

Protocolo Clínico de la ABM #7: Políticas para el Modelo de Lactancia Materna (Revisión 2010)

Comité de Protocolos de la Academia Médica de Lactancia Materna
Academy of Breastfeeding Medicine

Uno de los objetivos centrales de la Academia Médica de Lactancia Materna es el desarrollo de protocolos clínicos para el manejo de problemas médicos comunes que puedan impactar el éxito de la lactancia materna. Estos protocolos deben ser usados únicamente como guías para el cuidado de las madres y lactantes alimentados al seno materno y no pretenden delinear el curso exclusivo de un tratamiento o servir como estándar de atención médica. El tratamiento puede ser modificado dependiendo de las necesidades individuales del paciente.

Propósito

El propósito de este protocolo es promover una filosofía y práctica del cuidado materno-infantil que fomente la lactancia materna. Dichos cuidados deben estar basados en la fisiología normal que se lleva a cabo en el establecimiento de este proceso materno-infantil, así como en el apoyo a las familias que han decidido amamantar, con el inicio y desarrollo de una experiencia exitosa y satisfactoria.

Estas normas están basadas en las últimas declaraciones sobre la política de lactancia materna publicadas por la Oficina de Salud de la Mujer del Departamento de Salud de E.U.A. (1), la Academia Americana de Pediatría (2), el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (3), la Academia Americana de Médicos Familiares (4), la Organización Mundial de la Salud (5), la Academia Médica de Lactancia Materna (6) y en los 10 pasos, basados en evidencia, para lograr una lactancia exitosa de la UNICEF/Organización Mundial de la salud (5, 7-10).

Además de la evidencia que apoya cada uno de los 10 pasos en el mejoramiento de la exclusividad y duración de la lactancia,

también existen datos que muestran un efecto de dosis-respuesta: Un reporte indica que las mujeres atendidas en hospitales que implementan 6 de 7 pasos analizados, tenían una probabilidad 6 veces mayor de cumplir con sus metas de lactancia exclusiva, comparadas con aquellas mujeres atendidas en hospitales en los cuales no contaban o solo contaban con un paso implementado (11). El grado de adherencia al tratamiento también es importante: La duración de la lactancia es mayor cuando los hospitales reportan mayor apego a los pasos (12).

Declaraciones de las Políticas

1.- El personal de “Nombre de la Institución” apoyará activamente a la lactancia materna como el método preferido para proveer nutrición a los lactantes. Se establecerá y mantendrá un equipo multidisciplinario, adecuado según la cultura, que identifique y elimine las barreras institucionales para la lactancia materna y que esté formado por administradores del hospital, médicos y personal de enfermería, asesores de lactancia y especialistas, personal de nutrición y el personal que resulte adecuado, así como padres de familia. Cada año este grupo

Tabla 1. Prácticas recomendables para el apoyo de la lactancia materna posterior a parto por cesárea

-
- Contacto temprano madre-hijo. Evitar la separación a menos que sea indicación médica
 - Lactancia temprana <1hr después del parto por cesárea. Puede suceder en el lugar donde se dió a luz o en la sala de recuperación
 - Anestesia regional para el parto por cesárea
 - Posicionamiento del lactante para minimizar el malestar por la incisión. Usar la posición acostada de lado o en balón de futbol. Usar almohadas para proteger el sitio de la incisión.
 - Utilizar medicamentos regionales después del pinzamiento del cordón umbilical para disminuir la necesidad de narcóticos posoperatorios
 - Uso preferencial de narcóticos con menos efectos adversos en la conducta neonatal
 - Lactancia materna frecuente y alojamiento conjunto de la misma manera que si hubiera sido por parto vaginal
 - Se llevarán a cabo los protocolos para extracción temprana manual o con sacaleches en caso de separación por indicación médica como prematuridad. Deberá iniciarse el mismo día del parto
 - Acceso inmediato a un experto en lactancia en caso de necesitar mayor asistencia y apoyo
 - Monitorización para la madre con inicio tardío de la lactancia y para el recién nacido con pérdida excesiva de peso
 - Educación y fomento de métodos que apoyen la lactancia materna a todos los miembros de la familia
-

recopilará y evaluará datos relevantes sobre los servicios de apoyo a la lactancia y formulará un plan de acción para implementar los cambios necesarios.

