

Protocolo clínico de la ABM n.º 14: Consultorio médico a favor de la lactancia: Optimización de la atención de bebés y niños, revisado en 2013

Amy E. Grawey,¹ Kathleen A. Marinelli,² Alison V. Holmes,³
y la Academia de Medicina de Lactancia Materna

Un objetivo central de la Academia de Medicina de Lactancia Materna es la elaboración de protocolos clínicos para manejar problemas médicos comunes que podrían afectar el éxito de la lactancia materna. Estos protocolos sirven tan solo como pautas para la atención de madres que amamantan y de los bebés, y no delinean un curso de tratamiento exclusivo ni ofrecen estándares de atención médica. Tal vez sean adecuadas algunas variaciones en el tratamiento según las necesidades de cada paciente en particular.

Definiciones

Consultorio médico a favor de la lactancia

UN CONSULTORIO MÉDICO que promueva y respalde con entusiasmo la lactancia mediante la combinación de un entorno clínico propicio y la educación de los profesionales sanitarios, el personal del consultorio y las familias. (A efectos de este documento, el término “médico” hace referencia a toda persona que sea proveedora de la atención médica primaria para la díada participante en la lactancia, tanto para la madre antes del parto como para la díada después del parto. En distintos países y culturas, podría tratarse de un médico, una partera u otro profesional sanitario. Todos deben esforzarse por ofrecer una “Clínica a favor de la lactancia” donde cuidar a estas familias.)

Sustitutos de la leche materna

Fórmula para bebés, agua glucosada u otros líquidos administrados en vez de leche materna.

Antecedentes

La intención prenatal de una madre de amamantar recibe una gran influencia de la opinión y el apoyo de los profesionales sanitarios con los que se encuentre¹⁻⁵. El apoyo constante a los padres mediante visitas personales y contactos telefónicos con los profesionales sanitarios suele resultar en una mayor duración de la lactancia⁶⁻¹². Los profesionales sanitarios que interactúan con madres y bebés se encuentran en la posición única de colaborar con el apoyo inicial y constante de la díada lactante^{3-5,11-15}. Las clínicas que cuentan con un profesional sanitario capacitado en lactancia tienen índices significativamente más altos de inicio y mantenimiento de la lactancia, con madres que

experimentan menos problemas relacionados con la lactancia¹⁶⁻²⁰. La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (*Baby-Friendly Hospital Initiative*) de la Organización Mundial de la Salud describe Diez pasos para una lactancia exitosa^{21,22}. Estos Diez pasos se basan en evidencia científica y en la experiencia de autoridades respetadas. La base científica de muchas de estas recomendaciones también se puede extender a las clínicas ambulatorias que atienden a bebés y niños pequeños^{14,16,17}. Incluso el inicio de cambios incrementales para mejorar el apoyo de la lactancia es valioso, porque hay una relación “dosis-respuesta” entre la cantidad de pasos logrados y los resultados de la lactancia²³.

Recomendaciones

La calidad de la evidencia (niveles de evidencia I, II-1, II-2, II-3 y III) para cada recomendación, según lo definido en las pautas del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. en cuanto a “Calidad de la evidencia”²⁴, se incluye entre paréntesis.

1. Establecer una política de clínica por escrito a favor de la lactancia^{16,17,21}. Colaborar con colegas y el personal de la clínica durante su desarrollo. Informar a todo el personal nuevo acerca de la política. Proporcionar copias de la política de su clínica a hospitales, médicos y todos los profesionales sanitarios que lo cubran en su clínica. (III)
2. Ofrecer atención competente desde el punto de vista étnico y cultural²⁵. Entender que las familias pueden seguir prácticas culturales respecto al descarte del calostro, la dieta materna durante la lactancia y la introducción temprana de alimentos sólidos. Proporcionar acceso a un personal multilingüe, intérpretes médicos y material educativo étnicamente diverso según sea necesario en su clínica. (III)

¹ Little Flower Family Medicine, O’Fallon, Missouri.

² Division of Neonatology, Connecticut Children’s Medical Center, Hartford, Connecticut; Department of Pediatrics, University of Connecticut School of Medicine, Farmington, Connecticut.

³ Department of Pediatrics, The Geisel School of Medicine at Dartmouth, New Hampshire.

