembros del equipo interprofesional que utilizaban con fluidez la lengua de signos o recurrían a intérpretes (132). Algunas personas lactantes sordas describieron la lactancia como “una lucha” que requería determinación y proactividad para solicitar ayuda de las enfermeras y el equipo interprofesional (132). Algunas personas percibieron que la información escrita sobre lactancia materna era difícil debido a su limitada alfabetización en inglés, de modo que los recursos impresos para la formación sobre lactancia materna en esta población pueden ser menos efectivos.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Cuculick J, Chin N, Starr M, et al. Deaf mothers and breastfeeding: assessing their knowledge and practices through focus group discussions [Internet]. Rochester (NY): Rochester Prevention Research Center; 2013. Co-published by the National Center for Deaf Health Research and the University of Rochester Medical Center. Available from: https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/ncdhr/research/documents/SOPHEposter.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación en póster de un proyecto que incluye participación comunitaria con el objeto de entender las prácticas de alimentación infantil en un grupo de personas lactantes sordas en Rochester, Nueva York.
<p>Deaf Breastfeeding Project. Breastfeeding facts: Information for Deaf moms [Video]. Rochester (NY): Deaf Breastfeeding Project; 2015. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=P53LvHkJrYE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vídeo del Deaf Breastfeeding Project con información sobre lactancia materna e historias personales de personas lactantes y parejas. ■ Vivencias anecdóticas sobre lactancia de parejas de mujeres sordas que están lactando.

Antecedentes de Cirugía de Mama

Los antecedentes de cirugía de mama, incluyendo la reducción y el aumento, puede influir en el potencial éxito del inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna (133-134).

La cirugía de reducción de mama es la octava cirugía plástica más frecuente en todo el mundo. El éxito de la lactancia materna tras una reducción de mama varía en función de la técnica quirúrgica empleada (133). En los casos en que se respetó el parénquima subareolar (la parte funcional del tejido mamario, desde la areola del pezón a la pared torácica), el 100 por cien pudo lactar; este índice se redujo al 75 por ciento cuando se preservó parcialmente y al 4 por ciento cuando no se preservó. Es importante que las personas en edad fértil reciban información sobre los riesgos relativos a cualquier posible futura lactancia materna para favorecer la toma de decisiones informada en torno a dicha cirugía. Es necesario emprender nuevas investigaciones centradas en la exclusividad hasta los seis meses en las personas que han tenido cirugía de reducción de mama, ya que las conclusiones de la evidencia se han limitado a menudo al primer mes posparto (133 - 134).

La cirugía de aumento de mama con implantes es una de las cirugías plásticas más comunes en todo el mundo, especialmente en los países ricos (134). A pesar de la popularidad de esta cirugía, no se dispone de suficiente evidencia para respaldar la toma de decisiones informada en lo que se refiere a implantes y a su impacto en el éxito de la lactancia materna (134). Las investigaciones apuntan a una probabilidad de un 40 por ciento inferior de mantener una lactancia materna exclusiva por daño quirúrgico en los conductos, el tejido glandular o la inervación de la mama que da como resultado una menor capacidad de lactar, especialmente en quienes se han sometido a varios implantes a lo largo del tiempo (134). También se ha planteado que la hipoplasia mamaria prequirúrgica (es decir, el subdesarrollo de tejido) puede ser una causa de menor producción de leche materna en personas lactantes (134).

Los motivos para que las personas que se han sometido a una cirugía de aumento de mama dejen de amamantar al mes incluyen dificultades con la lactancia, menor compromiso o intención de amamantar, o menor confianza en su propia capacidad para amamantar (134). Es necesario realizar más estudios con mayores tamaños muestrales para entender mejor la asociación entre el aumento de pecho y la lactancia materna para favorecer una toma de decisiones informada respecto a los riesgos y beneficios de esta cirugía (134).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Kraut RY, Brown E, Korowynk C, et al. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding: systematic review of observational studies. <i>PLoS One</i> . 2017;12(10):e0186591.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión sistemática para determinar si la cirugía de reducción de mama y distintas técnicas quirúrgicas influyen en el resultado de la lactancia materna. ■ Las técnicas que preservan la base del parénquima subareolar parecen tener mayores probabilidades de éxito en la lactancia materna.

Antecedentes de Trauma Sexual

La información sobre la lactancia materna y los antecedentes de trauma sexual relacionado con la mama es limitada (135). La investigación cualitativa señala que las personas que han vivido un trauma sexual es más probable que refieran complicaciones en la lactancia (como mastitis y dolor) y menos probable que amamanten de forma exclusiva hasta los seis meses (135-136). La lactancia materna puede activar recuerdos de abusos y llevar a una disociación como mecanismo de afrontamiento (136).

El apoyo a la lactancia materna debe ser sensible a las necesidades de la persona y reconocer que la lactancia puede ser física o emocionalmente difícil como consecuencia de una historia previa de abuso sexual (136). En algunos casos puede ser preferible destetar al bebé, lo que no debe contemplarse como señal de debilidad o de fracaso (136). Dado que las personas que han sufrido abusos también pueden estar socialmente desfavorecidas (p.ej., tener bajos ingresos o mayores probabilidades de consumir tabaco o convivir con situaciones de violencia en su vida adulta), los servicios de lactancia tienen que reconocer estos factores y ser accesibles a través de programas locales estructurados, servicios de ayuda o centros de atención sin cita previa (125, 135).

En el caso de enfermeras, equipos interprofesionales y pares, las buenas prácticas en lactancia materna cuando se atiende a personas con antecedentes de trauma sexual comprenden:

- Reconocer los signos que identifican una posible historia de abuso sexual, como uso de sacaleches únicamente (sin lactancia materna directa), afirmaciones contradictorias sobre los planes de lactancia, incomodidad en el contacto con los pechos e incapacidad de poner al bebé al pecho.
- Ser conscientes de los complejos factores que rodean el abuso sexual y la lactancia materna.
- Como parte del apoyo rutinario a la lactancia materna, pedir permiso para tocar a la persona, especialmente los pechos, y limitar la exposición del cuerpo.
- Considerar el uso de leche de fórmula, según proceda, cuando una persona lactante exprese cualquier tipo de incomodidad con la lactancia.

- Derivar a servicios de atención específica al trauma^G y los servicios de apoyo, según indique la persona.
- Practicar una escucha activa cuando se aborden y traten las preguntas o preocupaciones de la persona en torno a la lactancia materna.
- Para integrar la atención específica al trauma, integrar los cuatro componentes esenciales:
 - Darse cuenta del impacto del trauma y valorar las posibilidades de recuperación.
 - Reconocer los signos y síntomas del trauma.
 - Dar respuesta al trauma a través de políticas, protocolos y prácticas específicos.
 - Integrar los pasos para evitar la retraumatización de la persona.

Los principios del enfoque de la atención específica al trauma incluyen seguridad, transmisión de confianza, colaboración, empoderamiento mediante el apoyo a las preferencias, ofrecer apoyo a cargo de pares y reconocimiento de aspectos históricos, de género o culturales que afectan a la persona (137). Puede ver información complementaria sobre los principios de la atención específica al trauma en la Guía de RNAO, de 2017, “*Crisis intervention for Adults Using a Trauma-Informed Approach*”, disponible en https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Crisis_Intervention_FINAL_WEB.pdf

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Why breastfeeding is helpful for trauma survivors [Video]. [place unknown]: Kathleen Kendall-Tackett; 2014. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=uh9SuYgfRoE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conclusiones sobre la lactancia materna y la recuperación de la agresión sexual presentados por la investigadora Dra. Kathleen Kendall-Tackett.
Kendal Tackett K. Breastfeeding and the sexual abuse survivor [Internet]. Schaumburg (IL): La Leche League International; 2004. Available from: http://breastfeedingmadesimple.com/wp-content/uploads/2016/02/LCSA.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso de la Liga de La Leche sobre los efectos que tiene el abuso sexual en la infancia para toda la vida.
Simkin PT, Klaus P. When survivors give birth: understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women. [place unknown]: Classic Day Publishing; 2004.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Este libro ofrece a las personas lactantes y a los profesionales de cuidados perinatales una visión de los efectos a corto y a largo plazo del abuso sexual infantil sobre la persona gestante, incluidos los efectos sobre la lactancia materna.
Sperlich M, Seng JS, Li Y, et al. Integrating trauma-informed care into maternity care practice: conceptual and practical issues. J Midwifery Womens Health. 2017;62(6):661–72.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Artículo que presenta una visión general del trauma y cómo afecta a las personas gestantes. ■ Se incluyen pasos para integrar una atención específica al trauma en las prácticas de cuidado de la maternidad.

Personas Reclusas

La mayor parte de las mujeres en prisión tiene hijos (138). Las conclusiones de la investigación entre reclusas a las que se autorizó a convivir con sus hijos hasta el año de edad señalan que:

- la lactancia materna puede ser difícil, ya que las reclusas están separadas de su familia, apoyos sociales y cultura;
- apartarlas de un “estilo de vida de riesgo” ofrece a la persona lactante la oportunidad de reflexionar y empezar de cero como madres; y
- el logro de amamantar ofrece a la persona lactante la ocasión de redefinir su percepción de sí misma y mejorar su autoestima (138).

La evidencia sugiere que el apoyo a las personas reclusas para dar el pecho se asocia positivamente con la autoestima, la crianza de los hijos y la autorrealización (138-139). Una organización de defensa de los padres y las madres encarcelados creó unas recomendaciones para apoyar a las personas lactantes mientras están en prisión, como:

- informar y formar en lactancia materna a quienes trabajan en el sistema de justicia;
- ofrecer formación sobre lactancia materna, incluida la extracción manual y asistida de leche; y
- promover el acceso de medidas de apoyo a la lactancia, como sacaleches o frigoríficos para almacenar la leche extraída del pecho (138).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Sutherland MA. Incarceration during pregnancy: implications for women, newborns, and health care providers. <i>Nurs Womens Health</i> . 2013;13(3): 225–30.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Resumen de dos estudios realizados con mujeres encarceladas durante el embarazo y sus resultados de parto. ■ Se describen las implicaciones de esta situación para los profesionales sanitarios: p.ej., deben velar por el cumplimiento de las normas de atención perinatal para las mujeres en prisión y ser sensibles a las necesidades únicas de las mujeres encarceladas.
Collaborating Centre for Prison Health & Education. Guidelines for the implementation of mother–child units in Canadian correctional facilities [Internet]. Vancouver (BC): Collaborating Centre; 2015. Available from: https://icclr.law.ubc.ca/wp-content/uploads/2017/06/Guidelines_MCU_26AUG2015.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso sobre buenas prácticas para el cuidado de mujeres con niños en un centro correccional. ■ La guía recomienda que la persona disponga de un lugar privado para amamantar y que el personal del centro reciba formación sobre los beneficios a largo plazo de la lactancia materna.

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Independent Review of Ontario Corrections. Corrections in Ontario. Directions for Reform [Internet]. [place unknown]: Queen’s Printer for Ontario; 2017. Available from: https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/sites/default/files/content/mcscs/docs/Corrections%20in%20Ontario%2C%20Directions%20for%20Reform.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informe sobre los servicios correccionales de Ontario que hace referencia a programas padre-hijo y madre-bebé. ■ El informe indica que no hay programas dirigidos a madres y bebés en las 16 instituciones provinciales que albergan mujeres. Únicamente un centro ofrece visitas de contacto entre las madres y sus hijos. ■ El informe indica que la persona presa que desea establecer un vínculo con su bebé no tiene oportunidad de hacerlo mientras se encuentra bajo custodia en Ontario. Tras el parto, una vez que el profesional de atención primaria lo autoriza médicamente, la persona encarcelada es escoltada de regreso a la institución correccional. Sin un acuerdo de parentesco aprobado, el bebé será puesto al cuidado de la Children’s Aid Society.

Pueblos Indígenas

Los estudios sobre las poblaciones de pueblos indígenas^G —incluidos Primeras Naciones [Naciones Originarias de Canadá], los inuit y los métis— indican menores índices de inicio, exclusividad y continuación de la lactancia materna (140-141). Por ejemplo, las familias indígenas canadienses del noroeste de Ontario presentaban unas tasas subóptimas de inicio y exclusividad de lactancia materna (141). Algunos factores que influyeron en la duración de la lactancia fueron los ingresos familiares, la duración pretendida, los planes para amamantar de forma exclusiva, la autoeficacia en la lactancia, el apoyo de la pareja y la creencia en alcanzar los objetivos personales de lactancia materna (141).

De forma similar, las familias inuit de regiones árticas y subárticas remotas de Canadá se enfrentan a inequidades sanitarias^G (como inseguridad alimentaria y dificultades en el acceso a la atención sanitaria) y presentan índices subóptimos de lactancia materna exclusiva (140). El respaldo económico —y, en menor medida, el acceso al Programa de Nutrición Prenatal de Canadá (CPNP), un programa comunitario que ofrece apoyo para mejorar la salud y el bienestar de familias en periodo perinatal con circunstancias vitales difíciles— se asociaron positivamente a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses (140).

Para fomentar la lactancia materna en poblaciones indígenas se ha sugerido que enfermeras, equipos interprofesionales y pares adopten las siguientes prácticas:

- Ser conscientes de que las personas lactantes indígenas tienen mayor riesgo de no iniciar la lactancia materna y de no mantenerla de forma exclusiva.
- Comenzar a fomentar la lactancia materna antes del parto, cuando se está formando la intención de amamantar.
- Enseñar a las personas lactantes antes del parto los pasos que pueden dar para incrementar el éxito en la lactancia, como la cohabitación (la no separación tras el parto) y el contacto piel con piel.
- Animar a las personas lactantes a buscar apoyo dentro de su comunidad (141).

Para las personas lactantes indígenas canadienses, la lactancia materna puede contribuir positivamente a su salud tanto a corto como a largo plazo, y reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad (140). Los lactantes de las Primeras Naciones, los inuit y los métis tienen una mayor proporción de enfermedades infecciosas y mortalidad que otros lactantes de

Canadá (140). Dado que cualquier nivel de exposición a la lactancia materna en lactantes indígenas puede reducir la prevalencia de morbilidades como la otitis media, las infecciones gastrointestinales y respiratorias y la mortalidad por síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), es esencial llevar a cabo intervenciones efectivas para promover y apoyar la lactancia materna (140).

Para ello, algunos pasos positivos son:

- Usar campañas de salud pública para promover la lactancia materna en la alimentación infantil.
- Incluir las prácticas de lactancia tradicionales como parte de la formación sobre lactancia materna.
- Promover la lactancia como estrategia de fomento del bienestar que incluye y respeta las culturas y tradiciones indígenas.
- Promover las realidades de lactancia materna, que pueden incluir una curva de aprendizaje o experiencia del dolor. Evitar imágenes o mensajes idílicos sobre lo natural que es amamantar.
- Aplicar programas universales para todas las personas lactantes de las Primeras Naciones y programas enfocados en subgrupos, como los adolescentes.
- Incluir el apoyo de pares en los programas de lactancia materna para ayudar a reducir el aislamiento social y promover la lactancia materna como norma cultural.
- Incluir a la pareja y la familia en el apoyo a la lactancia materna. Reconocer a la pareja de la persona como fuente importante de apoyo emocional, físico y práctico que puede influir positivamente en el amamantamiento.
- Situar la lactancia materna en función de las realidades y prioridades de la persona. En algunos casos, ello puede implicar violencia, preocupación por la propia seguridad o sentimientos de tristeza y aislamiento en el periodo posparto.
- Saber que las oficinas oficiales locales pueden ofrecer incentivos económicos a quienes amamantan de forma exclusiva durante seis meses o más.
- Reconocer y respetar el impacto que tuvieron las escuelas residenciales y la pérdida de cultura y tradiciones, incluida la lactancia materna.
- Tener en cuenta que las personas lactantes pueden haber sufrido traumas físicos y sexuales que les hacen difícil mantener una relación sana con su cuerpo. Como tal, la lactancia materna puede asociarse a sentimientos de vergüenza.
- Darse cuenta de que el proceso de trasladar a personas gestantes cientos (a veces miles) de kilómetros lejos de casa para su cuidado en el último periodo del embarazo, el intraparto y el posparto temprano no ayuda a la lactancia materna. Este tipo de traslados supone la separación de sus parejas, de otros hijos y de la familia, con lo que la persona puede sentirse aislada y sin apoyo social.
- Tener en cuenta que las personas lactantes de las Primeras Naciones que han sido trasladadas para recibir atención sanitaria pueden verse presionadas a aprender a amamantar antes de ser dadas de alta del hospital y regresar a casa. Sin una educación continua y disponible sobre lactancia materna y sin el apoyo de las enfermeras y del equipo interprofesional en su comunidad, es poco probable que continúen amamantando después del alta (142).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Breastfeeding Information for Indigenous families [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2015. Available from: http://www.breastfeedinginfoforparents.ca/indigenouscourse/story_html5.html	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web educativo que fomenta la lactancia materna en familias indígenas. Ofrece información sobre aspectos básicos y preocupaciones frecuentes en torno a la lactancia materna e incluye consejos para afrontar el día a día y obtener ayuda. ■ El sitio web incluye enlaces a otros recursos, como un vídeo en el que aparece una matrona indígena y un asesor de lactancia.
The Creator's Gift to Mothers [Video]. [place unknown]: Shibogama First Nations Council; 2016. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=rkaxLGI5WBw	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vídeo que describe los beneficios a largo plazo de la lactancia materna usando gráficos y personajes indígenas en una comunidad de las Primeras Naciones.
Close to the Heart: Breastfeeding our Children, honoring our values [Video]. [place unknown]: nativebreastfeeding; 2013. Available from: https://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=ipr0gPoh8Vs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vídeo que promueve la lactancia materna entre los pueblos indígenas y que subraya su importancia y ofrece distintas opciones a las personas lactantes que se reincorporan al trabajo o a los estudios tras el nacimiento de su bebé. ■ Se recoge el testimonio de familias indígenas que comparten sus experiencias de lactancia.
Supporting Breastfeeding. Breastfeeding and First Nations Families [Internet]. Pickering (ON): La Leche League Canada; c2016 (updated 2016 Jun 20). Available from: https://supportingbreastfeeding.wordpress.com/2016/06/20/breastfeeding-and-first-nations-families/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Página web sobre lactancia que muestra cómo el apoyo de pares a través de la Liga de la Leche puede ayudar a las personas lactantes de las Primeras Naciones y a sus familias.
Best Start Resource Centre. Breastfeeding for the health and future of our nation. A booklet for Indigenous families [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2017. Available from: https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BFHFN_sept26.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Folleto dirigido a las personas de pueblos indígenas que se plantean lactar o que ya están lactando. ■ Los temas abordan las tradiciones indígenas sobre lactancia materna y cómo las enseñanzas de la "rueda medicinal" [construcción indígena] promueven la lactancia materna.