2.- Se desarrollará una política por escrito relativa a la lactancia materna y se comunicará a todo el personal de salud. La política para la lactancia materna “Nombre de la Institución” será revisada y actualizada cada 2 años utilizando las investigaciones más recientes como una guía basada en evidencia.

3. Se proveerá a todas las mujeres embarazadas y a sus grupos de apoyo con información sobre lactancia materna y se les asesorará sobre los beneficios y contraindicaciones de la lactancia, así como acerca de los riesgos de la alimentación con fórmula (13).

4.- Se documentará en cada expediente clínico el deseo de la madre por amamantar.

5.- Se fomentará la lactancia materna exclusiva en cada mujer a menos de que exista contraindicación médica. Se documentará en el expediente clínico de cada lactante el método de alimentación. (La lactancia materna exclusiva se define como el suministro de leche materna como fuente única de nutrición. Los bebés alimentados al seno materno de manera exclusiva no reciben ningún otro líquido o sólido con la excepción de medicamentos orales prescritos por personal médico que atiende al lactante).

6.- Al momento del nacimiento o poco tiempo después, todos los recién nacidos, si el bebé y la madre están estables, deberán ser colocados piel con piel sobre la madre. El contacto piel con piel se logra colocando al bebé desnudo en posición de decúbito prono sobre el tórax descubierto de la madre. Se puede secar a la madre y al lactante mientras permanecen juntos en esta posición y si se considera apropiado abrigados con una manta. Se dará la oportunidad a las parejas madre-hijo de

iniciar la lactancia en la primera hora de vida. Deberá alentarse a los bebés nacidos por cesárea a iniciar con la lactancia lo más pronto posible, potencialmente en la sala de operaciones o en el área de recuperación (Tabla 1). Se deberá retrasar una hora después del parto la administración de vitamina K y de antibióticos profilácticos para la prevención de oftalmía neonatorum, con la finalidad de permitir el contacto continuo madre-hijo y la lactancia (14-16).

7.- Se fomentará el alojamiento conjunto de las parejas madre-hijo en el periodo de lactancia durante toda su estadía hospitalaria incluyendo las noches. Se alentará el contacto piel con piel en la medida de lo posible.

8.- Se llevará a cabo la evaluación, enseñanza y documentación de la lactancia materna en cada turno de trabajo y en cualquier momento que sea posible, con cada contacto del personal de salud con la madre. Se documentará cada periodo de alimentación en el expediente clínico del lactante, incluyendo acoplamiento, posición y cualquier problema observado. Se podrá utilizar el reporte materno en caso de no haber observado directamente algún periodo de alimentación. En cada turno de trabajo se deberá realizar una observación directa y registro de la posición del bebé y del acoplamiento durante el periodo de alimentación.

9.- Se alentará a las madres a utilizar los recursos disponibles de lactancia que se consideren apropiados, incluyendo clases, material escrito y presentaciones de video. En caso de estar clínicamente indicado, el profesional de la salud o enfermería referirá a un asesor de lactancia o especialista para educación adicional y asistencia.

10.- Las madres que se encuentren amamantando deberán recibir instrucciones acerca de:

- a. Acoplamiento y posicionamiento adecuados
- b. Succión nutritiva y deglución
- c. Producción y emisión de leche
- d. Frecuencia de alimentación/señales de alimentación
- e. Extracción manual de leche materna y uso de sacaleches en caso de estar indicado
- f. Cómo evaluar si el lactante está bien nutrido
- g. Razones para contactar al profesional de la salud.

Se enseñarán estas habilidades a mujeres primíparas y multíparas, así como se les proveerá de material escrito (17) que será revisado antes de que la mujer sea dada de alta.