3. Si ofrece cuidado antenatal a la madre, plantéele el tema de la alimentación del bebé durante el primer trimestre y siga manifestando su apoyo a la lactancia durante el transcurso del embarazo. Si es usted un médico que brinda atención posnatal al bebé, puede ofrecer la posibilidad de una visita prenatal para conocer mejor a la familia, durante la cual puede demostrar su compromiso con la lactancia^{2,7,8}. Use preguntas abiertas, como por ejemplo “¿Qué ha escuchado acerca de la lactancia?”, para consultar acerca de un plan de alimentación para este niño. Ofrezca material educativo que resalte las muchas maneras en las que la lactancia es superior a la alimentación con fórmula. Fomente la asistencia de ambos padres a las clases de lactancia prenatales. Dirija la educación y el material educativo a todos los miembros de la familia involucrados en el cuidado del bebé (padre, abuelos, etc.)^{1,13,26}. El padre del bebé es de particular importancia para el apoyo a la madre²⁶. Identifique a las pacientes con factores de riesgo para la lactancia (como p. ej. pezones chatos o invertidos, antecedentes de cirugía mamaria, ausencia de aumento en el tamaño de los senos durante el embarazo, experiencia negativa de lactancia previa) para hacer posible una atención de lactancia individual para su situación particular. (I, II-1, II-2, II-3, III)
4. La interacción del médico con la díada lactante en el período inmediatamente posterior al parto depende del sistema de atención médica y de los sistemas de seguros en su país. Por ejemplo, si usted está en un sistema en el que puede ver a los bebés mientras están en el hospital, puede colaborar con los hospitales locales y los profesionales de atención de maternidad en su comunidad^{16,23,25}, proporcionándoles las políticas de su clínica sobre el inicio de la lactancia dentro de la primera hora posterior al parto en salas de parto y en unidades de recién nacidos. Deje órdenes en el hospital o en la maternidad de no administrar fórmula, agua esterilizada ni agua glucosada a un bebé lactante sin indicaciones médicas específicas y de no entregar a las madres bolsas comerciales de obsequio al momento del alta que contengan fórmula, cupones para fórmula o biberones^{27,28}. Demuestre su apoyo a la lactancia durante las rondas en el hospital. Ayude a las madres a iniciar la lactancia y a continuarla. Aconseje a las madres a seguir los estados de alerta de sus bebés ya que se relacionan con las pistas que indican que tienen hambre y que están satisfechos, y asegúrese de que los bebés se amamenten de ocho a 12 veces durante 24 horas²⁹. Fomente el alojamiento conjunto y la lactancia a demanda. Si se encuentra en un sistema en el que los miembros del personal del hospital son responsables de la atención de los recién nacidos dentro del hospital y no reciben órdenes de médicos externos, no podrá ver a los bebés ni ofrecer su apoyo a las madres hasta después del alta (ver el punto 6 a continuación). No obstante, en muchos países, los hospitales habrán recibido capacitación de Hospital Amigo del Niño, donde las madres deben recibir un buen apoyo durante su internación.
5. Anime a las madres que amamantan a alimentar a los recién nacidos solo con leche materna y a evitar ofrecerles fórmula complementaria, agua glucosada u otros líquidos, salvo que un médico lo indique^{25,30}. Recomiende a la madre no ofrecer un biberón ni un chupón/chupete hasta que la lactancia esté bien implementada^{31,32}. (I, III)
6. En muchas áreas del mundo, la primera consulta de seguimiento será llevada a cabo por parte de trabajadores sanitarios no médicos³³. En la mayoría de los países europeos, las parteras cuidan a la madre y al bebé durante los días y semanas posteriores al alta hospitalaria. En Alemania, por ejemplo, cada madre y

