

Protocolo clínico ABM n.º 2: Pautas para el alta hospitalaria del recién nacido a término y de la madre: protocolo “*Going Home*,” revisado en 2014

Amy Evans,^{1,2} Kathleen A. Marinelli,^{3,4} Julie Scott Taylor,⁵ y la Academy of Breastfeeding Medicine

Uno de los objetivos fundamentales de Academy of Breastfeeding Medicine es desarrollar protocolos clínicos para solucionar problemas médicos frecuentes que pueden influir en el éxito de la lactancia materna. Estos protocolos sólo sirven como pautas para la asistencia de las madres lactantes y sus hijos y no definen un tratamiento exclusivo ni sirven como normas de asistencia médica. Puede ser apropiado hacer modificaciones del tratamiento en función de las necesidades de cada paciente.

Información básica

EL ÉXITO FINAL de la lactancia materna se mide en parte por la duración y la exclusividad de la lactancia materna. Es esencial prestar atención a las necesidades de la madre y el lactante en el momento del alta hospitalaria para garantizar una lactancia materna eficaz a largo plazo. Se recomienda tener en cuenta los principios y prácticas siguientes antes de enviar a casa a la madre y a su hijo a término.

Pautas clínicas

1. Un profesional sanitario con formación en la evaluación formal de la lactancia materna debe realizar y documentar una valoración de la eficacia de la lactancia materna al menos una vez en las 8 horas previas al alta de la madre y el niño. Deben haberse realizado valoraciones similares durante la hospitalización, preferiblemente al menos una vez cada 8-12 horas. En países como Japón, donde la estancia hospitalaria puede durar hasta una semana, la valoración debe continuar hasta que se establezca con éxito la lactancia materna, tras lo que puede disminuir su frecuencia. Debe incluir una evaluación de la posición, el agarre, la transferencia de leche, la ictericia clínica, el color y la transición de las heces, la producción de heces y orina y la anotación de cristales de ácido úrico, si los hubiera. Hay que valorar el peso y el porcentaje de pérdida de peso del lactante, pero no es necesario comprobarlo con frecuencia. Por

ejemplo, en Australia se pesa a los lactantes al nacer y al alta o en el día 3 de vida, lo que ocurra antes. También hay que abordar todas las preocupaciones de la madre, como el dolor del pezón, la incapacidad para la extracción manual, la percepción de un aporte insuficiente y cualquier necesidad percibida de suplemento.¹⁻⁷ (I; II-3; III) (La calidad de las pruebas [grados de comprobación científica I, II-1, II-2, II-3 y III] para cada recomendación definida en las *U.S. Preventive Services Task Force Appendix A Task Force Ratings*⁸ se indica entre paréntesis.) Es importante hacer preguntas detalladas, ya que muchas madres pueden no expresar estas preocupaciones si no se les pregunta directamente.

2. Antes del alta, hay que valorar los posibles problemas previstos con la lactancia materna basándose en los factores de riesgo maternos o del lactante (tablas 1 y 2). (III)

Todos los problemas con la lactancia materna, ya sean observados por el personal del hospital o planteados por la madre, deben atenderse y documentarse en la historia clínica antes del alta de la madre y el lactante. Esto incluye un reconocimiento inmediato y planes de tratamiento de una posible anquiloglosia, que puede afectar al agarre, la lactogénesis y la lactancia materna futura.^{9,10} (Se está desarrollando un protocolo clínico actualizado.) (I) Deberá existir un plan de acción que incluya el seguimiento del problema después del

¹University of California San Francisco—Fresno, Fresno, California.

²Center for Breastfeeding Medicine and Mother's Resource Center at Community Regional Medical Center, Fresno, California.

³Sección de Neonatología, Connecticut Human Milk Research Center, Connecticut Children's Medical Center, Hartford, Connecticut.

⁴University of Connecticut School of Medicine, Farmington, Connecticut.

⁵Facultad de Medicina Alpert de la Universidad de Brown, Providence, Rhode Island.