11.- Deberá enseñarse a los padres de familia que los lactantes alimentados al seno materno, incluyendo los bebés nacidos por cesárea, deberán ser colocados al seno materno un mínimo de 8 a 12 veces cada 24 horas, tomando en cuenta que algunos niños necesitan ser alimentados con mayor frecuencia. Se usarán las señales de alimentación (ej. aumento del estado de alerta, hacer ruidos con la boca o reflejo de búsqueda) como indicadores de la disposición del bebé para ser alimentado. *Los bebés alimentados al seno materno deben ser alimentados en la noche.*

12.- Se evitarán las limitantes de tiempo al momento de la alimentación con cada seno. Se le pueden ofrecer ambos senos al lactante en cada periodo de alimentación pero éste puede estar interesado en ser alimentado de un solo lado en los primeros días.

13.- No se darán suplementos como agua, agua glucosada, o fórmula a menos que sea ordenado específicamente por un profesional de la salud (ej, médico, partera certificada o enfermera) o sea una petición documentada e informada de la madre. Las madres deberán ser informadas de los riesgos de dar suplementos antes de ofrecerle suplementos sin razón médica. Si es posible, el suplemento deberá ser ofrecido al bebé en un vaso y no deberá sobrepasar los 10-15ml (por periodo de alimentación) en un bebé de término (durante los primeros 1-2 días de vida). Se podrán utilizar métodos alternativos de alimentación como jeringas o cucharas; sin embargo estos métodos no han demostrado ser efectivos para preservar la lactancia materna. No deberán colocarse botellas en o alrededor del moisés de un lactante alimentado al seno materno (18-20).

14.- Esta institución no provee de enseñanza en grupo para el uso de fórmula. Aquellos padres de familia que, posterior a una asesoría apropiada, deciden alimentar con fórmula a sus niños serán provistos de asesorías individuales.

15.- No se ofrecerán chupones (tetinas, chupetes) a los lactantes de término alimentados al seno materno. Las guías sobre el uso de chupones en “nombre de la institución” establecen que podrán ofrecerse con la finalidad de llevar a cabo succión no-nutritiva en los lactantes pretérmino en la Unidad de Cuidados Intensivos/Unidad de Cuidados Especiales o en lactantes con condiciones médicas específicas (ej., síndrome de abstinencia neonatal). Se les podrán ofrecer chupones a los recién nacidos que experimenten procedimientos dolorosos (ej. circuncisión) como método de manejo del dolor durante el procedimiento. El lactante no regresará con su madre con el chupón. “Nombre de la institución” promueve el “cuidado del recién nacido sin-dolor” que incluye la lactancia materna

durante el procedimiento de toma de muestra del talón para el tamiz neonatal (21).

16.- No está indicado el monitoreo rutinario de glucosa sanguínea en lactantes saludables de término, adecuados para la edad gestacional. La evaluación para detectar signos clínicos de hipoglucemia y deshidratación se realizará de manera continua (22).

17.- No se ofrecerán fármacos anti-lactancia a madres en el periodo de posparto.

18.- Se evitará el uso de cremas, pomadas u otros agentes tópicos para ser aplicados en el pezón a menos que sea una terapia indicada para un problema dermatológico. Se deberá observar la técnica de acoplamiento/agarre en madres con pezones dolorosos y se les enseñara a aplicar calostro extraído o leche materna sobre la areola/pezón después de cada periodo de alimentación.

19.- No se usarán rutinariamente protectores para pezones, o cualquier tipo de chupones o mamilas para biberones para cubrir el pezón de la madre, como tratamiento de problemas de agarre/acoplamiento o como prevención/manejo de pezones agrietados o dolorosos o en el caso de que la madre tenga pezones planos o invertidos. Los protectores para pezones se usarán solamente en el contexto de una consulta de lactancia materna y cuando hayan fracasado otros intentos de corregir el problema.

20.- Si el lactante no se ha acoplado o alimentado eficazmente después de 24 horas de vida, se instruirá a la madre a iniciar el masaje de sus senos y extraerse manualmente calostro hacia la boca del bebé durante cada intento de alimentación del bebé. Se promoverá el contacto piel con piel. Se instruirá a los padres a observar cuidadosamente las señales de hambre de manera que cuando aparezcan, se despierte

el bebé para ser alimentado. Si el bebé continúa con una alimentación inadecuada, la madre iniciará la extracción manual o por medio de un sacaleches eléctrico con sistema doble y se mantendrá cada 3 horas o un mínimo de ocho veces al día. Toda el calostro o leche extraídos de la madre se dará al bebé por un método alternativo. Se recordará a la madre que en los primeros intentos es probable que obtenga poca leche (o nada). Se deberá tomar una decisión sobre la necesidad de dar suplementos al bebé hasta el momento en que la leche de la madre esté disponible, en colaboración con la madre, personal de enfermería y profesional de la salud (ej. médico/partero certificado). Cada día se consultará con el profesional de la salud responsable, acerca del volumen y tipo de suplemento. Se evitarán los chupones/tetinas. Se consultará con el asesor o especialista en lactancia en caso de problemas de alimentación (14).

21.- Si el bebé no se agarra adecuadamente al seno o no se está alimentando adecuadamente al momento del alta hospitalaria, se deberá revisar el plan de alimentación/ extracción/ suplementación junto con las instrucciones rutinarias de lactancia materna. Se programará una visita de seguimiento o una cita en las siguientes 24 horas. Dependiendo de la situación clínica, puede ser apropiado retrasar el alta hospitalaria del binomio para proveer más apoyo, intervención y educación.

22.- Debe dársele seguimiento a todos los bebés en los primeros días posparto. Esta revisión debe llevarse a cabo por un médico (pediatra o médico familiar) o cualquier otro profesional de la salud calificado, para una evaluación formal del desempeño de la lactancia, revisión del peso, valoración de ictericia y eliminación apropiada a la edad: (a) Para los lactantes dados de alta antes de los primeros 2 días de vida (<48 horas), el seguimiento será a los 2-4 días de edad; y

(b) para los lactantes dados de alta entre 48 y 72 horas, el seguimiento será a los 4-5 días de edad. Los lactantes dados de alta después de 5-6 días podrán ser vistos 1 semana después.

23.- A las madres que sean separadas de sus bebés prematuros o enfermos se les:

a.- Instruirá en cómo desarrollar sus habilidades para la extracción manual o el uso de sacaleches eléctrico de sistema doble. Se incluirán las instrucciones que mencionen que la extracción debe realizarse por lo menos ocho veces al día o aproximadamente cada 3 horas por 15 minutos (o hasta que el flujo se detenga, cualquiera que sea mayor) y la importancia de no olvidar la sesión de extracción durante la noche

b.- Estimulará a realizar la lactancia a libre demanda tan pronto como la condición del lactante lo permita

c.- Enseñará el almacenamiento y etiquetado adecuados de la leche humana

d.- Asistirá para que aprendan a desarrollar las habilidades para la extracción manual o para que obtengan un sacaleches eléctrico de sistema doble antes de ir a casa

24. Antes de abandonar el hospital, las madres que amamantan deberán ser capaces de:

a. Posicionar al bebé correctamente al seno materno sin dolor durante cada periodo de alimentación

b. Tener un agarre adecuado del bebé al seno materno

c. Manifestar cuándo el bebé está deglutiendo leche

d. Manifestar que el bebé debe ser alimentado un mínimo de 8 a 12 veces al día hasta que quede saciado, tomando en cuenta que algunos bebés necesitan ser alimentados con mayor frecuencia,

e. Manifestar los patrones de eliminación apropiados a la edad (al menos 6 micciones

al día y de 3 a 4 evacuaciones por día alrededor del cuarto día de vida)

f. Hacer una lista de las indicaciones para contactar un profesional de la salud

g. Extraerse manualmente leche de sus senos

25.- Antes de irse a casa, se les darán a las madres los nombres y números telefónicos de asociaciones comunitarias que pueden contactar para pedir ayuda relacionada con lactancia materna (el grupo de apoyo o asociación recomendada por “nombre de la institución”).

26.- “Nombre de la institución” no acepta fórmula o sucedáneos de la leche materna gratuitos.

Los paquetes que se ofrezcan al momento del alta de pacientes por parte de la sala de recién nacidos sanos o de cuidados intensivos neonatales no podrán contener fórmula, cupones para fórmula, logotipos o literatura de compañías que comercializan con fórmula.

27.- Los profesionales de la salud de “Nombre de la institución” atenderán sesiones educativas sobre manejo y promoción de la lactancia para asegurar que se provea con la información correcta, actualizada y consistente (24) a todas las madres que desean amamantar.

Aplicación

Todas las pacientes que amamanten.

Excepciones

La lactancia materna está contraindicada (2,25) en las siguientes situaciones:

◦ Madres que sean positivas al virus de inmunodeficiencia humana en localidades donde la alimentación artificial sea aceptable, factible, asequible, sustentable y segura (26).

◦ Madres que actualmente estén utilizando drogas ilícitas (ej. cocaína, heroína) a menos que sea aprobado por el profesional de la salud que atiende al lactante o basados en cada caso en particular.

◦ Madres que estén tomando ciertos medicamentos. La mayoría de los fármacos disponibles con o sin receta médica son seguros para el lactante que está siendo amamantado. Puede ser necesario suspender la lactancia si se están utilizando algunos medicamentos como isótopos radioactivos, antimetabolitos, quimioterapia para cáncer, medicamentos psicotrópicos y un número reducido de otros medicamentos. Las referencias usadas por “nombre de la institución” son: Medicamentos y Lactancia Materna de T. Hale (27), la base de datos sobre lactancia y fármacos de la Biblioteca Nacional de Medicina de EUA, TOXNET: Red de Datos sobre Toxicología (LactMed)(28), Lactancia Materna: Una Guía para la Profesión Médica, de R.A. Lawrence y R.M. Lawrence (29), Fármacos Durante el Embarazo y la Lactancia, de G.G. Briggs, R.K Freeman y S.J. Yaffe (30), la Declaración de la Academia Americana de Pediatría sobre la Transferencia de Fármacos hacia la Leche Humana (31) y <http://www.e-lactancia.org>. (NB: Se podrán sustituir referencias y recursos locales si están disponibles.

◦ Madres con tuberculosis activa, sin tratamiento. La madre puede extraerse la leche hasta que deje de ser infecciosa.

◦ Lactantes con galactosemia.

◦ Madres con lesiones herpéticas activas en los senos. Puede recomendarse la lactancia materna utilizando el seno que no se encuentre afectado. (Se consultará el Servicio de Enfermedades Infecciosas en caso de enfermedad infecciosa problemática).

◦ Madres con aparición de varicela 5 días antes o hasta 48 horas después del parto, hasta que deje de ser infecciosa.

◦ Madres con virus linfotrópico de células T tipo I o tipo II.

Diez pasos para una lactancia exitosa

1. Tener una política por escrito sobre la lactancia, que se comunique rutinariamente a todo el personal responsable del cuidado de la salud.

2. Capacitar a todo el personal de salud en las técnicas necesarias para llevar a cabo esta política.

3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y manejo de la lactancia.

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora del nacimiento.

5. Mostrar a las madres cómo se amamanta y cómo se mantiene la lactancia aunque estén separadas de sus niños.

6. No suministrar a los recién nacidos alimentos o bebidas diferentes a la leche materna, a menos que estén indicados médicamente. (El hospital deberá pagar el precio justo del mercado para todos los productos alimenticios para bebés que sean utilizados, así como no podrá aceptar fórmula o productos gratuitos o con descuentos significativos).

7. Practicar alojamiento conjunto - permitir que las madres y los niños permanezcan en la misma habitación - durante 24 horas al día.