cada bebé tienen derecho a una partera (por lo general durante hasta 8 semanas de visitas diarias), cuyo costo está cubierto por el seguro. Las madres se comunican con su pediatra dentro de las primeras 3 semanas posteriores al parto para la primera consulta de revisión del bebé, que está cubierta por el seguro. En este sistema, esta es la primera oportunidad que tiene el pediatra de apoyar la lactancia. En otros países, como Australia y Nueva Zelanda, la atención médica de rutina de los bebés la realizan médicos generales (médicos de familia), y puede que los bebés nunca visiten a un pediatra. En países como Estados Unidos, donde la atención posparto de la madre y del bebé la realizan médicos o ayudantes médicos (p. ej. asistentes médicos o enfermeras médicas), se programa una primera consulta de seguimiento del bebé de 48 a 72 horas después del alta hospitalaria, o antes si hubiera problemas relacionados con la lactancia tales como pérdida de peso excesiva (>7%) o ictericia en el momento del alta hospitalaria^{25,30,34}. (En culturas o situaciones médicas en las que la díada permanece en el hospital por un tiempo suficiente para que el bebé aumente de peso y se afirme la confianza de los padres antes del alta, el seguimiento puede postergarse hasta una o dos semanas después del nacimiento, si fuera adecuado. Por ejemplo, en Japón la díada suele permanecer en el hospital de 5 a 6 días después del nacimiento. La Sociedad Pediátrica Japonesa recomienda que la primera visita al pediatra tenga lugar 1 semana después del alta, cuando el bebé tiene alrededor de 2 semanas de edad.) Asegúrese de tener acceso a un asesor o educador en lactancia u otro profesional sanitario capacitado para abordar preguntas o inquietudes sobre lactancia durante esta visita. Informe a la madre que se observará la alimentación durante la visita, para que pueda hacer saber al personal si el bebé está listo para amamantar mientras está esperando. Ofrezca asientos cómodos, privacidad y almohadones para amamantar según sea necesario para la díada lactante, para facilitar una evaluación adecuada.

Comience por formular a los padres preguntas abiertas, tales como “¿Cómo está funcionando la lactancia?” y luego concéntrese en sus inquietudes. Tómese el tiempo para abordar las muchas preguntas que posiblemente tenga una madre. Evalúe la forma en que se prende el bebé al pecho y la transferencia adecuada de leche en la consulta de seguimiento temprano. Identifique los factores de riesgo de la lactancia y evalúe el peso, la hidratación, la ictericia, la actividad de alimentación y la producción de heces y orina del bebé. Ofrezca ayuda médica a las mujeres con pezones lastimados u otros problemas de salud materna que pudieran afectar la lactancia. Realice un seguimiento atento hasta que los padres se sientan confiados y el bebé esté evolucionando bien, con un aumento de peso adecuado según los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud.³⁵ (III)

7. Asegúrese de tener disponibles los recursos educativos adecuados para los padres. De conformidad con el Código internacional de comercialización de sustitutos de la leche materna de la Organización Mundial de la Salud³⁶, el material educativo no puede ser comercial ni debe hacer publicidad de sustitutos de la leche materna, biberones, pezones o tetinas²⁸. Los recursos educativos pueden tener formato de folletos, imágenes, libros y DVD. Los temas recomendados para el material educativo pueden incluir



FIG. 1. Gráfico a favor de la lactancia en el consultorio del médico de familia en Estados Unidos. Impreso con la autorización de Tim Tobolic, MD, FABM.

patrones de crecimiento, patrones de alimentación y sueño de los bebés lactantes, manejo de los brotes de crecimiento, reconocimiento de pistas de hambre y satisfacción, posicionamiento y prendida, manejo de pezones lastimados, mastitis, bajo suministro, conductos bloqueados, congestión mamaria, reflujo, patrones normales de producción de heces y orina, mantenimiento de la lactancia cuando la madre está separada del bebé (por ejemplo durante una enfermedad, prematuridad o reintegro al trabajo), lactancia en público, uso de medicamentos por parte de la madre y enfermedad de la madre durante la lactancia. (I)