RECURSO	DESCRIPCIÓN
The Baby-Friendly Initiative: Strengthening Indigenous Families and Communities [Video]. Toronto (ON): BFI Strategy for Ontario; 2017. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=Wy5oioh3A7k&feature=youtu.be	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vídeo que describe cómo los aspectos IHAN pueden dar apoyo a las familias indígenas.
The Way of the Past is the Way of the Future: Promoting Breastfeeding Among First Nations Communities [Video]. [place unknown]: Anishnawbe Mushkiki; 2015. Co-published with CONFLIX. Available from: https://vimeo.com/151045444	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vídeo centrado en los aspectos positivos y las dificultades de la lactancia materna para los pueblos de las Primeras Naciones, incluida la lactancia en público. ■ Se aborda la representación de la lactancia materna en la rueda medicinal, así como la importancia del respaldo de los mayores y la familia (incluida la pareja) durante este periodo.

Personas Obesas

El sesenta por ciento de las mujeres en edad reproductiva tienen sobrepeso o están obesas, y en todo el mundo están aumentando las tasas de sobrepeso y obesidad. Las pruebas sobre la obesidad en relación con los malos resultados de la lactancia materna están bien establecidas: las personas obesas presentan menores tasas de intención, inicio, exclusividad y continuación en términos de lactancia materna (143-144).

Las causas subyacentes de estos peores resultados de lactancia materna son variadas:

- Las personas obesas pueden tener dificultades en el agarre por dolor o irritación/agrietamiento de los pezones. Esto puede deberse a su mayor tendencia a tener senos grandes, lo que contribuye a los problemas de colocación/ posición y agarre. Además, los pezones pueden aplanarse por un edema posparto o por los líquidos intravenosos intraparto, lo que aumenta las potenciales dificultades con el agarre.
- La Etapa II de la lactogénesis puede retrasarse más de 72 horas en comparación con personas de menor índice de masa corporal (IMC). Se ha observado que las personas obesas tienen menores niveles de prolactina a las 48 horas y a los siete días posparto. El desequilibrio en los niveles de insulina puede ser un factor contribuyente, ya que los niveles de insulina también influyen en la lactogénesis.
- Los niveles de oxitocina pueden reducirse a consecuencia de la secreción de leptina en el tejido adiposo. La leptina inhibe la liberación de oxitocina y la contracción muscular y puede contribuir a crear dificultades con el reflejo de eyección de leche, necesario para la transferencia de leche.
- También se ha sugerido que un mayor nivel de andrógenos (asociados al síndrome de ovario poliquístico y el hipotiroidismo) tiene una influencia negativa en el inicio y la continuación de la lactancia materna.
- Las personas obesas también pueden verse separadas de sus bebés en caso de complicaciones asociadas al parto (p.ej., parto prodrómico, parto por cesárea, parto prematuro), lo que conllevaría el ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales o en una unidad de cuidados neonatales.
- Finalmente, los factores psicosociales —como una menor confianza en el propio suministro de leche materna, una baja autoestima y un menor apoyo social— también pueden ser un factor de riesgo (144).

Entre los beneficios de la lactancia materna está un menor riesgo de futura obesidad infantil para el bebé y una significativa disminución de las comorbilidades asociadas a la obesidad tanto para la persona lactante como para el bebé; [p.ej.](#), hipertensión, diabetes mellitus y nivel elevado de colesterol (143).

No se conoce mucho sobre qué intervenciones son efectivas para aumentar la exclusividad de la lactancia materna y su continuación en personas obesas, ya que solo se han publicado cuatro ensayos realizados con esta población. La única intervención que ha demostrado un efecto significativo ha sido la programación de apoyo por parte de un asesor de lactancia (143).

Algunas de las intervenciones que se han sugerido para fomentar la lactancia materna en personas obesas durante todo el periodo perinatal son las siguientes:

- Durante la gestación, centrarse en parámetros de aumento de peso saludables para reducir el riesgo de factores de riesgo de complicaciones prenatales e intraparto ([p.ej.](#), diabetes gestacional, parto por cesárea, parto prematuro).
- El uso de oxitocina y de fluidos intravenosos durante el intraparto debe ser cuidadoso, en la medida de lo posible. Así se reducirá el posible edema posparto ya que las personas obesas son más propensas a sufrir edema tras el parto, y el edema en los tejidos mamarios puede plantear dificultades con la posición y el agarre del bebé.
- En el posparto, ayudar a la persona lactante a emplear diversas posiciones de lactancia ([p.ej.](#), posición de cuna cruzada o de balón de rugby). Si es necesario, colocar un soporte (como una toalla enrollada) bajo el pecho para ayudar a la persona lactante a visualizar el agarre.
- Ablandar el tejido alrededor de la areola mediante presión inversa suavizante (esto es, presionando la areola contra la pared torácica) para ayudar con los pezones planos a causa del edema.
- Ofrecer apoyo continuado con la lactancia materna según se precise. Recurrir a un asesor de lactancia para recibir apoyo, en caso de que esté indicado (143).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Bever Babendure J, Reifsnider E, Mendias E, et al. Reduced breastfeeding rates among obese mothers: a review of contributing factors clinical considerations and future directions. <i>Int Breastfeed J.</i> 2015;10:21.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión de la literatura que examina la lactancia materna y la obesidad, incluidos el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna y las intervenciones que son efectivas y las implicaciones para la práctica clínica.
Andreas N, Hyde M, Gale C, et al. Effect of maternal Body Mass Index on hormones in breast milk: a systematic review. <i>PLoS One.</i> 2014;9(12):e115043.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión sistemática que examina el efecto del IMC de la persona lactante sobre las hormonas de la leche materna.

Personas con Depresión y Ansiedad

Pueden producirse síntomas de depresión y ansiedad a lo largo de todo el periodo perinatal y tener impacto en los resultados de lactancia materna (145-148). A continuación se discuten las asociaciones entre lactancia materna y depresión, ansiedad y ambas cuando son concurrentes, junto con las implicaciones clínicas para las enfermeras y el equipo interprofesional

Depresión

La investigación indica que la depresión se asocia al cese temprano de la lactancia materna (147). Diversos estudios refirieron mayores índices de actitudes negativas ante la lactancia materna, menores niveles de autoeficacia en la lactancia materna y mayor probabilidad de sufrir dificultades al dar el pecho con depresión posparto (147). En cambio, las personas que empezaron a amamantar de forma exclusiva presentaron menores puntuaciones de depresión (según las mediciones de la Escala de depresión posparto de Edimburgo) tras el alumbramiento y a los tres meses posparto que las personas que no iniciaron la lactancia materna exclusiva (149). Se sugiere que la justificación para esta disminución de los síntomas de depresión en las personas que amamantan de forma exclusiva incluye un efecto antidepressivo causado por la oxitocina y la prolactina (hormonas presentes en la lactancia), una mejor respuesta al estrés y un mayor compromiso emocional con el bebé a través de la lactancia (149).

Ansiedad

Unos síntomas elevados de ansiedad en el periodo perinatal se asocian positivamente con el cese de la lactancia materna a los tres y doce meses posparto (145, 148). Diversos estudios refieren que, antes de su interrupción, estos síntomas pueden empeorar por factores de estrés relacionados con la lactancia materna (148). En cambio, otras investigaciones indican que la ansiedad es un factor de riesgo independiente de cese de la lactancia materna, no una causa (146).

Depresión y Ansiedad Concurrentes

Los síntomas de ansiedad y depresión que en ocasiones aparecen durante el embarazo pueden intensificarse en el posparto con el inicio de la lactancia materna (148). En el periodo posparto, la depresión y la ansiedad pueden influir negativamente en los niveles de motivación, intención y autoeficacia en la lactancia materna, lo que conduciría a menores tasas de lactancia materna exclusiva y continuada y mayor riesgo de interrupción precoz de la misma (145–148).

Implicaciones Clínicas de la Depresión y la Ansiedad

La evidencia señala diversas implicaciones clínicas de la depresión y la ansiedad en personas lactantes que las enfermeras y el equipo interprofesional deben abordar:

- Comprobar de forma habitual si la persona presenta síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo y el posparto para identificar a quienes tienen mayor riesgo de trastornos perinatales del estado de ánimo, interrupción de la lactancia materna y menor duración de la lactancia materna. Dar apoyo a la persona lactante para encontrar apoyos y servicios, según sea necesario.
- Reconocer que la valoración y el tratamiento tempranos de la depresión posparto pueden dar lugar a mejores actitudes hacia la lactancia materna.
- Dar formación a las personas durante el periodo prenatal sobre la lactancia materna, especialmente a las primíparas con complicaciones derivadas de la gestación, ya que tienen mayor riesgo de depresión y/o ansiedad.
- Reconocer que la ansiedad se asocia a una menor producción de leche materna por unos menores niveles de oxitocina (y posiblemente de prolactina). Con la reducción de la oxitocina, disminuye el reflejo de eyección de leche y no se “vacía” la mama por completo, lo que crea un bucle de realimentación negativa y disminuye aún más el volumen de leche producida. La ansiedad producida por estrés físico o psicológico también puede elevar los niveles de glucosa y cortisol, lo que puede contribuir a retrasar que los pechos se llenen y reducir el volumen de leche en los primeros días posparto. Todo ello puede originar más ansiedad ante el amamantamiento e incrementar las probabilidades de usar leche de fórmula.
- Ofrecer ayuda adicional para la lactancia materna a las personas que tienen ansiedad y depresión desde antes del parto. Para ello se pueden emplear estrategias que incluyan técnicas y manejo de la lactancia materna, así como estrategias prácticas de afrontamiento.

- Valorar si hay experiencias negativas con la lactancia materna, ya que pueden preceder al inicio de los síntomas de depresión, especialmente dificultades con la lactancia materna, bajo nivel de autoeficacia o actitudes negativas. En situaciones en las que las personas lactantes hayan tenido experiencias negativas amamantando, comprobar si puede existir depresión posparto. Una puntuación alta en el cribado de depresión prenatal en el primer trimestre se asocia con una interrupción precoz de la lactancia materna, mientras que en el tercer trimestre se asocia con una menor duración de la lactancia materna.
- Valorar los factores de riesgo de interrupción precoz de la lactancia materna para favorecer la continuación de la misma, e insistir en su importancia tanto para el bebé como para la persona lactante.
- Promover el apoyo social a la lactancia materna, ya que puede mejorar los resultados en salud y reducir el riesgo de depresión posparto. Tanto la percepción de falta de apoyo social como de apoyo por parte de la pareja se asocian a depresión posparto (145–150).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Best Start Resource Centre. Managing depression: a self-help resource for women living with depression during pregnancy, after delivery and beyond [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2014. Available from: https://www.beststart.org/resources/ppmd/DepressionWorkbook_ENG.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un recurso de autoayuda para personas con depresión posparto que incluye estrategias de afrontamiento y discusión sobre lactancia materna y depresión.
Chaput K, Nettel-Aguirre A, Musto R, et al. Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: a prospective cohort study. CMAJ Open. 2016;4(1):E103–109.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estudio de cohortes⁶ prospectivo que examina si los problemas de la lactancia materna influyen en el riesgo de depresión posparto y si la formación y el apoyo a la lactancia materna pueden modificar la relación entre las dificultades de lactancia y la depresión posparto. ■ Los resultados indican que el apoyo de alta calidad a la lactancia materna influye positivamente en los resultados en salud y reduce el riesgo de depresión posparto.

Personas con Diabetes Gestacional

Diagnosticada durante la gestación, la diabetes gestacional es un tipo de diabetes en el que se desarrolla intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina. Es una de las complicaciones prenatales más comunes (151-152).

A pesar de la demostrada importancia de la lactancia materna, la prevalencia de la misma en las personas con diabetes gestacional es menor inmediatamente después del parto y en el momento del alta hospitalaria que para las personas sin diabetes gestacional (153-154). Se ha sugerido que la menor prevalencia de la lactancia materna puede deberse a problemas con el inicio de la misma, mayor probabilidad de complicaciones prenatales o relacionadas con el parto (como parto por cesárea, nacimiento prematuro, macrosomía neonatal, malformaciones fetales y complicaciones metabólicas) y la separación de la díada lactante por cuestiones de control y seguimiento (p.ej., hipoglucemia neonatal) (154-156). Además, quienes tienen diabetes gestacional puede ver retrasada su lactogénesis o su respuesta hormonal a la succión puede ser menos efectiva (incluida la producción de prolactina) en la primera semana posparto (154, 156).

La lactancia materna puede beneficiar a quienes tienen diabetes gestacional al reducir la probabilidad a largo plazo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y preservar la función de las células beta pancreáticas. No obstante, hay limitaciones en la evidencia, como la falta de criterios diagnósticos estandarizados para la diabetes gestacional, medidas mínimamente detalladas sobre duración e intensidad de la lactancia materna, y el uso de diagnósticos autoinformados de diabetes gestacional, frente a resultados de laboratorio confirmados (154). Por ejemplo, un estudio prospectivo incluido en una revisión sistemática indicó que las personas con diabetes gestacional que habían dado el pecho un mínimo de tres meses o más presentaban un menor riesgo de diabetes mellitus tipo 2, y que el desarrollo de dicho trastorno se retrasó 10 años en comparación con quienes habían dado el pecho menos de tres meses (154).

La lactancia materna demostró tener un efecto protector para la persona lactante en riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2: se halló un menor riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico (p.ej., aumento de la presión arterial, hiperglucemia o niveles anormales de colesterol o triglicéridos, que aumentan el riesgo de cardiopatía, accidente cerebrovascular y diabetes) en comparación con las personas que no han amamantado (156). Para el recién nacido, la lactancia materna hasta los seis meses o más se asoció negativamente con sobrepeso infantil a la edad de dos años (153).

En la prestación de cuidados a personas con diabetes gestacional, la evidencia sugiere las siguientes estrategias a enfermeras y equipos interprofesionales para dar soporte a la lactancia materna:

- Ya desde el embarazo, ofrecer formación sobre la importancia de la lactancia materna en los resultados en salud, incluida la mejor respuesta a la glucosa a corto plazo y la potencial disminución del riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 a largo plazo. Dado que las personas con diabetes gestacional necesitan una monitorización frecuente de la glucosa, es posible que asistan a más visitas prenatales, lo que aumenta las oportunidades de hablar sobre la importancia de la lactancia materna.
- Evaluar los desafíos en materia de lactancia materna que puede encontrarse la persona con diabetes gestacional. Es preciso tener en cuenta los factores de riesgo adicionales de interrupción de la lactancia en personas que tienen otros factores, como obesidad, bajo estatus socioeconómico o parto por cesárea.
- Como la hipoglucemia puede ser una preocupación (dadas las exigencias fisiológicas de la lactancia materna en términos calóricos), es posible que la persona que amamanta necesite comer algo entre horas (151, 154, 156).

Personas con Escasos Conocimientos en Salud

Los conocimientos en salud suponen capacidad para obtener, procesar y entender información y servicios sanitarios básicos (158). Es un predictor de desigualdades en los resultados en salud más potente que la educación o la raza (159). Por ejemplo, en un estudio en el que se examinaba la alfabetización sanitaria y la lactancia materna, se halló una asociación negativa entre unos bajos conocimientos sanitarios y lactancia materna exclusiva a los dos meses en personas lactantes, en comparación con pares que sí tenían unos adecuados conocimientos sanitarios (160). De forma similar, otro estudio halló que el 30 por ciento de las personas que tienen escasos conocimientos en materia de salud nunca amamantan, en comparación con el 13 por ciento de las que sí tienen conocimientos sanitarios, según lo medido en un test de capacidades funcionales (161).

Para favorecer la lactancia materna, es preciso que todas las personas lactantes dispongan de materiales formativos, incluidas aquellas personas que tienen escasos conocimientos en materia de salud (162). Para ello, las enfermeras y el equipo interprofesional tienen que incorporar las siguientes estrategias:

- Tener en cuenta que hay personas con escasa alfabetización sanitaria entre la población. Reconocer que un bajo conocimiento sanitario es un obstáculo modificable para los resultados en salud (incluida la lactancia).
- Disponer de materiales escritos sobre lactancia materna para personas con escasa alfabetización sanitaria, para ayudarlas durante todo el periodo perinatal.
- Proporcionar y apoyar el acceso a la formación y la promoción de la lactancia materna usando distintos enfoques, como información verbal, vídeos y demostraciones. No depender únicamente de recursos impresos (163).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
RECURSOS SOBRE LACTANCIA MATERNA PARA PERSONAS CON ESCASOS CONOCIMIENTOS SANITARIOS	
Best Start Resource Centre. My breastfeeding guide [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2015. Available from: https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_My_Breastfeeding_Guide_EN.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formación para padres y madres sobre lactancia materna. ■ Disponible en 17 idiomas: https://www.beststart.org/cgi-bin/commerce.cgi?search=action&category=B00E&advanced=yes&sortkey=sku&sortorder=descending
Washington State Department of Health. Healthy weight gain during pregnancy [Internet]. [place unknown]: Washington State Department of Health; 2016. Available from: https://here.doh.wa.gov/portals/14/Materials/940-027-PregWtLo-en-L.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso con sugerencias para personas gestantes sobre alimentación saludable de apoyo al embarazo y la lactancia.
RECURSOS DE APOYO PARA PERSONAS CON ESCASOS CONOCIMIENTOS SANITARIOS	
U.S. Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention. Simply put: a guide for creating easy-to-understand materials [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control; 2009. Available from: https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/simple_put.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guía con sugerencias para crear recursos para personas con escasa alfabetización sanitaria.
Health Literacy in Clinical Practice [Internet]. Toronto (ON): Hospital for Sick Children (Sick Kids); 2014. Available from: http://www.sickkids.ca/tclhinculturalcompetence/health-literacy-in-clinical-practice/index.html	<ul style="list-style-type: none"> ■ Módulo online que examina el impacto de la alfabetización en materia de salud sobre la experiencia del paciente y los resultados de salud.