TABLA 1. FACTORES DE RIESGO DE PROBLEMAS DE LACTANCIA DE LA MADRE

Factores

Antecedentes/sociales

- Primiparidad
- Intención de dar tanto el pecho como biberón o leche artificial a menos de las 6 semanas
- Intención de utilizar chupetes o pezones/tetinas artificiales a menos de las 6 semanas
- Intención/necesidad de volver pronto al colegio o al trabajo
- Antecedentes de problemas previos con la lactancia materna o lactante con aumento de peso lento
- Antecedentes de infertilidad
- Concepción mediante técnicas de reproducción asistida
- Problemas médicos importantes (p. ej., hipotiroidismo no tratado, diabetes, fibrosis quística, ovarios poliquísticos)
- Extremos de edad materna (p. ej., madre adolescente o mayor de 40 años)
- Problemas psicosociales (p. ej., depresión, ansiedad, falta de apoyo social para amamantar)
- Trabajo de parto prolongado
- Inducción prolongada o aumento del trabajo de parto
- Uso de medicamentos durante el parto (benzodiazepinas, morfina u otros que puedan causar somnolencia en el recién nacido)
- Complicaciones periparto (p. ej., hemorragia posparto, hipertensión, infección)
- El uso previsto de anticonceptivos hormonales antes de la lactancia está bien establecido (6 semanas)
- Percepción de un aporte insuficiente de leche
- Uso de medicación materna (es común el consejo inadecuado sobre compatibilidad con la lactancia materna)

Anatómicos/fisiológicos

- Ausencia de aumento de tamaño evidente de las mamas durante la pubertad o el embarazo
- Pezones planos, invertidos o muy grandes
- Variación del aspecto de las mamas (asimetría marcada, hipoplásicas, tubulares)
- Cualquier cirugía previa de la mama, incluidos los procedimientos estéticos (importante preguntar: no siempre evidente en el examen)
- Absceso mamario previo
- Obesidad materna (índice de masa corporal $\geq 30 \text{ kg/m}^2$)
- Molestias extremas o persistentes en los pezones
- Fallo de la lactogénesis II de “activación secretora”. (No se apreció la “subida” de la leche a las 72 horas del parto. Esto puede ser difícil de evaluar si la madre y el lactante reciben el alta hospitalaria en las primeras 24-48 horas posparto.)
- Madre incapaz de extraer el calostro manualmente
- Necesidad de dispositivos para amamantar (como protectores del pezón, bombas mamarias o sistemas de enfermería complementarios) en el momento del alta hospitalaria

Adaptado con autorización de Neifert⁵¹ p.285 y el *Breastfeeding Handbook for Physicians*.² p.90 (III)

TABLA 2. FACTORES DE RIESGO DE PROBLEMAS DE LACTANCIA DEL LACTANTE

Factores

Médicos/anatómicos/fisiológicos

- Bajo peso al nacer o prematuro (< 37 semanas)
- Embarazos múltiples
- Dificultad para coger uno o los dos pechos
- Succión ineficaz o no sostenida
- Anomalías anatómicas bucales (p. ej., labio leporino/fisura palatina, macroglosia, micrognatia, frenillo corto/ anquiloglosia con valoración médica cualificada)
- Problemas médicos (p. ej., hipoglucemia, infección, ictericia, sufrimiento respiratorio)
- Problemas neurológicos (p. ej., síndromes genéticos, hipertonía, hipotonía)
- Lactante con somnolencia persistente
- Pérdida excesiva de peso del lactante (> 7–10% del peso al nacer en las primeras 48 horas)

Ambientales

- Separación madre-lactante
- Dependencia de la bomba de mama
- Suplementación con leche maternizada
- Lactancia materna eficaz no establecida al alta hospitalaria
- Alta hospitalaria a < 48 horas de edad⁵⁰
- Uso precoz del chupete

Adaptado con autorización de Neifert⁵¹ p.285 y el *Breastfeeding Handbook for Physicians*.² p.91 (III)

alta.¹¹⁻¹⁴ (II-3) Si los cuidadores de la madre y el lactante no son la misma persona, tiene que haber una comunicación coordinada de cualquier problema entre los profesionales obstétricos y pediátricos para una asistencia de seguimiento óptima (véase la pauta n.º 10).