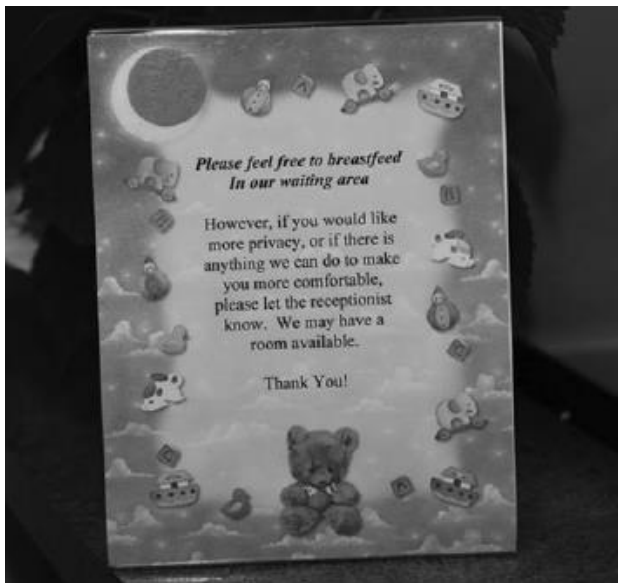


FIG. 2. Gráfico a favor de la lactancia en el consultorio del médico de familia en Estados Unidos. Impreso con la autorización de Tim Tobolic, MD, FABM.

8. Permita y fomente la lactancia en la sala de espera. Exhiba carteles en la sala de espera que fomenten la lactancia entre las madres (Fig. 1 y 2). Ofrezca un área privada y cómoda para amamantar a las madres que prefieran privacidad^{2,10,14,17}. No interrumpa ni desaliente la lactancia en el consultorio. (II-2, II-3)
9. Asegure un entorno de consultorio que demuestre la promoción y el apoyo de la lactancia. Elimine la práctica de distribución de fórmula gratuita y artículos para bebé entre los padres de parte de empresas productoras de fórmula. De conformidad con el Código de la Organización Mundial de la Salud,³⁶ guarde los suministros de fórmula fuera de la vista de los padres. Exhiba en el consultorio afiches no comerciales, folletos, imágenes y fotografías de madres amamantando^{1,14,17}. No exhiba imágenes de bebés tomando biberón. No acepte obsequios (incluyendo libretas, bolígrafos o calendarios) ni muestras personales de empresas fabricantes de fórmula para bebés, biberones o chupetes/chupones³⁶. Enfóquese específicamente en el material educativo para poblaciones con bajos índices de lactancia en su clínica. (II-2, II-3)
10. Desarrolle y haga el seguimiento de protocolos de clasificación telefónicos para abordar inquietudes y problemas sobre lactancia^{10,12,37}. Realice llamadas telefónicas de seguimiento para ayudar a las madres que amamantan. Ofrezca recursos de fácil acceso a las enfermeras de clasificación de urgencias, como libros y protocolos. (Ver la Tabla 1.) (I)
11. Elogie a las madres que amamantan durante cada consulta por elegir la lactancia y seguir haciéndolo. Ofrezca orientación anticipada sobre la lactancia, distribuya folletos educativos y hable sobre los objetivos de lactancia en las consultas periódicas de mantenimiento de salud de rutina. Aliente a los padres de los bebés y a las demás personas que cuiden del bebé a acompañar a la madre y al bebé a las consultas^{3-5,11,26}. (I, II-1, II-2, II-3)
12. Aliente a las madres a mantener una lactancia exclusiva durante 6 meses y a continuar la lactancia con los alimentos complementarios al menos durante 24 meses y, en adelante, según ella y su hijo lo deseen. Hable sobre la introducción de alimentos sólidos a los 6 meses de edad, haciendo énfasis en la necesidad de sólidos con alto contenido de hierro y recomiende vitaminas complementarias (por ejemplo vitamina D, K o A) de conformidad con los estándares publicados²⁵, que podrían variar dependiendo de las recomendaciones de la sociedad médica del país de práctica. (III)
13. Dé el ejemplo a sus pacientes y a la comunidad. Tenga una política sobre lactancia escrita para empleados y ofrezca una sala de lactancia con suministros para sus empleadas que amamanten o se ordeñen en el trabajo^{16,38,39}. (II-2, III) En el caso de países con licencias por maternidad pagas extensas (por ejemplo 12 meses en Alemania), esto podría no ser tan relevante como en países con licencia por maternidad paga breve o inexistente.
14. Adquiera o mantenga una lista de recursos comunitarios (por ejemplo lugares de alquiler de bombas para ordeñar) y conozca los procedimientos de transferencia. Transfiera a los padres que esperan a su hijo y a los nuevos padres a grupos de iguales, apoyo comunitario y recursos. Identifique a especialistas en lactancia locales, conozca sus antecedentes y su capacitación y desarrolle relaciones laborales para obtener asistencia adicional. Respalde a los grupos locales de apoyo a la lactancia^{6,19,33,40,41}. (I, II-3, III)
15. Respalde y defienda las políticas de salud que incorporen los costos de la atención de la lactancia en los servicios de salud de rutina en los países donde no lo estén. Estos costos incluyen también consultas y equipos que pudieran ser necesarios para situaciones clínicas particulares.