Personas con Bajos Ingresos

Existe evidencia sólida que demuestra que los bajos ingresos repercuten negativamente en las tasas de lactancia materna exclusiva y continuada (164-166). En Ontario (Canadá), las personas que viven en barrios de rentas más bajas presentan menores tasas de lactancia materna exclusiva en el momento del alta tras el parto en comparación con la media provincial (54 por ciento frente al 61 por ciento) (164). De forma parecida, las familias con escasos recursos de EE. UU. presentan los menores índices de lactancia materna (164). En la evidencia se han encontrado diversos enfoques efectivos para incrementar las tasas de lactancia materna en esta población:

- Dar formación sobre la importancia de la lactancia materna y enseñar técnicas durante el embarazo para reducir la intención de usar leche de fórmula. Dicha formación debe dirigirse a personas que pretenden alimentar al bebé solo con productos sucedáneos de la leche materna^G.
- Promover la lactancia materna e incluir formas efectivas de amamantar entre personas que no han logrado anteriormente dar el pecho. Revisar los antecedentes de lactancia materna y los planes de lactancia o extracción de leche. Dar apoyo a los planes que incluyan extracción asistida.
- Mejorar el acceso a asesores de lactancia en entornos en los que personas con bajos ingresos acceden a los cuidados posparto, a través de reuniones personales o por medio de teleconferencia. Ofrecer apoyo continuado a la lactancia materna más allá del alta hospitalaria.
- Para reconocer y valorar la participación de la persona en un programa de lactancia materna, ofrecer incentivos directamente referidos a las necesidades básicas de quienes tienen pocos recursos, como alimentación, transporte, cuidado infantil, ropa o apoyo social. Evitar otros incentivos económicos, ya que no se ha demostrado que contribuyan a un aumento asociado de las tasas de inicio de lactancia materna o de cualquier tipo de lactancia materna.
- Para incrementar cualquier tipo de lactancia materna, proporcionar apoyo específico, como el acceso a sacaleches o aparatos de extracción.
- Desarrollar programas formativos que fomenten el inicio y la exclusividad de la lactancia materna en atención primaria, con soporte y contacto continuados con la enfermera o algún miembro del equipo interprofesional (p.ej., un médico de familia).
- Ofrecer formación a lo largo de varias sesiones y emplear diversas modalidades pedagógicas, incluidos materiales escritos (165-168).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Best Start Resource Centre. Populations with lower rates of breastfeeding: background information [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2014. Available from: https://www.beststart.org/pdf/BCP-P2_Background%20Information_final.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Información de contexto sobre distintas poblaciones de Ontario y Canadá con bajo índice de lactancia materna, incluidas las personas con escasos recursos.
<p>Best Start Resource Centre. Breastfeeding and socioeconomic status [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2014. Available from: https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/BSRC_Breastfeeding_factsheet_2_ENG.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ficha técnica que examina las tendencias en materia de lactancia materna en Ontario (Canadá) y el impacto que tienen la renta, la educación, el empleo y otros factores (como los determinantes sociales de la salud) en la lactancia materna. ■ Las personas con menores niveles de renta y educación y mayores tasas de desempleo presentan menores índices de inicio, exclusividad y continuación de la lactancia materna. ■ Los proveedores de servicios deben promover y dar soporte a la lactancia materna en estas poblaciones.
RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Best Start Resource Centre. Child and family poverty in Ontario. A practical guide for moving from stigma to empowerment [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2017. Available from: https://www.beststart.org/resources/anti_poverty/pdf/G03-E_ChildAndFamilyPovertyInOntario.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso para los proveedores de servicios de Ontario (Canadá) que trabajan con familias en situación de pobreza y tienen niños menores de seis años. ■ Se aborda el impacto de la pobreza en la lactancia materna.
<p>About CPNP [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; c2018 (updated 2015 Dec 4). Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/programs-initiatives/canada-prenatal-nutrition-program-cpnp/about-cpnp.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ CPNP es un programa comunitario canadiense orientado a mejorar la salud y el bienestar en el embarazo y el posparto de familias que se enfrentan a circunstancias vitales difíciles. ■ Uno de los objetivos de este programa es mejorar la salud infantil mediante la promoción y el soporte a la lactancia materna.

Personas con Discapacidad Visual

Las personas lactantes que sufren alguna discapacidad visual requieren apoyo y formación en un formato accesible (172). Un estudio de validación determinó que podían incorporarse tecnologías asistidas de audio para estas personas para promover la lactancia materna (172). Se halló que la tecnología de audio resulta comprensible para el usuario y ofrece información clara sobre temas como composición de la leche materna, beneficios de dar el pecho y mitos sobre la lactancia materna.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Baby Friendly Initiative Leaflets in Braille [Internet]. Manchester (UK): UNICEF United Kingdom; c2018. Available from: https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/unicef-leaflets-in-braille/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recursos IHAN publicados en Braille y financiados por UNICEF Reino Unido.
Hiland M. Breastfeeding Baby As a Blind or Visually Impaired Mother [Internet]. [place unknown]: American Foundation for the Blind; c2018 (posted 2016 Oct 26). Available from: https://www.visionaware.org/blog/visually-impaired-now-what/breastfeeding-baby-as-a-blind-or-visually-impaired-mother/12	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entrada de blog publicada por una persona lactante ciega que aborda los beneficios y desafíos singulares de la lactancia materna.

Personas Transgénero

Hay muy poca evidencia sobre las experiencias de las personas transgénero (incluidas las personas trans masculinas y los hombres trans) y la alimentación de lactantes con leche materna (169). Las personas transgénero se refieren a aquellas cuya identidad de género no va en consonancia con su asignación de género al nacer y que se identifican como no-binarias (ni masculinas ni femeninas) (170). Las personas trans masculinas pueden optar por participar en el embarazo, el parto y el amamantamiento con leche materna, pero el lenguaje preferido para describir la alimentación a un lactante con leche materna por parte de las personas trans masculinas puede variar; puede identificarse, entre otros, como alimentación al pecho, cuidados, alimentación o lactancia materna (169 - 170).

La investigación cualitativa de las experiencias de personas trans masculinas durante la lactancia y la alimentación al pecho indican que:

- Algunas, pero no todas, han vivido disforia de género, un tipo de conflicto entre el género asignado al nacer y su identidad de género, cuando han alimentado al pecho a sus bebés, por lo que han tenido que emplear estrategias de afrontamiento como centrarse en la utilidad de la alimentación al pecho, interrumpirla o vestir ropa con varias capas para ocultar cualquier hinchazón u otros signos de lactancia.
- Para las personas transgénero, la privacidad personal durante la alimentación al lactante es muy importante, en parte para evitar ser juzgadas por terceros. Algunas personas expresaron su deseo de evitar comentarios o actitudes que sostuvieran que la alimentación de un lactante es una actividad con género y exclusiva de las mujeres.

- Las personas tenían dificultades para acceder a las medidas de apoyo y asistencia con el agarre, y algunas tenían una posible mastitis por vendarse el pecho.
- Es fundamental mostrar respeto por todas las opciones de alimentación infantil; la alimentación al pecho en el caso de las personas transgénero no debe ni darse por sentada ni reivindicarse. En cambio, se deben respaldar las decisiones relacionadas con la alimentación del bebé a través de un proceso de toma de decisiones informadas que respete la decisión de cada persona (169).

Entre los enfoques preferidos por los profesionales sanitarios para la atención a la lactancia que se ofrecen a las personas transexuales se incluyen los siguientes:

- Ser consciente de (y tener cuidado con) el uso del lenguaje, especialmente los pronombres y los términos de género. Utilizar identificadores tal y como indique la persona. Evitar las suposiciones sobre la identificación de género basadas en la apariencia o el comportamiento.
- Mostrarse dispuesto a usar un lenguaje neutro desde el punto de vista del género, especialmente cuando los centros de atención al embarazo y al parto asumen y utilizan lo femenino como norma social y cultural.
- Preguntar a la persona cuál es la mejor manera de apoyarla en sus planes de alimentación del bebé.
- Recibir formación sobre las necesidades de atención de salud trans en el embarazo, el parto y el posparto. Conocer más sobre la cirugía de masculinización torácica y su impacto en el tejido mamario.
- Crear un entorno clínico acogedor. Esto se puede hacer a través de pasos tales como una política visible de no discriminación, pegatinas de “espacio seguro” o el uso de formas inclusivas de género que incluyan “trans” u “otros”, además de la opción hombres y mujeres.
- Establecer relaciones con la persona transgénero basadas en el respeto y la confianza. Preguntar cómo desea que se le identifique (incluidos los pronombres preferidos) y qué términos prefiere usar cuando se refiere a las partes del cuerpo (169, 171).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
My guide to caring for trans and gender-diverse clients [Internet]. Toronto (ON): Rainbow Health Ontario; c2016. Available from: https://www.rainbowhealthontario.ca/TransHealthGuide/	<ul style="list-style-type: none"> ■ La primera guía de este tipo en Canadá: la Trans Primary Care Guide es una innovadora herramienta online para ayudar a los profesionales sanitarios a ofrecer atención primaria y de transición a pacientes trans y con identidad de género diversa. ■ La herramienta trata brevemente temas como gestación y anticonceptivos.
MacDonald T, Noel-Weiss J, West D, et al. Transmasculine individuals’ experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. BMC Preg Childbirth. 2016;16:106.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estudio cualitativo que examina las experiencias de individuos trans masculinos con la lactancia y la alimentación al pecho. ■ Las conclusiones indican que los profesionales sanitarios necesitan entender la disforia de género y las identidades transgénero, y tomar medidas activas para apoyar la lactancia a través de una atención competente basada en la confianza y el respeto.

Situaciones

Dificultades de Lactancia: Mastitis

Enfermedad inflamatoria del tejido mamario principalmente causada por la estasis de la leche materna o “vaciado” incompleto de la mama. Es una de las principales causas de interrupción de la lactancia (173–175). La estasis de la leche puede estar causada o no por una infección. Cuando es así, suele deberse a estafilococos; menos frecuentemente se debe a *Escherichia coli* (*E. coli*) o estreptococos (175). Es una de las infecciones más comunes que pueden experimentar las personas lactantes.

Los síntomas clínicos de mastitis suelen ser dolor y sensibilidad unilateral en la mama y/o el pezón, hinchazón, enrojecimiento (o eritema) y síntomas similares a la gripe (como escalofríos, malestar, fiebre y dolores). La prevalencia varía del 2 al 33 por ciento de las personas lactantes (175).

El tratamiento de la mastitis varía en función de la causa subyacente (esto es, presencia o ausencia de infección), los resultados del estudio de laboratorio ([p.ej.](#), cultivos, recuento leucocitario en la leche materna, recuento de colonias de bacterias) y la preferencia del profesional sanitario a cargo de la prescripción (175). No hay consenso ni pruebas suficientes a partir de los ensayos aleatorios sobre el tratamiento de la mastitis, el momento oportuno del tratamiento antibiótico, la selección de los antibióticos y la duración del tratamiento. Todo ello es importante porque la ausencia, insuficiencia, retraso o ineffectividad del tratamiento para la mastitis contribuye a las complicaciones de la lactancia materna, incluidos el cese de la lactancia y la recaída o el empeoramiento de la infección ([p.ej.](#), septicemia).

Algunos de los tratamientos para la mastitis que se han sugerido son:

- Tratamientos de apoyo: reposo en cama e ingesta de líquidos.
- Extracción de la leche o “vaciado de la mama”: seguir lactando por el lado afectado. Aumento de la frecuencia o la duración de las tomas con apoyo para lograr que la posición, el agarre y la transferencia de la leche sean efectivos. Reducción o interrupción del suministro de leche de fórmula, si procede. Extracción de la leche del pecho manual o asistida, en caso indicado.
- Tratamiento de los síntomas: consumo de medicamentos o antiinflamatorios sin receta médica para los síntomas del dolor.
- Fármacos: uso de antibióticos, incluidos los de amplio y/o reducido espectro, según esté indicado por los resultados del laboratorio.
- Otros agentes: considerar el uso de probióticos^G o péptidos ([p.ej.](#), nisina) que inhiben el crecimiento bacteriano (173, 175).

Dado que se puede prevenir la mastitis, está indicado implantar unas buenas prácticas, como valoración continuada de la lactancia materna, contacto piel con piel, apoyo, formación, lactancia materna basada en las señales del bebé y desarrollo de la competencia para la extracción manual de leche, como se ha visto en anteriores recomendaciones.

Recursos de Apoyo

COMPLICACIONES DE LA MASTITIS	INTERVENCIONES SUGERIDAS
Absceso mamario ⁶	<ul style="list-style-type: none"> ■ Seguir amamantando en la mama afectada, según lo tolere la persona lactante. Si no puede, se debe extraer la leche de forma asistida y se ofrecerá entonces la mama no afectada para las tomas hasta la resolución del absceso. ■ Considerar realizar una ecografía de la mama si los antibióticos no resuelven la infección. ■ El tratamiento tradicional supone incisión quirúrgica y drenaje. Actualmente existen planteamientos menos invasivos como punción-aspiración del pus guiada por ecografía tras aplicar un anestésico tópico. Estaría indicado cuando la piel que cubre el absceso es fina o se ha necrosado. ■ Se aplica irrigación repetida con cloruro de sodio (NaCl) al 0,9 por ciento hasta limpiar el absceso y que no salga más pus.

Dificultades de Lactancia: Dolor Recurrente en el Pezón

El dolor recurrente en el pezón puede ser una de las principales causas que llevan a reducir la frecuencia de las tomas y ofrecer menos lactancia materna directa (174, 176). Otras consecuencias pueden ser interrupción precoz de la lactancia materna exclusiva y mayor uso del biberón (174, 176). Experimentar dolor en el pezón puede ocasionar en la persona lactante sentimientos de desánimo y angustia. El dolor en el pezón es resultado de un traumatismo en la zona que puede aumentar las posibilidades de sufrir una infección, que ocasionaría más síntomas de dolor y aumentaría el riesgo de cese de la lactancia materna (174, 176).

Existen diversas posibles causas tras el dolor en el pezón; con frecuencia tiene su origen en una posición y un agarre inefectivos (175). En la **Tabla 16** se enumeran diversos ejemplos de causas de dolor en el pezón, así como las intervenciones sugeridas (excepto mastitis, hendiduras orofaciales y anquiloglosia, que se discuten por separado) (174-178).

Tabla 16: Causas de Dolor en el Pezón y Ejemplos de Intervenciones

CAUSA DE DOLOR EN EL PEZÓN	INTERVENCIONES SUGERIDAS
Posición y agarre inefectivos	<ul style="list-style-type: none"> ■ La causa primaria más común de dolor en el pezón. ■ Es necesario evaluar la lactancia materna y dar formación y apoyo para corregir la posición y el agarre y lograr que sean efectivos. ■ Se puede considerar el recurso a un asesor de lactancia cuando las dificultades con la posición y el agarre no se resuelven. ■ Seguir amamantando.
Perlas de leche o conductos galactóforos obstruidos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Compresas calientes. ■ Punción aséptica de la perla (ampolla) con una aguja estéril, si está indicado.

CAUSA DE DOLOR EN EL PEZÓN	INTERVENCIONES SUGERIDAS
Infección por <i>Candida</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Limpiar con gasa el pezón y hacer cultivo de la leche materna y/o la boca del bebé. ■ Realizar un examen físico del lactante para detectar posibles signos de aftas bucales. ■ Tener en cuenta que se diagnostica <i>Candida</i> con demasiada frecuencia y se trata según la sintomatología y no según resultados de laboratorio. ■ Tratar a la persona lactante y al bebé con un antifúngico, si está indicado.
Psoriasis del pezón	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tener en cuenta que la psoriasis del pezón puede aparecer con la lactancia. ■ Tratar con corticoides de uso tópico.
Fenómeno de Raynaud (vasoespamo)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aplicar calor al tejido mamario. ■ Evitar vasoconstrictores, como el frío, que pueden causar espasmos en las arteriolas de la mama y producir así isquemia intermitente. ■ Usar tratamiento farmacológico (como nifedipina, un bloqueante de los canales de calcio que causa vasodilatación), cuando esté indicado.
Eccema (dermatitis atópica endógena, dermatitis de contacto irritativa, dermatitis de contacto alérgica)	<ul style="list-style-type: none"> ■ El eccema afecta principalmente a la areola y puede presentarse como enrojecimiento, exudado y erosión. La areola también puede estar seca con descamación. ■ Además de dolor, la persona puede referir picor y ardor. ■ Si el eccema ha sido causado por un irritante, plantear el uso de agentes tópicos, jabón o lejía muy diluida, o un tratamiento previo de antibióticos. ■ La dermatitis de contacto alérgica puede estar causada por la aplicación de agentes tópicos en el pezón, como lanolina, aloe vera o remedios caseros como bolsas de té, miel, plátano o papaya (que pueden contener contaminantes). ■ Observar el patrón de dermatitis para determinar la causa subyacente.
Virus del herpes simple (VHS)	<ul style="list-style-type: none"> ■ El diagnóstico del virus del herpes simple puede ser difícil, ya que puede imitar otros problemas de lactancia más comunes, como dermatitis del pezón, <i>Candida</i> o mastitis bacteriana. ■ El VHS en el pezón tiene que ser confirmado: si no se trata, puede poner en riesgo la vida del bebé si es menor de tres meses, ya que el virus afecta al sistema nervioso central.

Fuentes: Heller MM, Fullerton-Stone H, Murase JE. Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. *Int J Dermatol.* 2012;51(10):1149–61. Kent J, Ashton E, Hardwick C, et al. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(10):12247–63; Bergmann R, Bergmann K, von Weizsäcker K, et al. Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers—a review of the scientific evidence. *J Perinat Med.* 2013;42(1):9–18; and Stone K, Wheeler A. A review of anatomy, physiology, and benign pathology of the nipple. *Ann Surg Oncol.* 2015;22:3236. 6.