3. Médicos, matronas, enfermeras y el resto del personal deben animar a la madre a dar únicamente lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida del lactante y a continuarla durante al menos el primer año y preferiblemente hasta los 2 años o más de vida.^{3,15,16} (III) Esta es la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, así como de organizaciones de muchos países, como el *National Health and Medical Research Council* de Australia.¹⁷ La Comisión Conjunta, una organización que acredita hospitales e instituciones sanitarias en Estados Unidos y en todo el mundo, exige actualmente documentación de las tasas de lactancia materna exclusiva como parte de su proceso de acreditación de hospitales y maternidades en Estados Unidos. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE UU tienen recomendaciones similares.^{14,18-21} (III) La adición de un alimento complementario adecuado debe producirse a los 6 meses de vida.²² (I) Las madres se benefician de la educación sobre la justificación y los consejos prácticos sobre la lactancia materna exclusiva. Deben subrayarse las ventajas médicas, psicosociales y sociales para la madre y el lactante y los motivos por los que se desaconsejan los suplementos de leche artificial. Esta educación es un componente habitual de la orientación previa que aborda las creencias y las prácticas individuales de forma culturalmente sensible.²³⁻²⁵ Se necesita asesoramiento especial para las madres que planeen volver al empleo externo o a la escuela (véase la Pauta n.º 7).²⁶ (II-2)
4. Las familias se beneficiarán de materiales educativos adecuados no comerciales sobre la lactancia materna (así como sobre otros aspectos de la asistencia sanitaria infantil).²⁷ (I) No deben entregarse al alta paquetes que contengan leche maternizada, chupetes, materiales publicitarios comerciales que se refieran específicamente a fórmulas y alimentos para lactantes, ni materiales no apropiados para una madre lactante y su hijo. Estos productos pueden favorecer malas prácticas de lactancia materna, lo que puede dar lugar a un destete prematuro.²⁷
5. Las madres lactantes y otras personas adecuadas (padres, parejas, abuelas, personas de apoyo, etc.) se beneficiarán de una orientación anticipatoria simplificada antes del alta sobre aspectos clave en el futuro inmediato. (I) Deberá prestarse asistencia para sobrecargar a las madres. Debe darse a todos los padres información escrita específica sobre:
 - a. prevención y control de la congestión mamaria
 - b. interpretación de las señales del lactante y alimentación basada en ellas
 - c. indicadores de una ingesta adecuada (evacuación de todas las deposiciones de meconio, tres o cuatro deposiciones al día en el día 4, transición a deposiciones amarillas en el día 5, al menos cinco a seis micciones al día en el día 5 y recuperación del peso al nacer en el día 10-14 a más tardar)
 - d. signos de ictericia excesiva^{4,28} (III)