TABLA 1. EJEMPLOS DE RECURSOS DE CLASIFICACIÓN TELEFÓNICA

<i>Organización</i>	<i>Audiencia</i>	<i>Sitio web</i>
Organización Mundial de la Salud	Profesionales sanitarios	www.emro.who.int/health-topics/breastfeeding (acceso: 9 de febrero de 2013)
Academia de Medicina de Lactancia Materna	Profesionales sanitarios	www.bfmed.org/Resources/protocols.aspx (acceso: 9 de febrero de 2013)
Academia Americana de Pediatría, sección sobre Lactancia Materna	Profesionales sanitarios y familias	www2.aap.org/breastfeeding/ (acceso: 9 de febrero de 2013)
Asociación Internacional de Asesores de Lactancia	Asesores de lactancia y profesionales sanitarios	www.ILCA.org (acceso: 9 de febrero de 2013)
La Leche League International Academia Americana de Pediatría	Información general	www.llli.org (acceso: 9 de febrero de 2013)
Asociación Australiana de Lactancia Materna e-lactancia	Profesionales sanitarios Profesionales sanitarios	Bunik, ³⁷ “Breastfeeding Telephone Triage and Advice” https://www.breastfeeding.asn.au/ (acceso: 9 de febrero de 2013)
Toxnet, Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.	Profesionales sanitarios	http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT (acceso: 9 de febrero de 2013)

16. Exija el cumplimiento, donde existan, de las leyes para el lugar de trabajo que respalden la lactancia materna. Donde no existan leyes, aliente a los empleadores y a los proveedores de cuidados de guardería a apoyar la lactancia materna^{38,39}. Hay sitios web disponibles para proporcionar material que ayude a motivar y guiar a los empleadores en la prestación de apoyo a la lactancia en el lugar de trabajo³⁸. (II-2, III)
17. Todos los médicos clínicos deben recibir educación sobre lactancia materna, comenzando en los años previos a la clínica^{13,42-46}. Las áreas de educación sugeridas incluyen los riesgos de la alimentación artificial, la fisiología de la lactancia, el manejo de los problemas de lactancia comunes y las contraindicaciones médicas de la lactancia. Tenga a disposición recursos educativos para que los profesionales sanitarios de su clínica puedan hacer consultas rápidas (libros, protocolos, enlaces web, etc. [Tabla 1]). La educación y capacitación del personal deben ofrecerse a todos, incluido el personal de recepción, enfermeras y asistentes médicos. Identifique a una o más personas dedicadas a los recursos sobre lactancia entre el personal. En países donde el modelo de práctica lo permita, tenga en cuenta contratar a un asesor en lactancia o a una enfermera capacitada en lactancia. Si esto no fuera posible, forme redes con otros profesionales y participe en redes perinatales locales, según estén disponibles y corresponda a su ubicación^{6,19,33}. (I, II-2, II-3)
18. Ofrezcense como voluntario para permitir la rotación de estudiantes de medicina y médicos residentes en su clínica. Participe en la educación médica de los estudiantes de medicina y de los médicos residentes. Fomente la implementación de programas de capacitación formal sobre lactancia para profesionales sanitarios actuales y futuros⁴²⁻⁴⁶. (II-2, II-3)
19. Haga un seguimiento de los índices de inicio y duración de la lactancia materna en su práctica y entérese de los índices de lactancia en su comunidad.

Obstáculos para la prestación de atención de lactancia

La implementación de un consultorio a favor de la lactancia podría implicar ciertos desafíos. En Estados Unidos y otros países, los servicios de atención primaria han recibido, tradicionalmente, reembolsos principalmente basados en la cantidad de pacientes

atendidas en vez de en la calidad de la atención prestada⁴⁷.