Se debe evaluar de forma integral a cualquier persona lactante con dolor en el pezón para determinar la causa subyacente de dicho dolor (176). Así es más probable que el tratamiento elegido sea efectivo y que la persona siga dando el pecho. Es preciso observar una sesión de lactancia y realizar la historia del dolor que se experimenta en el pezón. Se recomienda valorar repetidamente la posición y el agarre: es la causa subyacente más probable del dolor o, como mínimo, es un factor que contribuye al mismo (174, 176).

A continuación se recogen algunos pasos preventivos para evitar la irritación y el dolor en los pezones:

- Evitar el jabón en el pezón durante la lactancia. Una ducha regular es suficiente.
- Emplear orientación preventiva, apoyo y formación.
- Fomentar una posición y un agarre efectivos.
- Interrumpir la succión de la mama colocando un dedo limpio en la boca del bebé una vez que parezca satisfecho (174, 176).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Inverted and flat nipples [Internet]. Melbourne (AU): Australian Breastfeeding Association; c2013 (updated 2016 Jun). Available from: https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/inverted-and-flat-nipples	<ul style="list-style-type: none">■ Consejos para personas lactantes con pezones planos o invertidos.
Thrush & the breastfeeding family [Internet]. Toronto (ON): La Leche League Canada; 2016. Available from: https://www.lllc.ca/sites/lllc.ca/files/461_Thrush_CMYK_2016_FINAL.pdf	<ul style="list-style-type: none">■ Ficha informativa de la Liga de La Leche sobre los síntomas, el diagnóstico y los tratamientos de la candidiasis bucal y la lactancia materna para padres, familiares y pares.
Barrett ME, Heller MM, Stone HF, et al. Raynaud phenomenon of the nipple in breastfeeding mothers: an underdiagnosed cause of nipple pain. JAMA Dermatol. 2013;149(3):300–6.	<ul style="list-style-type: none">■ Artículo que describe las características del fenómeno de Raynaud, como vasoespasmo, isquemia intermitente y subsiguiente vasodilatación refleja, y el impacto que tienen sobre la lactancia materna.

Lactancia y Relactación Inducidas

La lactancia inducida es un proceso en el que las personas que no han pasado por la gestación y el parto previamente toman medidas para estimular y establecer la producción de leche materna mediante estrategias como tratamiento hormonal, galactogogos o estimulación de la mama mediante aparatos de extracción asistida (179). Las situaciones en que se puede producir lactancia inducida pueden referirse (pero sin limitarse) a padres adoptivos o padres no biológicos en una relación del mismo sexo. La relactación es un proceso por el que se intenta reanudar la lactancia materna tras haberla interrumpido, tanto entre padres biológicos como adoptivos, incluidas las parejas del mismo sexo; así se le da una segunda oportunidad a la lactancia (179-180).

En ambos casos, el volumen de leche materna producido puede ser mucho menor (o ninguno) y puede ser necesario el uso de sucedáneos de la leche como suplemento (180). La reducción del volumen de leche materna puede ser multifactorial por una falta de hormonas que estimulan la lactancia a causa de la gestación y el parto y/o la lactancia compartida entre dos o más personas lactantes (con lo que no hay estimulación de la mama a tiempo completo) (180).

Las investigaciones sobre lactancia inducida se limitan principalmente a estudios de casos. Por ejemplo, un estudio de caso sobre unas madres adoptivas de gemelos prematuros que habían logrado lactancia materna exclusiva a los dos meses recoge las siguientes recomendaciones:

- Dar formación a las enfermeras y el equipo interprofesional sobre técnicas de lactancia adoptiva.
- Enseñar a la persona lactante la técnica de extracción manual y promover el contacto piel con piel para intentar aumentar el suministro de leche.
- Ser realista y reconocer que el suministro de leche puede no ser suficiente para la lactancia materna exclusiva y que puede estar indicada la suplementación con leche de fórmula u otros sucedáneos de la leche materna.
- Considerar una posible derivación a un asesor de lactancia para ayudar con la posición y el agarre o el uso de un sistema de lactancia suplementario o de un sacaleches para promover la estimulación de la mama.
- Ofrecer información sobre la eficacia, la seguridad y los riesgos de los galactogogos.
- Trabajar para conseguir el apoyo de la pareja, la familia y la red social de la persona, si así está indicado (181).

En el caso de parejas del mismo sexo con un hijo biológico y/o adoptado, uno o ambos progenitores pueden desear iniciar y mantener la lactancia. El suministro de leche materna y la función de la lactancia materna pueden reflejar la identidad maternal compartida por la pareja del mismo sexo, tanto para el progenitor biológico (también denominado en la evidencia “madre natal” o “progenitor gestante”) como para la pareja (también denominada en la evidencia “madre no natal”, “otra madre” u “otro progenitor”) (182).

Algunas parejas del mismo sexo pueden optar por la lactancia compartida como estrategia para lograr una relación igualitaria entre los progenitores (183). Esto puede resultar de especial importancia para el progenitor no biológico que, en función de la legislación, puede no tener reconocidas las mismas responsabilidades y derechos que el progenitor biológico. Para otras parejas del mismo sexo, las opciones de alimentación al bebé puede consistir en incorporar una combinación de lactancia materna y de biberón (con leche extraída del pecho o leche de fórmula) como forma de compartir el cuidado del lactante y darse apoyo mutuo como progenitores (184).

Para favorecer la toma de decisiones respecto a la alimentación infantil en parejas del mismo sexo (incluida la lactancia inducida), las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares deben tratar de:

- Mostrarse respetuosos con la diversidad e intentar crear espacios positivos que sean igualitarios y accesibles y favorezcan los derechos humanos y reproductivos de individuos y familias de todas las identidades sexuales.
- Estar bien informados sobre la lactancia materna, incluso para las personas sin embarazos previos y las que no están lactando espontáneamente.
- Apoyar las decisiones de cada pareja con respecto a la alimentación del bebé y el significado que estas decisiones pueden tener para ellos como padres y madres. Todo ello apoya los principios de la lactancia materna como derecho humano con beneficios para bebés, personas lactantes y los otros padres.
- Ser conscientes de las propias actitudes y creencias, y demostrar sensibilidad cultural^G con el fin de apoyar todas las posibles opciones y estructuras para la crianza de los hijos, incluyendo los aspectos relacionados con la lactancia materna (179, 183, 185).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
The Public Health Alliance for Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual, Transgender, Two-Spirit, Intersex, Queer and Questioning Equity. A positive space is a healthy place: making your community health centre, public health unit or community agency inclusive to those of all sexual orientations and gender identities [Internet]. Toronto (ON): Ontario Public Health Association; 2011. Available from: http://opha.on.ca/getmedia/125e32e7-f9cb-48ed-89cb-9d954d76537b/SexualHealthPaper-Mar11.pdf.aspx?ext=.pdf	<ul style="list-style-type: none"> Manual sobre cómo crear un espacio positivo de atención sanitaria (incluida la salud pública) para personas de todas las orientaciones sexuales e identidades de género.
Rainbowhealthontario.ca [Internet]. Toronto (ON): Rainbow Health Ontario; c2017. Available from: https://www.rainbowhealthontario.ca/	<ul style="list-style-type: none"> Servicio provincial de Ontario (Canadá) que ofrece formación para ayudar a los prestadores de servicios sanitarios y sociales a mejorar sus competencias para ofrecer servicios igualitarios y globales a personas lesbianas, gays, bisexuales, trans y queer o questioning [en duda] (LGTBQ).
Goldberg L, Aston M, Burrow S, et al. Relationships and rural health practices. The experiences of LGBTQ+ women and their perinatal care providers [Internet]. [place unknown]: Queer Birthing Relationships; 2017. Available from: http://qrbnsandbeyond.ca/finalreport#page/1	<ul style="list-style-type: none"> Informe de un estudio fenomenológico de investigación cualitativa que examina la atención sanitaria de lesbianas, gays, bisexuales, trans, queer/questioning y otros (LGBTQ+) por parte de proveedores de atención perinatal.

Consumo de Estupefacientes: Alcohol, Cannabis, Tabaco

Alcohol

La evidencia sobre el consumo de alcohol y la lactancia materna es escasa (186). Se recomienda la abstinencia, ya que no se ha determinado un nivel seguro de alcohol en la leche materna (186). Las investigaciones indican que las personas lactantes que consumen alcohol tienden a tener niveles más altos de educación (es decir, han ido a la universidad), de situación socioeconómica y tabaquismo (186–188). Con frecuencia emplean estrategias para minimizar la exposición del alcohol en la leche materna, como calcular los tiempos de consumo de alcohol para después de las tomas (187). Quienes consumen alcohol durante la gestación son más propensos a seguir tomándolo en el periodo posparto, incluido el periodo de lactancia (186). Se puede consultar información adicional sobre el consumo de alcohol en la Guía de RNAO, de 2015 “*Engaging Clients Who Use Substances*”, disponible en http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Engaging_Clients_Who_Use_Substances_13_WEB.pdf

Los niveles de consumo de alcohol se asocian a los índices de prevalencia de la lactancia materna y al riesgo de interrupción de la lactancia (186–187). Por ejemplo, el bajo nivel de consumo (es decir, no más de dos bebidas al día) se asocia positivamente con índices de lactancia materna de cualquier tipo (esto es, desde parcial hasta exclusiva) (188). Por el contrario, el consumo de tres a cinco bebidas al día (o más) se asocia positivamente con la interrupción de la lactancia materna en comparación con dos bebidas o menos al día (186). Algunas de las razones sugeridas para la interrupción precoz de la lactancia materna son: a) cambios en los patrones de sueño de los bebés y uso de preparados comerciales para calmarlos; b) suplementos para compensar una disminución en el volumen de leche materna; c) elección personal; y d) menor probabilidad de amamantar (186).

Como parte de la formación que se ofrece sobre consumo de alcohol y exposición a la lactancia materna, se sugiere a las personas lactantes lo siguiente:

- El enfoque más seguro es evitar el alcohol por completo. Si aun así se consume, evitar el alcohol durante el primer mes posparto cuando se está generando el suministro de leche materna.
- Limitar la ingesta de alcohol a un máximo de dos bebidas al día (tamaño estándar). Una bebida estándar se define como: cerveza, 5 por ciento (0,35 cl); vino, 12 por ciento (0,15 cl); o bebidas espirituosas, 40 por ciento (0,05 cl).
- Evitar la exposición al alcohol inmediatamente antes de una toma para reducir la exposición a través de la leche materna.
- Antes de ingerir alcohol, pensar en amamantar o extraer leche de forma manual o asistida.
- Darse cuenta de que el alcohol inhibe los niveles de oxitocina, lo que da lugar a un retraso en el reflejo de eyección de leche y un menor volumen de leche.
- El tiempo que tiene que pasar para eliminar el alcohol de la leche materna depende del peso de la persona lactante y el número de bebidas alcohólicas que consuma. Por ejemplo, una persona que pese 68 kg y que consuma 0,35 cl de cerveza (contenido alcohólico del 5 por ciento) tardará dos horas y 14 minutos en eliminar el alcohol de la leche materna (189 - 191).



Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Alcohol and breastfeeding [Internet]. Nottingham (UK): La Leche League GB; c2018. Available from : https://www.laleche.org.uk/alcohol-and-breastfeeding/	<ul style="list-style-type: none"> Recurso desarrollado por la Liga de La Leche en Gran Bretaña en el que se describe cuánto alcohol pasa a la leche materna y cómo el consumo de alcohol afecta al bebé.
Best Start Resource Centre. Drinking alcohol while breastfeeding. Desk reference for health care providers (HCP) [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2016. Available from: https://www.beststart.org/resources/alc-reduction/pdf/Alcohol_desk_ref_EN_2016_fnl.pdf	<ul style="list-style-type: none"> Referencia de consulta para profesionales sanitarios que ofrece información sobre cómo reducir los potenciales efectos negativos del alcohol mientras se sigue apoyando la lactancia materna. Se incluye el tiempo necesario para eliminar el alcohol de la leche materna en función del número de bebidas alcohólicas consumidas y el peso de la persona que amamanta.
College of Family Physicians of Canada; Canadian Centre for Substance Abuse. Alcohol screening, brief intervention and referral: a clinical guide [Internet]. Mississauga (ON): College of Family Physicians of Canada; 2012. Available from: http://www.sbir-diba.ca/docs/default-document-library/2012-screening-brief-intervention-and-referral-clinical-guide-enB0E406423349865474B15064.pdf?sfvrsn=4	<ul style="list-style-type: none"> Proceso en tres pasos de revisión del consumo de alcohol, intervención breve y derivación.
Anderson P. Alcohol use during breastfeeding. <i>Breastfeed Med.</i> 2018;13(5):315-317. Available from: https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/bfm.2018.0053	<ul style="list-style-type: none"> Actualización sobre los efectos del alcohol en la lactancia y en el bebé, incluyendo efectos a corto y largo plazo. El artículo recomienda esperar de 2 a 2:30 horas por bebida alcohólica para minimizar la exposición a través de la leche materna. Amamantar antes de ese tiempo puede afectar el comportamiento del bebé.

Cannabis

El cannabis es una de las drogas psicoactivas más ampliamente extendidas en todo el mundo, pero no se ha estudiado en detalle su uso en la lactancia y las tasas de exposición reflejan dosis desconocidas o un consumo infradeclarado. Así, las conclusiones no resultan fiables (192). Gran parte de la evidencia se basa en resultados de estudios antiguos con pequeños tamaños muestrales o escasa potencia, o estudios con animales (192). Además, el consumo de cannabis a la vez que otras sustancias (como el tabaco) o su consumo prenatal hacen que sea difícil determinar sus potenciales efectos adversos a través de la exposición en la leche materna (192-193). Se puede consultar información adicional sobre el consumo de sustancias en la Guía de RNAO, de 2015, “*Engaging Clients Who Use Substances*”, disponible en http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Engaging_Clients_Who_Use_Substances_13_WEB.pdf

Teniendo en cuenta estas limitaciones, se sugieren las siguientes recomendaciones sobre lactancia materna y consumo de cannabis:

- Identificar a quienes consumen cannabis (idealmente ya en el embarazo o antes) y recomendar (como mínimo) reducir el consumo. Es preferible dejar de consumir cannabis por completo.
- Abordar los beneficios y daños de la exposición al cannabis y la lactancia materna para promover una toma de decisiones informada, incluyendo lo siguiente:
 - Se debe advertir a las personas lactantes de que es probable que no haya beneficio alguno de la exposición al cannabis a través de la leche materna en un bebé sano, y que no se conocen los riesgos debido a las limitaciones de la evidencia.
 - El cannabis y sus metabolitos pueden pasar con facilidad a la leche materna, con lo que el bebé quedaría expuesto.
 - La cantidad de exposición del bebé a través de la leche materna depende del consumo de la persona lactante.
 - El consumo continuado de cannabis por parte de la persona lactante durante la gestación y hasta un mes después del parto puede afectar negativamente al crecimiento y desarrollo del cerebro o del sistema nervioso central del bebé.
 - No se dispone de datos que examinen el impacto a largo plazo de la exposición al cannabis a través de la leche materna en lactantes de más de un año de edad.
- El consumo regular de cannabis puede dar lugar a cambios en el comportamiento y la capacidad de juicio de quien lo consume, creando así un entorno potencialmente inseguro para el bebé o el niño.
- En caso de fumar cannabis, se debe evitar fumarlo en la misma habitación en que se encuentra el bebé para reducir los efectos de la exposición al humo secundario. Dicha exposición al humo de cannabis se asocia además al riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). Dado que la lactancia materna reduce el riesgo de SMSL, es necesario discutir de manera informada sobre los riesgos y beneficios.
- Tras fumar cannabis, se recomienda lavarse las manos y cualquier textil que pueda contener residuos de cannabis antes de tocar al lactante.
- El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists) recomienda a las personas lactantes que dejen de consumir cannabis con fines medicinales en favor de terapias alternativas que han demostrado ser seguras durante la lactancia.
- Se debe tener en cuenta que los compuestos de cannabis pueden permanecer en la leche materna durante días o semanas después de la exposición; también pueden estar presentes en las heces y la orina del bebé amamantado. Esto podría tener consecuencias legales negativas, cuando sea aplicable, en casos de custodia u otros procedimientos judiciales (192, 194).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Best Start Resource Centre. Risks of cannabis on fertility, pregnancy, breastfeeding, and parenting [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2017. Available from: https://www.beststart.org/resources/alc_reduction/RisksOfCannabis_A30-E.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso dirigido a personas antes de la concepción, durante el embarazo y en el posparto (y a sus familias) en el que se abordan los riesgos del consumo de cannabis. ■ Se identifican algunos riesgos del consumo de cannabis como el que supone el tetrahidrocannabinol (THC, el principal compuesto psicoactivo del cannabis) del cannabis fumado, que se almacena en las células grasas y el cerebro del lactante durante semanas, lo que puede afectar su desarrollo motor. ■ Se advierte a las personas lactantes para que eviten consumir cannabis. A pesar de los riesgos de la exposición al cannabis a través de la leche materna, se recomienda dar de mamar por sus reconocidos beneficios.
<p>Porath-Waller A. Clearing the smoke on cannabis [Internet]. [place unknown]: Canadian Centre on Substance Abuse; 2015. Available from: http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Cannabis-Maternal-Use-Pregnancy-Report-2015-en.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informe actualizado en 2015 del Centro Canadiense de dependencias y abuso de sustancias (Canadian Centre on Substance Abuse) en el que se examina el cannabis como droga ilegal de más amplio uso en el periodo prenatal. ■ Se abordan su prevalencia y el impacto que tiene en la gestación, el desarrollo fetal y los resultados en salud en el nacimiento.
<p>Society of Obstetricians and Gynecologists. Are you pregnant or considering pregnancy? Did you know that the use of cannabis may be harmful to your baby [Internet]? Ottawa (ON): Society of Obstetricians and Gynecologists; 2018. Available from: https://www.pregnancyinfo.ca/learn-more/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Información para padres sobre los potenciales efectos perjudiciales del cannabis en el embarazo y el desarrollo del lactante.