- e. patrones de sueño de los recién nacidos, incluidas prácticas seguras de sueño compartido²⁹ (III)
 - f. medicación, tabaquismo y consumo de alcohol de la madre
 - g. patrones de alimentación individuales, incluida la normalidad de las tomas nocturnas agrupadas
 - h. respecto al uso de chupetes (en comunidades en las que suele recomendarse el uso de chupetes sanitarios para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante [SMSL]), está bien establecido que se desaconseje su uso hasta que la lactancia materna esté bien establecida, al menos 3-4 semanas. (Estas recomendaciones concuerdan con las de la *American Academy of Pediatrics* de EE UU sobre el uso de chupetes como posible prevención del SMSL. Se cree que la lactancia materna, por sí sola, es preventiva del SMSL. El Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón respalda la lactancia materna, no fumar y dormir sobre la espalda, pero no recomienda el uso de chupete.)³⁰⁻³⁴ (I)
 - i. seguimiento e información de contacto
6. Deben darse a todas las madres lactantes instrucciones sobre la técnica de expresión manual de la leche (tanto si utilizan una bomba como si no) para aliviar la congestión mamaria, aumentar el aporte de leche, mantener el suministro de leche y obtener leche para alimentar al lactante si se separan del lactante o si el lactante no puede alimentarse directamente de la mama.³⁵⁻³⁷ (II-1)
 7. Deben facilitarse a todas las madres lactantes los nombres y los números de teléfono de las personas y los servicios médicos que pueden proporcionar consejo, asesoramiento y valoraciones de la salud relacionadas con la lactancia materna, idealmente las 24 horas del día.^{1,3} (I)
 8. Deben facilitarse a todas las madres lactantes listas de diversos grupos y servicios de apoyo local (p. ej., grupos de apoyo madre-madre como *La Leche League*, *Australian Breastfeeding Association*, grupos de apoyo hospitalarios/clínicos, grupos de apoyo gubernamentales [p. ej., *Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children* (WIC) en Estados Unidos] con números de teléfono, nombres de contacto y direcciones. (II-1; III) Hay que animar a las madres a que se pongan en contacto y consideren la posibilidad de unirse a uno de estos grupos.³⁸⁻⁴⁴ (II-3; III)
 9. Si una madre planea volver al colegio o al empleo externo poco después del alumbramiento, puede beneficiarse de información adicional.³⁶⁻³⁷ (II-1) Debe incluir la necesidad de apoyo social continuo, posibles problemas de aporte de leche, expresión y conservación de la leche fuera del domicilio, la posibilidad de descansos directos de la lactancia con el lactante e información sobre cualquier normativa regional o nacional pertinente sobre instalaciones para la lactancia materna y la expresión de la leche en el lugar de trabajo. Es prudente facilitarle esta información por escrito para que disponga de recursos cuando llegue el momento de prepararse para volver al colegio o al trabajo.
 10. En los países en los que sea habitual el alta hospitalaria en las 72 horas siguientes al nacimiento, las citas del lactante y la madre en las que pueda analizarse la lactancia materna deben hacerse antes del alta en caso de visita a la consulta o a domicilio a los 3-5 días de edad

por un médico, matrona o profesional sanitario con formación en lactancia materna supervisado por un médico. Hay que ver a todos los lactantes en las 48-72 horas siguientes al alta; los lactantes dados de alta antes de las 48 horas de edad deben ser vistos en las 24-48 horas siguientes al alta.^{1,3} (III) En los países en los que se da el alta 5-7 días después del nacimiento, el médico puede ver al lactante varias veces antes del alta. En Japón, donde ocurre así, se recomienda la visita rutinaria siguiente a las 2 semanas, a menos que haya algún problema. A elección de la madre, su visita posparto puede programarse antes del alta, o puede dársele la información para que ella misma concierte la cita una vez instalada en casa. En muchos países, esta cita será con el ginecólogo, el médico de familia o la matrona que participó en el nacimiento del niño. En otros países como Australia, si dio a luz en un hospital público, será con su médico general o médico de familia, que no asistió a su alumbramiento.

11. Se recomiendan visitas adicionales de la madre y el lactante, aunque el alta se produzca después de los 5 días de edad, hasta la evolución adecuada en todos los aspectos clínicos, como evacuación adecuada de heces y orina, ictericia y recuperación del peso al nacer del lactante a los 10-14 días de vida.

Es probable que un lactante que no recupere el peso al nacer a los 10 primeros días de vida, pero que haya mostrado un aumento de peso constante y adecuado durante varios días, esté bien. Este niño necesita un seguimiento estrecho continuo, pero es posible que no necesite intervención.