El manejo de la lactancia y el asesoramiento suelen ser un trabajo intensivo. En sistemas en los que las finanzas del consultorio dependan de la cantidad de pacientes atendidas, sin la seguridad de que la clínica perciba un reembolso por el tiempo invertido en la atención de la diada lactante, el proveedor se enfrentará a una presión significativa para pasar por alto o abreviar esa atención. Aún si el reembolso no fuera el problema, las restricciones de tiempo de la programación de citas de tantas pacientes como sea posible durante el día tiende a impedir las intervenciones de trabajo intensivo. Los problemas de lactancia complicados a menudo requerirán de una atención inmediata y podrían resultar en la interrupción del flujo eficiente de pacientes; las pacientes con citas previamente programadas quedarán esperando durante demasiado tiempo.

Si bien el médico podría tener un miembro del personal para ayudar a las diadas que tengan problemas de lactancia, el tiempo invertido por un especialista en lactancia no proveedor en Estados Unidos suele reembolsarse de manera escasa, si es que se reembolsa. La transferencia a otros servicios de apoyo de la lactancia probablemente sean un gasto adicional que requerirá de pago por parte de la familia.

Estos obstáculos, si bien son desalentadores, no son imposibles de superar. Por ejemplo, la defensoría en Estados Unidos ha conducido a firmes recomendaciones de salud pública y a una legislación reciente que exige la cobertura de seguro de los servicios para lactancia; la implementación se encuentra en sus primeras etapas^{46,47}. La cobertura de seguro para servicios de asesoría en lactancia podría mejorar mucho la atención de la lactancia en muchos niveles. Debido al carácter único y a la complejidad del sistema de atención médica de los EE. UU., se incluyen en el Anexo algunas sugerencias específicas para las actuales políticas financieras y de atención en EE. UU.

Recomendaciones para investigaciones futuras

1. Un estudio grande, realizado en varios centros, prospectivo y de asignación aleatoria debe evaluar la utilización de rutina de un Consultor en lactancia certificado por la Junta Internacional (*International Board Certified Lactation Consultant*, IBCLC) en comparación con la no utilización en el entorno ambulatorio. El grupo de control deberá contar con el “apoyo habitual a la lactancia”. Los

resultados evaluados deben incluir la duración de la lactancia exclusiva y la duración de la alimentación sin fórmula después de la introducción de alimentos complementarios, siguiendo de manera ideal los índices de lactancia materna hasta por lo menos el año de edad.

Un estudio retrospectivo de esta intervención en un único centro exhibió una mejoría en la alimentación sin fórmula⁶, pero un ensayo en varios centros evaluará la eficacia en otros entornos. Como muchos médicos fuera de Estados Unidos también han obtenido la designación de IBCLC, este estudio podría no resultar útil en estos entornos.

2. Un ensayo grande en varios centros debe evaluar la eficacia de que las madres fijen objetivos de lactancia. Un estudio piloto muy pequeño mostró que una intervención que incluyó folletos educativos y objetivos de lactancia fijados por las madres aumentó la duración y la exclusividad de la lactancia¹⁵. Un estudio más grande podría aprovechar la intervención en cada consulta prenatal y de control de rutina del bebé hasta el año de edad, incluso si la atención prenatal y la atención de rutina del bebé tuvieran lugar en centros diferentes (p. ej., un consultorio obstétrico y un consultorio pediátrico). La intervención podría ser evaluada en distintas poblaciones, con una mayor diversidad étnica y socioeconómica e incluyendo específicamente a poblaciones de alto riesgo. Si esta intervención demostrara ser eficaz entre poblaciones variadas, las encuestas y los folletos podrían usarse para desarrollar una herramienta estándar que pudiera reproducirse y distribuirse con facilidad, similar a las utilizadas para evaluar los hitos del desarrollo.
3. Un ensayo grande, realizado previa- y posteriormente a la intervención, podría evaluar el impacto de la educación médica continuada respecto a la lactancia en médicos practicantes. Los resultados evaluados deben incluir índices de inicio y exclusividad de la lactancia y de alimentación sin fórmula después de la introducción de alimentos complementarios.
4. Se necesitan más estudios acerca de la relación entre costo y eficacia de las medidas relacionadas con la conversión de una clínica ambulatoria en un entorno a favor de la lactancia.

Agradecimientos

Este trabajo contó con la financiación parcial de un subsidio de la Oficina de Salud Materno-Infantil del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Referencias

1. Bentley M, Caulfield L, Gross S, et al. Sources of influence on intention to breastfeed among African-American women at entry to WIC. *J Hum Lact* 1999;15:27–34.
2. Lu M. Provider encouragement of breastfeeding: Evidence from a national survey. *Obstet Gynecol* 2001;97:290–295.
3. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, et al. Clinical support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003;112:108–115.
4. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113:e283–e290.
5. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004;113:e405–e411.
6. Witt AM, Smith S, Mason MJ, Flocke SA. Integrating routine lactation consultant support into a pediatric practice. *Breastfeed Med* 2012;7:38–42.
7. Szucs KA, Miracle DJ, Rosenman MB. Breastfeeding knowledge, attitudes, and practices among providers in a medical home. *Breastfeed Med* 2009;4:31–42.
8. de Oliveira M, Camacho L, Tedstone A. A method for the evaluation of primary health care units' practice in the promotion, protection, and support of breastfeeding: Results from the State of Rio de Janeiro, Brazil. *J Hum Lact* 2003;19:365–373.
9. Chung M, Raman G, Trikalinos T, et al. Interventions in primary care to promote breastfeeding: An evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;149:565–582.
10. Bunik M, Shobe P, O'Connor ME, et al. Are 2 weeks of daily breastfeeding support insufficient to overcome the influences of formula? *Acad Pediatr* 2010;10:21–28.
11. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD001141.
12. Pugh LC, Serwint JR, Frick KD, et al. A randomized controlled community-based trial to improve breastfeeding rates among urban low-income mothers. *Acad Pediatr* 2010;10:14–20.
13. Labaree J, Gelbert-Baudino N, Ayral A-S, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005;115:139–146.
14. Shariff F, Levitt C, Kaczorowski J, et al. Workshop to implement the Baby-Friendly Office Initiative. Effect on community physicians' offices. *Can Fam Physician* 2000;46:1090–1097.
15. Betzold C, Laughlin K, Shi C. A family practice breastfeeding education pilot program: An observational, descriptive study. *Int Breastfeed J* 2007;2:4.
16. ABM clinical protocol #7: Model breastfeeding policy (revisions 2010). *Breastfeed Med* 2010;5:173–177.
17. Cardoso LO, Vicente AS, Damia~o JJ, et al. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. *J Pediatr (Rio J)* 2008;84:147–153.
18. Lawlor-Smith C, McIntyre E, Bruce J. Effective breastfeeding support in a general practice. *Aust Fam Physician* 1997;26: 573–575, 578–580.
19. Thurman S, Allen P. Integrating lactation consultants into primary health care services: Are lactation consultants affecting breastfeeding success? *Pediatr Nurs* 2008;34:419–425.
20. Mattar C, Chong Y, Chan Y, et al. Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;109:73–80.
21. UNICEF Breastfeeding Initiatives Exchange. The Baby Friendly Hospital Initiative. www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm (accessed February 9, 2013).
22. Baby-Friendly Hospital Initiative Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 2. Strengthening and Sustaining the Baby-Friendly Hospital Initiative: A Course for Decision-Makers. www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_section_2_2009_eng.pdf (accessed February 9, 2013).
23. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008;122(Suppl 2):S43–S49.
24. Appendix A Task Force Ratings. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (accessed February 9, 2013).
25. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841
26. Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, et al. Dads as breastfeeding advocates: Results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:708–712.