Tabaco

El tabaco es una sustancia usada con frecuencia durante el embarazo y el posparto, incluida la lactancia (195-196). Las investigaciones sobre lactancia materna y exposición al tabaco (de forma activa y/o pasiva por parte de la persona lactante, como fumador pasivo a través del humo secundario^G y humo terciario^G) muestran que se asocia negativamente a la lactancia materna exclusiva y continuada (195-196). Se puede consultar información adicional sobre el consumo de tabaco en la Guía de RNAO, de 2017, “*Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice*” <https://rnao.ca/bpg/guidelines/integrating-tobacco-interventions-daily-practice> (“*Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo del tabaco en la práctica diaria*”).

Para las enfermeras y el equipo interprofesional que trabajan con personas lactantes que fuman o se ven expuestas al humo del tabaco, la evidencia sugiere emplear los siguientes enfoques:

- Advertir a la persona lactante y/o el familiar fumador de que los beneficios de la lactancia para el bebé superan sus riesgos de exposición al tabaco.
- Valorar los patrones de tabaquismo de la persona lactante y de aquellos terceros que vivan en el mismo domicilio. Ofrecer formación y apoyo para dejar de fumar a todas las partes interesadas para reducir el riesgo de exposición al humo secundario y terciario. En caso de seguir fumando en el posparto y de que la persona lactante o el familiar no se vea capaz de abandonar este hábito, fomentar estrategias de reducción del daño que se pueda causar, como reducir el número de cigarrillos fumados.
- Recomendar un aumento del intervalo de tiempo entre el consumo de tabaco y las tomas para reducir la concentración de nicotina en la leche materna.
- Recomendar no fumar en presencia del bebé para reducir la exposición al humo secundario y terciario y a las toxinas asociadas, incluidas sustancias cancerígenas.
- Tener en cuenta que la producción de leche materna disminuye con el tabaquismo, posiblemente porque la nicotina reduce los niveles de prolactina. Por ejemplo, el volumen diario de leche materna disminuyó en quienes fumaron cigarrillos hasta dos semanas después del parto (en comparación con las no fumadoras). Entre la segunda y la cuarta semana, el volumen total de leche materna aumentó para las no fumadoras, pero siguió siendo el mismo para las fumadoras, lo que contribuyó a reducir el crecimiento y el aumento de peso de sus bebés.
- Tener en cuenta que cuando una persona lactante que fuma o está expuesta al humo del tabaco deja de amamantar, puede tener un mayor riesgo de mastitis que quienes no fuman. El consumo continuado de tabaco es un factor causante de infecciones de mama recurrentes. Se ha sugerido que esto se debe a una acumulación de sustancias tóxicas (por ejemplo, nicotina y cotinina) que dañan los conductos mamarios directamente o causan hipoxia local, lo cual puede conducir a daño de los conductos y a la inflamación e infección subsiguientes (195-198).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Registered Nurses' Association of Ontario. Identifying and eliminating stigmatization of pregnant smokers [Internet]. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2015. Available from: http://tobaccofreernao.ca/sites/tobaccofreernao.ca/files/Stigma.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ficha técnica para profesionales sanitarios sobre cómo reducir los prejuicios y el estigma cuando se trabaja con gestantes que fuman.
Registered Nurses' Association of Ontario. How to integrate trauma-informed care for pregnant and postpartum smokers [Internet]. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2015. Available from: http://tobaccofreernao.ca/sites/tobaccofreernao.ca/files/Trauma.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Folleto para enfermeras y equipos interprofesionales para mejorar sus prácticas de abandono del tabaquismo, incluidas cinco maneras de incorporar la atención específica al trauma para gestantes y personas en el posparto que fuman.
Registered Nurses' Association of Ontario. I am a new mother wallet card [Internet]. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2015. Available from: http://tobaccofreernao.ca/sites/tobaccofreernao.ca/files/WALLET_I_am_a_new_mother_COVER_0.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tarjeta de bolsillo desarrollada en colaboración con RNAO, Smokers' Helpline [Línea de asistencia a fumadores de Canadá] y el Programa Motherisk (The Hospital for Sick Children). La tarjeta detalla el impacto del tabaco en la lactancia materna, los beneficios de su abandono tanto para la persona que amamanta como para el bebé, el impacto del humo secundario y terciario en el lactante y diversas consideraciones sobre la seguridad en el uso de sustitutivos de la nicotina durante la lactancia.
Pregnets. Smoking cessation for pregnant and postpartum women: a toolkit for health care providers [Internet]. Toronto (ON): Pregnets; 2012. Available from: http://www.pregnets.org/dl/toolkit.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conjunto de herramientas para proveedores de servicios de salud, educadores e investigadores sobre los componentes esenciales para abordar el abandono y la reducción del hábito de fumar en personas embarazadas y en el posparto.
Best Start Resource Centre. Addressing smoking with women and their families: strategies for in-home support services [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2015. Available from: https://www.beststart.org/resources/tobacco/BSRC_Addressing_Smoking_EN_fnl.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso sobre el tabaquismo durante el embarazo y el posparto que incluye una sección sobre lactancia materna

Anexo E: Estrategias para dar Soporte a Poblaciones y Situaciones Específicas en Materia de Lactancia Materna para Neonatos, Lactantes o Niños Pequeños

Algunos recién nacidos, bebés lactantes o niños pequeños pueden precisar apoyo adicional para mamar a causa de sus necesidades clínicas o situaciones excepcionales. En este Anexo se habla de estas poblaciones o situaciones pediátricas específicas en materia de lactancia y se incluyen indicaciones sobre intervenciones efectivas para favorecer la lactancia materna.

Tabla 17: Poblaciones y Situaciones Específicas de Lactancia Materna: Neonatos, Lactantes o Niños Pequeños

POBLACIONES LACTANTES DE NEONATOS, BEBÉS LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS	SITUACIONES
Anquiloglosia anterior (frenillo lingual corto) y posterior (frenillo labial corto)	Rechazo a la lactancia materna o “huelgas de lactancia”
Lactante con labio hendido, paladar hendido o ambos	Situaciones de nutrición de emergencia
Lactante con síndrome de Down	Introducción de alimentos complementarios
Neonatos prematuros tardíos	Irritabilidad o cólicos
Bebés prematuros y alimentación con vaso	
Parto gemelar o múltiple	

La lista no es exhaustiva y la inclusión de un recurso en este anexo no conlleva el apoyo de la RNAO. La evidencia empleada para servir de base a la discusión se compone de revisiones sistemáticas y estudios primarios. No se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva ni una valoración de la calidad.

En el **Anexo D** se abordan distintas estrategias para dar soporte a poblaciones y situaciones específicas de lactancia materna.

Poblaciones Lactantes de Neonatos, Bebés Lactantes y Niños Pequeños

Anquiloglosia Anterior (Frenillo Lingual Corto)

El trastorno congénito de anquiloglosia anterior (frenillo lingual corto o, como se conoce en inglés, Tongue-tie) supone que la lengua tiene la movilidad reducida, lo que puede influir en la lactancia materna (91, 199). El frenillo es anormalmente corto, grueso o está anormalmente tirante, lo que limita la movilidad de la lengua más allá de la encía inferior o los incisivos inferiores (91, 199 -200).

Se estima que la anquiloglosia anterior contribuye a las dificultades en la alimentación, tanto al pecho como con biberón (91-92, 199). Puede producir alteraciones en la transferencia de leche y aumentar las molestias en la lactancia materna (91, 200). También puede contribuir a crear dificultades para lograr o mantener un agarre efectivo, debido a la limitación de la protrusión y a la elevación de la punta de la lengua (91, 200).

Anquiloglosia Posterior (Frenillo Labial Corto)

La anquiloglosia posterior (frenillo labial corto) es un cuadro clínico más nuevo que con frecuencia queda infradiagnosticado (92). Implica tensión o tirantez del frenillo maxilar y/o labial del recién nacido, lo que restringe la capacidad del niño para succionar y mantener el agarre alrededor de la areola (92). Tras una valoración, puede estar indicada una frenotomía para resolverlo.

Herramientas de Valoración de la Anquiloglosia

En diversos estudios de investigación se señalan distintas herramientas para valorar la anquiloglosia y su gravedad, como la Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual (HATLFF) y el método BTAT (Bristol Tongue Assessment Tool) (199). Cada herramienta tiene sus propios criterios según el aspecto y la función de la lengua. Por ejemplo, los criterios del método BTAT incluyen el aspecto de la lengua, la unión del frenillo al borde de la encía inferior, el grado de elevación de la lengua cuando el lactante abre la boca y la protrusión de la lengua. Es necesario contar con nuevos estudios para determinar la validez y fiabilidad de cada instrumento así como su viabilidad en entornos clínicos (199).

Frenotomía y Lactancia Materna

Una frenotomía es un procedimiento quirúrgico de bajo riesgo en el que se corta el frenillo para mejorar la movilidad de la lengua o del labio. Puede favorecer la lactancia materna exclusiva y continuada (91, 201). Los potenciales riesgos postoperatorios son bajos y pueden ser: dolor, hemorragia, infección y estrés parental (91, 201). La hemorragia es la complicación más frecuente, con una prevalencia del 3 al 5 por ciento, pero en la mayor parte de los casos se resuelve sin necesidad de intervención, excepto la aplicación de presión directa utilizando una gasa (201).

Los beneficios de la frenotomía para las personas lactantes incluyen una menor percepción de dolor en el pezón y un mejor agarre a corto plazo (91, 203). No obstante, es discutible si estos beneficios se deben a la propia cirugía o al apoyo intensivo, el tiempo y la atención dedicados a la lactancia materna (tanto antes como después de la frenotomía). La evidencia señala la importancia de: a) el apoyo continuo a la lactancia materna para rectificar cualquier problema relacionado (en particular, dolor en el pecho o en el pezón); y b) la evaluación del frenillo como parte del examen del recién nacido (203).

Se han identificado limitaciones en el conjunto de la evidencia sobre la frenotomía, como:

- Falta de guías publicadas sobre el diagnóstico y el tratamiento de ambos tipos de anquiloglosia.
- Falta de una clasificación uniforme del nivel de limitación del movimiento de la lengua.
- Ausencia de estudios que examinen el impacto de los factores contribuyentes (como nivel de motivación, historia previa de lactancia materna y apoyo social y cultural a la lactancia materna) respecto a la mejora que perciben los padres en los resultados de lactancia.
- Estudios no concluyentes con pequeños tamaños muestrales, metodología inconsistente, seguimiento a corto plazo y falta de intervenciones no quirúrgicas para la comparación.
- Falta de consenso sobre las mejores prácticas para ambos tipos de anquiloglosia (91, 201 – 203).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
What is Frenotomy? [Internet]. [place unknown]: Stanford Medicine; c2017. Available from: http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/frenotomy.html	<ul style="list-style-type: none"> Se muestra con fotos y texto el procedimiento de frenotomía para liberar una anquiloglosia anterior.
Ghaheri BA, Cole M, Fausel SC, et al. Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: a prospective cohort study. <i>Laryngoscope</i> . 2017;127(5):1217–23.	<ul style="list-style-type: none"> Estudio de cohortes sobre díadas de lactancia con frenillo corto lingual y/o labial que se sometieron a reparación quirúrgica. Se registraron mejoras posquirúrgicas significativas en los resultados de lactancia.
Pranksy SM, Lago D, Hong P. Breastfeeding difficulties and oral cavity anomalies: the influence of posterior ankyloglossia and upper-lip ties. <i>Int J Pediatr Otorhinolaryngol</i> . 2015 Oct;79(10):1714–7.	<ul style="list-style-type: none"> Revisión retrospectiva de lactantes a quienes se intervino quirúrgicamente el frenillo lingual o labial. El frenillo corto de lengua y labio pueden dar lugar a problemas con la lactancia, así como hubo algunas mejoras con la liberación quirúrgica de los mismos.
Ingram J, Johnson D, Copeland M, et al. The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. <i>Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed</i> . 2015 Jul;100(4):F344–F349.	<ul style="list-style-type: none"> El método BTAT se emplea para evaluar el aspecto y la función de la lengua en lactantes con anquiloglosia anterior. El estudio determinó que el BTAT constituye una medida objetiva de la gravedad de la anquiloglosia anterior.
Overcoming Breastfeeding Problems: Tongue Tie [Internet]. London (UK): UNICEF United Kingdom; c2018. Available from: https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/support-for-parents/tongue-tie/	<ul style="list-style-type: none"> Recurso educativo sobre anquiloglosia anterior y la lactancia materna con información y recursos para padres y profesionales sanitarios.

Lactante con Labio Hendido (o Fisurado), Paladar Hendido o Ambos

Se trata de anomalías congénitas que se producen en la zona orofacial, como el labio hendido (o fisurado), el paladar hendido (fisura palatina) o ambas a la vez. Las más frecuentes son el labio hendido (fisurado) y el paladar hendido (en el 50 por ciento de los bebés con hendiduras orofaciales), seguido por el paladar hendido (30 por ciento) y labio hendido (20 por ciento). La mayoría son de carácter unilateral; solo el 10 por ciento son de carácter bilateral (204).

En relación con la lactancia materna, los lactantes que presentan hendiduras orofaciales se enfrentan a dos desafíos para conseguir obtener leche: la succión y la compresión (204-205). La succión es necesaria para el agarre, para mantener una posición efectiva y para favorecer la transferencia de leche. En cuanto a la compresión, es necesaria para apretar la mama entre la lengua y la mandíbula. Para los bebés que presentan una hendidura orofacial, estos dos

problemas contribuyen a que los tiempos de las tomas sean más prolongados, se produzca fatiga en las tomas y el crecimiento y el desarrollo sean más lentos. Las probabilidades de éxito de la lactancia materna dependen del tipo, el tamaño y la localización de la hendidura orofacial, que deberá ser valorada de forma individualizada (204–206). La valoración también debe recoger la intención de amamantar de la persona lactante y cualquier experiencia anterior. En general, los bebés lactantes con labio hendido (o fisurado) suelen tener menos problemas para crear la succión, con lo que mejoran las probabilidades de que puedan mamar directamente del pecho, lo que contrasta con los lactantes con paladar hendido o con paladar hendido y labio hendido (o fisurado), que pueden no ser capaces de lograr una succión efectiva para obtener la leche. En estos casos se puede probar la lactancia materna indirecta –con elementos como jeringas, el biberón SpecialNeeds® (también conocido como biberón Haberman) o un biberón estándar– y realizar una valoración individual para determinar su éxito (204, 206).

Estas son algunas estrategias que se sugieren para favorecer la lactancia materna directa o indirecta con bebés con hendidura orofacial:

- Incentivar y promover la lactancia materna.
- Valorar de forma individual las habilidades de cada lactante con hendidura orofacial. Fijarse en su capacidad de succión y compresión.
- Implicar a las enfermeras, el equipo interprofesional o los pares para ofrecer formación y soporte a la persona lactante y su familia.
- Enseñar a la persona lactante a extraerse leche del pecho tanto de forma manual como asistida para fomentar la producción de leche.
- Educar a la persona lactante sobre las probabilidades de éxito de la lactancia. Asegurarse de indicar que puede ser necesario incorporar lactancia materna indirecta para favorecer la producción de leche hasta que se repare la hendidura.
- Mostrar diversas posiciones modificadas de lactancia materna (como posición vertical, o del koala, y posición semivertical) para ayudar a que la posición y el agarre sean efectivos.
- Monitorizar el aumento de peso y la hidratación del bebé para garantizar que su ingesta es adecuada y que alcanza los indicadores de crecimiento y desarrollo (204–206).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Children’s Hospital at Westmead; Sydney Children’s Hospital; Randwick and Kaleidoscope Children, et al. Fact sheet: cleft lip and/or palate—feeding your baby [Internet]. Sydney (AU): Sydney Children’s Hospitals Network; 2014. Available from: http://www.schn.health.nsw.gov.au/files/factsheets/cleft_lip_andor_palate_-_feeding_your_baby-en.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ficha técnica educativa para padres de bebés lactantes con hendiduras orofaciales. ■ Se describen distintas estrategias de lactancia materna directa e indirecta.

Lactantes con Síndrome de Down

La recomendación global sobre el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna para todos los bebés lactantes es extensiva a aquellos con síndrome de Down (207). La comprensión de las necesidades de estos neonatos en relación con la lactancia materna es limitada debido a la falta de evidencia publicada actualmente.

Como trastorno congénito, el síndrome de Down (también conocido como trisomía 21) puede hacer que los lactantes tengan problemas para mamar por tener un reflejo de succión más débil y dificultades al tragar (207). Esto puede desembocar en un inicio tardío de la lactancia materna y un menor suministro de leche. Además, el lactante puede tener otros problemas clínicos, como cardiopatía congénita, malformaciones gastrointestinales, ictericia y bajo peso al nacer (207). Estos trastornos pueden requerir cirugías u hospitalizaciones, agravando las dificultades por la separación de la díada lactante.

Los progenitores y la familia de un bebé con síndrome de Down con frecuencia tienen problemas para adaptarse al diagnóstico y a las posibles necesidades clínicas (207). Los padres pueden experimentar emociones inesperadas y contradictorias que pueden influir en su vinculación y disposición para amamantar. El ingreso hospitalario para realizar pruebas clínicas, posibles cirugías y otras complicaciones provoca estrés en la persona que está amamantando y en su familia. En situaciones en las que exista una preocupación clínica grave por el bebé, la lactancia materna puede no considerarse como una prioridad.