Todo niño que presente una pérdida de peso próxima al 7% del peso al nacer a los 5-6 días de vida debe vigilarse estrechamente hasta que el aumento de peso esté bien establecido. Si se observa una pérdida de peso del 7% o más después de 5-6 días de vida, deberá haber una preocupación aún mayor y un seguimiento estrecho. Estos lactantes exigen una valoración detenida. A los 4-6 días de vida, los lactantes deben ganar peso a diario, lo que hace que el porcentaje de pérdida de peso sea realmente más significativo cuando se tiene en cuenta esa falta de aumento de peso diario. Además de prestar atención a estos aspectos, en los lactantes con cualquiera de estas preocupaciones hay que evaluar específicamente en busca de problemas con la lactancia materna y la transferencia de leche.¹⁻⁷ (III)

12. Si la madre está médicamente preparada para el alta hospitalaria, pero el lactante no, se hará todo lo posible para que permanezca en el hospital como paciente o como "madre residente" con acceso al lactante para apoyar la lactancia materna exclusiva. El mantenimiento de una relación de cohabitación durante las 24 horas con el lactante es óptimo durante la estancia prolongada del niño.^{19, 20, 43} (II-1)
13. Si se da de alta a la madre del hospital antes del alta del niño (como en el caso de un lactante enfermo), debe animarse a la madre a pasar el mayor tiempo posible con el niño, a practicar el método de contacto piel con piel y de madre canguro con su hijo siempre que sea posible y a continuar la lactancia materna regular.⁴⁵⁻⁴⁹ (I; II-2) Durante los periodos en los que la madre no esté en el hospital, debe enseñársele a extraer y conservar la leche y llevarla al hospital para el niño. Como

mínimo, deberá demostrar una extracción satisfactoria de la leche antes del alta hospitalaria. Si tiene problemas de producción de leche, está indicada la remisión precoz a un especialista en lactancia o a un médico con experiencia en el manejo de la lactancia y la medicina. (III) La leche puede extraerse en casa y llevarse al hospital para su uso por el bebé. Algunos países desaconsejan esta práctica, pero no hay pruebas que contradigan esta recomendación, y sí muchas que apoyan el uso de leche materna en estos lactantes frágiles.³

Sugerencias para investigaciones futuras

Aunque la mayoría de las recomendaciones clínicas aquí contenidas se basan en pruebas científicas sólidas, sigue habiendo campos para estudio en el futuro. Sabemos que en algunas zonas del mundo las tasas de inicio son altas en el hospital, pero descienden bruscamente después del alta hospitalaria. Una vez que las madres y los lactantes reciben la mejor información basada en pruebas y la mejor asistencia posible en el hospital, ¿cuáles son las prácticas óptimas que deben establecerse para garantizar un proceso de «vuelta a casa» sin contratiempos? ¿Qué redes de seguridad culturalmente apropiadas de apoyo, ayuda y asesoramiento tiene que estar fácilmente asequibles y disponibles, con independencia del lugar de residencia y del nivel socioeconómico o educativo? Aún puede trabajarse mucho en este campo para desarrollar y probar políticas y planes de acción modelo que puedan luego reproducirse en áreas similares para determinar las mejores prácticas en apoyo de la lactancia materna exclusiva.

En 2002 se hizo una revisión *Cochrane*⁵⁰ centrada en el efecto del "alta precoz" (menos de 48-72 horas) sobre los resultados maternos y neonatales, incluida la lactancia hasta los 6 meses. Los resultados fueron ambiguos, sin diferencias en los grupos de muestra y de control, pero no se normalizaron las definiciones ni se intentó cuantificar la enseñanza en el hospital y el seguimiento sobre la «vuelta a casa». Se trata de un área madura para el análisis a medida que tratamos de discernir cuándo está lista para el alta al domicilio una pareja madre-hijo.⁵ Por último, si en investigaciones futuras se utilizan deliberadamente los mismos criterios de valoración principales y secundarios descritos actualmente en la bibliografía, será posible realizar metaanálisis de estos datos.⁴⁹

Agradecimientos

Este trabajo fue financiado en parte por una beca de la *Maternal and Child Health Bureau*, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE UU.

Bibliografía

1. Langan RC. Discharge procedures for healthy newborns. *Am Fam Physician* 2006;73:849-852.
2. Schanler RJ, Krebs N, Mass S, eds. *Breastfeeding Handbook for Physicians*, 2nd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics and American College of Obstetrics and Gynecologists, 2014.
3. American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding. Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e327-e341.