8. Fomentar la lactancia a libre demanda.

9. No suministrar tetinas o chupones artificiales (también llamados chupetes) a aquellos niños que se están amamantando.

10. Promover la conformación de grupos de apoyo a la lactancia y referir a las madres a estos grupos cuando salgan del hospital o clínica de salud.

Otras políticas relacionadas

◦ Política #

◦ Otras referencias/recursos (32-35)

Iniciado por

Haga una lista de los nombres apropiados, departamentos.

Departamentos participantes

Haga una lista de todos los departamentos que contribuyeron al desarrollo de la política.

Necesidades de Investigación

El cambio en el ámbito hospitalario es difícil. Una política hospitalaria de lactancia materna que sea comunicada de manera clara al personal de maternidad puede ser un paso clave en el proceso de cambio para apoyar a las diadas de lactancia. Rosenberg et al (36) reportó que la presencia de una política por escrito de lactancia estaba asociada de manera independiente con un aumento significativo en la tasa de lactancia.

Algunas prácticas de maternidad como los 10 pasos para una lactancia exitosa y el marco de la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre de la OMS/UNICEF, han mostrado incidir en los resultados de la lactancia. En el análisis del Estudio de las Prácticas de Alimentación del Lactante II (IFPS II por sus siglas en inglés) se encontró que era 13 veces más probable que las mujeres que no experimentaron ninguno de los pasos dejaran de amamantar tempranamente, comparado con las mujeres que experimentaron al menos 6 pasos. Además, entre más pasos se practicaran, mayores la duración y exclusividad de la lactancia a los 2 meses (37). Debido a que solo el 8% de mujeres encuestadas en el IFPS II reportaron haber experimentado los 6 pasos de los esfuerzos medidos Amigables al Niño y a la Madre, hace falta mucho trabajo por hacer.

Recomendaciones para futuras investigaciones:

1.- ¿Cuáles son las estrategias más efectivas para implementar las prácticas Amigables al Niño y a la Madre en el entorno hospitalario?

2.- ¿Cuál es la mejor manera de valorar el apego del personal a las políticas de lactancia del hospital?

3.- ¿Cuáles son los efectos de prácticas adicionales, que no están incluidas en los 10 Pasos originalmente, en el inicio y duración de la lactancia?

Agradecimientos

Este trabajo fue apoyado en parte por una beca de la Oficina de Salud Materno-Infantil del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. La traducción al español recibió el generoso patrocinio de la Fundación W.K. Kellog.

Referencias

1. U.S. Department of Health and Human Services. HHS Blueprint for Action on Breastfeeding. Office on Women's Health, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC, 2000.
2. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496–506.
3. Queenan JT, ed. ACOG Educational Bulletin Number 258. Breastfeeding: Maternal and Infant Aspects. Committees on Health Care for Underserved Women and Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC, July 2000, pp. 1–16.
4. AAFP Breastfeeding Advisory Committee. Family Physicians Supporting Breastfeeding: Breastfeeding Position Paper 2008. www.aafp.org/online/en/home/policy/policie

[s/b/breastfeedingpositionpaper.html](http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policie/s/b/breastfeedingpositionpaper.html) (accessed January 27, 2010).

5. 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 Gynecol Obstet* 1990; 31(Suppl 1): 171–183.

6. Academy of Breastfeeding Medicine Board of Directors. Position on breastfeeding. *Breastfeed Med* 2008;3:267–270.

7. WHO/UNICEF meeting on infant and young child feeding. *J Nurse Midwifery* 1980;25:31–38.

8. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. UNICEF, New York, 1990.

9. World Health Organization, United Nations Children's Fund, Academy of Breastfeeding Medicine Board of Directors. Celebrating Innocenti 1990–2005: Achievements, Challenges and Future Imperatives. World Alliance for Breastfeeding Action. www.innocenti15.net/index.htm (accessed March 24, 2010).

10. United Nations Children's Fund, World Health Organization. Section 1. In: Baby Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. World Health Organization, UNICEF and Wellstart International, Geneva, 2009.

11. Declercq E, Labbok MH, Sakala C, et al. Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *Am J Public Health* 2009;99:929–935.

12. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do babyfriendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005;116:e702–e708.

13. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical protocol number #19: Breastfeeding promotion in the

prenatal setting. *Breastfeed Med* 2009;4:43–45.

14. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. 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.

15. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skinto-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: A prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91:1301–1306.

16. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336:1105–1107.

17. Eidelman AI, Hoffmann NW, Kaitz M. Cognitive deficits in women after childbirth. *Obstet Gynecol* 1993;81:764–767.

18. 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.

19. Howard CR, de Blicke EA, ten Hoopen CB, et al. Physiologic stability of newborns during cup- and bottle-feeding. *Pediatrics* 1999;104:1204–1207.

20. Marinelli KA, Burke GS, Dodd VL. A comparison of the safety of cup feedings and bottle feedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *J Perinatol* 2001; 21:350–355.

21. Gray L, Miller LW, Philipp BL, et al. Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2002;109:590–593.

22. Wight N, Marinelli KA, Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #1: Guidelines for glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in breastfed neonates revision June, 2006. *Breastfeed Med* 2006;1:178–184.

23. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #2 (2007 revision): Guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn

and mother: “The going home protocol.” *Breastfeed Med* 2007; 2:158–165.

24. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. *Breastfeeding Handbook for Physicians*. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2006.

25. World Health Organization, UNICEF. *Acceptable Medical Reasons for the Use of Breast-Milk Substitutes*. World Health Organization, Geneva, 2009.

26. World Health Organization. *HIV and Infant Feeding*. 2007 http://www.who.int/hiv/pub/mtct/infant_feeding/en/index.html (accessed June 8, 2010).

27. Hale TW. *Medications and Mothers’ Milk*, 13th ed. Hale Publishing, Amarillo, TX, 2008.

28. US National Library of Medicine. TOXNET: Toxicology Data Network. Drugs and Data Base (LactMed). toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT (accessed January 27, 2010).

29. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 6th ed. Mosby, Philadelphia, 2005.

30. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation*, 8th ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 2009.

31. Committee on Drugs, The American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001;108:776–789.

32. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. *Sample Hospital Breastfeeding Policy for Newborns*, 2009. www.aap.org/bookstore (accessed January 27, 2010).

33. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term revision, June 2008. *Breastfeed Med* 2008;3:129–132.

34. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 (prepared by Tufts- New England Medical Center Evidence-Based Practice Center, under contract no. 290-02-0022). AHRQ Publication number 07-E007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2007.
35. American Academy of Pediatrics. Redbook: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases, 28th ed. American Academy of Pediatrics, Elk Grove, IL, 2009.
36. Rosenberg KD, Stull JD, Adler MR, et al. Impact of hospital policies on breastfeeding outcomes. *Breastfeed Med* 2008; 3:110–116.
37. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008; 122(Suppl 2):S43–S49.

Los protocolos de la ABM expiran 5 años posteriores a su publicación. Se realizan revisiones basadas en evidencia cada 5 años o antes si hay cambios significativos en la evidencia.

Colaboración

*Barbara L. Philipp, M.D., FABM

Comité del Protocolo

Maya Bunik, M.D., MSPH, FABM

Caroline J. Chantry, M.D., FABM, Co-Chairperson

Cynthia R. Howard, M.D., MPH, FABM, Co-Chairperson

Ruth A. Lawrence, M.D., FABM

Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM, Co-Chairperson

Lawrence Noble, M.D., FABM, Translations Chairperson

Nancy G. Powers, M.D., FABM

Julie Scott Taylor, M.D., M.Sc., FABM

* Autora principal

Traducción al español (Marzo del 2011)
Diana Bueno Gutiérrez, MD, MS
Jeanette Panchula, RN, PHN, IBCLC

Correspondencia: abm@bfmd.org