Las estrategias para apoyar a una persona lactante con un bebé con síndrome de Down son limitadas, pero se recomienda:

- La persona lactante necesita que se le transmita aliento y confianza en que la lactancia materna puede tener éxito.
- Es necesario realizar una valoración completa del proceso de lactancia para determinar las capacidades y las posibles dificultades del lactante, incluidos los reflejos de succión y deglución. Puede ser necesaria la colaboración de un asesor de lactancia.
- El apoyo de las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares es fundamental para lograr el inicio y la exclusividad de la lactancia materna. En aquellos casos en que se haya diagnosticado antes del parto, el apoyo y la preparación para la lactancia durante la gestación pueden ser de ayuda.
- Apoyar a la persona que amamanta para que tenga tiempo de tener consigo a su recién nacido y lactante (incluyendo el contacto piel con piel) puede ser crucial para promover el vínculo afectivo.
- Si el neonato está estable, iniciar la lactancia materna lo antes posible.
- Se debe combinar la extracción manual de leche con la extracción asistida doble para maximizar la producción de leche materna.
- Utilizar compresión mamaria para facilitar el agarre y la transferencia de leche (207-208).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Children's Hospitals and Clinics of Minnesota. Breastfeeding an infant with Down syndrome [Internet]. [place unknown]: Children's Minnesota; c2018 (updated 2015 Aug). Available from: https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrensmn/article/15844/breastfeeding-an-infant-with-down-syndrome/	<ul style="list-style-type: none"> Material formativo para paciente y familiares que describe los beneficios de la lactancia materna para los bebés con síndrome de Down y aporta sugerencias sobre cómo ayudar al lactante a mamar (como posiciones).
Thomas J, Marinelli KA; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #16: breastfeeding the hypotonic infant, revision 2016. Breastfeed Med. 2016;2:112–8.	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo para fomentar, apoyar y mantener la lactancia materna en bebés y niños pequeños con hipotonía (esto es, bajo tono muscular), incluidos aquellos con síndrome de Down.
Feeding Your Baby [Internet]. Auckland (NZ): New Zealand Down Syndrome Association; [date unknown]. Available from: http://www.nzdsa.org.nz/yayb/yayb7.htm	<ul style="list-style-type: none"> Información para padres sobre lactancia materna, incluidos potenciales retos y beneficios, de la Asociación de síndrome de Down de Nueva Zelanda (New Zealand Down Syndrome Association).
LLLC Blog. Thursday Tip: Babies with Down Syndrome can breastfeed [Internet]. Pickering (ON): La Leche League Canada; 2015 (updated 2015 Mar 26). Available from: https://www.lllc.ca/thursday-tip-babies-down-syndrome-can-breastfeed	<ul style="list-style-type: none"> Estrategias de La Leche League Canada para el fomento de la lactancia materna con bebés con síndrome de Down.

Neonatos Prematuros Tardíos

La lactancia materna está recomendada para neonatos nacidos antes de término entre 34^{0/7} –36^{6/7} semanas de gestación (209). La importancia de la lactancia materna, incluidos los beneficios inmunológicos y el menor riesgo de infecciones, es incluso mayor en el caso de los neonatos prematuros tardíos que para los neonatos nacidos a término (209-210). El riesgo de morbilidad y de mortalidad puede ser mayor en el caso de los prematuros tardíos, a menudo por complicaciones como hipotermia, pérdida de peso, aumento lento de peso, ictericia prolongada, deshidratación o inestabilidad respiratoria (209-210).

El lactante prematuro tardío puede afrontar diversas dificultades a la vez durante la lactancia debido a su inmadurez fisiológica y neurológica, como por ejemplo, falta de coordinación del reflejo de succión-deglución-respiración, debilidad en el agarre, somnolencia, menor energía y succión menos vigorosa (209-211). Cuando se combinan, estos problemas pueden causar tomas más prolongadas y transferencia de leche inadecuada. Los problemas en la lactancia materna pueden verse agudizados por las dificultades que pueda experimentar la persona lactante relacionados con el parto prematuro, como hipertensión, diabetes, obesidad o parto por cesárea. Cualquiera de estos trastornos puede inhibir la secreción de prolactina, dando lugar a una menor producción de leche materna o un retraso en la Etapa II de la lactogénesis.

Estos son algunos ejemplos de estrategias que implican a la diáda lactante en el entorno hospitalario para fomentar la lactancia materna en bebés prematuros tardíos:

- Promover la lactancia materna mediante la educación. Los bebés lactantes que maman durante la hospitalización tienen más probabilidades de ser alimentados exclusivamente al pecho que aquellos que reciben leche materna y leche de fórmula.
- Ofrecer a la persona lactante y su familia formación y asesoramiento antes (y después) del alta médica.
- Animar a las personas lactantes a que se extraigan leche del pecho aproximadamente ocho veces al día (para imitar las pautas típicas de alimentación del bebé) para promover la producción de leche materna en aquellos casos en que el lactante no mame directamente o no mame a menudo, o simplemente para aumentar el suministro.
- Evaluar la duración de las tomas de forma regular, ya que los lactantes prematuros tardíos pueden cansarse más rápidamente.
- Implantar una lactancia materna basada en las señales del bebé (en contraposición a la lactancia materna programada), cuando sea posible.
- Contar con un asesor de lactancia para que ofrezca el apoyo adicional oportuno en aquellos casos en que aparezcan dificultades con la lactancia materna.
- Animar a las personas lactantes a maximizar la producción de leche y el tiempo si aplican una extracción asistida doble (es decir, extraen leche de ambas mamas a la vez).
- Apoyar a las personas lactantes para que se saquen leche de forma manual o asistida a lo largo de todo el día y también por la noche (cuando los niveles de prolactina son más altos).
- Monitorizar a los lactantes prematuros (que pueden tener mayor riesgo de ictericia) para controlar factores de riesgo como hipoglucemia, dificultades respiratorias o para alimentarse, deshidratación o hipotermia. Implantar estrategias para prevenir estos factores de riesgo en la lactancia materna.
- Evitar separar al bebé de la persona lactante tanto como sea posible en el curso de las pruebas clínicas. Aplicar el contacto piel con piel para favorecer la lactancia materna.
- Desarrollar directrices dentro de los servicios de cuidados agudos perinatales (como las unidades de cuidados intensivos neonatales) para ayudar a las personas lactantes con la estimulación de la mama para la lactogénesis.
- Tratar de lograr un entorno hospitalario tranquilo para favorecer una lactancia más eficiente. Las unidades que tienen bullicio y ruidos pueden contribuir a sobreestimular al bebé y dar lugar a peores resultados de lactancia materna (209–212).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Best Start Resource Centre. Breastfeeding your late preterm baby [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2016. Available from: https://www.beststart.org/resources/breastfeeding/B26E-BreastfeedingYourLatePretermBaby.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso sobre lactancia materna para padres con un bebé prematuro tardío. Los temas incluyen nociones iniciales, extracción asistida, alimentación del bebé en el hospital y alimentación del bebé en casa tras el alta. Disponible en 18 idiomas.

Bebés Prematuros y Alimentación con Vaso

Para los lactantes prematuros, la evidencia sugiere que la alimentación con vaso es más beneficiosa para promover la lactancia materna exclusiva que la alimentación con biberón (33, 213). Tanto la OMS como la IHAN apoyan y promueven la alimentación con vaso como un principio clave de lactancia materna únicamente para recién nacidos prematuros (33). Los resultados de un metaanálisis indican que los recién nacidos prematuros que fueron alimentados con vaso tenían una mayor probabilidad de lactancia materna exclusiva, en comparación con cualquier lactancia materna, en el momento del alta hospitalaria y seis meses después del alta, que aquellos que fueron alimentados con biberón (33). Como método de alimentación, es preciso ofrecer formación sobre la alimentación con vaso para garantizar su seguridad y efectividad (33).

A continuación se incluyen algunos ejemplos de estrategias para lograr una alimentación con vaso efectiva y segura:

- Sostener al lactante en una posición incorporada para evitar atragantamientos, náuseas o aspiración de leche.
- Colocar el vaso cerca de los labios del lactante para ayudarlo a lamer o sorber la leche. Así es capaz de controlar el ritmo y la cantidad de alimento que ingiere.
- Combinar las tomas con vaso con intentos de toma al pecho para no recurrir a la alimentación con vaso a largo plazo y evitar la posible preferencia de este método a la lactancia materna (33).

Los servicios o unidades que emplean este método deben evaluar su seguridad y eficacia, teniendo en cuenta factores como la dotación de plantilla y recursos humanos, el tiempo, los costes, el posible derramamiento de la leche, la aspiración de leche y los resultados clínicos (33).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Cup Feeding [Video]. Waitsfield (VT): Global Health Media; 2016. Available from: https://globalhealthmedia.org/portfolio-items/cup-feeding/?portfolioID=5623	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vídeo que muestra los pasos de la alimentación con vaso para lactantes que pueden tragar pero que no están listos para alimentarse completamente al pecho. ■ El vídeo demuestra distintos métodos de alimentación, como el vaso, el paladaí (un tipo de taza pequeña con pico) y la cuchara.
Cup-feeding [Internet]. Melbourne (AU): Australian Breastfeeding Association; 2016 Mar (updated 2016 Jun). Available from: https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/cup-feeding	<ul style="list-style-type: none"> ■ En este recurso educativo para padres de la principal autoridad australiana en materia de lactancia materna se incluyen los fundamentos para la alimentación con vaso y sugerencias sobre cómo aplicar este método.

Parto Gemelar o Múltiple

Los mellizos/gemelos o bebés de embarazos múltiples presentan menores tasas de lactancia materna que los bebés únicos, a pesar de la conocida importancia de la lactancia materna y los riesgos de no recibirla (39). Amamantar a dos o más bebés puede presentar dificultades para la persona lactante por el tiempo y la demanda física que supone (39). Otros problemas pueden ser los lactantes prematuros o aquellos que precisen el ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales (39). El riesgo de cese temprano de la lactancia materna es mayor en esta población (39).

La investigación indica que la formación y el apoyo resultan efectivos para bebés únicos, pero no se dispone de evidencia de ensayos aleatorizados que señale la eficacia de estas intervenciones para mellizos/gemelos o bebés de embarazos múltiples (39). Además, no se han determinado los aspectos concretos sobre el momento, la duración y la persona que debe hacerse cargo de las intervenciones sobre lactancia para personas lactantes (39).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Multiple Births Foundation. Guidance for health professionals on feeding twins, triplets and higher order multiples [Internet]. London (UK): Multiple Births Foundation; 2011. Available from: http://www.multiplebirths.org.uk/mbf_professionals_final.pdf	<ul style="list-style-type: none">■ Guía escrita para profesionales de la salud para favorecer la lactancia materna de gemelos y bebés de parto múltiple.

Situaciones

Rechazo a la Lactancia Materna o “Huelgas de Lactancia”

Apenas hay publicaciones sobre el rechazo a la lactancia (también conocido como “huelgas de lactancia”) (214-215). Ocurre cuando el lactante se niega abruptamente a mamar; ello supone una amenaza para la exclusividad y la continuación y es causa frecuente de cese de la lactancia materna. Las huelgas de lactancia se confunden con un autodesdete, que a diferencia del rechazo se produce de forma gradual y de forma prolongada (214).

Los principales motivos de rechazo a la lactancia en bebés de seis meses incluyen:

- factores relacionados con el lactante, como obstrucción nasal, dolor, crecimiento de dientes, enfermedad y reflujo gastroesofágico;
- factores relacionados con la persona lactante, como mastitis o cambios en las pautas de lactancia materna; y
- lentitud en la transferencia de leche materna o insuficiencia de leche (215).

Los cambios en los horarios que provocan la separación de la díada lactante (como la reincorporación al trabajo o a las clases) también pueden ser un factor, ya que se pueden ver alteradas las pautas de lactancia materna y su frecuencia (215).

A continuación se incluyen algunas estrategias para restablecer la lactancia materna tras una huelga o rechazo:

- Tomar medidas para hacer que el pecho sea un lugar positivo para el bebé, por ejemplo mediante el contacto piel con piel y el baño conjunto para suscitar el instinto de lactancia materna.
- Dar apoyo a la persona lactante para que se extraiga leche del pecho, de forma manual o asistida, para mantener el suministro de leche tan pronto como comience la huelga de lactancia. Aconsejar una frecuencia diaria de extracción de la leche para imitar los patrones típicos de la lactancia materna.
- Considerar limitar el número de personas que alimentan al bebé (si procede) a una sola persona para restablecer la relación entre la díada lactante (216).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Breast refusal [Internet]. Melbourne (AU): Australian Breastfeeding Association; 2012. Available from: https://www.breastfeeding.asn.au/bf-info/breast-refusal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso para padres que describe las razones de rechazo al pecho, incluidos factores relacionados con el bebé y la persona lactante (como el suministro de leche). ■ Incluye estrategias sobre cómo poner al bebé al pecho, por ejemplo, con distintas posiciones de lactancia, amamantando al bebé cuando aún esté somnoliento y empleando masajes o música para relajarlo.
Burbidge A. Nursing strikes [Internet]. Nottingham (UK): La Leche League GB; 2017. Available from: https://www.laleche.org.uk/nursing-strikes/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Causas de las huelgas de lactancia y consejos sobre cómo resolverlas.

Situaciones de Nutrición de Emergencia

En situaciones de emergencia, se necesita un enfoque organizado y preparado por los gobiernos locales o (según proceda) por organizaciones como UNICEF para reducir al mínimo la morbilidad y la mortalidad de los lactantes y los niños pequeños (217). El apoyo a la lactancia materna es fundamental para proteger y promover la salud de bebés lactantes y niños pequeños y supone tomar medidas para mejorar su inicio, exclusividad y continuación. Algunas estrategias son el uso de relactadores u otros dispositivos de alimentación suplementaria únicamente en caso necesario, y solo cuando sea posible limpiarlos adecuadamente. Se puede encontrar más información en <http://www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017>.

Irritabilidad / Cólicos del Lactante

La irritabilidad o los cólicos del lactante es un trastorno benigno y autolimitado en el que un bebé lactante tiene episodios de llanto incontrolable. Típicamente comienza cuando el bebé tiene entre seis y ocho semanas de vida y se resuelve de forma espontánea cuando cumple tres o cuatro meses de edad (218–220). Como mínimo, el cólico puede implicar episodios de llanto que duran tres horas diarias, tres veces a la semana durante un periodo de tres semanas, pero no se ha establecido un criterio diagnóstico para los cólicos (219).

Dichos cólicos son motivo frecuente de visita a pediatría, y pueden dar lugar al cese de la lactancia materna, con la consiguiente preocupación por la insuficiencia de leche, el impacto en la ingesta de alimento y las posibles sensibilidades o alergias (219). La persona lactante puede sentirse exhausta por la interrupción del sueño y presentar síntomas de depresión posparto (218). No se conocen la etiología o causas subyacentes del cólico, pero se ha apuntado a que tiene relación con una motilidad anormal del tracto gastrointestinal por la inmadurez del intestino o por la insuficiencia de lactobacilos, que contribuyen al dolor y la flatulencia (218 - 219).

Se han estudiado y sugerido diversos tratamientos para el cólico, si bien la evidencia concluyente que sostenga su efectividad es limitada (220). Por ejemplo, se piensa que los probióticos son efectivos cuando la causa subyacente es un desequilibrio de la microflora intestinal. Los probióticos pueden ayudar a reducir el hiperperistaltismo y el crecimiento de *E. coli*, y suprimir la inflamación del intestino. También se han probado medicamentos para reducir

el malestar gastrointestinal, como la simeticona para reducir y aliviar los gases en el intestino (220). Se ha sugerido el uso de terapias físicas, como los tratamientos quiroprácticos o con masajes, pero no hay evidencia suficiente para recomendarlos (220).

En ocasiones se recomienda a la persona lactante seguir una dieta hipoalérgica para reducir los potenciales desencadenantes del cólico cuando se sospecha que el bebé podría tener una alergia alimentaria a través de la exposición a la leche materna en las tomas (219-220). Típicamente se sugiere eliminar alimentos como los lácteos, el pescado, los cacahuets, la soja, los frutos secos y el trigo. No obstante, la evidencia favorable a una dieta hipoalérgica para tratar los síntomas del cólico es limitada, y muchos estudios muestran resultados equívocos con relación a la adopción de una dieta hipoalérgica para resolver los cólicos (219). Además, las necesarias modificaciones en la dieta pueden resultar difíciles de mantener para la persona lactante debido a la cantidad de grupos de alimentos que se eliminan (219).

Si bien los tratamientos pueden no dar lugar a la mejora de los síntomas del cólico, la persona lactante debe recibir asesoramiento para continuar con la lactancia materna y se le debe transmitir confianza y reconocer el estrés y la ansiedad que pueden provocar dichos cólicos (218-220).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Toronto Public Health. Protocol #11: crying and colic in the breastfed baby [Internet]. Toronto (ON): Toronto Public Health; [date unknown]. Available from: https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2017/11/95f9-tph-breastfeeding-protocol-11-crying-colic-2013.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Protocolo para profesionales sanitarios que incluye criterios de valoración y apuntes de formación para padres.

Introducción de Alimentos Complementarios

La introducción de sólidos a los seis meses (o 26 semanas de edad) se asocia a menores pautas de lactancia materna (esto es, desde exclusiva a parcial) o un cese total de la misma (221-222). Pese a la recomendación de la OMS de ofrecer lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, hay recomendaciones de otras autoridades sanitarias de todo el mundo que apoyan la introducción de alimentos complementarios para bebés de cuatro a seis meses de edad. A pesar de estas diferencias, sí hay consenso entre las autoridades sanitarias en que la introducción de sólidos antes de las 17 semanas (o antes de los cuatro meses de edad) se asocia en gran medida con mayores riesgos de otitis media, alergias, trastornos respiratorios y gastrointestinales y obesidad (221).

No hay riesgos o contraindicaciones asociados a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses para los lactantes que viven en países en desarrollo y desarrollados. Más bien se ha demostrado que la lactancia materna exclusiva ofrece importantes resultados en salud para la díada lactante (222). Para el bebé lactante, mamar hasta los seis meses reduce el riesgo de infección y no plantea un mayor riesgo de déficits en el crecimiento; para la persona lactante, la amenorrea por lactancia (producida por la lactancia materna exclusiva) como método contraceptivo temporal puede favorecer de forma natural el espaciamiento entre embarazos (222).