4. Gartner L. ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for management of jaundice in the breastfeeding infant equal or greater than 35 weeks gestation. *Breastfeed Med* 2010;5: 87–93.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 570. Breastfeeding in underserved women: Increasing initiation and continuation of breastfeeding. *Obstet Gynecol* 2013;122:323–428.
6. Academy of Breastfeeding Medicine Board of Directors. Position on breastfeeding. *Breastfeed Med* 2008;3:269–70.
7. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional*, 7th ed. Philadelphia: Saunders, 2010.
8. Appendix A Task Force Ratings. Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force. 2nd edition. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (accessed December 15, 2013).
9. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: A randomized trial. *Pediatrics* 2011;128: 280–288.
10. Ballard J, Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical protocol #11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad, 2004 [Members Only page]. <http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/ankyloglossia.pdf> (accessed December 19, 2013).
11. Yanicki S, Hasselback P, Sandilands M, et al. The safety of Canadian early discharge guidelines. *Can J Public Health* 2002;93:26–30.
12. Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J. Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics* 2005;116:1408–1412.
13. Britton JR, Baker A, Spino C, et al. Postpartum discharge preferences of pediatricians: Results from a national survey. *Pediatrics* 2002;110:53–60.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: Hospital practices to support breastfeeding, United States, 2007 and 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011;60:1020–1025.
15. American Academy of Family Physicians. Breastfeeding Policy Statement, 2013. www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding.html (accessed December 13, 2013).
16. James DC, Dobson B; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Promoting and supporting breastfeeding. *J Am Diet Assoc* 2005;105:810–818.
17. National Health and Medical Research Council. *Infant Feeding Guidelines*. Canberra: National Health and Medical Research Council, 2012.
18. World Health Organization, United Nations Children’s Fund. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services (a joint WHO/UNICEF statement). *Int J Gynaecol Obstet* 1990;31:171–183.
19. U.S. Department of Health and Human Services. *The Surgeon General’s Call to Action to Support Breastfeeding*. Washington, DC: Office of the Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services, 2011.
20. Joint Commission Perinatal Core Measures. <http://manual.jointcommission.org/releases/TJC2013A/PerinatalCare.html> (accessed December 13, 2013).
21. World Health Organization. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Report of an Expert Consultation. March 2001. www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf (accessed December 13, 2013).
22. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1): CD003517.
23. Setrakian HU, Rosenman MB, Szucs K. Breastfeeding and the Bahá’í faith. *Breastfeed Med* 2011;6:221–225.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Racial and ethnic differences in breastfeeding initiation and duration, by state—National Immunization Survey, United States, 2004–2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010;59:327–334.
25. Segawe M. Buddhism and breastfeeding. *Breastfeed Med* 2008;3:124–128.
26. Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, et al. Juggling work and breastfeeding: Effect of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics* 2009;123:e38–e46.
27. Sadacharan R, Grossman X, Matlak S, et al. Hospital discharge bags and breastfeeding at 6 months: Data from the Infant Feeding Practices Study II. *J Hum Lact* 2013 Dec 4 [Epub ahead of print]. DOI: 10.1177/0890334413513653. <http://jhl.sagepub.com/content/early/2013/11/25/0890334413513653.full.pdf+html> (accessed December 19, 2013).
28. 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.
29. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #6: Guideline on co-sleeping and breastfeeding. Revision, March, 2008. *Breastfeed Med* 2008; 3:38–43.
30. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior. *JAMA* 2001;286:322–326.
31. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep related infant deaths: Expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011;128:1030–1039.
32. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Technical report: SIDS and other sleep related infant deaths: Expansion of recommendations for a safe infant sleep environment. *Pediatrics* 2011;128:e1341–e1367.
33. Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, et al. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: Case control study of SIDS in South West England. *BMJ* 2009;339:b3666.
34. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, et al. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128:1–8.
35. Eglash A; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #8: Human milk storage information for home use for full-term infants (original protocol March 2004; revision #1 March 2010). *Breastfeed Med* 2010;5:127–130.
36. Eldridge S, Croker A. Breastfeeding friendly workplace accreditation. Creating supportive workplaces for breastfeeding women. *Breastfeed Rev* 2005;13:17–22.
37. Health Resources and Services Administration. The Business Case for Breastfeeding. Steps for Creating a Breastfeeding Friendly Worksite: Bottom Line Benefits. 2008. <http://mchb.hrsa.gov/pregnancyandbeyond/breastfeeding/> (accessed December 13, 2013).