27. Rosenberg KD, Eastham CA, Kasehagen LJ, et al. Marketing infant formula through hospitals: The impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding. *Am J Public Health* 2008;98:290–295.
28. Howard C, Howard F, Lawrence R, et al. Office prenatal formula advertising and its effect on breastfeeding patterns. *Obstet Gynecol* 2000;95:296–303.
29. Kandiah J, Burian C, Amend V. Teaching new mothers about infant feeding cues may increase breastfeeding duration. *Food Nutr Sci* 2011;2:259–264.
30. ABM clinical protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy, term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeed Med* 2009;4:175–182.
31. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511–518.
32. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, et al. Pacifiers and breastfeeding: A systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:378–382.
33. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, et al. A randomized trial of single home nursing visits vs. office-based care after nursery/maternity discharge: The Nurses for Infants Through Teaching and Assessment After the Nursery (NITTANY) Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166:263–270.
34. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
35. World Health Organization Child Growth Standards. www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/index.html (accessed February 9, 2013).
36. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. 1981. www.unicef.org/nutrition/files/nutrition_code_english.pdf (accessed February 9, 2013).
37. Bunik M. *Breastfeeding Telephone Triage and Advice*. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2012.
38. U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. The Business Case for Breastfeeding. www.womenshealth.gov/breastfeeding/government-in-action/business-case-for-breastfeeding/ (accessed February 9, 2013).
39. Ortiz J, McGilligan K, Kelly P. Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program. *Pediatr Nurs* 2004;30:111–119.
40. World Health Assembly. The Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. 2003. www.who.int/nutrition/topics/global_strategy/en/index.html (accessed February 9, 2013).
41. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, et al. Breastfeeding peer counseling: From efficacy through scale-up. *J Hum Lact* 2010; 26:314–332.
42. Freed G, Clark S, Sorenson J, et al. National assessment of physicians' breastfeeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA* 1995;273:472–476.
43. O'Connor M, Brown E, Orkin Lewin L. An Internet-based education program improves breastfeeding knowledge of maternal-child healthcare providers. *Breastfeed Med* 2011;6:421–427.
44. Hillenbrand K, Larsen P. Effect of an educational intervention about breastfeeding on the knowledge, confidence, and behaviors of pediatric resident physicians. *Pediatrics* 2002;110:e59.
45. Feldman-Winter LB, Shanler RJ, O'Connor KG, et al. Pediatricians and the promotion and support of breastfeeding. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:1142–1149.
46. Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, et al. Residency curriculum improves breastfeeding care. *Pediatrics* 2010;126:289–297.
47. Miller HD. From volume to value: Better ways to pay for health care. *Health Aff (Millwood)* 2009;28:1418–1428.
48. GovTrack.us. H.R. 3590 (111th): Patient Protection and Affordable Care Act. 2009. www.govtrack.us/congress/bill.xpd?bill=h111-3590&tab=reports (accessed February 9, 2013).
49. American Academy of Pediatrics. Building Your Medical Home Toolkit. www.pediatricmedhome.org (accessed February 5, 2013).
50. Title XIII—Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH). <http://waysandmeans.house.gov/media/pdf/111/hitech.pdf> (accessed February 9, 2013).
51. Dlugacz YD. *Value-Based Health Care: Linking Finance to Quality*. John Wiley and Sons, San Francisco, 2010.

Los protocolos de ABM vencen 5 años después de su fecha de publicación. Dentro de ese lapso de 5 años se realizan revisiones basadas en evidencia, o tal vez antes si hubiera algún cambio importante en la evidencia.

Comité de Protocolos de la Academia de Medicina de Lactancia Materna

Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Presidenta
 Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-presidenta
 Larry Noble MD, FABM, Responsable de Traducciones
 Nancy Brent, MD
 Amy E. Grawey, MD
 Alison V. Holmes, MD, MPH, FABM
 Ruth A. Lawrence, MD, FABM
 Nancy G. Powers, MD, FABM Tomoko Seo, MD, FABM
 Julie Scott Taylor, MD, MSc, FABM

Para enviar correspondencia: abm@bfmed.org

Anexo

Sugerencias para consultorios médicos en EE. UU.: Incentivos para ofrecer atención durante la lactancia

1. Los centros de lactancia que quedan bajo el auspicio de organizaciones de atención responsable⁴⁸ podrían mejorar la calidad de la atención de la díada lactante y al mismo tiempo ofrecer un incentivo financiero para la prestación de dicha atención.
2. Los incentivos también se pueden proporcionar a los consultorios que integren los servicios de apoyo a la lactancia para el Comité Nacional de Garantía de

Calidad con modelo certificado⁴⁹.

3. El “uso significativo” de registros médicos electrónicos⁵⁰ podría incentivar a las clínicas para mejorar los servicios de apoyo a la lactancia mediante la facilitación de la coordinación de la atención de la díada lactante entre centros de salud.
4. La inclusión de clínicas de apoyo a la lactancia en el desarrollo de los indicadores de calidad⁵¹ vinculados al reembolso también mejorará la calidad de la atención prestada a la díada lactante en el entorno de atención primaria.