Para evitar que se introduzcan (demasiado) pronto los sólidos y para promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, se incluyen a continuación algunas estrategias que pueden adoptar la persona lactante y su familia (incluida la abuela del bebé):

- Proporcionar orientación de apoyo e información coherente sobre las prácticas normales de lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del bebé.
- Dar formación a los padres sobre las pautas normales de lactancia materna en comparación con la alimentación con leche de fórmula. Puede tratarse de tomas más frecuentes, frecuencias de alimentación más irregulares, aumento de peso más lento y mayor probabilidad de tomas nocturnas. De forma similar, dar formación a los padres sobre los parámetros normales de crecimiento para un lactante que mama frente a un lactante alimentado con leche de fórmula. El aumento de peso más lento es una razón común para introducir los sólidos.
- Proporcionar tranquilidad y apoyo adicionales a las personas que amamantan con más probabilidades de introducir alimentos complementarios antes de los seis meses y más probabilidades de interrumpir o reducir la lactancia materna. Puede ser el caso de adolescentes o padres primerizos y personas con un bajo nivel socioeconómico. Los padres de bebés varones, que tienen mayor peso al nacer o que son más difíciles de calmar también tienen un mayor riesgo de introducir tempranamente alimentos complementarios.
- Dar formación a los miembros de la familia sobre la importancia de mantener el apoyo a la persona lactante durante los primeros seis meses posparto. Así se favorece la exclusividad. Reconocer las exigencias que supone el cuidado del bebé y las interrupciones del sueño en la persona lactante. Desarrollar formas de apoyo a la persona lactante para que descanse más.
- Recalcar que la “buena” crianza de la persona lactante incluye tener un bebé que regularmente podrá mostrarse irritable, llorar o tener dificultades para calmarse.
- Señalar a los padres que la introducción de alimentos sólidos puede no mejorar el sueño del bebé ni hacer que se muestre más tranquilo. En vez de ello, animar a la persona que amamanta a alimentar al bebé más a menudo para favorecer su crecimiento y desarrollo.
- Tratar con los padres los riesgos asociados a la introducción precoz de sólidos e informar de cómo la leche materna puede ser suficiente para su crecimiento (221-222).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
Best Start Resource Centre. Feeding your baby: a guide to help you introduce solid foods [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2016. Available from: https://www.beststart.org/resources/nutrition/feedingyourbaby/D12-E-FeedingYourBaby.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guía sobre cómo alimentar a un lactante desde los seis meses al año de edad mientras se le sigue amamantando.
Health Canada; Canadian Paediatric Society; Dietitians of Canada, et al. Nutrition for Healthy Term Infants: Recommendations from Six to 24 Months [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; 2015 (updated 2015 Jan 19). Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/infant-feeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months/6-24-months.html	<ul style="list-style-type: none"> ■ Principios que incluyen el reconocimiento de la lactancia como fuente de nutrición para lactantes mayores y niños pequeños, a medida que se van introduciendo alimentos complementarios. ■ Esta recomendación apoya la lactancia materna hasta los dos años o más, según lo establezca la díada lactante.

Anexo F: Factores de Riesgo de Retraso en la Etapa II de la Lactogénesis

El inicio de aumento de producción de leche materna, como se define la Etapa II de la lactogénesis, es un importante desarrollo para favorecer la lactancia materna y los beneficios asociados para la persona que amamanta y para el recién nacido. El retraso en el inicio de la Etapa II de la lactogénesis se define como el inicio que se produce más allá de los dos a ocho primeros días desde el parto. Dicho retraso tiene una alta prevalencia (entre el 23 y el 44 por ciento) en EE. UU.

Los factores de riesgo de retraso en la Etapa II de la lactogénesis son complejos (véase la **Tabla 18**). Es fundamental adoptar intervenciones efectivas, como apoyo y formación, para lograr paliar las situaciones de lactancia materna más breve y la excesiva pérdida de peso del neonato.

Tabla 18: Factores de Riesgo Perinatal en Países Desarrollados Para el Retraso en la Etapa II de la Lactogénesis

FACTORES DE RIESGO PRENATALES	FACTORES DE RIESGO INTRAPARTO	FACTORES DE RIESGO POSPARTO	FACTORES DE RIESGO DEL NEONATO
Maternidad primípara	Segunda fase del trabajo de parto prolongada	Pezones planos o invertidos	Macrosomía
Elevado IMC previo a la gestación compatible con sobrepeso u obesidad	Uso de medicación para alivio del dolor	Falta de molestias en las mamas (lo que sugiere una falta de aumento en el suministro de leche o la percepción de que la leche “no sube”)	Separación de la díada lactante para realizar pruebas clínicas o por ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales
Diabetes Mellitus tipo 1	Parto por cesárea, especialmente si se emplea anestesia general	Comportamiento de lactancia materna subóptimo en los primeros días de vida, con resultados bajos de LATCH o falta de estimulación o “vaciado” de la mama	Alimentación con leche de fórmula u otros suplementos manufacturados
Diabetes mellitus gestacional	Elevados niveles de cortisol relacionados con estrés intraparto	Menor respuesta de prolactina a la succión del lactante en personas obesas o con sobrepeso	Menor puntuación Apgar al cabo de uno y cinco minutos
Mayor edad y maternidad primípara	Parto pretérmino	Edema de mama en las primeras 48 horas Posiblemente mayor tamaño de la mama y dificultades para conseguir la posición y el agarre	Menor edad gestacional y maternidad primípara Elevados niveles de cortisol por estrés

Fuentes: Matias S, Dewey K, Quesenberry C, et al. Maternal prepregnancy obesity and insulin treatment during pregnancy are independently associated with delayed lactogenesis in women with recent gestational diabetes mellitus. *Am J Clin Nutr.* 2014;99(1):115–21; and Nommsen-Rivers L, Chantry C, Peerson J, et al. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. *Am J Clin Nutr.* 2010;92(3):574–84.

Anexo G: Importancia de la Lactancia Materna en los Resultados en Salud a Corto y Largo Plazo y Riesgos de no Amamantar

El inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia ofrecen unos resultados en salud positivos a corto y largo plazo tanto para la persona lactante como para el bebé. Para promover y favorecer la lactancia materna, estos factores indican la importancia de la misma como práctica que contribuye a reducir las morbilidades y la mortalidad. Por el contrario, la falta de lactancia materna presenta riesgos de salud para la díada lactante. Dichos daños y beneficios deben discutirse como parte de un proceso informado de toma de decisiones respecto a la alimentación del lactante.

Tabla 19: Importancia de la Lactancia Materna en los Resultados en Salud a Corto Plazo de las Personas Lactantes y Riesgos de no Amamantar

RESULTADOS EN SALUD A CORTO PLAZO Y RIESGOS DE NO AMAMANTAR	
Amenorrea por lactancia	<ul style="list-style-type: none"> ■ En comparación con la ausencia de lactancia materna, las personas que amamantaron de forma exclusiva o predominante durante más de 12 meses tenían un 23 por ciento más de probabilidades de presentar amenorrea por lactancia de forma continuada a los seis meses posparto. ■ Aquellas personas que ofrecieron lactancia parcial tuvieron un 21 por ciento más de probabilidades de amenorrea por lactancia continuada a los seis meses posparto. ■ La lactancia materna exclusiva y la duración más prolongada de la lactancia materna, en comparación con la alimentación mixta (es decir, la lactancia materna y el uso de fórmula u otros productos manufacturados para la alimentación de lactantes y niños pequeños), se asoció con un aumento en la media y la mediana de duración de la amenorrea por lactancia.
Depresión posparto	<ul style="list-style-type: none"> ■ La depresión posparto predice una menor duración de la lactancia materna. ■ A partir de la evidencia, no está claro si la lactancia materna reduce la asociación entre depresión prenatal y depresión posparto.
Cambios de peso posparto	<ul style="list-style-type: none"> ■ La mayoría de los estudios mostraron poca o ninguna asociación entre los cambios de peso tras el parto y la lactancia materna. ■ No está claro si las personas que intencionalmente desean perder peso tienen más éxito si dan el pecho que si no lo dan.

Fuentes: World Health Organization; UNICEF. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Implementation guidance. Geneva (CH): World Health Organization; 2018. Available from: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf?ua=1>; Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104 (Suppl 467):96–113; Duan X, Wang J, Jiang X. A meta-analysis of breastfeeding and osteoporotic fracture risk in females. *Osteoporos Int.* 2017;28(2):495–503; and Stuebe A. Associations among lactation, maternal carbohydrate metabolism, and cardiovascular health. *Clin Obstet Gynecol.* 2015;58(4):827–39.

Tabla 20: Importancia de la Lactancia Materna en los Resultados en Salud a Largo Plazo de las Personas Lactantes y Riesgos de no Amamantar

RESULTADOS EN SALUD A LARGO PLAZO Y RIESGOS DE NO AMAMANTAR				
Osteoporosis	<ul style="list-style-type: none"> Una revisión sistemática y un metaanálisis encontraron una relación dosis-respuesta con la lactancia materna en la que las duraciones más largas de la lactancia se asociaron positivamente con una disminución del riesgo de fracturas osteoporóticas y de cadera entre las mujeres postmenopáusicas. 			
Cáncer de mama	<ul style="list-style-type: none"> Se podrían prevenir aproximadamente veinte mil muertes por cáncer de mama con la mejora de los índices de lactancia materna 			
	Lactancia materna en algún momento versus nunca	Lactancia materna menos de seis meses versus nunca	Lactancia materna durante 6-12 meses versus nunca	Lactancia materna más de 12 meses versus nunca
	Reducción 22 por cien	Reducción del riesgo 7 por cien	Reducción del riesgo 9 por cien	Reducción 23-26 por cien
Cáncer de ovario	Reducción 30 por cien	Reducción 17 por cien	Reducción 28 por cien	Reducción 37 por cien

Fuentes: World Health Organization; UNICEF. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Implementation guidance. Geneva (CH): World Health Organization; 2018. Available from: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf?ua=1>; Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(Suppl 467):96–113; Duan X, Wang J, Jiang X. A meta-analysis of breastfeeding and osteoporotic fracture risk in females. Osteoporos Int. 2017;28(2):495–503; and Stuebe A. Associations among lactation, maternal carbohydrate metabolism, and cardiovascular health. Clin Obstet Gynecol. 2015;58(4):827–39.

* El **Anexo D** amplía la discusión sobre la lactancia materna y la diabetes gestacional y la depresión posparto.

Acta Paediatrica desarrolló un número especial coordinado por la OMS y centrado en el impacto de la lactancia materna en la salud de niños y personas lactantes. Se puede acceder libremente a los diez artículos de la revisión en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.2015.104.issue-S467/issuetoc>.

Tabla 21: Importancia de la Lactancia Materna en los Resultados en Salud a Corto y Largo Plazo para Bebés Lactantes y Niños Pequeños, y Riesgos de no Amamantar

RESULTADOS EN SALUD	RIESGO DE NO AMAMANTAR RESPECTO A LOS RESULTADOS EN SALUD
Mortalidad (todas las causas)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mayor riesgo de mortalidad en bebés lactantes y niños pequeños que no han recibido lactancia materna. ■ Los bebés lactantes hasta 11 meses que no han recibido lactancia materna tienen un riesgo 1,8 veces mayor de mortalidad en comparación con aquellos que sí han recibido algún tipo de lactancia materna. ■ Los niños pequeños hasta los dos años de edad que no han recibido lactancia materna tienen un riesgo 2 veces mayor de mortalidad en comparación con aquellos que sí han recibido algún tipo de lactancia materna.
Mortalidad (relacionada con infecciones)	<ul style="list-style-type: none"> ■ El riesgo de mortalidad relacionada con infecciones es mayor en lactantes de 0 a 5 meses de edad que no han recibido lactancia materna en comparación con aquellos que sí han recibido lactancia materna predominante o parcial. ■ En el caso de niños de 6 a 23 meses de edad, se observa el doble de riesgo de mortalidad cuando no han recibido lactancia materna, en comparación con aquellos que sí han recibido cualquier tipo de lactancia materna. ■ Los bebés lactantes que han recibido lactancia materna exclusiva presentaron el menor riesgo de mortalidad relacionada con infecciones. ■ La lactancia materna parcial ofrece una modesta protección en comparación con la ausencia de lactancia materna.
Test de inteligencia	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se ha observado una asociación positiva entre la lactancia materna y unas mayores puntuaciones en test de inteligencia. ■ También se ha sugerido que existe una relación causal entre lactancia materna y cognición.
Crecimiento infantil	<ul style="list-style-type: none"> ■ La evidencia no es concluyente respecto a los parámetros de crecimiento (medidas de peso o talla/estatura) y lactancia materna. ■ La evidencia de estudios de países de altos y bajos ingresos señala una reducción pequeña pero significativa en las medidas de IMC/peso entre quienes reciben lactancia materna.
Maloclusión o desajuste de los dientes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Existe una asociación positiva entre la mayor duración de la lactancia materna y la prevención de maloclusiones.
Caries dental	<ul style="list-style-type: none"> ■ La lactancia hasta los 12 meses puede proteger contra la caries dental. Una revisión sistemática y un metaanálisis hallaron que una mayor duración de la lactancia, hasta los 12 meses, versus una menor duración, tenía un menor riesgo de caries. Sin embargo, algunos estudios hallaron que los niños que fueron amamantados más de 12 meses tenían mayor riesgo de caries dental comparados con aquellos que fueron amamantados menos de 12 meses. Había un riesgo adicional de caries en los niños mayores de 12 meses que fueron amamantados por la noche o frecuentemente. Para los bebés y lactantes hasta los 12 meses, la evidencia indica que la lactancia materna puede proteger contra la caries dental.
Otitis media	<ul style="list-style-type: none"> ■ El riesgo de otitis media en lactantes alimentados con fórmula es el doble en comparación con lactantes alimentados exclusivamente con lactancia materna durante tres meses o más.

Fuente: Stuebe A. Associations among lactation, maternal carbohydrate metabolism, and cardiovascular health. Clin Obstet Gynecol. 2015;58(4):827–39; and Sankar M, Sinha B, Chowdhury R et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr (Oslo). 2015;104(S467):3–13.

Anexo H: Indicaciones Clínicas para el Uso de Leche de Fórmula u Otros Productos Alimenticios Infantiles Manufacturados

Indicaciones clínicas para el uso de leche de fórmula u otros productos alimenticios infantiles manufacturados

Existe un pequeño número de indicaciones clínicas para las personas que amamantan y los lactantes que pueden indicar el uso de preparados u otros productos manufacturados para la alimentación de lactantes y niños pequeños, ya sea de manera temporal o permanente. En cualquier situación en la que se deje de dar el pecho y se considere la posibilidad de utilizar leche de fórmula u otros productos manufacturados para la alimentación de lactantes y niños pequeños, los daños y beneficios deben analizarse a través de un proceso de toma de decisiones informado.

Tabla 22: Situaciones Clínicas de la Persona Lactante

Uso temporal de leche de fórmula u otros productos alimenticios infantiles manufacturados	<ul style="list-style-type: none">■ Enfermedad grave en la que la persona es incapaz de cuidar al lactante (p.ej., sepsis).■ Lesiones activas del VHS en las mamas de la persona y en la boca del bebé.■ Uso de medicamentos, como iodina radioactiva, quimioterapia citotóxica, uso frecuente o prolongado de iodóforos o iodina tópica y fármacos que causen efectos secundarios de depresión respiratoria o somnolencia (como opiáceos, antiepilépticos y psicotrópicos sedantes).
--	---

Fuente: World Health Organization. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva (CH): World Health Organization; 2009; and World Health Organization. HIV and infant feeding 2010: an updated framework for priority action. Geneva (CH): World Health Organization; 2012.

Obsérvese que el recurso de la OMS (WHO, por sus siglas en inglés) al que se hace referencia en la **Tabla 22** señala que la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) también es una afección en la que se recomienda evitar de forma permanente la lactancia materna en aquellos casos en que administrar alimentación sustitutiva sea una opción aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS). Esta información se ha omitido de la **Tabla 22**, ya que desde entonces la OMS ha actualizado sus pautas sobre VIH y alimentación infantil de acuerdo con los cambios que se han producido en las terapias antirretrovirales en términos de disponibilidad y efectividad. La infección por VIH y la lactancia materna van más allá del ámbito de esta Guía y no se tratan más en la misma, pero se puede consultar más información sobre el VIH y la alimentación del lactante en “*HIV and infant feeding 2010: an updated framework for priority action*”, disponible en inglés en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590777/en/. Para el contexto canadiense puede consultar “*Nutrition for Healthy Terms Infants: Recommendations from Birth to Six Months*” que se describe en la siguiente sección de Recursos de Apoyo.

Tabla 23: Situaciones Clínicas del Bebé Lactante

<p>Indicaciones para el uso permanente de leche de fórmula u otros productos alimenticios infantiles manufacturados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Galactosemia clásica. ■ Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce. ■ Fenilcetonuria (podría ser posible algún tipo de lactancia materna con un seguimiento cuidadoso).
<p>Indicaciones para el uso temporal de leche de fórmula u otros productos alimenticios infantiles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peso muy bajo al nacer de 1500 gramos o menos. ■ Bebés muy prematuros nacidos en o antes de las 32 semanas de gestación. ■ Riesgo de hipoglucemia por deterioro de la adaptación metabólica o aumento de la demanda de glucosa (p.ej., pequeño para la edad gestacional, prematuro, hipoxia o isquemia intraparto significativa, enfermedad del lactante, progenitor lactante con diabetes) que no responde a la lactancia materna.

Fuente: World Health Organization. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva (CH): World Health Organization; 2009..

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>World Health Organization. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva (CH): World Health Organization; 2009. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01/en/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Listado de trastornos clínicos en los bebés lactantes que pueden justificar la no administración temporal o permanente de leche materna.
<p>Health Canada; Canadian Paediatric Society; Dietitians of Canada, et al. Nutrition for Healthy Term Infants: Recommendations from Birth to Six Months [Internet]. Ottawa (ON): Government of Canada; 2015 (updated 2015 Aug 18). Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/infant-feeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months.html#a10</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recomendaciones nacionales de Canadá sobre prácticas alimenticias para bebés lactantes desde su nacimiento hasta los seis meses. ■ En relación al posparto en personas VIH positivas, incluidas aquellas que siguen terapia antirretroviral, la guía recomienda evitar la lactancia materna, ya que el virus se puede transmitir a través de la leche. La guía recomienda que la persona lactante reciba asesoramiento sobre el riesgo de transmisión del VIH durante la gestación y la lactancia para favorecer la toma de decisiones informada.