38. Phillip BL. Every call is an opportunity. Supporting breastfeeding mothers over the telephone. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:525–532.
39. Anderson AK, Damio G, Young S, et al. A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding in a predominantly Latina low-income community. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:836–841.
40. Graffy J, Taylor J. What information, advice, and support do women want with breastfeeding? *Birth* 2005;32:179–186.
41. Bronner Y, Barber T, Vogelhut J, et al. Breastfeeding peer counseling: Results from the national WIC survey. *J Hum Lact* 2001;17:119–168.
42. Bronner Y, Barber T, Davis S. Breastfeeding peer counseling: Policy implications. *J Hum Lact* 2001;17:105–109.
43. Mickens AD, Modeste N, Montgomery S, et al. Peer support and breastfeeding intentions: Among black WIC participants. *J Hum Lact* 2009;25:157–162.
44. Gross SM, Resnik AK, Nanda JP, et al. Early postpartum: A critical period in setting the path for breastfeeding success. *Breastfeed Med* 2011;6:407–412.
45. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008;122(Suppl 2):S43–S49.
46. Browne JV. Early relationship environments: Physiology of skin-to-skin contact for parents and their preterm infants. *Clin Perinatol* 2004;31:287–298.
47. Carfoot S, Williamson PR, Dickson R. A systematic review of randomized controlled trials evaluating the effect of mother/baby skin-to-skin care on successful breastfeeding. *Midwifery* 2003;19:148–155.
48. Kirsten GF, Bergman NJ, Hann FM. Kangaroo mother care in the nursery. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:443–452.
49. Moore ER, Anderson GC, Bergman NJ. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(3):CD003519.
50. Brown S, Small R, Argus B, et al. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD002958.
51. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:273–297.

Los protocolos ABM expiran a los 5 años de la fecha de publicación. Se realizan revisiones basadas en pruebas en un plazo de 5 años, o antes en caso de cambios importantes en las pruebas.

Comité de protocolos de la *Academy of Breastfeeding Medicine*
 Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Presidenta
 Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Copresidenta
 Larry Noble, MD, FABM, Presidente de traducciones
 Nancy Brent, MD
 Amy E. Grawey, MD
 Alison V. Holmes, MD, MPH, FABM
 Ruth A. Lawrence, MD, FABM
 Tomoko Seo, MD, FABM
 Julie Scott Taylor, MD, MSc, FABM

Correspondencia a: abm@bfmed.org

Este artículo ha sido citado por:

1. Irena Zakarija-Grković, Olga Šegvić, Ana Vučković Vukušić, Toni Lozančić, Toni Božinović, Anamarija Čuže, Tea Burmaz. 2016. Predictors of suboptimal breastfeeding: an opportunity for public health interventions. *The European Journal of Public Health* **26**:2, 282-289. [CrossRef]
2. Garner Christine D., Ratcliff Stephannie L., Devine Carol M., Thornburg Lorelei L., Rasmussen Kathleen M.. 2014. Health Professionals' Experiences Providing Breastfeeding-Related Care for Obese Women. *Breastfeeding Medicine* **9**:10, 503-509. [Abstract] [Full Text HTML] [Full Text PDF] [Full Text PDF with Links]
3. Lawrence Ruth A.. 2014. Breastfeeding Barriers Revisited. *Breastfeeding Medicine* **9**:1, 1-2. [Citation] [Full Text HTML] [Full Text PDF] [Full Text PDF with Links]