Anexo I: Estrategias para Fomentar y Apoyar la Lactancia Materna Exclusiva y Continuada como Norma Cultural

Para establecer la lactancia materna exclusiva y continuada como norma cultural, puede ser de ayuda comprender las experiencias de las personas que han amamantado de seis meses a dos años (o más). Resulta útil identificar qué estrategias son efectivas para reforzar la lactancia materna como norma cultural, como proporcionar educación sobre la lactancia materna en las escuelas primarias y secundarias e integrar las medidas de adaptación para la lactancia materna en los campus de los colegios y universidades. La comprensión de las distintas actitudes ante la lactancia materna en público puede servir de base para los esfuerzos que se hagan por abordar o cambiar los valores y las creencias actuales, indicando dónde es necesario introducir cambios y promover la lactancia materna exclusiva y continuada.

Lactancia Materna Más Allá de los Seis Meses Hasta los Dos Años o Más

Las investigaciones han identificado que las personas que amamantan a sus bebés más allá de los 12 meses comparten algunos atributos clave:

- i) Reconocen y valoran los beneficios en salud de la lactancia materna para la persona lactante (es decir, reducción del riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y de cánceres premenopáusicos, incluidos de mama y de ovario) y para el bebé lactante y el niño pequeño (es decir, protección inmunitaria y menor riesgo de diabetes mellitus tipo 2, de ciertos tipos de cáncer infantil y de obesidad).
- ii) Tienen mayores probabilidades de tener pareja o estar casadas, de tener un mayor nivel socioeconómico y de quedarse en casa y no reincorporarse al trabajo (cuando proceda) durante los primeros seis meses posparto o más. Puede tener relación o no con un permiso maternal (baja maternal/paternal).
- iii) Adoptan la filosofía de la crianza con apego, que apoya componentes como la lactancia materna basada en las señales del bebé, el colecho y el uso de portabebés.
- iv) Disfrutaban de una relación gratificante y cercana mutua con su bebé o niño pequeño (223).

La investigación señala que en la sociedad se albergan opiniones negativas ante la lactancia prologada más allá de los 12 meses, que pueden traducirse en estigma y marginación, especialmente cuando se trata de lactancia materna continuada durante mucho tiempo (223). Las experiencias de estigmatización influyen negativamente en la confianza en la lactancia materna y la decisión sobre seguir o no seguir amamantando. Además, el estigma puede crear secretismo para algunas personas que amamantan, lo que lleva a la práctica de “dar de mamar en secreto”, en la que algunos aspectos de la lactancia materna se ocultan o se niegan por miedo al juicio o a las opiniones no deseadas.

Las enfermeras desempeñan un importante papel en el apoyo a aquellas personas que amamantan hasta que sus hijos ya no son bebés, ya que con frecuencia tienen relación con las familias como parte de la práctica clínica habitual (223). Dado que las enfermeras cuentan entre sus capacidades con pensamiento crítico y saben emplear la toma de decisiones basada en la evidencia, están en una posición inmejorable para apoyar la lactancia materna más allá de la primera infancia. Para ello, las enfermeras deben tratar de comprender la experiencia de la persona lactante y lo que la lactancia continuada significa para ella, y emplear entonces este conocimiento para servir de base a sus interacciones y atención. Al aplicar este enfoque, las enfermeras pueden ser agentes del cambio para fomentar la lactancia materna continuada como norma.

Planes de Estudios Sobre Lactancia Materna en Colegios de Primaria y Secundaria

La OMS y UNICEF UK recomiendan la inclusión de intervenciones educativas en el entorno escolar para incrementar las actitudes positivas y la sensibilización sobre la lactancia materna (224). Las intervenciones educativas desarrolladas con niños y adolescentes influyen positivamente en su conocimiento de la lactancia materna (224). Los alumnos de colegios de primaria y secundaria se muestran favorables a recibir formación sobre lactancia materna (224). En concreto, se estima que es importante educar a los estudiantes de secundaria en esta materia, ya que las decisiones relativas a la alimentación del bebé a menudo se consideran en la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta (es decir, antes de su concepción). Dado que muchos estudiantes pueden no conocer la importancia de la lactancia materna o pueden no haberla visto nunca, la inclusión de formación en esta área en educación primaria y secundaria ofrece la oportunidad de informarles utilizando información precisa y basada en la evidencia (225).

Además de concienciar sobre la lactancia materna y su importancia, las intervenciones formativas en entornos escolares influyen positivamente en las actitudes e intenciones de los alumnos hacia la lactancia materna. Los estudios que analizaron el impacto de los programas sanitarios escolares respecto a las actitudes ante la lactancia materna en lugares como Brasil, Irlanda del Norte, Canadá (en Nueva Escocia y la comunidad Ojibwa) y en Estados Unidos hallaron que tenían efectos positivos en las actitudes y percepciones de los estudiantes (226). La inclusión de la formación sobre la lactancia materna en los planes de estudio fomentó su aceptación como norma cultural e influyó positivamente en las intenciones de amamantar en el futuro (226).

Lactancia Materna en la Universidad

Para favorecer la lactancia materna exclusiva y continuada en la universidad es preciso contar con apoyos (227). Los estudios sugieren que estrategias tales como la posibilidad de extraerse leche en el campus, el acceso a espacios de almacenamiento de leche y el apoyo a estudiantes y profesorado han ayudado a tomar la decisión de continuar con la lactancia (227).

La iniciativa Breastfeeding Friendly Campus Initiative (www.bfcampuses.ca) detalla una estrategia para dar apoyo a las personas lactantes que asisten a instituciones de educación superior en Ontario, Canadá. La estrategia tiene por objeto educar a las escuelas sobre su deber de dar cabida a estudiantes lactantes, concienciar a los estudiantes sobre sus derechos como personas que amamantan e informar al profesorado sobre sus obligaciones de apoyar los espacios de lactancia materna en el campus.

Actitudes Hacia la Lactancia Materna en Espacios Públicos

En la provincia de Ontario, Canadá, la lactancia materna en público está protegida como derecho humano a través del Código de Derechos Humanos de Ontario. A pesar de esta protección legal y del apoyo social a la lactancia, siguen existiendo actitudes negativas cuando se amanta abiertamente en espacios públicos, como centros comerciales o restaurantes. Puede tratarse de opiniones que perciben que la lactancia se debe desarrollar de forma discreta o limitarse a los aseos para evitar mostrar el pecho y ser respetuoso para no incomodar a los demás (228-229). Tales actitudes, con las limitaciones que imponen a la lactancia materna en público, pueden obstaculizar o actuar como barrera a la lactancia materna exclusiva y continuada e influir en la decisión de quienes amamantan sobre si continuar con la lactancia o destetar a su bebé (228).

Es necesario implantar estrategias de promoción de la lactancia materna para cambiar este tipo de actitudes y reforzar el amamantamiento como derecho humano. Para que quienes dan el pecho se encuentren a gusto con la lactancia en espacios públicos, deben gozar de autonomía e igualdad (230). Pese a que disponemos de esferas públicas abiertas y

legalmente accesibles para cualquier persona, quienes amamantan (u otras personas) pueden tener la sensación de que no tienen igual acceso a estos espacios, o que deben respetar ciertas normas sociales (como la discreción) (230). Al normalizar la lactancia materna, las personas que dan el pecho pueden alimentar a sus hijos en espacios públicos y privados y recibir un trato igualitario sin verse perjudicadas, relegadas a los aseos o sujetas a censuras y hostilidades (230). Para crear una cultura de lactancia materna normalizada, es necesario que las personas lactantes tengan derecho a tomar decisiones de forma autónoma con respecto a dónde amamantan y a su visibilidad en los espacios públicos (230).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
LACTANCIA MATERNA MÁS ALLÁ DE LOS SEIS MESES HASTA LOS DOS AÑOS O MÁS	
Tedder J. The roadmap to breastfeeding success: teaching child development to extend breastfeeding duration. <i>J Perinat Educ.</i> 2015;24(4):239-248. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4718010/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proyecto clínico basado en la evidencia que fomenta la lactancia materna hasta un año, o más, e integra la teoría sobre el desarrollo en la infancia.
LACTANCIA MATERNA COMO NORMA CULTURAL	
Breastfeeding Committee for Canada [Internet]. [place unknown]: Breastfeeding Committee for Canada; c2014. Available from: http://www.breastfeedingcanada.ca/Default_en.aspx	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web desarrollado por el Comité por la lactancia materna de Canadá (BCC). ■ El proyecto de este Comité es establecer la lactancia materna como norma cultural de alimentación infantil en Canadá.
PLANES DE ESTUDIOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN INSTITUTOS	
OPHA Breastfeeding Promotion Workgroup. Breastfeeding information and activity kit for secondary school teachers [Internet]. Toronto (ON): Ontario Public Health Association; 2009. Available from: http://www.opha.on.ca/getmedia/5725dc8f-bc93-47da-8d61-6c23561e4e41/BF_Info-ActivityKit-May2009.pdf.aspx?ext=.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conjunto de herramientas para educadores para promover la lactancia materna entre los estudiantes de secundaria. ■ Incluye actividades, experiencias de aprendizaje estructuradas y recursos sobre lactancia materna.
APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN ENTORNO COMUNITARIOS	
Public Health Agency of Canada. Protecting, promoting and supporting breastfeeding. A practical workbook for community-based programs. 2nd ed. [Internet]. Ottawa (ON): Public Health Agency of Canada; 2014. Available from: https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/education-practice-resources/BreastfeedingPHACworkbook.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manual de trabajo que ayuda a las comunidades a identificar estrategias con las que promover, proteger y apoyar la lactancia materna en un contexto de salud poblacional, y que promueve la implicación de la comunidad y el avance hacia una sociedad respetuosa con la lactancia materna.

APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN ENTORNO COMUNITARIOS

Breastfeeding Committee of the Wisconsin Partnership for Activity and Nutrition. Ten steps to breastfeeding friendly child care centers resource kit [Internet]. Madison (WI): Wisconsin Department of Health Services; 2016. Available from: <https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p0/p00022.pdf>

- Conjunto de herramientas para promover la lactancia materna en centros de atención infantil creando un entorno culturalmente apropiado y favorable a la lactancia materna con medidas como: a) mostrar imágenes de familias lactantes con diversidad étnica y racial; b) usar materiales educativos sobre lactancia materna que sean culturalmente diversos.

EXPERIENCIAS DE LACTANCIA MATERNA EN PÚBLICO

Toronto. Breastfeeding in public [Internet]. Toronto (ON): City of Toronto; 2018. Available from: <https://www.toronto.ca/community-people/children-parenting/pregnancy-and-parenting/breastfeeding/breastfeeding-in-public/>

- Recurso centrado en la lactancia materna en público como derecho humano.
- Incluye estrategias que puede adoptar una persona si se le pide que deje de amamantar a su bebé en público.

From Bump to Breastfeeding: Feeding Out and About [Video]. United Kingdom: Best Beginnings; 2008. Available from: <https://www.bestbeginnings.org.uk/feeding-out-and-about/3d272399-9120-4d5f-b619-aae5193bfe93>

- Extracto de la serie de vídeos Bump to Breastfeeding, centrada en distintas experiencias de lactancia materna en público.

Ten square metres of love [Video]. [place unknown]: UNICEF; 2015. Available from: https://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html

- Campaña de promoción de la lactancia materna que aboga por dar de mamar en público, incluidos aquellos espacios designados para amamantar.

Anexo J: Recursos Generales Sobre Lactancia Materna

El cuadro que se incluye a continuación no constituye un listado exhaustivo de recursos, sino más bien una selección de los identificados a partir de la revisión sistemática, las guías valoradas con el instrumento AGREE II y la información del panel de expertos o de partes de interés externas. La inclusión de un recurso en esta lista no implica que cuente con el apoyo de la RNAO.

Los enlaces a páginas web externas a la RNAO se proporcionan solo a título informativo. RNAO no se hace responsable de la calidad, exactitud, fiabilidad o actualización de la información proporcionada en dichas fuentes. Además, RNAO no ha determinado si estas fuentes han sido evaluadas. Cualquier consulta relacionada con estas fuentes debe ser dirigida directamente a ellas.

PROMOTORES DE LA LACTANCIA MATERNA EN CANADÁ Y EN EL MUNDO	
Breastfeeding Committee for Canada [Internet]. [place unknown]: Breastfeeding Committee for Canada; 2014. Available from: http://www.breastfeedingcanada.ca/	<ul style="list-style-type: none"> ■ El Comité por la lactancia materna de Canadá (BCC) es una iniciativa de Health Canadá [el Ministerio de Sanidad del país]. Sus miembros van desde organizaciones profesionales y de consumidores hasta expertos en lactancia individuales. ■ El BCC tiene por objeto establecer la lactancia materna como norma cultural de alimentación infantil en Canadá.
Baby-Friendly Initiative Ontario [Internet]. [place unknown]: BFI Ontario; 2018. Available from: http://www.bfiontario.ca	<ul style="list-style-type: none"> ■ Autoridad provincial del Comité por la lactancia materna de Canadá. Su misión es proteger, promover y apoyar la lactancia materna en la provincia de Ontario, Canadá, por medio de la adopción, implantación y mantenimiento de los estándares de práctica IHAN.
BFI Strategy for Ontario [Internet]. Toronto (ON): Michael Garron Hospital; 2012. Available from: http://www.tegh.on.ca/bins/content_page.asp?cid=3-22-6657&lang=1	<ul style="list-style-type: none"> ■ La Estrategia IHAN para Ontario ofrece a hospitales y organizaciones sanitarias comunitarias diversos recursos y herramientas de formación, orientación y formación para la designación como IHAN.
Breastfeeding Resources Ontario [Internet]. [place unknown]: BFI Strategy for Ontario; [date unknown]. Available from: http://breastfeedingresourcesontario.ca/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recursos en línea con IHAN, de alta calidad y basados en la evidencia, para facilitar la transmisión de conocimiento y el intercambio de recursos de buenas prácticas.
Health topics. Breastfeeding [Internet]. [place unknown]: World Health Organization; 2018. Available from: http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web que incluye enlaces a temas relacionados con la lactancia materna, como información general, publicaciones, información sobre la iniciativa IHAN y estadísticas.

PROMOTORES DE LA LACTANCIA MATERNA EN CANADÁ Y EN EL MUNDO

UNICEF United Kingdom The Baby-Friendly Initiative [Internet]. [place unknown]: UNICEF; 2018. Available from: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/>

- Sitio web que incluye numerosos recursos IHAN, información sobre el contacto piel con piel, sobre lactancia materna basada en las señales del bebé y otros temas relacionados con la lactancia materna.

RECURSOS PARA MIEMBROS DEL EQUIPO INTERPROFESIONAL

Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice (American College of Obstetrics and Gynecology, 2016). <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Optimizing-Support-for-Breastfeeding-as-Part-of-Obstetric-Practice>

- Documento de opinión de la Comisión de ACOG en el que se destaca la situación privilegiada de que gozan obstetras y ginecólogos para fomentar la lactancia materna.

Physician Breastfeeding Reference Manual & Quick Reference Guide, Baby-Friendly Newfoundland & Labrador (2016). <http://breastfeedingresourcesontario.ca/resource/physician-breastfeeding-reference-manual-quick-reference-guide>

- Recurso en dos partes sobre lactancia materna que incluye una Guía de referencia rápida y un detallado Manual de referencia.
- Se ha diseñado para ayudar a los profesionales sanitarios de atención primaria a promover la lactancia materna basándose en la evidencia.

OTROS RECURSOS

Pre-conception health (Best Start Resource Centre, 2017). <http://www.healthbeforepregnancy.ca/breastfeeding/>

- Recurso centrado en la salud previa a la concepción, y que incluye formación para padres y sobre lactancia materna.

Prenatal Education Program (Best Start Resource Centre, 2017). <http://en.beststart.org/resources-and-research/prenatal-education-program>

- Recurso prenatal que reseña los conceptos básicos sobre lactancia materna.

Bilingual Online Ontario Breastfeeding Services <http://ontariobreastfeeds.ca/>

- Directorio de servicios en línea sobre lactancia materna dirigido a Ontario (Canadá) y que señala los que se ofrecen en inglés y en francés.

Anexo K: Descripción de la Herramienta

Las guías de buenas prácticas sólo pueden aplicarse con éxito si la planificación, los recursos, los apoyos institucionales y administrativos son los adecuados y se cuentan con los medios precisos. Con el fin de promover la implantación exitosa, un panel de expertos de RNAO, investigadores y gestores han desarrollado la *Herramienta de implantación de guías de buenas prácticas* (2012). Esta *Herramienta* se basa en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos su uso de cara a la implantación de cualquier guía de práctica clínica en una institución de salud.

La *Herramienta* proporciona unas directrices paso a paso para las personas y los grupos encargados de planificar, coordinar y facilitar la implantación de la guía. Estos pasos reflejan un proceso que es dinámico e iterativo en lugar de lineal. Por lo tanto, en cada fase es fundamental preparar las siguientes y reflexionar sobre las anteriores. En concreto, la *Herramienta* se ocupa de los siguientes pasos clave, como se ilustra en el marco “Del conocimiento a la acción” (87):

1. Identificar el problema: identificar, revisar, seleccionar el conocimiento ([p.ej.](#), Guía de buenas prácticas).
2. Adaptar el conocimiento al contexto local:
 - Evaluar las barreras y facilitadores para el uso del conocimiento
 - Identificar recursos.
3. Seleccionar, adaptar e implantar las intervenciones.
4. Monitorizar el uso del conocimiento.
5. Evaluar los resultados.
6. Mantener el uso del conocimiento.

La implantación de las guías en la práctica para lograr cambios satisfactorios en la práctica y un impacto clínico positivo es una tarea compleja. La *Herramienta* constituye un recurso fundamental para gestionar este proceso. Se puede descargar en: www.RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition (o en español en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/resources/herramienta-de-implantacion-de-las-guias-de-practica-clinica>).

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Guía de Buenas Prácticas Clínicas

Este proyecto está financiado por el
Ministerio de Sanidad y Cuidados de Larga Duración de Ontario

ISBN 978-1-926944-76-0



9 781926 944760



Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario