



Septiembre de 2003

Guía de buenas prácticas en enfermería

Cómo enfocar el futuro de la enfermería

Lactancia materna

Guía de buenas prácticas en enfermería





***Saludo de Doris Grinspun
Directora ejecutiva
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario***

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses Association of Ontario, en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer esta Guía de buenas prácticas en enfermería. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la entrega y excelente servicio que las enfermeras ofrecemos en nuestra labor cotidiana.

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen posible la iniciativa de RNAO de una Guía de buenas prácticas en enfermería (NBPG, según sus siglas en inglés). El Ministerio de

Sanidad y Atención a Crónicos de Ontario ha reconocido la capacidad de la RNAO para liderar el desarrollo de este programa, y ofrece para ello su financiación plurianual. La Directora del programa NBPG, Irmajean Bajnok RN, PhD y la Directora asociada, Heather McConell RN, MScN, junto con su equipo de expertos, están sacando el programa adelante con determinación y proyectándolo más lejos de lo que en principio cabía esperar. La comunidad de enfermeras, con su compromiso y dedicación a la excelencia en el trabajo, aporta sus conocimientos e incontables horas de esfuerzo para la creación y evaluación de cada una de las Guías. Los responsables de la contratación han respondido con entusiasmo a la solicitud de ofertas y están realizando pruebas piloto de las Guías en sus organizaciones.

Ahora es el momento de la prueba definitiva: ¿Utilizarán las enfermeras las Guías en su labor cotidiana?

El uso eficaz de estas Guías requiere el esfuerzo conjunto de cuatro grupos profesionales: las propias enfermeras, otros colegas del sector sanitario, los responsables de formación en el ámbito académico o laboral y los responsables de la contratación. Tras haber asimilado estas Guías, las enfermeras experimentadas y estudiantes de enfermería, precisan un entorno laboral de apoyo para poder aplicarlas a la vida real.

Es nuestro deseo que estas y otras Guías se compartan con los miembros del equipo multidisciplinar. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos, podemos asegurarnos de que los ciudadanos de Ontario reciban la mejor atención posible siempre que traten con nosotros. Hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de nuestro esfuerzo.

La RNAO continuará trabajando con ahínco en el desarrollo y la evaluación de futuras Guías. ¡Que la puesta en marcha se desarrolle con éxito!

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD (candidate)

Directora ejecutiva
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)



Saludo de Teresa Moreno Casbas, Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III de España

La Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de Buenas Prácticas en Enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

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

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

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

"La traducción de estos documentos ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, coordinada por el Centro Colaborador Español del JBI para los cuidados de salud basados en la evidencia perteneciente a la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)".

A handwritten signature in blue ink that reads "Teresa Moreno".

Directora de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)
Instituto Carlos III de España.
Madrid Enero 2011



Cómo utilizar este documento

Esta Guía de buenas prácticas en enfermería es un documento exhaustivo que ofrece los recursos necesarios para la práctica de la enfermería basada en la evidencia. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución o del entorno / instalaciones, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Las Guías no deben aplicarse de forma literal, sino emplearse como una herramienta útil para la toma de decisiones sobre atención personalizada del paciente, así como para garantizar que se dispone de las estructuras y respaldos adecuados para prestar el mejor servicio posible.

Las enfermeras, otros profesionales sanitarios y los administradores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica, hallarán este documento útil de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas educativos, herramientas de documentación y evaluación. Se recomienda que las Guías se utilicen como una herramienta útil. No es necesario, ni práctico, que cada enfermera tenga un ejemplar de la Guía completa. Las enfermeras que proporcionan atención directa al paciente, podrán revisar las recomendaciones, las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones y el proceso utilizado para el desarrollo de las Guías. No obstante, se recomienda encarecidamente que los entornos / instalaciones adapten el formato de estas Guías, de manera que su uso cotidiano resulte cómodo para el usuario. Esta Guía cuenta con sugerencias de formato para llevar a cabo dicha adaptación a nivel local.



Las instituciones que deseen utilizar esta Guía podrán:

- Evaluar las actuales prácticas de enfermería y cuidados sanitarios mediante las recomendaciones de la Guía.
- Identificar las recomendaciones que se ocupan de las necesidades o lagunas identificadas en los servicios actuales.
- Desarrollar de manera sistemática un plan para la implantación de las recomendaciones mediante el uso de herramientas y recursos asociados.

La RNAO está interesada en conocer la aplicación práctica que se da a esta Guía. Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia. Mediante la página web de la RNAO, tanto instituciones como particulares podrán acceder a los recursos necesarios para la implantación de la Guía de mejores prácticas.

Miembros del equipo de desarrollo de las Guías

Monique Stewart, RN, BNSc, MN

Team Leader

Program Development Officer

City of Ottawa Public Health

& Long Term Care Branch

Community Medicine & Epidemiology Unit

Ottawa, Ontario

Gwen Bennett, RN, BAAN

Public Health Nurse

Simcoe County District Health Unit

Barrie, Ontario

Anne-Marie Desjardins, RN, MScN, IBCLC

Private Practice

Toronto, Ontario

Sandy Dunn, RN, BNSc, MEd, IBCLC

Perinatal Partnership Program

of Eastern and Southeastern Ontario

Ottawa, Ontario

Maureen Kennedy, RN, BScN, IBCLC

Public Health Nurse

City of Ottawa Community Services Healthy

Babies, Healthy Children Program

Ottawa, Ontario

Lorna Larsen, RN, BScN

Manager, Health Promotion Oxford County

Board of Health Woodstock, Ontario

Denna Leach, RN, BScN, BEd

*Public Health Nurse Grey Bruce Health Unit
Owen Sound, Ontario*

Tammy McBride, RN, BScN, IBCLC

Saint Elizabeth Health Care Toronto, Ontario

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)

Facilitator – Project Manager

*Nursing Best Practice Guidelines Project
Registered Nurses Association of Ontario Toronto,
Ontario*

Joyce Ridge, RN, MN, PNC(C), IBCLC

*Clinical Nurse Specialist Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario*

Laura Samaras, RN

Lactation Consultant

St. Joseph's Health Centre

Toronto, Ontario

Judy Sheeshka, PhD, RD

Associate Professor

Department of Family Relations

*& Applied Nutrition University of Guelph Guelph,
Ontario*





Guías de buenas prácticas en enfermería para lactancia materna

Equipo de proyecto:

Tazim Virani, RN, MScN
Project Director

3

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)
Project Manager

Josephine Santos, RN, MN
Project Coordinator

Myrna Mason, RN, MN, GNC(c)
Coordinator – Best Practice Champions Network

Carrie Scott
Administrative Assistant

Elaine Gergolas, BA
Project Coordinator –
Advanced Clinical/Practice Fellowships

Keith Powell, BA, AIT
Web Editor

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario
Proyecto de Guías de buenas prácticas en enfermería
111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario M5H 2G4
Página Web: www.rnao.org/bestpractices



Miembros del equipo de traducción de las Guías

Coordinación

Maria Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora científica

Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España.

Esther Gónzález María, RN, MSc, PhD candidate

Coordinadora científica

Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia.

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Coordinadora técnica

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España.

Equipo de traducción

Marta López González

Coordinadora de traducción

*Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II*

María Nebreda Represa

Coordinadora de traducción

*Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad de Valladolid*

Paula García Manchón

Traductora responsable de proyectos

*Licenciada en Traducción e Interpretación.
Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II*

Juan Diego López García

Traductor responsable de proyectos

*Ldo. en Traducción e Interpretación
Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y Universidad de Granada*

Colaboración externa de traducción

Elena Morán López

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de
Madrid, España

Clara Isabel Ruiz Ábalo

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de
Madrid, España

Jaime Bonet

Ldo. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid
España

Carmen Martínez Pérez-Herrera

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de
Madrid, España)

Francisco Paredes Maldonado

Ldo. en Lenguas extranjeras
aplicadas y traducción
Universidad de Orléans (Francia)

Aimón Sánchez

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

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

Inés Castilla

Enfermera Especialista en
Obstetricia y Ginecología (Matrona)

Pilar Mesa, DUE

Facultad de Enfermería,
Universidad de Córdoba, España

Juan Carlos Fernández

Fisioterapeuta
Universitat de les
Illes Balear, España



Grupo de revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investénscii. Instituto Carlos III, Madrid, España.

Pablo Uriel Latorre, DUE

*Enfermero de Investigación Clínica
Complexo Hospitalario Universitario
A Coruña, España*

6

Montserrat Gea Sánchez,
DUE, PhD candidate

Hospital de Santa María. Gestió de Serveis Sanitaris. Lleida, España

Ana Craviotto Vallejo, DUE

*Hospital Universitario Doce de Octubre,
Madrid, España*

Raquel Sánchez, DUE

*Hospital Universitario de Getafe, Madrid,
España*

Iosune Salinas

*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears, España*

Agradecimientos

Se ha solicitado la opinión de colaboradores con diferentes perspectivas, y desde la RNAO queremos agradecer su trabajo en la revisión y optimización de esta Guía.

Vicki Bassett, RN, BNSc, MEd, IBCLC
Clinical Nurse Educator – Obstetrics and
Gynecology Ottawa Hospital/Civic Campus
Ottawa, Ontario

Micheline Beaudry, PhD
Professeure Titulaire Département des Sciences
des Aliments et de Nutrition Université Laval
Québec City, Québec

Pam Carr, RN, BScN, MSc
Director, Family Health
Healthy Babies, Healthy Children
Kingston, Frontenac and Lennox
& Addington Health Unit Kingston, Ontario

Angela Finkel, RN, MScN, IBCLC
Maternal-Newborn Clinical Consultant Saint
Elizabeth Health Care
Markham, Ontario

Joan Fisher, RN, BN, MEd, IBCLC
Independent Practice
Ottawa, Ontario

Peggy Govers, RN, MScN
Manager, Reproductive and
Child Health Team
Simcoe County Health Unit
Barrie, Ontario

Lilly Hsu
Consumer Markham,
Ontario

Raylene MacLeod, RN
Nurse Clinician
Mother Baby Unit
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

Susan Moxley, RN, BScN, MEd, IBCLC
Independent Consultant
Ottawa, Ontario

Dr. J. Newman, MD, FRCPC
Pediatrician
Toronto, Ontario

Debbie O'Brien, RN
Obstetrics
Temiskaming Hospital
New Liskeard, Ontario

Jennifer Pennock
Consumer
Ottawa, Ontario

Deanna Rattmann, RPN, IBCLC

Private Practice
Burlington, Ontario

**Janice Riordan, EdD, ARNP, IBCLC,
FAAN**

Associate Professor
Maternal-Child, Women's Health
Wichita State University, School of Nursing
Wichita, Kansas

Pat Ripmeester, RN, BScN, IBCLC

Coordinator, Health Promotion
& Clinical Services
Renfrew County & District Health Unit
Pembroke, Ontario

Cathy Rush, RN

Staff Nurse
Postpartum Combined Care Unit
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

Jean Samuel, RN, BScN, IBCLC

Toronto Public Health Department
Toronto, Ontario

Brenda Scott, RN, IBCLC

Breast Feeding Support Clinic
Grey Bruce Health Services
Owen Sound, Ontario

Hilda Swirsky, RN, BScN, MEd

Antepartum/Postpartum Unit
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

Diana Warfield, RN, IBCLC

Somerset West Community
Health Centre
Ottawa, Ontario

Connie Wowk, PHN, BNSc, IBCLC

Public Health Nurse & Lactation
Consultant
Family Health Team
Kingston, Frontenac and Lennox &
Addington Health Unit
Kingston, Ontario

Pam Wright, RN

Staff Nurse
Postpartum Combined Care Unit
Mount Sinai Hospital
Toronto, Ontario

Donna Zukiwski, RPN, IBCLC

Lactation Consultants Association of
Southern Ontario
Burlington, Ontario

St. Elizabeth Health Care

Home Health Care Focus Group

Toronto, Ontario
Sharon Crossan, RN, IBCLC
Sharon Cunningham, RN Mary Harling,
RN
Louise Murray, RN, BScN
Chrysta Nagy-Farberman, RN, BScN,
IBCLC
Annette Neill, RN
Joan Turnbull, RN, IBCLC

Asimismo, la RNAO quiere agradecer
su participación en la prueba piloto de
esta Guía a las siguientes instituciones
de Sudbury, Ontario:

Family Child Program

St. Joseph's Health Centre Site

Hôpital Régional Sudbury Regional
Hospital

Family Health Team

Sudbury and District Health Unit

La RNAO desea expresar su más sincero agradecimiento por la capacidad de liderazgo y dedicación de los investigadores que han dirigido la fase de evaluación del Proyecto NBPG. El equipo de evaluación está formado por:

Investigadores principales:

Nancy Edwards, RN, PhD

Barbara Davies, RN, PhD

University of Ottawa

Equipo de evaluación:

Maureen Dobbins, RN, PhD

Jenny Ploeg, RN, PhD

Jennifer Skelly, RN, PhD

McMaster University

Patricia Griffin, RN, PhD

University of Ottawa

Personal del proyecto:

University of Ottawa

Barbara Helliwell, BA(Hons); Marilynn Kuhn, MHA; Diana Ehlers, MA(SW), MA(Dem); Christy-Ann Drouin, BBA; Sabrina Farmer, BA; Mandy Fisher, BN, MSc(cand); Lian Kitts, RN; Elana Ptack, BA

9

Información de contacto:

Registered Nurses Association of Ontario

Nursing Best Practice Guidelines Project
111 Richmond Street West, Suite 1208
Toronto, Ontario
M5H 2G4

Registered Nurses Association of Ontario

Head Office
438 University Avenue, Suite 1600
Toronto, Ontario
M5G 2K8



Guía de buenas prácticas para lactancia materna

Guías para enfermeras

Aviso de responsabilidad

Estas Guías se ocupan únicamente de la práctica de la enfermería, y no tienen en cuenta la dimensión económica. El uso de las Guías no es obligatorio para las enfermeras, y debe ser flexible para poder adaptarse a las preferencias del paciente y la familia, así como a sus circunstancias particulares. Estas guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. A pesar del esfuerzo realizado para asegurar la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, ni los autores de la Guía ni la RNAO garantizan la exactitud de la información recogida en ella, y tampoco asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, daños, lesiones o gastos que se deriven de errores u omisiones en su contenido. Cualquier referencia a productos farmacéuticos específicos que se realice en estos documentos no implica promoción alguna de los mismos.

10

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su copia / reproducción, el resto del documento puede ser producido, reproducido y publicado en su totalidad (en cualquier formato, incluido el electrónico), únicamente para fines educativos y no comerciales, sin el permiso o consentimiento previo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), siempre que en la Guía reproducida aparezca la siguiente acreditación:

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2003). Guías de buenas prácticas en enfermería para lactancia materna. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

Acerca de la traducción

Para realizar la versión española de las Guías de la RNAO se ha contado con la coordinación técnica de un equipo de traductores especializados, licenciados en Traducción e Interpretación, con años de experiencia en el campo de la salud, con los conocimientos culturales y lingüísticos necesarios y todos ellos con el español como lengua materna. A su vez, la revisión ha corrido a cargo de profesionales del cuidado experimentados y conocedores de ambas culturas, y dicha revisión ha sido evaluada de forma independiente. Durante el proceso se han utilizado las más modernas herramientas informáticas de asistencia a la traducción a fin de garantizar la coherencia conceptual y terminológica. Asimismo, se ha realizado la adaptación cultural de los contenidos pertinentes para reflejar la realidad de los países hispanohablantes. Así podemos garantizar una traducción precisa y fluida que cumple los objetivos fijados en la cultura de destino.



Índice de contenidos

Resumen de recomendaciones	13
Interpretación de la evidencia	17
Responsabilidad en el desarrollo de la Guía	18
Objetivos y ámbito de aplicación	18
Proceso de desarrollo de la Guía	20
Definiciones	22
Antecedentes	26
Recomendaciones para la práctica	32
Recomendaciones para la formación	54
Recomendaciones para la organización y directrices	57
Evaluación y seguimiento	58
Implantación	59
Proceso de actualización y revisión de la Guía	61
Referencias bibliográficas	62
Bibliografía	71

Anexo A: Estrategia de búsqueda de la evidencia existente	74
Anexo B: Iniciativa IHAN®	79
Anexo C: Fomento de acciones comunitarias	86
Anexo D: Herramienta de evaluación prenatal	87
Anexo E: Herramienta de evaluación posparto	89
Anexo F: Posturas para la lactancia	91
Anexo G: Agarre al pecho, transferencia de leche y lactancia materna eficaz	93
Anexo H: Árbol de decisión del posparto inmediato	96
Anexo I: Recursos de formación sobre lactancia materna	97
Anexo J: Servicios de apoyo a la lactancia materna	102
Anexo K: Herramientas de evaluación del alta	103
Anexo L: Directrices de la Sociedad Pediátrica de Canadá (Canadian Paediatric Society) para facilitar el alta después de un parto normal a término	108
Anexo M: Ejercicios de práctica reflexiva	111
Anexo N: Cursos de lactancia materna a través de Internet	113
Anexo O: Acreditación de la Iniciativa IHAN®	115
Anexo P: Descripción de la Herramienta	122

Resumen de recomendaciones

Recomendaciones para la práctica	RECOMENDACIÓN	*NIVEL DE EVIDENCIA
	1 Las enfermeras respaldan la Iniciativa IHAN, lanzada conjuntamente en 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La IHAN indica a los centros de asistencia sanitaria cómo cumplir los “10 pasos para una lactancia feliz”.	III
	1.1 Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la promoción de un entorno que favorezca la lactancia materna: <ul style="list-style-type: none"> ■ Solicitando centros y sistemas de apoyo como guarderías, zonas específicas habilitadas para la lactancia materna, áreas de lactancia en lugares públicos, ayudas disponibles las 24 horas para las familias que experimenten dificultades con la lactancia materna. ■ Promoviendo acciones comunitarias para el apoyo de la lactancia materna. 	III
	2 Las enfermeras y los centros de atención sanitaria respaldan la recomendación de la OMS de mantener la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses y, a partir de entonces, combinar la lactancia materna con la introducción de alimentos complementarios hasta los 2 años o más.	I
	3 Las enfermeras realizarán una evaluación integral de la madre, el bebé y la familia respecto al tema de la lactancia materna, tanto de forma prenatal como en el posparto, para facilitar la intervención y el desarrollo de un plan de lactancia materna.	III
	3.1 La evaluación prenatal debe incluir los siguientes aspectos principales: <ul style="list-style-type: none"> ■ Variables personales y demográficas que puedan influir en las tasas de lactancia materna. ■ Intención de amamantar. ■ Acceso a apoyos para la lactancia materna, incluyendo allegados y mediadores. ■ Actitud acerca de la lactancia materna de los profesionales de atención sanitaria, allegados y mediadores. ■ Factores físicos, incluyendo los pechos y los pezones, que puedan afectar a la capacidad de amamantar. 	III

*En la página 14 se pueden consultar los detalles acerca de la interpretación de la evidencia

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
Recomendaciones para la práctica (cont.)	<p>3.2 La evaluación posparto debe incluir los siguientes aspectos principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Medicación intraparto. ■ Nivel de molestias físicas de la madre. ■ Observación de la postura, del agarre al pecho y de la succión. ■ Señales de transferencia de leche. ■ Capacidad de los padres para identificar las señales de hambre del lactante. ■ Interacción entre la madre y el lactante y respuesta de la madre a las señales de hambre del lactante. ■ Capacidad de la madre para identificar las señales de satisfacción o saciedad del lactante. ■ Capacidad de la madre para identificar a personas allegadas que estén disponibles y que apoyen su decisión de amamantar. ■ Experiencia durante el parto. ■ Evaluación física del lactante.
	<p>3.3 Se recomienda que los centros de atención sanitaria desarrollen, adopten o adapten herramientas que abarquen los componentes principales de la evaluación y que cubran sus necesidades específicas locales.</p>
	<p>4 Las enfermeras proporcionarán educación a las parejas en edad fértil, madres embarazadas, parejas y familias, y les ayudarán a tomar decisiones informadas acerca de la lactancia materna. La educación deberá incluir, como mínimo, información acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Beneficios de la lactancia materna (Nivel I). ■ Estilo de vida (Nivel III). ■ Producción de leche (Nivel III). ■ Posturas para la lactancia materna (Nivel III). ■ Agarre al pecho y transferencia de leche (Nivel II-2). ■ Prevención y solución de problemas (Nivel III). ■ Intervenciones médicas (Nivel III). ■ Cuándo pedir ayuda (Nivel III):y ■ Dónde conseguir información y recursos adicionales (Nivel III).
	<p>5 Las clases de educación sanitaria informales, en grupos pequeños, durante el periodo prenatal, tienen un mejor impacto en la iniciación a la lactancia materna que la literatura sobre lactancia por sí sola o combinada con métodos de formación formales y no interactivos.</p>

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
Recomendaciones para la práctica (cont.)	<p>5.1 Deberá incluirse una evaluación de los programas educativos para valorar la eficacia de las clases prenatales de lactancia materna.</p> <p>6 Las enfermeras llevarán a cabo una evaluación integral de la madre y el bebé en lo concerniente a la lactancia materna antes del alta médica.</p> <p>6.1 Si la madre y el bebé reciben el alta en las 48 horas posteriores al parto, deberá haber una evaluación de seguimiento, cara a cara, dentro de las 48 horas posteriores al alta realizada por un profesional de atención sanitaria cualificado, como una enfermera de atención primaria o una enfermera especializada en cuidados maternoinfantiles.</p> <p>6.2 El alta de la madre y el bebé en las 48 h posteriores al parto deberá acompañarse de una llamada telefónica dentro de las 48 horas posteriores al alta médica.</p> <p>7 Las enfermeras con experiencia y conocimientos sobre lactancia materna deberán proporcionar apoyo a las madres. Dicho apoyo deberá establecerse durante el periodo prenatal, continuar durante el periodo puerperal y debería consistir en contacto directo, cara a cara.</p> <p>7.1 Las instituciones deberán considerar la posibilidad de establecer y respaldar programas de mediación, solos o en combinación con sesiones individuales impartidas por profesionales sanitarios tanto durante el periodo prenatal como en el puerperal.</p>	II-2 III III III
Recomendaciones para la formación	8 Las enfermeras que proporcionen apoyo a la lactancia materna deberán recibir obligatoriamente formación en lactancia, para desarrollar los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para implantar las directrices sobre lactancia materna y prestar su apoyo a las madres lactantes.	II-2
Recomendaciones para la organización y directrices	<p>9 Los centros de atención sanitaria han de revisar sus programas educativos sobre lactancia materna para el público, y realizar los cambios oportunos según las recomendaciones de esta Guía de buenas prácticas.</p> <p>10 Las instituciones y centros de atención sanitaria deberán aspirar a recibir la acreditación de la IHAN.</p>	III III

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
<p>Recomendaciones para la organización y directrices (cont)</p>	<p>11 Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existe una planificación, unos recursos y medios precisos así como el respaldo administrativo e institucional adecuados.</p> <p>Las instituciones podrán desarrollar un plan de implantación que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluación de la preparación institucional y los obstáculos para la formación. ■ Participación de todos los miembros (tengan función de apoyo directo o indirecto) que contribuirán al proceso de implantación. ■ Dedicación de un individuo cualificado para proporcionar el apoyo necesario a los procesos de formación e implantación. ■ Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas. ■ Oportunidades para reflexionar acerca de la experiencia personal e institucional a la hora de implantar las Guías. <p>Para este propósito, la RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores) ha desarrollado la “<i>Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica</i>”, sobre la base de las evidencias disponibles, perspectivas teóricas y consenso. Recomendamos el uso de esta Herramienta para dirigir la implantación de la <i>Guía de buenas prácticas en enfermería para la lactancia materna de la RNAO</i>.</p> 

Interpretación de la evidencia

La Asociación de Enfermeras de Salud de la Mujer, Neonatología y Obstetricia (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, en lo sucesivo AWHONN por sus siglas en inglés) (AWHONN, 2000) empleó el marco de la *guía de servicios clínicos preventivos (Guide to Clinical Preventive Services) de los Servicios Preventivos estadounidenses (U.S. Preventive Services Task Force)* (1996) como modelo para describir la calidad de la evidencia. Esta taxonomía, según la descripción de la AWHONN (2000), es la que se ha seleccionado para indicar el nivel de evidencia de las recomendaciones que se recogen en esta Guía.

NIVEL I	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado, aleatorizado, bien diseñado y el consenso del grupo de trabajo.
NIVEL II-1	Evidencia obtenida de ensayos clínicos controlados, bien diseñados, no aleatorizados y el consenso del grupo de trabajo.
NIVEL II-2	Evidencia obtenida de estudios de cohortes o caso-control, bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación y el consenso del grupo de trabajo.
NIVEL II-3	Evidencia obtenida de múltiples series temporales con o sin grupo de intervención. Evidencia obtenida de resultados sorprendentes obtenidos en ensayos no controlados (como el resultado de la introducción del tratamiento con penicilina en los años cuarenta), y consenso del grupo de trabajo.
NIVEL III	Evidencia obtenida de autoridades en la materia basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comisiones de expertos, además del consenso del grupo de trabajo.

Responsabilidad en el desarrollo de la Guía

La **RNAO**, con la financiación del Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos de Ontario (en lo sucesivo Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, por su nombre original en inglés), se ha embarcado en un proyecto plurianual de desarrollo, implantación piloto, evaluación y difusión de Guías de buenas prácticas en enfermería. En esta tercera fase del proyecto, una de las áreas relevantes es la lactancia materna. Esta Guía ha sido desarrollada por un equipo de enfermeras y otros profesionales sanitarios nombrado por la RNAO, que han llevado a cabo su labor independientemente de cualquier sesgo o influencia por parte del Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

18

Objetivos y ámbito de aplicación

El propósito de esta Guía es mejorar los resultados de lactancia materna en madres y en lactantes, ayudar a los profesionales sanitarios a utilizar la mejor investigación basada en la evidencia disponible para tomar decisiones clínicas, y promover el uso responsable de los recursos sanitarios. Además, se resaltarán las carencias de disponibilidad de prácticas basadas en la evidencia. Las enfermeras que trabajen en áreas de especialidad o con familias o lactantes con necesidades especiales (es decir, prematuros) necesitarán orientación adicional en su área específica, más allá de las Guías de práctica clínica.

Las Guías de buenas prácticas son declaraciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a los profesionales y los pacientes a tomar decisiones acerca de la atención sanitaria más adecuada (Field & Lohr, 1990). Esta Guía de buenas prácticas pretende proporcionar orientación para la práctica de la enfermería en todos los ámbitos del cuidado (institucional y comunitario) para la promoción de experiencias positivas y agradables en la lactancia materna. La promoción de la lactancia materna en el contexto del presente documento incluye los conceptos de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

Esta Guía centra sus recomendaciones en tres áreas: (1) Recomendaciones para la práctica dirigidas a las enfermeras. (2) Recomendaciones para la educación dirigidas a las competencias necesarias para la práctica. (3) Recomendaciones para la organización y directrices que reflejen la importancia de un entorno de prácticas propicio como factor fundamental para que la labor de enfermería pueda desarrollarse a gran nivel, lo que incluye una evaluación constante de la implantación de la Guía.

Esta Guía contiene recomendaciones para enfermeras universitarias (RN) y enfermeras con formación profesional (RNP). Aunque esta guía está dirigida a las enfermeras, el apoyo a la lactancia materna es una labor interdisciplinar que incluye a toda la comunidad. Muchos centros han formalizado equipos interdisciplinares, y el equipo de desarrollo de la Guía recomienda este tipo de estructura. La colaboración con el paciente en la evaluación y planificación es fundamental. Las recomendaciones que se recogen aquí son pautas para las enfermeras y deberían ayudar a los pacientes y sus familias a tomar decisiones informadas.

El equipo de desarrollo de la Guía está de acuerdo en que la lactancia materna es la mejor opción para el bebé, y este documento pretende identificar buenas prácticas en enfermería para el apoyo a la lactancia materna. Está reconocido que las competencias particulares de las enfermeras varían de forma individual, así como de acuerdo con su categoría profesional, y se basan en los conocimientos, habilidades, actitudes y criterio que van mejorando a lo largo del tiempo gracias a la experiencia y la formación. Se espera que cada enfermera lleve a cabo únicamente los aspectos del apoyo a la lactancia materna para los que ha adquirido la formación y experiencia necesarias. Además, se espera que las enfermeras consulten con otros profesionales en los casos en que las necesidades de cuidado del paciente superen sus capacidades individuales para actuar de forma independiente. Está reconocido que unos cuidados eficaces dependen de un enfoque interdisciplinar coordinado, que incorpore una comunicación constante entre los profesionales sanitarios y los pacientes; teniendo siempre en cuenta las preferencias personales y las necesidades específicas de cada paciente.



Proceso de desarrollo de la Guía

En Febrero de 2001, bajo el auspicio de la RNAO, se reunió a un equipo de enfermeras, investigadores y otros profesionales sanitarios de entornos institucionales, comunitarios y académicos con experiencia en la práctica e investigación para el apoyo a la lactancia materna. En primer lugar, el equipo debatió y llegó a un consenso acerca del alcance de la Guía de buenas prácticas. El ámbito de aplicación inicial establecido fueron las buenas prácticas para el apoyo a la lactancia materna desde la preconcepción hasta la reincorporación de la madre (posparto) a la escuela o el trabajo. Más adelante, se descubrió que este alcance era demasiado ambicioso. Por lo tanto, el grupo de trabajo redujo el ámbito de aplicación de la guía de buenas prácticas para centrarse en su carácter general; y se ocupó del grado de práctica necesario (desde el nivel básico de competencia hasta el de experto) de las enfermeras que trabajan con familias tanto en la etapa prenatal como en el puerperio.

20

Se analizó la literatura existente en busca de revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, páginas web y artículos relevantes. En el Anexo A se recoge un esquema detallado de la estrategia de búsqueda empleada.

Se identificaron 8 guías de práctica clínica relacionadas con la lactancia materna. El cribaje inicial se llevó a cabo de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión:

- Publicada en inglés.
- Desarrollada en 1996 o posteriormente.
- Centrada exclusivamente en el tema que nos ocupa.
- Basada en la evidencia (o documentación de evidencia).
- Accesible como documento completo.

Las 8 guías cumplían con dichos criterios y el equipo realizó una evaluación crítica de las mismas mediante el “Instrumento de Evaluación para Guías Clínicas” (Appraisal Instrument for Clinical Guidelines), una herramienta de Cluzeau et al. (1997). Esta herramienta permite la evaluación de 3 dimensiones clave: rigor, contenido y contexto; y aplicación. A partir de este proceso de evaluación crítica, se identificaron tres recursos de gran calidad que se emplearon como documentos fundacionales en el desarrollo de esta Guía:

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2000). *Evidence-based clinical practice guideline – Breastfeeding support: Prenatal care through the first year*. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. [Online]. Available: <http://www.awhonn.org>.

Canadian Institute of Child Health (1996). *National breastfeeding guidelines for health care providers*. Ottawa: Canadian Institute of Child Health.

World Health Organization (1998). *Child health and development – Evidence for ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: Family and Reproductive Health Division of Child Health and Development - World Health Organization.

Se llevó a cabo un análisis crítico de los artículos de la revisión sistemática y de la literatura pertinente para actualizar las Guías existentes. El borrador final del conjunto de recomendaciones se redactó tras un proceso de recopilación de la evidencia, síntesis y consenso. Este borrador se presentó a una serie de colaboradores externos para que ofrecieran su revisión y asesoramiento. Al comienzo de este documento se encuentran los agradecimientos a dichos revisores. Entre los colaboradores se encuentran representados varios grupos de profesionales sanitarios, pacientes y familias, así como diversas asociaciones profesionales. A los colaboradores externos se les plantearon preguntas específicas sobre las que aportar sus comentarios, así como la oportunidad de ofrecer su asesoramiento e impresiones generales respecto al tema. El equipo de desarrollo recopiló y revisó estos resultados, y tras un proceso de discusión y consenso se revisó el borrador final antes la prueba piloto.

El lugar de implantación piloto se identificó mediante un proceso de “Solicitud de Propuesta” (Request for Proposal, en lo sucesivo RFP por sus siglas en inglés). Se solicitó a los centros sanitarios de Ontario que presentaran una propuesta en caso de estar interesados en realizar una implantación piloto de las recomendaciones de la Guía. Estas propuestas se sometieron a un proceso de revisión, a partir del cual se identificaron los centros de atención sanitaria más adecuados. Se llevó a cabo una implantación piloto de nueve meses para probar y evaluar las recomendaciones en un hospital y en un centro de atención primaria de Sudbury, Ontario. Los agradecimientos a estas instituciones se incluyen al principio del presente documento. El equipo de desarrollo volvió a reunirse tras la implantación piloto para evaluar las experiencias en el lugar de implantación, sopesar los resultados de la evaluación y revisar la nueva literatura publicada desde la fase inicial del desarrollo. Todas estas fuentes de información se utilizaron para actualizar y revisar el documento antes de su publicación.

Definiciones

Alimentación complementaria: Cualquier alimento, fabricado o preparado, adecuado para complementar la leche materna o la lactancia artificial (fórmula o sucedáneos) cuando cualquiera de ellas resulte insuficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante. Dichos alimentos también reciben el nombre de “alimentos de destete” o “complementos de la leche materna” (OMS/UNICEF, 1981).

Apoyo a la lactancia materna: Ayuda y fomento de la lactancia materna, que consta de las siguientes categorías: (AWHONN, 2000).

Apoyo profesional: Ayuda y fomento de la lactancia materna que proporcionan los profesionales sanitarios. Dentro de estos profesionales se incluyen enfermeras universitarias y con formación profesional, matronas, enfermeras pediátricas, especialistas en lactancia (en el presente documento, se refiere a la certificación IBCLC), nutricionistas y médicos (AWHONN, 2000).

Apoyo personal: Ayuda y fomento de la lactancia materna que proporcionan los allegados, amigos y familiares, mediadores o grupos de apoyo (AWHONN, 2000).

Apoyo informal: Ayuda y recursos que proporcionan las personas relacionadas con la persona que recibe los cuidados. Dentro de las personas que proporcionan apoyo informal pueden podemos incluir: familiares, amigos, miembros de una comunidad religiosa o espiritual, vecinos, etc.

Autoeficacia: En lactancia materna, se refiere a la percepción de la madre de su capacidad de amamantar al bebé. Es una variable significativa en la duración de la lactancia materna, ya que predice si una madre elegirá dar de mamar o no; cuánto esfuerzo invertirá en ello; si desarrollará patrones de pensamiento de autosuperación o de autoderrota y su respuesta emocional a las dificultades de la lactancia (Blyth et al., 2002).

Colaborador: Individuo, grupo o institución con un interés particular en las decisiones y acciones de las instituciones; y que puede tratar de ejercer su influencia sobre las mismas (Baker et al, 1999). Entre los colaboradores se encuentran todos los particulares o grupos que se ven directa o indirectamente afectados por el cambio. Puede haber colaboradores de varios tipos, y se pueden dividir en opositores, partidarios y neutrales (Ontario Public Health Association, 1996).

Consenso: Proceso de toma de decisiones para elaborar directrices. No es un método para crear nuevos contenidos. En el mejor de los casos, la creación de consensos sólo permite hacer el mejor uso de la información disponible, se trate de datos científicos o de los conocimientos colectivos de los participantes (Black et al., 1999).

Familia: Cualquier persona que el paciente considere familiar suyo. Los familiares pueden incluir: padres, hijos, hermanos, vecinos y personas importantes de la comunidad.

Fórmula infantil: Véase “leche artificial”.

Guías de práctica clínica o Guías de buenas prácticas: Declaraciones desarrolladas de manera sistemática (basadas en la evidencia disponible) para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones acerca de la atención sanitaria más adecuada en circunstancias clínicas específicas (Field & Lohr, 1990).

Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños®* (IHAN): “La IHAN es un programa mundial, puesto en marcha por la OMS y UNICEF en 1991, en respuesta a la Declaración de Innocenti (1990). El programa promueve y reconoce a los hospitales y maternidades que ofrecen un nivel de cuidados óptimo para madres e hijos. Un hospital o maternidad IHAN® se centra en las necesidades de los recién nacidos y ayuda a las madres a dar a sus hijos el mejor comienzo posible en la vida. En un plano práctico, un hospital o maternidad IHAN® ayuda y anima a las mujeres a que inicien y continúen con éxito la lactancia materna de sus hijos, y recibe un reconocimiento especial por su labor en este campo. Más de 14.000 hospitales de todo el mundo han recibido la denominación IHAN® desde el comienzo del proyecto” (Breastfeeding Committee for Canada, 2003c). Hasta la fecha, dos hospitales canadienses: (el Hospital Brome-Missisquoi-Perkins en Cowansville, Quebec y el St. Joseph’s Healthcare en Hamilton, Ontario) han recibido esta acreditación (BCC, 2003c).

Iniciativa Amigos de los Niños®*: “En Canadá, el nombre Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños® (Baby-Friendly™ Hospital Initiative o BFHI) se ha adaptado a Iniciativa Amigos de los Niños® (Baby-Friendly™ Initiative o BFI) para reflejar la continuidad de los cuidados a las madres lactantes y a sus bebés fuera del entorno del hospital. Con el apoyo de un hospital IHAN®, y el respaldo de la sociedad a esta iniciativa, las madres tendrán la ayuda que necesitan por parte de toda la comunidad para garantizar el desarrollo completo y saludable de sus bebés”. (BCC, 2001a).

* En España se ha cambiado a: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)

Interdisciplinar: Proceso por el cual profesionales sanitarios expertos en varios ámbitos de la sanidad participan ofreciendo apoyo a las familias a lo largo de la experiencia de cuidados

Lactancia artificial: Proceso de alimentar mediante lactancia artificial (fórmula o sucedáneo de leche materna) a los lactantes, bien de forma exclusiva o como suplemento a la lactancia materna (Ministry of Health Manatu Hauora New Zealand, 1997).

Lactancia materna: Proceso por el cual el lactante recibe leche materna (AWHONN, 2000) del pecho.

Lactancia materna exclusiva: El lactante recibe únicamente leche materna y no otros suplementos, ni líquidos ni sólidos (AWHONN, 2000; Lawrence & Lawrence, 1999).

Lactancia materna parcial: El lactante recibe leche materna en algunas tomas y suplementos líquidos, como lactancia artificial (fórmula o sucedáneos) o agua con glucosa, en otras tomas (AWHONN, 2000).

Lactancia materna predominante: El lactante recibe leche materna como fuente principal de nutrición. También se permiten líquidos (agua y bebidas a base de agua, zumos de frutas, soluciones de rehidratación oral); fluidos rituales y gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos) (OMS, 1996).

Leche artificial: Cualquier alimento en estado líquido o en polvo destinado a ser utilizado como sustituto de la leche materna y como única fuente de nutrición de un lactante (Ministry of Health Manatu Hauora New Zealand, 1997). Cualquier alimento fabricado o descrito como sustituto total o parcial de la leche materna, sea o no adecuado para tal fin (OMS/UNICEF, 1981).



Mediadores: Normalmente, personas de la comunidad que han recibido formación para el apoyo y fomento de la lactancia materna. Los mediadores suelen trabajar bajo la supervisión de un especialista en lactancia u otro profesional sanitario.

Metaanálisis: Uso de métodos estadísticos para resumir los resultados de estudios independientes, lo que proporciona estimaciones más precisas de los efectos de los cuidados que los derivados de los estudios individuales incluidos en una revisión (Clarke & Oxman, 1999).

Muestras: Tamaños individuales o pequeñas cantidades de un producto que se entregan sin coste (Ministry of Health Manatu Hauora New Zealand, 1997).

Recomendaciones para la formación: Declaraciones de las necesidades de formación y planteamientos o estrategias de formación para la introducción, implantación y mantenimiento de la Guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la organización y directrices: Criterios sobre las condiciones necesarias en el ámbito de la práctica para el correcto desarrollo de la Guía de buenas prácticas. En gran medida, las condiciones necesarias para el funcionamiento adecuado son responsabilidad de la institución; aunque pueden surgir implicaciones a escala gubernamental o social derivadas de las directrices.

Recomendaciones para la práctica: Criterios de buenas prácticas dirigidos a la práctica de los profesionales sanitarios, y que en condiciones ideales están basadas en la evidencia. Criterios de buenas prácticas dirigidos a la práctica de los profesionales sanitarios, y que en condiciones ideales están basadas en la evidencia.

Revisión sistemática: Aplicación de un enfoque científico riguroso a la preparación de un artículo de revisión (National Health and Medical Research Council, 1998). Las revisiones sistemáticas indican si los efectos de los cuidados sanitarios son congruentes; si los resultados de las investigaciones pueden aplicarse a distintos grupos de población, entornos y con variaciones de tratamiento (por ejemplo, dosis); y si los efectos pueden variar de forma significativa. El uso de una metodología explícita y sistemática en las revisiones limita el sesgo (errores sistemáticos) y reduce los efectos del azar; lo que proporciona unos resultados más fiables sobre los que sacar conclusiones y tomar decisiones (Clarke & Oxman, 1999).

Sucedáneos de la leche materna: Véase “leche artificial”.

Antecedentes

La OMS (1998, 2002) recomienda que los lactantes reciban lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Durante las últimas dos décadas, la tasa de inicio de la lactancia materna en Canadá ha aumentado del 64% (1979) al 73% (1994). La tasa de lactancia materna exclusiva durante cuatro meses ha variado del 37% (1979) hasta el 60% (1994); en comparación, la tasa de lactancia materna exclusiva durante seis meses ha aumentado del 27% (1979) al 30% (1994) (Health Canada, 1996; Hogan, 2001).

Los beneficios de la lactancia materna, tanto para la madre como para el bebé están ampliamente investigados y documentados (AWHONN, 2000; CICH, 1996; Health Canada, 2000; Ministry of Health Manatu Hauora New Zealand, 1997; WHO, 1998). La leche materna contiene todas las sustancias y nutrientes necesarios para un crecimiento óptimo (Heinig, Nommsen, & Peerson, 1993; Humenick, 1987; Tyson, Burchfield, & Sentence, 1992; Woolridge, Ingram, & Baum, 1990). En concreto, la leche materna contiene ácidos grasos Omega-3: ácido docosahexaenoico (DHA) y ácido alfa-linolénico (ALA). Estos ácidos son fundamentales para el desarrollo de la retina y el cerebro en el último trimestre de la gestación y a lo largo del primer año de vida (Jorgensen, Holmer, Lund, Hernell & Michaelsen, 1998). La leche artificial disponible en Canadá no está enriquecida con ácidos grasos Omega-3; y los lactantes que reciben este alimento deben sintetizar sus propios ácidos DHA y ALA a partir de los precursores. Ensayos aleatorizados han demostrado que los neonatos a término que reciben lactancia materna tienen mejor agudeza visual que los lactantes que reciben lactancia artificial estándar a los dos y cuatro meses después del parto (Jorgensen et al., 1998; Makrides, Neumann, Simmer, Pater & Gibson, 1995).



En los países desarrollados, los estudios han demostrado que la lactancia materna protege contra las infecciones gastrointestinales y la otitis media (Beaudry, Dufour, Marcoux, 1995; Howie et al., 1990). Un informe del Servicio de Investigaciones Económicas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture's Economic Research Service) ha calculado que podrían ahorrarse 3.600 millones de dólares sólo en el tratamiento de la otitis media, la gastroenteritis y la enterocolitis necrotizante sólo si las tasas de lactancia materna en Estados Unidos cumplieran las recomendaciones actuales (Weimer, 2001).

La lactancia materna puede ofrecer cierta protección contra el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Un metaanálisis de 23 estudios indicó que la lactancia materna reducía a la mitad el riesgo de SMSL (McVea, Turner & Peppler, 2000). No obstante, los autores advierten que estos estudios contenían un gran número de ambigüedades, entre ellas: una clasificación errónea del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, datos imprecisos acerca de la duración de la lactancia materna (especialmente en la lactancia materna parcial), y falta de control de ciertos factores de confusión conocidos (como el nivel socioeconómico, la educación materna, la postura del lactante al dormir y la exposición pasiva al humo del tabaco). Por lo tanto, no se considera demostrada la relación directa con el efecto protector (Bernshaw, 1991; Ford, 1993; Kraus, Greenland & Bulterys, 1989; McVea et al., 2000). Para los lactantes con antecedentes familiares de alergias, la lactancia materna exclusiva durante cuatro meses parece tener un efecto protector (Burr et. al., 1993; Chandra, 1997; Lucas, Brooke, Morley & Bamford, 1990; Saarinen & Kajosaari, 1995). Sin embargo, la lactancia materna no parece reducir la incidencia de alergias en lactantes que no poseen antecedentes familiares (Lucus, et al., 1990). Hay puntos de vista enfrentados acerca de si la lactancia materna protege contra la diabetes mellitus insulinodependiente, si el efecto protector puede deberse al retraso en la introducción de la leche de vaca en la alimentación; o si la aparición de la diabetes mellitus insulinodependiente (véase Ellis & Atkinson, 1996 y Heinig, 1997 para la discusión de la evidencia). Los dentistas indican que la lactancia materna es fundamental para un desarrollo adecuado de la cavidad oral del lactante (Palmer, 1998).

En referencia a las madres, existe evidencia desigual a partir de estudios de casos y controles y de cohorte que muestran una relación inversa entre el amamantamiento y el riesgo de padecer cáncer de mama. Algunos estudios han sugerido que este efecto protector sólo se da en mujeres con cáncer premenopáusico; que la edad a la que una mujer da de mamar por primera vez puede ser un factor importante, y que la paridad y duración de la lactancia son también relevantes. Un estudio de casos y controles en China, donde la lactancia materna dura generalmente más tiempo que en Norteamérica, sugirió que las mujeres que amamantan a sus bebés durante 2 años presentan la mitad de riesgo de padecer cáncer de mama que las mujeres que sólo amamantan durante un periodo de entre 1 y 6 meses (Zheng et al., 2000). Además, se asoció la duración del periodo de lactancia materna con un riesgo mucho menor de cáncer de mama. Un estudio de casos y controles en Nueva York concluyó que la relación entre la lactancia materna y el riesgo de cáncer de mama era más débil (Freudenheim et al., 1997). Entre las mujeres posmenopáusicas, la lactancia materna ejerció un efecto protector si la mujer amamantó por primera vez antes de los 25 años de edad (aunque esto está muy relacionado con la edad del primer parto, y no está claro cuál es el factor más importante). Por el contrario, entre las mujeres premenopáusicas con cáncer de mama, la edad de la primera lactancia no fue importante. Dos estudios de cohortes no encontraron ninguna asociación entre la lactancia y el riesgo de cáncer de mama, mientras que en el estudio publicado más recientemente, se apreció que el riesgo de cáncer de mama era significativamente menor para las mujeres que habían amamantado alguna vez (Tryggvadottir, Tulinius, Eyfjord & Sigurvinsson, 2001).

Dentro de la literatura también se sugieren como posibles beneficios para la salud de las madres: un descenso de las fracturas de cadera tras la menopausia, un menor riesgo de padecer cáncer de ovario y un menor sangrado después del parto (Weimer, 2001). Es más, existe un gran número de investigaciones que indica que la lactancia materna tiene beneficios para la salud mental de las madres, como el sentimiento de unión con sus hijos recién nacidos; así como beneficios económicos (Montgomery & Splett, 1997). Es posible que haya otros efectos de la lactancia materna sobre la salud del bebé o de la madre; pero estas cuestiones no están bien respaldadas por la literatura de investigación, y no se incluyen en esta discusión.

La importancia de la lactancia materna en todo el mundo se ha traducido en importantes iniciativas mundiales, tales como la acción conjunta entre la OMS, UNICEF y la bien llamada “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia®” (IHAN). Otras de las iniciativas y acciones para la promoción de la lactancia materna incluyen: la “Declaración de Innocenti sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna” (1990) de la OMS/UNICEF, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, el Grupo de Trabajo sobre Crecimiento Infantil (1994) de la OMS, el documento “Protección, Promoción y Apoyo a la lactancia materna: El papel especial de los Servicios de Maternidad” (1989) de la OMS/UNICEF y campañas de promoción durante la Semana Mundial de la Lactancia Materna. En el Anexo A podrá encontrar una lista de posturas para la lactancia materna revisadas por el equipo de desarrollo de esta Guía.

Al abordar las recomendaciones sobre lactancia materna para las enfermeras, el equipo de atención sanitaria y los centros sanitarios, el equipo de desarrollo de la guía ha utilizado el documento marco presentado en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud (Ottawa Charter for health promotion) (OMS, 1986) como herramienta para estructurar el desarrollo de este documento. La Carta aborda cinco áreas clave: políticas públicas, entorno de apoyo, acción comunitaria, desarrollo de capacidades personales y reorientación de los servicios de salud. Los profesionales sanitarios deben abogar por una política pública saludable, solicitando cambios legislativos, medidas económicas y cambios en las creencias y prácticas institucionales. Para lograr estos cambios, los profesionales de la salud deben estar al corriente de los factores que facilitan o dificultan el desarrollo e implantación de las directrices. La salud depende de la interacción entre las personas y su entorno. Por lo tanto, para promover la salud, debemos examinar constantemente todos los factores que afectan a las condiciones de vida y al entorno de trabajo de las personas. La acción comunitaria es una estrategia fundamental para la promoción de la salud que implica la participación activa de la comunidad en la identificación de sus prioridades sanitarias, en la determinación de las estrategias adecuadas para hacer frente a las prioridades establecidas y en la implantación de dichas estrategias. Los profesionales sanitarios pueden mejorar las capacidades de la comunidad ofreciendo información y educación sanitaria pertinente y actualizada para que el público la pueda utilizar para tomar decisiones informadas sobre su salud. Todos los sectores sanitarios tienen la responsabilidad compartida en la promoción la salud de la comunidad en general mediante el uso de distintos canales (por ejemplo, el económico, político, social y ambiental). Los individuos, grupos comunitarios, instituciones sanitarias, profesionales sanitarios y los distintos niveles gubernamentales deben colaborar para desarrollar un sistema de atención sanitaria que contribuya a satisfacer las necesidades sanitarias de la comunidad (OMS, 1986).

Los profesionales sanitarios están utilizando diversas estrategias para aumentar el número de mujeres que amamantan. La lactancia materna depende de múltiples factores que se relacionan con la madre, el recién nacido y el entorno. Existen estudios que han demostrado que la mayoría de las mujeres toman la decisión acerca de la lactancia materna antes o durante el embarazo (Caulfield et al., 1998; Hills-Bonczyk, Avery, Savik, Potter & Duckett, 1993; Humphreys, Thompson & Miner, 1998; Janke, 1993; Leff, Schriefer, Hogan, & DeMarco, 1995; Wright, Bauer, Naylor, Sutcliffe & Clarke, 1998). La brevedad de la hospitalización posparto, (que se traduce en el alta de las madres antes de que la lactancia esté bien establecida) afecta al mantenimiento de la lactancia materna. En consecuencia, estas madres necesitan una asistencia más constante, experta e inmediata por parte de los profesionales sanitarios para ayudar con la lactancia materna (Caulfield et al., 1998; Hart, Bax & Jenkins, 1980; Houston, Howie, Cook & McNeilly, 1981; Humenick, Hill & Spiegelberg, 1998; Janke, 1993; Jenner, 1988; Leff et al., 1995; Morrow et al., 1999; Pugh & Milligan, 1998; Saunders & Carroll, 1988; Schafer, Vogel, Viegas & Hausafus, 1998; Sciacca, Dube, Phipps & Rafliff, 1995a; Serafino-Cross & Donovan, 1992; Wright et al., 1998). No obstante, existen opiniones encontradas en la literatura respecto al tiempo de estancia óptimo en el hospital tras el parto y su posterior impacto en la lactancia materna. En la literatura se han identificado algunas de las diversas estrategias para promover y apoyar la lactancia materna. Estas incluyen la educación prenatal y posparto, visitas a domicilio, asistencia telefónica, mediación e incentivos.

Varios estudios de investigación han identificado variables que influyen en la tasa de la lactancia materna. Algunas de estas variables son susceptibles de intervención, mientras que otras no pueden modificarse. Entre algunas de las variables no modificables se encuentran: raza, clase social, etnia, educación, estado civil, edad e historia anterior de lactancia materna, incluyendo si la madre recibió lactancia materna en su infancia. Las siguientes variables pueden responder a intervenciones: intención de amamantar, momento del primer amamantamiento, actitud y compromiso hacia la lactancia materna, ideología cultural, contacto con mujeres que amamantaron y sistema de apoyo social. Se han recogido resultados contradictorios en la literatura acerca de la relación entre la paridad, la asistencia a las clases prenatales, la situación laboral de la madre y la lactancia materna (Arlotti, Cottrell, Lee & Curtin, 1998; Brent, Redd, Dworetz, D'Amico & Greenberg, 1995; Duckett, 1992; Giugliani, Caiaffa, Vogelhut, Witter & Perman, 1994; Hart et al., 1980; Hill, 1987; Humphreys et al., 1998; Janke, 1993; Jenner, 1988; Leff et al., 1995; Piper & Parks, 1996; Sciacca, Phipps, Dube & Rafliff, 1995b; Wilmoth & Elder, 1995).

Según la literatura sobre lactancia materna, pueden medirse dos variables principales: la duración de la lactancia materna y la incidencia de lactancia materna (Arlotti et al. 1998; Brent et al., 1995; Duckett, 1992; Giugliani et al., 1994; Hart et al., 1980; Hill, 1987; Houston et al., 1981; Humenick et al., 1998; Humphreys et al., 1998; Janke, 1993; Leff et al., 1995; Michelman, Faden, Gielen & Buxton, 1990; Morrow et al., 1999; Piper & Parks, 1996; Pugin, Valdes, Labbok, Perez & Aravena, 1996; Saunders & Carroll, 1988; Sciacca et al., 1995a; Serafino- Cross & Donovan, 1992; Wright et al., 1998). La incidencia de la lactancia materna se suele medir en el momento del alta de la madre; mientras que la duración de la lactancia materna se mide con mayor frecuencia a las 2 semanas, a las 4 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses después del parto (Hart et al. 1980; Morrow et al., 1999; Piper & Parks, 1996; Saunders & Carroll, 1988; Wilmoth & Elder, 1995).

Algunos estudios sobre lactancia materna citan diversas definiciones de cómo medir la duración de la lactancia. Arlotti et al. (1998) definieron “duración de la lactancia” como el tiempo transcurrido desde el inicio de la misma hasta que el lactante no recibe más leche materna. Otros investigadores diferenciaron entre “lactancia materna predominante” y “lactancia materna exclusiva”, y definieron la exclusividad como la alimentación únicamente con leche materna, sin ningún tipo de suplemento (Arlotti et al. 1998; Bender, Dusch & McCann, 1998; Hills-Bonczyk et al., 1993; Morrow et al., 1999; Wilmoth & Elder, 1995). Wilmoth y Elder (1995) emplearon los indicadores de la lactancia materna recomendados por la OMS: tasa de lactancia materna exclusiva; tasa de lactancia materna predominante; tasa de alimentación

complementaria oportuna; tasa de lactancia materna continuada; tasa de lactancia artificial; Wright et al. (1998) seleccionaron las siguientes categorías para medir la duración de la lactancia: no amamantados, alimentados con leche materna y artificial (leche de fórmula o sucedáneos) desde el nacimiento, amamantados de forma exclusiva durante un período de tiempo, y amamantados de forma exclusiva (es decir, nunca han sido alimentados con leche de fórmula o sucedáneos). Mientras que Piper y Parques (1996) consideraron la duración de la lactancia a partir de dos categorías diferentes: recibe lactancia materna hasta los 6 meses y recibe lactancia materna durante más de 6 meses. En los estudios revisados, la duración de la lactancia materna se comparó mediante una serie de variables independientes, incluyendo la situación laboral de la madre (Duckett, 1992; Jenner, 1988), la presencia de mediadores (Arlotti et al., 1998; Saunders & Carroll, 1988), los profesionales sanitarios (Hill, 1987; Houston et al., 1981; Humenick et al., 1998; Leff et al., 1995; Michelman, Faden, Gielen & Buxton, 1990; Pastore & Nelson, 1997; Serafino-Cross & Donovan, 1992), educación sobre la lactancia materna (Arlotti et al., 1998; Brent et al., 1995; Sciacca et al., 1995a), y apoyo social (Giugliani et al., 1994; Humphreys et al., 1998; Sciacca et al., 1995a). Duckett (1992) y Humphreys et al. (1998) identificaron la intención de amamantar como un indicador de resultado global que se mide antes del parto. Humphreys et al. (1998) han mostrado una relación positiva entre este indicador, el inicio real de la lactancia y su duración. Los factores predictores de la intención de amamantar incluyen las creencias de las mujeres sobre los resultados de la lactancia materna y las creencias y actitudes hacia la lactancia materna y artificial (Duckett, 1992).

Las recomendaciones formuladas por el equipo de desarrollo están dirigidas a ayudar a las enfermeras a aplicar las recomendaciones basadas en la evidencia en los centros sanitarios. Sin embargo, se han realizado varias recomendaciones dentro de los parámetros de la Carta de Ottawa y de la iniciativa de la OMS/UNICEF que, actualmente, cuentan con una evidencia limitada. Estas ausencias en la investigación incluyen: falta de estudios que evalúen el impacto de los cambios de la política pública en la incorporación de la lactancia materna (por ejemplo, la duración de la hospitalización, la baja por maternidad, y la legislación sobre los derechos humanos); falta de estudios que evalúen el impacto de las intervenciones diseñadas para crear entornos que favorezcan la lactancia materna (por ejemplo, iniciativas en restaurantes o lugares de trabajo) y la falta de estudios que evalúen el impacto del aumento de las tasas de lactancia materna en los sistemas de salud (por ejemplo, reingresos hospitalarios durante el primer año, costes relacionados con fármacos para el tratamiento de la otitis media).

Recomendaciones para la práctica

Recomendación • 1

Las enfermeras respaldan la Iniciativa IHAN®, lanzada conjuntamente en 1992 por la OMS y UNICEF. La IHAN indica a los centros de asistencia sanitaria cómo cumplir los “10 pasos para una lactancia feliz”. (Nivel de evidencia III)

En el Anexo B se recogen los detalles sobre los documentos del Comité para la Lactancia Materna de Canadá (Breastfeeding Committee for Canada) titulados: “The Breastfeeding Committee for Canada Welcomes You to the Baby-Friendly™ Initiative (BFI)” [El Comité para la Lactancia Materna de Canadá le da la bienvenida a la Iniciativa IHAN®], y “The Baby-Friendly™ Initiative in Community Health Services: A Canadian Implementation Guide” [La IHAN® en los servicios de salud comunitarios: Guía de implantación en Canadá].

La IHAN indica a los centros de asistencia sanitaria cómo cumplir los siguientes 10 pasos para el éxito de la promoción de la lactancia materna:

1. Disponer de directrices por escrito relativas a la lactancia materna que se comuniquen periódicamente a todo el personal sanitario.
2. Capacitar a todo el personal sanitario en las aptitudes necesarias para implantar estas directrices.
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia materna.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia; incluso si han de separarse de sus bebés.
6. No dar a los recién nacidos ningún otro alimento que no sea leche materna, salvo indicación médica.
7. Facilitar el alojamiento conjunto, y permitir que las madres y los bebés estén juntos durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia a demanda.
9. No dar tetinas o chupetes a los bebés lactantes.
10. Fomentar la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna y poner en contacto a las madres con estos grupos tras el alta médica.

Discusión de la evidencia

Fairbank et al. (2000) identificaron, en una revisión sistemática, que los cambios institucionales en las prácticas hospitalarias para promover la lactancia materna pueden ser eficaces si se aumenta tanto el inicio como la duración de la lactancia materna. Estos cambios pueden incluir intervenciones independientes, como el alojamiento conjunto; o un paquete de intervenciones tales como el alojamiento conjunto, el contacto temprano y la educación. Cada uno de los diez pasos tiene varios niveles de evidencia en investigación. Estos diez pasos se han implantado en miles de hospitales de todo el mundo y han sido acreditados por la IHAN. Los detalles sobre la evidencia disponible para cada uno de los diez pasos se puede encontrar en el documento de la OMS (1998) titulado “Evidencia para los 10 pasos para una lactancia feliz”. Este documento plantea que la evidencia más sólida es la orientación y apoyo a la madre (paso 3, educación prenatal; paso 5, enseñar a la madre a amamantar; y paso 10, continuidad en el apoyo tras el alta). La evidencia es menos consistente respecto al momento óptimo de la primera alimentación en el paso 4. Lo más importante es el contacto temprano y el amamantamiento cuando el bebé se muestre dispuesto a alimentarse dentro de las primeras dos horas de vida. El paso 7 (alojamiento conjunto) y el paso 8 (alimentación a demanda) están estrechamente relacionados y muestran evidencia de un aumento de tasas de lactancia materna, mayor apego al bebé, una producción más temprana de leche materna, menor llanto del lactante, menor ingurgitación mamaria, ningún aumento del dolor en el pezón y un mayor aumento de peso del lactante. El paso 6 (uso de suplementos) y el paso 9 (uso de tetinas y chupetes) también están estrechamente relacionados. En la literatura de investigación no se ha justificado una relación causal entre el cese de la lactancia materna y el uso de suplementos o tetinas artificiales. Sin embargo, el uso de tetinas puede ser un indicio de dificultades en la lactancia, o de falta de confianza y de necesidad de un mayor apoyo por parte de los profesionales sanitarios. Hay evidencia sólida que demuestra que proporcionar paquetes comerciales con leche artificial para el bebé, en el momento del alta conduce a la interrupción temprana de la lactancia materna.

La literatura no recoge el impacto de la IHAN, es decir, del conjunto de los “10 pasos para una lactancia feliz” y el “Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna”. Un estudio de DiGirolama y Grummer-Strawn (2001) evaluó la relación de las prácticas IHAN® y la interrupción de la lactancia materna antes de las 6 semanas. Este estudio descubrió que los factores de riesgo más importantes para la interrupción precoz de la lactancia materna eran el retraso en el inicio de la lactancia y los suplementos. Lvoff, Lvoff y Klaus (2000) estudiaron el efecto de la IHAN en el abandono infantil en Rusia. Los resultados de su estudio indicaron que durante los seis años siguientes a la aplicación de la IHAN, se produjo un marcado descenso del abandono infantil. Otro estudio realizado por Kramer et al. (2001) reveló que, al proporcionar a los trabajadores sanitarios de Bielorrusia un curso de formación de 18 horas de la IHAN sobre el manejo de la lactancia, se produjo un aumento de la duración de la lactancia. También encontraron una reducción significativa en el riesgo de infecciones gastrointestinales y del eczema atópico.

Un informe preparado por Relucio-Clavano para UNICEF (1981) documenta el impacto de la directriz “sin fórmula (lactancia artificial)” (antes de que se implantase la IHAN) en un hospital de Filipinas. Al cabo de 4 años, la tasa de inicio de la lactancia materna del hospital aumentó del 26 al 87%, la mortalidad infantil se redujo en un 47%, las enfermedades disminuyeron en un 58%, y la diarrea en un 79%. Según se detalla en la descripción de los beneficios de la lactancia materna para la madre y el lactante, esto puede traducirse en un ahorro potencial de costes para la institución. La evidencia descrita en la literatura que indique un ahorro de costes para los hospitales que adoptan las prácticas IHAN es escasa. Sin embargo, en un informe revisado (Relucio-Clavano, 1981), un hospital de Filipinas aseguró haber ahorrado más de 100.000 dólares americanos (un 8% de su presupuesto) al cabo de un año de la acreditación IHAN.

Recomendación • 1.1

Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la promoción de un entorno que favorezca la lactancia materna:

- **Solicitando centros y sistemas de apoyo como guarderías, zonas específicas habilitadas para la lactancia materna, áreas de lactancia en lugares públicos, ayudas disponibles las 24 horas para las familias que experimenten dificultades con la lactancia materna.**
- **Promoviendo acciones comunitarias para el apoyo de la lactancia materna. (*Nivel de evidencia III*)**

Discusión de la evidencia

Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la promoción de un entorno que favorezca la lactancia materna:

1) Solicitando centros y sistemas de apoyo como guarderías, zonas específicas habilitadas para la lactancia materna, áreas de lactancia en lugares públicos, ayudas disponibles las 24 horas para las familias que experimenten dificultades con la lactancia materna, etc.

2) Promoviendo acciones comunitarias para el apoyo de la lactancia materna mediante actividades como:

- “Proporcionar información acerca de los recursos comunitarios y los grupos de apoyo a la lactancia materna como La liga de la leche (La Leche League) y grupos de apoyo comunitarios” (AWHONN, 2000, p.14).
- “Promover el debate sobre la lactancia materna en los programas curriculares de salud en la escuela, a partir de la educación primaria. Sustituir, en los libros de texto, las imágenes de la alimentación con biberón por imágenes de lactancia materna” (CICH, 1996, p.23).
- “Educar a los empresarios acerca de los beneficios de la lactancia materna y cómo proporcionar un entorno de trabajo favorable para el mantenimiento de la misma” (CICH, 1996, p. 23).

Dado que muchas madres desean seguir amamantando a sus hijos tras reincorporarse a sus trabajos, los entornos laborales deberían facilitar la lactancia materna. Cuando las madres se reincorporen al

trabajo en diferentes momentos después del parto (en función de sus circunstancias y sus deseos personales), las modificaciones en el entorno de trabajo proporcionarán infraestructura de apoyo para todas las madres lactantes.

- “Educar a los profesionales y al público sobre sus responsabilidades en virtud del Código de la OMS y de las prácticas ilícitas, de la industria, de la comercialización de la industria de la lactancia artificial (fórmula o sucedáneos)” (CICH, 1996, p. 24).
- “Animar a los padres a encontrar una red de apoyo a la lactancia materna” (CICH, 1996, p.58).
- Estimular el contacto con mediadores, ya que pueden tener un efecto muy positivo sobre las tasas de inicio de la lactancia materna y su duración (Fairbank et al., 2000).
- “Considerar la posibilidad de incorporar asesores no profesionales cualificados en educación sobre la lactancia materna” (AWHONN, 2000, p. 5).
- Ofrecer clases, información y educación fuera de los entornos tradicionales de la atención sanitaria, en lugares como: hogares, lugares de culto, escuelas, barrios, etc. (AWHONN, 2000).
- Asegurarse de que las madres que amamantan conocen sus derechos. Las mujeres que dan el pecho “tienen el derecho de amamantar a sus hijos en zonas públicas. Nadie debe impedirle a usted que amamante a su bebé en un espacio público ni pedirle que se mueva a otra zona más 'discreta'"(Ontario Human Rights Commission, 1999).



35

En el Anexo C podrá obtener más información sobre la promoción de acciones comunitarias.

Recomendación • 2

Las enfermeras y los centros de atención sanitaria respaldan la recomendación de la OMS de mantener la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses y combinar la lactancia materna con la introducción de alimentos complementarios hasta los 2 años o más. (Nivel de evidencia I)

Discusión de la evidencia

La revisión sistemática realizada por la Organización Mundial de la Salud (2000) sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva comparó la lactancia materna exclusiva durante un periodo de entre cuatro y seis meses con la lactancia materna exclusiva durante seis meses. La revisión incluyó 3.000 referencias, pero únicamente se encontraron 2 pequeños ensayos controlados y 7 estudios obsevacionales. Vale la pena señalar que la evidencia es limitada y la recomendación se elabora a partir de inferencias, otros resultados destacados de estudios no incluidos en la muestra; así como de la ponderación de los riesgos frente a los beneficios de la lactancia materna exclusiva, especialmente en la posible reducción de la morbilidad y mortalidad.

Se llevó a cabo una revisión de Cochrane más reciente (Kramer & Kakuma, 2002) con el objetivo principal de evaluar los efectos de la lactancia materna exclusiva durante seis meses frente a la lactancia materna exclusiva durante un periodo de tres a cuatro meses (con lactancia mixta desde entonces hasta los seis meses) sobre la salud, el crecimiento y el desarrollo infantiles, así como sobre la salud de la madre. Sus conclusiones indican que, aunque cada bebé debe ser tratado de forma particular, la evidencia disponible no demuestra ningún riesgo evidente en recomendar, como política general, la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida. A raíz de esta revisión, la OMS y la Asamblea Mundial de la Salud han incluido en su declaración de estrategia global que todos los gobiernos deben asegurarse de que “la sanidad y otros sectores pertinentes, protegen, promueven y apoyan la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y la lactancia materna continuada hasta los dos (o más) años de edad” (OMS, 2002, p. 10). Hay diversas implicaciones para la práctica identificadas por el Programa de Investigación de Salud Pública, Educación y Desarrollo y el Proyecto de Prácticas de Salud Pública Efectivas (2002) (Public Health Research, Education and Development y Effective Public Health Practice Project, en lo sucesivo PHRED y EPHPP por sus siglas en inglés) (2002): la necesidad de una atención médica y apoyos individuales adecuados, una gestión individualizada de la salud materno-infantil; apoyo a las madres que no dan de mamar a mejorar la salud de sus hijos; y la necesidad de procesos que garanticen un seguimiento continuado del estado del bebé.

Muchos profesionales de la salud han promovido, durante mucho tiempo, la recomendación anterior de amamantar entre 4 y 6 meses. Es importante dar a conocer a todas las enfermeras esta nueva evidencia y la recomendación de la OMS que la acompaña acerca de la lactancia materna exclusiva durante seis meses, para asegurar que los pacientes reciben un asesoramiento coherente. En el Anexo B podrá encontrar más detalles sobre la Baby-Friendly™ Initiative in Community Health Services: A Canadian Implementation Guide [La IHAN® en los servicios de salud comunitarios: Guía de implantación en Canadá].

Recomendación • 3

Las enfermeras realizarán una evaluación integral de la madre, el bebé y la familia, abordando el tema de la lactancia materna tanto en el periodo prenatal como en el puerperal, para facilitar la intervención y el desarrollo de un plan de lactancia materna. (*Nivel de evidencia III*)



Recomendación • 3.1

La evaluación prenatal debe incluir los siguientes aspectos principales:

- Variables personales y demográficas que puedan influir en las tasas de lactancia materna.
- Intención de amamantar.
- Acceso a apoyos para la lactancia materna, incluyendo allegados y mediadores.
- Actitud ante la lactancia materna de los profesionales sanitarios, los allegados y los mediadores.
- Factores físicos, incluyendo el pecho y el pezón, que puedan afectar a la capacidad de amamantar.

(Nivel de evidencia III)

En el Anexo D se encuentra una muestra de una herramienta de evaluación prenatal. Tenga en cuenta que esta herramienta se ofrece únicamente a título de ejemplo: no se ha probado su fiabilidad o validez.

Discusión de la evidencia

Las enfermeras que trabajan con poblaciones de mujeres en periodo prenatal deben evaluar las variables personales y demográficas de dichas mujeres, como *edad* si es menor de 20 años y *el bajo nivel socioeconómico*; ya que se asocian con menores tasas de inicio y continuación de la lactancia materna (Hartley & O'Connor, 1996; Humphreys et al., 1998; Kessler, Gielen, Diener-West & Paiger, 1995; Kistin, Benton, Rao & Sullivan, 1990).

37

La intención de amamantar también debe evaluarse de forma prenatal. Balcazar, Trier y Cobas (1995) identificaron una asociación entre el asesoramiento prenatal sobre la lactancia materna y el aumento de la intención de amamantar entre las mujeres blancas no hispanas y las de origen mexicano (AWHONN, 2000). La autoconfianza, o *autoeficacia*, de la madre en relación a sus planes de lactancia materna influye en la duración de la lactancia (Chezem, Friesen & Boettcher, 2003; McCarter-Spaulding & Kearney, 2001), y debe tenerse en cuenta durante la evaluación prenatal. También deben evaluarse en las mujeres los *factores físicos*, como pezones invertidos o cicatrices quirúrgicas, que puedan obstaculizar o impedir su capacidad para amamantar (Biancuzzo, 1999; Riordan & Auerbach, 1999). Debe evaluarse la disponibilidad de *apoyo* por parte de sus parejas y de los mediadores, ya que puede influir positivamente en la decisión de la mujer de iniciar o continuar la lactancia materna (Duffy, Percival & Kershaw, 1997; Morrow et al. 1999; Sciacca et al. 1995a).

Una vez identificados los factores de riesgo, las mujeres pueden ser objeto de intervenciones individualizadas y culturalmente adaptadas, enfocadas a la promoción de la lactancia materna (Biancuzzo, 1999). Por ejemplo, las enfermeras que trabajen con adolescentes pueden hacer hincapié en los beneficios de la lactancia para la madre (por ejemplo, una mayor pérdida de peso) para motivar a sus pacientes a que amamanten.

Recomendación • 3.2

La evaluación posparto debe incluir los siguientes aspectos principales:

- Medicación intraparto.
- Nivel de molestias físicas de la madre.
- Observación de la postura, agarre al pecho y succión.
- Señales de transferencia de leche.
- Capacidad de los padres para identificar las señales de hambre del lactante.
- Interacción entre la madre y el lactante y la respuesta de la madre a las señales de hambre del lactante.
- Capacidad de la madre para identificar las señales de satisfacción o saciedad del lactante.
- Capacidad de la madre para identificar a personas allegadas que estén disponibles y apoyen su decisión de amamantar.
- Experiencia durante el parto.
- Evaluación física del lactante.

(Nivel de evidencia III)

Discusión de la evidencia

La evaluación de la alimentación infantil es un componente crítico del manejo de la lactancia durante el puerperio. Los factores que se deben evaluar durante la toma incluyen la posición del bebé al pecho, el agarre, la succión y los signos de la transferencia de la leche. Las mujeres necesitan información sobre cómo reconocer las señales de hambre y saciedad del lactante y la manera de determinar si el bebé está recibiendo suficiente leche materna (Brandt, Andrews & Kvale, 1998; Hill, Humenick, Argubright y Aldag, 1997; Matthews, Webber, McKim, Banoub-Baddour & Laryea, 1998). McCarter-SpaULDING y Kearney (2001) realizaron un estudio descriptivo correlacional en el que examinaron la relación entre la autoeficacia de los padres y la percepción de leche insuficiente. Los resultados sugieren que las madres que perciben que tienen la capacidad de criar a sus hijos también perciben que tienen un suministro adecuado de leche materna. La autoconfianza y los conocimientos y capacidades relacionados con la lactancia materna pueden tener un impacto positivo sobre la duración de la lactancia materna (Blyth et al., 2002; Chezem et al., 2003; McCarter-SpaULDING & Kearney, 2001).



Recomendación • 3.3

Se recomienda a los centros de atención sanitaria que pongan en práctica el desarrollo, la adopción o la adaptación de herramientas de evaluación para cubrir las necesidades locales. (*Nivel de evidencia III*)

Discusión de la evidencia

Se han desarrollado diversas herramientas para la evaluación de diversos aspectos del apoyo y los cuidados de la madre y el lactante (Bar-Yam, 1998; Dennis & Faux, 1999; Hill & Humenick, 1996; Johnson, Brennan & Flynn-Tymkow, 1999; Matthews et al., 1998; Nyquist, Rubertsson, Ewald & Sjoden, 1996; Riordan, 1998; Riordan & Koehn, 1997; Schlomer, Kemmerer & Twiss, 1999). Por otra parte, se han realizado muy pocas investigaciones que comparan las diferentes herramientas de evaluación en el área de la lactancia materna. Riordan y Koehn (1997) compararon, inicialmente, tres herramientas de medición de la eficacia de la lactancia materna: la herramienta de evaluación de la lactancia infantil (Infant Breastfeeding Assessment Tool, en lo sucesivo IBFAT por sus siglas en inglés); la herramienta de evaluación de madres y lactantes (Mother Baby Assessment Tool, en lo sucesivo MBA por sus siglas en inglés) y la herramienta LATCH), y encontraron que se necesitaba un mayor desarrollo, más revisiones y nuevas pruebas antes de poder realizar recomendaciones para la práctica. Posteriormente, Riordan, Bibb, Miller y Rawlins (2001) examinaron la validez de la herramienta LATCH, comparándola con otras escalas eficaces de la lactancia materna, y determinando su eficacia a la hora de predecir la duración de la lactancia materna hasta ocho semanas después del parto. Los resultados respaldan la validez del sistema LATCH; sin embargo se precisan más pruebas para garantizar la validez de constructo.

Las herramientas de evaluación también varían de un entorno a otro en función del tiempo en el que la enfermera está en contacto con la madre o el lactante (desde la preconcepción hasta el posparto). Esto apunta a una necesidad de contar o bien con herramientas de evaluación que sean suficientemente exhaustivas como para cumplir con los requisitos de la práctica en distintos momentos, o bien con herramientas específicas para determinadas etapas del continuum. Además, hay una gran necesidad de contar con herramientas de evaluación breves y fáciles de utilizar, para facilitar a las enfermeras su uso en la práctica asistencial. En el Anexo E podrá encontrar algunos detalles acerca de las herramientas de evaluación posparto.



Recomendación • 4

Las enfermeras proporcionarán educación a las parejas en edad fértil, madres embarazadas, parejas y familias; y les ayudarán a tomar decisiones informadas acerca de la lactancia materna. La educación deberá incluir, como mínimo, información acerca de:

- Beneficios de la lactancia materna (*Nivel I*).
- Estilo de vida (*Nivel III*).
- Producción de leche (*Nivel III*).
- Posturas para la lactancia materna (*Nivel III*).
- Agarre al pecho y transferencia de leche (*Nivel II-2*).
- Prevención y solución de problemas (*Nivel III*).
- Intervenciones médicas (*Nivel III*).
- Cuándo pedir ayuda (*Nivel III*)
- Dónde conseguir información y recursos adicionales (*Nivel III*).

40

La educación que proporciona la enfermera deberá tener en cuenta los factores sociales, económicos y culturales de las madres embarazadas, las parejas y las familias; y deberá estar basada en los principios del aprendizaje del adulto (AWHONN, 2000).

Beneficios de la lactancia materna (*Nivel de evidencia I*)

Discusión de la evidencia

“Se ha demostrado en repetidas ocasiones en los países desarrollados que entre un tercio y la mitad de las mujeres deciden cómo van a alimentar a sus bebés antes de quedarse embarazadas” (OMS, 1998, p.23). En el período prenatal, los profesionales de la salud deben abordar la importancia de la lactancia materna exclusiva, los beneficios de la lactancia materna y los conceptos básicos del manejo de la lactancia; y asegurarse de que las mujeres no han recibido educación grupal sobre lactancia artificial (OMS, 1998).

Los beneficios de la lactancia materna están ampliamente documentados en la literatura y están avalados por varias organizaciones y, por lo tanto, es el método preferido para la alimentación del lactante (AWHONN, 2000; CICH, 1996; Canadian Paediatric Society, Dietitians of Canada & Health Canada, 1998; Health Canada, 2000; Ministry of Health Manatu Hauora New Zealand, 1997; WHO, 1998). La leche materna contiene todas las sustancias y nutrientes necesarios para un crecimiento óptimo (Heinig, Nommsen, & Peerson, 1993; Humenick, 1987; Tyson, Burchfield & Sentence, 1992; Woolridge, Ingram, & Baum, 1990). Como se ha señalado en el apartado de Antecedentes, estudios recientes realizados en los países desarrollados han demostrado que la lactancia materna protege contra las infecciones gastrointestinales y la otitis media (Beaudry et.al., 1995; Canadian Paediatric Society, Dietitians of Canada and Health Canada, 1998; Howie et. al., 1990). La lactancia puede ofrecer cierta protección contra el Síndrome de

Muerte Súbita del Lactante (SMSL); y una serie de estudios han sugerido una asociación entre la lactancia materna y la protección contra el SMSL. Sin embargo, con la excepción de un estudio llevado a cabo en Nueva Zelanda (Ministry of Health Manatu Hauora New Zealand, 1997), estos estudios no han tenido en cuenta la postura de los bebés al dormir ni la exposición pasiva al humo del tabaco. Por lo tanto, no se considera demostrada la relación directa con el efecto protector (Bernshaw, 1991; Canadian Paediatric Society, Dietitians of Canada and Health Canada, 1998; Ford, 1993; Kraus et. al., 1989). Para lactantes con antecedentes familiares de alergias, la lactancia materna exclusiva durante cuatro meses parece tener un efecto protector (Burr et. al., 1993; Canadian Paediatric Society, Dietitians of Canada and Health Canada, 1998; Chandra, 1997; Lucas et. al., 1990; Saarinen & Kajosaari, 1995). Sin embargo, la lactancia materna no parece reducir la incidencia de alergias en lactantes que no tienen una predisposición debido a sus antecedentes familiares (Lucus, et al., 1990).

El equipo de desarrollo, a través de la búsqueda en la literatura y de la revisión crítica de varias guías de práctica clínica, llegó al consenso de que hay algunas circunstancias especiales que pueden desaconsejar la lactancia materna. La lactancia materna es factible para la gran mayoría de las madres y lactantes; sin embargo, en casos de galactosemia del bebé, abuso de drogas por parte de la madre, tuberculosis activa sin tratar o infección por VIH en la madre, se debe evaluar de forma individual la conveniencia de la lactancia materna. No obstante, los beneficios de la lactancia materna en cuanto a nutrición, inmunología y ventajas psicosociales suelen ser mayores que la necesidad de interrumpir la lactancia materna. Los lectores pueden consultar los trabajos de Riordan, Lawrence y Motherisk (véase la lista de referencia) si desean continuar la discusión sobre este tema.



Estilo de vida (*Nivel de evidencia III*)

Proporciona información congruente acerca de los efectos potenciales sobre la lactancia materna de los siguientes factores:

- a) Fármacos relacionados con intervenciones médicas.
- b) Consumo de alcohol.
- c) Consumo de tabaco.
- d) Consumo de drogas.
- e) Consumo de cafeína.

42

Discusión de la evidencia

a) Fármacos relacionados con intervenciones médicas

La información sobre los efectos de los fármacos sobre la lactancia materna está en constante cambio y depende de varios factores. Sin embargo, está ampliamente consensuado que la concentración de la medicación en la leche materna es normalmente <1% de la dosis que recibe la madre (CICH, 1996; Scarborough Breastfeeding Network, 1999). Actualmente, hay pocos fármacos que estén contraindicados con la lactancia materna. Por lo general, para el número reducido de fármacos que están contraindicados suele haber alternativas seguras. Algunas de las fuentes clave de información actualizada sobre los fármacos y la lactancia materna incluyen:

- Motherisk Program at The Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario (www.motherisk.org).
- Hale, T. (2000). *Medications in mother's milk*. Amarillo, TX: Pharmasoft Medical Publishing.
- Hale, T. (1999). *Clinical Therapy in Breastfeeding Patients*. (1st ed.) Amarillo, TX: Pharmasoft Medical Publishing.

b) Consumo de alcohol

El alcohol se transfiere a la leche materna en una concentración similar a la del suero materno. El consumo excesivo de alcohol obstaculiza la producción de leche. Además, el alcohol también puede atenuar el reflejo de “bajada” de la leche (reflejo de eyección). Algunos estudios han descubierto que las madres que beben de forma moderada, en ocasiones sociales, pueden reducir la cantidad de alcohol que se transfiere a la leche materna si limitan la cantidad de alcohol consumido a una sola copa dos horas antes de la lactancia materna; tiempo que permite que el cuerpo de la madre pueda metabolizar el alcohol (Riordan & Auerbach, 1993). Con el estómago vacío, el alcohol alcanza su pico en la leche materna a los 30-60 minutos, frente a los 60-90 minutos si el alcohol se consume junto con alimentos (Scarborough Breastfeeding Network, 1999).

c) Consumo de tabaco

La nicotina se puede encontrar en la leche materna tanto de las madres fumadoras como de las madres fumadoras pasivas. La exposición excesiva a la nicotina a través de la leche materna puede hacer que el lactante sufra problemas gastrointestinales, aumento del ritmo cardíaco, aumento de la irritabilidad y escaso aumento de peso. La madre lactante puede sufrir una disminución de la producción de la leche y del reflejo de eyección (CICH, 1996; Ministry of Health Manatu Hauora New Zealand, 1997; Scarborough Breastfeeding Network, 1999). Sin embargo, la lactancia materna sigue siendo el método de alimentación recomendado. Debe alentarse a las madres fumadoras a dejar de fumar o a reducir el consumo de tabaco. Si la madre continúa fumando, para reducir los efectos nocivos del tabaco, debería fumar inmediatamente después de amamantar, lo que permite un periodo de tiempo más largo para metabolizar la nicotina. Además, para limitar la exposición pasiva del bebé al humo del tabaco, las personas que fuman en el hogar deberán fumar fuera (CICH, 1996; Ministry of Health Manatu Hauora New Zealand, 1997; Scarborough Breastfeeding Network, 1999).

d) Consumo de drogas

La lactancia materna puede no ser el método de alimentación más recomendable en el caso de madres que consumen drogas (por ejemplo, heroína, cocaína y marihuana). La concentración de estas drogas en la leche materna, incluso cuando las dosis son muy pequeñas, puede tener efectos perjudiciales para el bebé. Los bebés tampoco deben estar expuestos al humo de la marihuana. Sin embargo, hablar de los beneficios de la lactancia materna con las madres que consumen drogas podría animarlas a dejar de consumirlas (CICH, 1996; Hale, 2000; Lawrence, 1994; Moretti, Lee & Ito, 2000).

e) Consumo de cafeína

La Academia de Pediatría Americana (American Academy of Pediatrics) (Watson, 1994) aprueba el consumo ocasional de cafeína.



Producción de leche (*Nivel de evidencia III*)

Facilitar el desarrollo de los conocimientos sobre la lactancia materna proporcionando al paciente información coherente acerca de la anatomía y la fisiología de la mama, incluyendo:

- Estructura externa.
- Estructura interna.
- Influencia de las hormonas sobre el pecho.
- Producción de leche.

Discusión de la evidencia

La educación de las familias lactantes sobre la producción de leche materna constituye uno de los componentes de una educación integral sobre la lactancia materna. Aunque la literatura no identifica de forma específica la importancia de educar a las familias lactantes sobre este asunto, se puede deducir que la información acerca de cómo se produce la leche materna podría afianzar la comprensión de las familias y la comodidad con la lactancia.

Fairbank et al. (2000) debatieron la eficacia de las intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna y encontraron que “las clases de educación sanitaria informales y en grupos pequeños, durante el periodo prenatal, pueden suponer una intervención eficaz para aumentar la tasa de inicio de la lactancia materna y, en algunos casos, la duración de la misma, en mujeres de distintos niveles económicos o grupos étnicos”(pág. vi). Fairbank et al. (2000) también sugirieron que “existe una cierta evidencia que demuestra que la educación sanitaria cara a cara puede ser eficaz a la hora de aumentar las tasas de inicio de la lactancia en las mujeres con bajos ingresos y, especialmente, en las mujeres que han expresado su deseo de amamantar” (p. 48). La labor formativa de las enfermeras al ofrecer conocimientos sobre lactancia materna a sus pacientes mediante la aplicación de estas estrategias de intervención, puede encontrar un mayor respaldo gracias a esta evidencia.

Posturas para la lactancia (*Nivel de evidencia III*)

Las enfermeras ayudan a las madres a encontrar diferentes posturas para la lactancia con las que se sientan cómodas y con las que puedan experimentar. En el Anexo F podrá encontrar una descripción de las posturas para la lactancia materna, junto con sus ilustraciones correspondientes.

Discusión de la evidencia

Las enfermeras han de proporcionar información coherente a la madre para que pueda elegir una postura de lactancia que sea cómoda y eficaz para ella y para el bebé. Varias de las guías revisadas por el grupo de trabajo incluyen descripciones de una serie de posturas eficaces para la lactancia (AWHONN, 2000; International Lactation Consultant Association, 1999; Scarborough Breastfeeding Network, 1999; Society of Paediatric Nursing of the Royal College of Nursing, 1998).

Agarre al pecho y transferencia de leche (*Nivel de evidencia II-2*)

En el Anexo G se recogen los detalles para la evaluación del agarre al pecho, la transferencia de leche y la eficacia de la lactancia. Las enfermeras deben incluir información y educación sobre el agarre al pecho: cómo conseguir el agarre al pecho; cómo reconocer un buen agarre al pecho; cómo saber que el lactante está recibiendo leche; cómo reconocer que el lactante succiona bien y cómo reconocer las señales de hambre.

Discusión de la evidencia

La producción de leche, la transferencia de la leche y el bienestar del pezón dependen de un buen agarre del lactante al pecho. Varios de los recursos revisados por el grupo de trabajo incluían descripciones de cómo establecer un sistema eficaz de agarre y transferencia de leche (CICH, 1996; ILCA, 1999; Newman & Pitman, 2000; Society of Paediatric Nursing of the Royal College of Nursing, 1998).

Las señales de un agarre al pecho correcto son la boca muy abierta, los labios curvados hacia fuera, la barbilla apretada contra el seno y el labio inferior cubriendo más areola que el labio superior (Ziemer, Paone, Schupay & Cole, 1990). Las señales que indican una transferencia de leche eficaz son: patrón rítmico de succión y tragado; escuchar y ver tragar al lactante; pequeña cantidad de calostro o de leche en la boca del lactante; satisfacción después de las tomas; tirón no doloroso del pecho; goteo de leche en el pecho opuesto; somnolencia materna y ablandamiento del pecho después de la toma (Biancuzzo, 1999; Brandt, Andrews & Kvale, 1998; Chute & Moore, 1996; Hill et al., 1997; Matthews et al., 1998).

El lactante que está recibiendo leche suficiente del pecho succiona de una manera muy característica. La transferencia de leche puede evaluarse observando al bebé mientras mama para ver si se dan los siguientes signos de buen agarre y transferencia de la leche: el bebé abre la boca todo lo posible y succiona con un ritmo lento y constante; en el momento de máxima apertura de la boca, hay una pausa que se puede percibir si se observa el mentón del bebé; el bebé cierra la boca de nuevo. El patrón es *abrir-succionar-pausa-tragar*. Cada una de estas pausas se corresponde con un trago de leche y cuanto mayor sea la pausa, más leche recibe el lactante (Newman, 1998).

Prevención y solución de Problemas (*Nivel de evidencia III*)

Las enfermeras deben identificar y educar a las familias sobre la prevención y el tratamiento de los siguientes problemas potenciales de la lactancia materna:

- Pezones agrietados, sangrantes, irritados, planos o invertidos.
- Ingurgitación mamaria.
- Mastitis, obstrucción (taponado) de los conductos.

- Enfermedad materna (es decir, VIH, Citomegalovirus, Hepatitis B, Streptococo B, cirugía de la mama).
- Enfermedad infantil (es decir, ictericia neonatal, fototerapia, hipoglucemia, estrés por frío, nacimiento prematuro, muguet, separación de la madre, labio leporino).
- Adopción.
- Nacimientos múltiples.
- Rechazo o dificultad para lograr el agarre al pecho.
- Succión ineficaz.
- Suministro insuficiente de leche.
- Suministro superabundante de leche.
- Hiperactividad del reflejo de eyección (bajada) de la leche.

En el Anexo H se encuentra el “Árbol de decisión del posparto inmediato” para evaluar la lactancia materna, fomentar una intervención eficaz y prevenir la aparición de problemas.

Discusión de la evidencia

El Instituto Canadiense de Salud Infantil (Canadian Institute for Child Health) (1996) sugiere que conocer las dificultades potenciales de la lactancia materna y la respuesta inmediata de los profesionales sanitarios puede prevenir los problemas y ayudar al éxito de la lactancia.

Para el propósito de esta guía de buenas prácticas, y para permanecer dentro de su ámbito de aplicación definido, el consenso del grupo de desarrollo es que los lectores deben consultar a las autoridades pertinentes sobre lactancia materna y diversas fuentes sobre el manejo y solución de problemas de la lactancia materna. Aunque es necesario llevar a cabo una investigación adicional sobre la solución de problemas de la lactancia materna; para los problemas ya identificados en esta guía, los lectores pueden consultar las siguientes guías de referencia sobre lactancia materna (AWHONN, 2000; CICH, 1996; Health Canada, 2000; ILCA, 1999; Scarborough Breastfeeding Network, 1999) y otras fuentes basadas en la evidencia (Newman & Pitman, 2000; Riordan & Auerbach, 1999).

Hay lagunas en la evidencia que respalda directamente la formación por sí sola como única fuente necesaria para resolver los problemas de la lactancia materna. Sin embargo, se puede deducir que cuantos más conocimientos tengan las familias sobre lactancia materna y sobre la solución de problemas, se podrán esperar mayores tasas de duración de la lactancia y una experiencia más positiva (Fairbank et al. 2000).

Intervenciones médicas (*Nivel de evidencia III*)

La enfermera educará a las familias acerca de las siguientes intervenciones médicas que se pueden producir durante el parto y el efecto potencial que pueden tener en la experiencia inicial de lactancia:

- Uso de medicamentos durante el parto (por ejemplo narcóticos).
- Anestesia epidural.
- Parto por cesárea.
- Extracción con ventosa y parto con fórceps.

Discusión de la evidencia

Los bebés nacidos de madres que recibieron narcóticos o anestesia epidural durante el parto pueden experimentar dificultades para succionar en el posparto inmediato. Según la revisión de los estudios (AWHONN, 2000), los efectos de la medicación intraparto en la experiencia de lactancia materna pueden variar según el momento y la cantidad de medicación administrada. Después de un parto por cesárea, debe iniciarse la lactancia materna tan pronto como a la madre le sea físicamente posible. Si la anestesia es local, el inicio de la lactancia materna no debe demorarse. Si la anestesia es general, la lactancia materna debe iniciarse cuando la madre recupere el conocimiento (González, 1990; WHO, 1998).

En la actualidad, no existe suficiente evidencia sobre los partos por inducción, con fórceps y otros factores relacionados como la longitud y la dificultad del trabajo de parto y sus efectos sobre la lactancia materna. Las enfermeras deben valorar y considerar cómo pueden afectar estos factores a la experiencia de lactancia temprana.

47



Cuándo pedir ayuda (*Nivel de evidencia III*)

Las enfermeras deben ofrecer a las familias información verbal y escrita acerca de cuándo deben pedir ayuda. Es importante hacer entender a las familias que la presencia de signos individuales no es necesariamente un problema, pero que la identificación de un patrón indica la necesidad de que intervenga un profesional sanitario. La información que se proporciona a las familias debe incluir lo siguiente:

INFORMACIÓN PARA FAMILIAS: CUÁNDO PEDIR AYUDA

Pérdida de peso superior al 7% o pérdida de peso constante después del tercer día.

Las enfermeras deben indicar a las familias que lo ideal sería pesar al bebé en la misma báscula en cada evaluación. Las básculas tienen un grado de variabilidad, y pesar en una báscula precisa proporciona un medio de comparación adecuado. No se espera, ni se recomienda, que las familias calculen la pérdida de peso, pero las enfermeras deben estar familiarizadas con los cálculos pertinentes.

Menos de 3 deposiciones en un período de 24 horas.

Meconio después del cuarto día.

Menos de 6 pañales mojados en un período de 24 horas después del cuarto día.

Hable con las familias sobre la diferencia entre los pañales mojados y los pañales manchados. Con los pañales superabsorbentes, esto es, a menudo, difícil de valorar.

Sueño, inquietud o irritabilidad del lactante.

Ausencia de sonidos de deglución durante la lactancia.

Rechazo de la alimentación.

Ausencia de cambios en el tamaño del pecho o el volumen de leche materna a partir del quinto día.

Irritación en los pezones.

Ingurgitación del pecho que no se alivia con la lactancia.

Ningún aumento de peso del lactante después del quinto día.

No se logra el peso del nacimiento hasta las 2 ó 3 semanas aproximadamente.

Discusión de la evidencia

Las enfermeras deben trabajar con el cuidador principal de la familia para asegurarse de que los padres son capaces de identificar las señales que indican la necesidad de ayuda inmediata y solicitar una nueva evaluación de la lactancia materna. Éstas señales incluyen: pérdida de peso superior al 7% (medido siempre en la misma báscula precisa); pérdida de peso constante después del tercer día; menos de 3 deposiciones en 24 horas; meconio después del cuarto día; menos de 6 pañales mojados en un período de 24 horas después del cuarto día; sueño, inquietud o irritabilidad del lactante; ausencia de sonidos de deglución durante la lactancia; rechazo de la alimentación; ausencia de cambios en el tamaño del pecho o el volumen de leche materna a partir del quinto día; irritación en los pezones; ingurgitación del pecho que no se alivia con la lactancia; ningún aumento de peso del lactante después del quinto día; no se logra el peso del nacimiento hasta las 2 ó 3 semanas aproximadamente (Huggins y Billon, 1993; Humenick, Hill & Wilhelm, 1997; Merlob, Aloni, & Prager, 1994; Neifert, 1998; Nyhan, 1952; Powers & Slusser, 1997; Righard & Alade, 1990; Shrango, 1996).

Dónde conseguir información y recursos adicionales (*Nivel de evidencia III*)

Las mujeres lactantes y sus familias deben saber dónde pueden obtener ayuda e información adicionales sobre la lactancia materna. Las enfermeras han de estar familiarizadas con los recursos sobre la lactancia materna disponibles en la comunidad. Estos recursos incluyen (pero no se limitan a): especialistas en lactancia materna; La Leche League; unidades de salud pública; enfermeras comunitarias de apoyo; médicos; clínicas de lactancia materna y matronas. En el Anexo I se presenta una lista de fuentes recomendadas sobre educación; mientras que en el Anexo J se proporciona un marco para la identificación de los servicios locales de apoyo a la lactancia materna.

49

Las mujeres y sus familias deben ser conscientes de la importancia de recibir apoyo para conseguir buenas experiencias de lactancia materna. Las parejas suelen compartir las tareas del hogar, pero lo que ha demostrado ser de más ayuda es proporcionar un refuerzo positivo continuo y mostrar comprensión hacia los sentimientos de frustración y desaliento de la madre. Se debe alentar a las parejas a explorar sus fuentes de apoyo, incluyendo sus familiares, sus amigos y su comunidad, antes del nacimiento del bebé. El apoyo de los profesionales sanitarios es fundamental para el éxito de la lactancia materna (CICH, 1996).

Discusión de la evidencia

Los servicios de apoyo se han asociado con un incremento en la duración de la lactancia materna (AWHONN, 2000).

Recomendación • 5

Las clases informales de educación sanitaria, en grupos pequeños, durante el periodo prenatal, tienen un mejor impacto en la iniciación a la lactancia materna que la literatura sobre lactancia por sí sola o combinada con métodos formales de formación no interactivos. (*Nivel de evidencia I*)

Las enfermeras pueden ofrecer información sobre la lactancia materna durante el primer trimestre del embarazo a través de:

- Clases en grupo (Duffy et al., 1997; Kistin et al., 1990; Pugin et al., 1996; Wiles, 1984).
- Mediadores (Caulfield et al., 1998; Long et al., 1995; Morrow et al., 1999).
- Formación individual (Caulfield et al., 1998; Hartley & O'Connor, 1996; Humphreys et al., 1998).

Discusión de la evidencia

Fairbank et al. (2000), identificaron en su revisión sistemática 19 ensayos que examinaban el efecto de las intervenciones de educación independientes sobre las tasas de inicio de la lactancia materna. A pesar de encontrar diversas interpretaciones prudentes de los resultados, se puede concluir que la información en forma de literatura sobre lactancia materna, por sí sola, no producirá cambios en el comportamiento. Fairbank et al. (2000) también identificaron un ensayo controlado aleatorio (ECA) llevado a cabo por Kistin et al. (1990) en su revisión sistemática, que respalda tanto la educación sanitaria individual como la educación sanitaria grupal. Encontraron diferencias en las prácticas de lactancia materna: entre quienes recibían educación sanitaria en grupo aumentó la tasa de inicio de quienes planeaban dar lactancia materna; mientras que quienes recibían educación sanitaria individual incidían en las tasas de inicio de quienes planeaban dar lactancia artificial. Aunque la evidencia es limitada, los centros sanitarios deben evaluar el diseño de su sesión de educación sobre lactancia materna tras evaluar la población diana. Otros tres ECA (ensayos clínicos aleatorios) de Rossiter (1994), Wiles (1984) y Thorley et al. (1997) respaldaron el uso de la educación grupal.

Los mediadores pueden ofrecer un apoyo y una educación eficaz desde el período prenatal, como demostró el aumento de las tasas de inicio de la lactancia materna entre un 15 y un 25% en las poblaciones rurales y urbanas de bajo nivel económico (Caulfield et al. 1998; Kistin et al., 1994; Lang, Lawrence & Orme, 1994; Morrow et al., 1999), y el aumento de las tasas de duración de la lactancia materna entre un 40 y un 60% (Morrow et al., 1999). También existe una relación positiva entre la asistencia a las clases de educación prenatal y el inicio de la lactancia materna (Kistin et al., 1990). Animar a una madre a amamantar, incluso durante una visita prenatal, puede tener un efecto positivo sobre el inicio de la lactancia materna (Balcazar et al., 1995; Duffy et al., 1997). Un estudio realizado por Pugin et al. (1996) evaluó el efecto de un programa de promoción de la lactancia materna, con o sin educación prenatal específica, en un hospital. Se concluyó que la educación prenatal sobre lactancia materna es un componente importante y significativo de apoyo a la lactancia, especialmente, entre las mujeres que no tienen experiencia previa en lactancia. La intervención puede haber desempeñado un papel importante en el grupo de discusión en lo que se refiere a creencias comunes, problemas y apoyo.

Recomendación • 5.1

Deben evaluarse los programas de educación para poder valorar la eficacia de las clases prenatales de lactancia materna. (*Nivel de evidencia II-2*)

Discusión de la evidencia

La AWHONN (2000) sugiere que en los planes de educación deben cumplir las siguientes características: ser apropiados para la edad y la cultura del paciente, ofrecer información específica de la comunidad, y ofrecer información precisa que incluya los beneficios de la lactancia materna.

Recomendación • 6

Las enfermeras llevarán a cabo una evaluación integral de la madre y el bebé, abordando el tema de la lactancia materna antes del alta. (*Nivel de evidencia III*)

En el Anexo K se ofrecen ejemplos de herramientas de evaluación para el alta que pueden emplearse para facilitar la transición del hospital al hogar.

Recomendación • 6.1

Si la madre y el bebé reciben el alta en las 48 horas posteriores al parto, deberá haber una evaluación de seguimiento, cara a cara, dentro de las 48 horas posteriores al alta. Este seguimiento será llevado a cabo por parte de un profesional sanitario cualificado, como la enfermera de atención primaria o una enfermera especializada en cuidados maternoinfantiles. (*Nivel de evidencia III*)

Discusión de la evidencia

En ausencia de una evidencia concluyente en la investigación, el grupo de trabajo apoya los criterios formulados por la Sociedad Pediátrica de Canadá (Canadian Paediatric Society) (2000). En el Anexo L se recoge un resumen de estas directrices. En concreto, el grupo de trabajo propone destacar que si la madre y el bebé reciben el alta en las 48 horas posteriores al parto, deberá haber una evaluación de seguimiento, cara a cara, dentro de las 48 horas posteriores al alta. Este seguimiento será llevado a cabo por parte de un profesional sanitario cualificado, como la enfermera de atención primaria o una enfermera especializada en cuidados maternoinfantiles. Sin embargo, el grupo de desarrollo está de acuerdo en que hay algunas madres que se beneficiarían de una visita domiciliaria y una evaluación de la lactancia 24 horas después del alta. Las madres con riesgo identificado pueden necesitar un seguimiento más estrecho, inmediatamente después del alta.

Recomendación • 6.2

El alta de la madre y el bebé 48 horas después del parto deberá acompañarse de una llamada telefónica en las 48 horas posteriores a la recepción del alta médica. (*Nivel de evidencia III*)

Discusión de la evidencia

El Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, a través del Programa Bebés Sanos, Niños Sanos (Healthy Babies, Healthy Children Program), ha ordenado que los profesionales sanitarios se pongan en contacto con todas las madres dentro de las 48 horas posteriores al alta hospitalaria; y que se realice una visita domiciliaria a las madres que den su consentimiento (Ontario Ministry of Health, 1997). Este contacto telefónico debe incluir una evaluación de la madre sobre de su salud física, estado nutricional, cuidado del pecho, crianza de los hijos, sistemas de apoyo, salud emocional, supervisión médica y otros determinantes de la salud. La evaluación telefónica del lactante debe centrarse en la alimentación y nutrición del bebé, su estado de salud general, incluyendo excreciones, cuidado infantil y supervisión médica. Además, deberá evaluarse la salud y el bienestar de otros miembros de la familia y la adaptación al nuevo bebé. Durante este contacto telefónico se deberá proporcionar información sobre los recursos de apoyo a los padres existentes en la comunidad (por ejemplo, las clínicas de lactancia materna, los grupos de padres de los lactantes, la escuela de padres).

Sword et al. (2001), en un ensayo realizado en cinco centros de Ontario sobre la utilización de los servicios sanitarios y sociales, informaron que las madres sanas y los recién nacidos confían principalmente en la atención primaria y los servicios comunitarios de enfermería durante las cuatro primeras semanas tras el alta médica. Las pautas de utilización varían de un lugar a otro y dependen de las madres, los recién nacidos y de la práctica profesional. También se concluyó que las madres sanas presentan importantes lagunas de información durante el primer mes de maternidad que son relevantes para el uso apropiado de los servicios sociales y de salud. En la Encuesta Sobre Madres y Lactantes de Ontario (Ontario Mother and Infant Survey) se recogen implicaciones específicas sobre lactancia materna para los responsables políticos, los gestores de programas, el personal de prestación de servicios y los pacientes (Sword, 2001).

Los estudios también demostraron el valor de las visitas domiciliarias tanto de forma prenatal como en el puerperio. Ciliska et al. (1999) realizaron una revisión sistemática para evaluar la eficacia de las visitas domiciliarias como estrategia de ejecución de los programas para pacientes, tanto en la etapa prenatal como en el puerperio. Se encontraron 20 artículos relevantes acerca de 12 estudios de calidad alta o moderada. Todos los estudios eran ensayos, excepto uno, que era un estudio de cohortes, considerado de calidad moderada. Dos ensayos se centraban en el periodo prenatal, y cuatro incluían intervenciones tanto en el período prenatal como en el puerperio. Las intervenciones más eficaces eran las que: incluían la participación de varios organismos de la comunidad y servicios de atención primaria; eran más intensas, con visitas domiciliarias semanales (al menos en el periodo inicial) tanto durante el embarazo como después del parto; y tenían un mayor impacto en las personas consideradas en riesgo debido a sus desventajas sociales.

Las implicaciones para la práctica incluyeron: las estrategias de intervenciones múltiples eran más eficaces; las visitas domiciliarias para las mujeres en alto riesgo debido a su condición social, edad, ingresos o educación tienen un mayor impacto que las dirigidas a pacientes más favorecidas.

Recomendación • 7

Las enfermeras con experiencia y conocimientos sobre lactancia materna deberán proporcionar apoyo a las madres. Dicho apoyo deberá establecerse durante el periodo prenatal, continuar durante el posparto y debería consistir en el contacto directo, cara a cara. (*Nivel de evidencia I*)

La duración de estos programas de apoyo debe determinarse según las necesidades locales (la evidencia sobre la duración de los programas de apoyo no es concluyente).

53

Discusión de la evidencia

Sikorski, Renfrew, Pindoria and Wade (2001) revisaron 13 estudios que examinaban la eficacia de los servicios de apoyo a la lactancia materna sobre las tasas de duración de la lactancia materna. Los estudios incluidos en la revisión tenían un diseño controlado y aleatorio o cuasialeatorio. En estos estudios, se proporcionaba apoyo a la lactancia materna a las madres además de los cuidados estándar que normalmente reciben. Por lo tanto, el apoyo se proporcionaba específicamente para facilitar la continuación de la lactancia materna. En los estudios que se analizaron, el apoyo a la lactancia materna se ofrecía tanto en el periodo prenatal como puerperal, o bien exclusivamente en el periodo puerperal. Doce de los estudios realizaron intervenciones de apoyo a la lactancia materna cara a cara, mientras que otro estudio examinó el apoyo telefónico proporcionado por los voluntarios. Los resultados de los estudios demostraron que el apoyo a la lactancia materna por parte de los profesionales de la salud específicamente cualificados para ello tuvo como resultado que las madres dieron de mamar hasta los dos meses y que un mayor número de ellas dio lactancia materna exclusiva hasta los dos meses. En particular, las intervenciones de apoyo a lactancia materna que se ofrecieron tanto en el período prenatal como en el puerperal fueron más eficaces que las intervenciones que solo se realizaron durante el puerperio. Sin embargo, a partir de los estudios revisados, la eficacia de las intervenciones de apoyo a la duración de la lactancia materna a largo plazo (más de dos meses) sigue sin estar clara. Además, la eficacia de la asistencia telefónica realizada por voluntarios no estaba demostrada. Un estudio reciente de Steel O'Connor et al. (2003) comparó las visitas domiciliarias de rutina realizadas por una enfermera de salud pública con las llamadas telefónicas para determinar la necesidad de nuevas intervenciones. Llegaron a la siguiente conclusión: “Un componente fundamental del contacto telefónico inicial es una evaluación cuidadosa de la necesidad de una mayor intervención de la enfermera de salud pública” (p. 103).

Recomendación • 7.1

Las instituciones deberán considerar la posibilidad de establecer y respaldar programas de mediación, solos o en combinación con educación individualizada impartida por los profesionales sanitarios durante el periodo prenatal y el puerperal. (*Nivel de evidencia I*)

Discusión de la evidencia

En la revisión sistemática de Fairbank et al. (2000), se identificaron dos ensayos controlados aleatorios (ECA) (Kistin et al. 1994; McInnes, 1998). Ambos ensayos encontraron evidencia para el uso de los programas de mediación a la hora de ayudar a las mujeres a iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante al menos seis semanas, así como a la hora de ayudar a establecer una lactancia materna eficaz. La mediación no cambió el comportamiento de las mujeres que habían decidido dar lactancia artificial.

Recomendaciones para la formación

Recomendación • 8

Las enfermeras que proporcionen apoyo a la lactancia materna deberán recibir obligatoriamente formación en lactancia, para desarrollar los conocimientos, capacidades y actitudes que se necesitan para poder aplicar las directrices de lactancia materna y prestar su apoyo a las madres lactantes. (*Nivel de evidencia II-2*)

A. La formación sobre lactancia materna debe:

1. Incluir contenido que facilite el desarrollo de capacidades clínicas, una base teórica y actitudes reflexivas. En el Anexo M se encuentran ejemplos de ejercicios que facilitan la autorreflexión dentro de la clase de educación.

2. Estar basada en una estructura que incluya:
 - La Iniciativa IHAN®.
 - Los 10 pasos para una lactancia materna feliz de la OMS / UNICEF.
 - Práctica basada en la evidencia.
 - Teorías del aprendizaje adulto.
 - Desarrollo de capacidades desde el grado de principiante hasta el de experto.

B. El contenido específico debe incluir información sobre la evaluación, apoyo y solución de problemas de la lactancia materna.

Pueden encontrarse ejemplos de programas en:

- WHO Breastfeeding Education module “Breastfeeding Management and Promotion in a Baby-Friendly™ Hospital: An 18-hour course for maternity staff”.
- Breastfeeding Education Series – Perinatal Partnership Program of Eastern & Southeastern Ontario.
- Universities/Colleges of Applied Arts and Technology.
- Recursos educativos: páginas web, revistas, videos, cursos por Internet sobre lactancia materna, etc.

En el Anexo I se recoge una lista de recursos de Internet, vídeos y lecturas recomendadas. En el Anexo N se encuentra una lista de cursos sobre lactancia materna a través de Internet.

Discusión de la evidencia

55

Los estudios han demostrado una correlación positiva entre el aumento de los conocimientos y habilidades acerca de la lactancia materna entre los profesionales sanitarios y el aumento de las tasas de inicio de lactancia materna (Balcazar et al., 1995; Hartley & O'Connor, 1996; Humphreys et al., 1998; Rajan & Oakley, 1990). Sin embargo, es lamentable que se dedique tan poco tiempo a la formación básica en lactancia materna dentro de los programas de ciencias de la salud, lo que hace que los profesionales sanitarios carezcan de la preparación suficiente para ayudar o aconsejar sobre lactancia materna (CICH, 1996; WHO, 1998). Así, las instituciones sanitarias deben tomar la iniciativa de proporcionar una formación adecuada en lactancia materna a sus profesionales sanitarios. Esto facilitará la prestación de una orientación eficaz que garantice que las madres reciben información coherente y que sirva de apoyo sobre la lactancia materna (AWHONN, 2000; CICH, 1996).

Para conseguir una promoción eficaz de la lactancia materna, la formación de profesionales sanitarios debe centrarse en aumentar sus conocimientos y capacidades, así como en cambiar sus actitudes sobre la lactancia. La investigación ha demostrado que, para que la formación resulte eficaz, debe ser obligatoria y recibir el respaldo de los mandos superiores a través de la aplicación de directrices sobre lactancia materna (Iker & Morgan, 1992; Stokamer, 1990; Winikoff, Myers, Laukaran & Stone, 1987). La OMS / UNICEF (1992) han recomendado que los profesionales sanitarios reciban un mínimo de 18 horas de formación y 3 horas de práctica clínica sobre lactancia materna. Además, la formación debe abarcar al menos ocho de los diez pasos del Código de la OMS.

Dos estudios han examinado la eficacia de la formación: Altobelli, Baiocchi-Ureta y Larson (1991) midieron la eficacia de un curso de 20 horas de capacitación del personal. Este curso empleaba materiales educativos normalizados sobre lactancia materna nueve meses después de la formación. Percibieron mejoras en el contacto inicial entre madre e hijo y en el agarre al pecho; así como una reducción en el uso de alimentación complementaria. Westphal, Taddei, Venancio y Bogus (1995) examinaron la efectividad de un curso intensivo de tres semanas de formación, sobre lactancia. Mediante el uso de cuestionarios antes y después del curso, encontraron que la mayoría de los participantes en la formación demostró una mejoría significativa en sus conocimientos y actitudes sobre la lactancia. Además, los investigadores administraron el cuestionario posterior al curso a los participantes 6 meses después y encontraron que había una tasa elevada de retención de la información que se les había impartido. En ambos estudios se comprobó que el aumento de la formación sólo es eficaz si va acompañada de cambios en las actitudes y aumenta el nivel de habilidad de los profesionales.

Integrar estrategias de aumento de la autoeficacia (por ejemplo, oportunidades de observar amamantar a otra mujer) en las interacciones con los pacientes puede mejorar la calidad de la atención que ofrecen las enfermeras (Blyth et al. 2002). Establecer una relación terapéutica es fundamental para la inclusión de este tipo de estrategias en las interacciones con las madres lactantes, y debe considerarse como parte de la cualquier estrategia educativa. El Colegio de Enfermeras de Ontario (College of Nurses of Ontario) proporciona directrices en el *Estándar para la relación terapéutica entre enfermeras y pacientes (Standard for the Therapeutic Nurse-Client Relationship)* (2000), y la RNAO (2002a) apoya la atención a los cuidados basados en la evidencia en su guía Guía de buenas prácticas *Cómo establecer relaciones terapéuticas*.

El consenso del grupo de desarrollo es que debe ofrecerse apoyo a las enfermeras dispuestas a trabajar tratando de conseguir por una certificación de la Junta de Consultores de Lactancia Certificados (International Board Certified Lactation Consultant, en lo sucesivo IBCLC por sus siglas en inglés). La acreditación IBCLC es el estándar de excelencia reconocido que han establecido los especialistas en el campo de la lactancia materna (International Board of Lactation Consultant Examiners, 2001).

Recomendaciones para la organización y directrices

Recomendación • 9

Los centros sanitarios han de revisar sus programas educativos sobre lactancia materna para el público, y realizar los cambios necesarios según las recomendaciones de esta guía de buenas prácticas.
(Nivel de evidencia III)

Hay que tener en cuenta los factores sociales, económicos y culturales.

Recomendación • 10

Las instituciones y centros sanitarios deberán aspirar a recibir la acreditación de la IHAN. *(Nivel de evidencia III)*

Consulte el Apéndice O para obtener más información acerca del proceso de acreditación de la IHAN.

57

Recomendación • 11

Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:

- Evaluación de la preparación disposición institucional y de los obstáculos para la formación.
- Participación de todos los miembros (tengan función directa o indirecta de apoyo) que contribuirán al proceso de aplicación.
- Dedicación de un individuo cualificado para proporcionar el respaldo necesario a los procesos de formación e implantación.
- Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas.
- Oportunidades para reflexionar acerca de la experiencia personal y organizativa a la hora de implantar las Guías.
- Para este propósito, la RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores) ha desarrollado la “*Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica*”, basada en la evidencia disponible, perspectivas teóricas y consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta para dirigir la implantación de la *Guía de buenas prácticas para lactancia materna*. *(Nivel de evidencia III)*

Consulte el Apéndice P para obtener una descripción de la “Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica” de la RNAO.

Evaluación y seguimiento

Las instituciones que implanten las recomendaciones de esta Guía de buenas prácticas en enfermería deben considerar cómo llevar a cabo el seguimiento y la evaluación de la implantación y sus efectos. La siguiente tabla, basada en el marco que establece la RNAO en su “*Herramienta de Implantación de Guías de práctica clínica (2002c)*”, resume algunos de los indicadores propuestos para el seguimiento y la evaluación:

	Estructura	Proceso	Resultado
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">Evaluar los recursos disponibles en la institución que permiten que las enfermeras realicen una promoción adecuada de la lactancia materna.	<ul style="list-style-type: none">Evaluar los cambios en la práctica que favorezcan la mejora de las prácticas de lactancia.	<ul style="list-style-type: none">Evaluar las consecuencias que conlleva la implantación de las recomendaciones.
Institución / Unidad	<ul style="list-style-type: none">Disponibilidad de recursos para la educación del paciente que se correspondan con las recomendaciones de las Guías de buenas prácticas.Examen de las recomendaciones de la Guía por parte de Comités organizativos responsables de las directrices o procedimientos o de la acreditación IHAN.	<ul style="list-style-type: none">Avance hacia la acreditación IHAN desde la implantación de la Guía y los elementos de progreso que los administradores atribuyen a la implantación de la Guía.Para documentar la evaluación de la lactancia materna se emplea una herramienta estandarizada.	<ul style="list-style-type: none">Las directrices y procedimientos relacionados con la promoción de la lactancia materna son coherentes con la Guía.
Enfermera	<ul style="list-style-type: none">Porcentaje de enfermeras a tiempo completo, a tiempo parcial, y ocasionales que asisten a sesiones de formación sobre lactancia materna.Promedio de horas de formación sobre lactancia materna desde la implantación de la Guía.	<ul style="list-style-type: none">Conocimientos sobre lactancia materna autoevaluados por las propias enfermeras.Nivel medio de conocimientos declarado por las enfermeras sobre recursos de derivación de en la comunidad para el apoyo de la lactancia materna autoevaluados por las propias enfermeras.	<ul style="list-style-type: none">Porcentaje de lactantes amamantados que recibieron suplementos en el hospital.Evidencia de la documentación en la historia clínica relacionada con:<ul style="list-style-type: none">Evaluación prenatal.Evaluación posparto.Educación familiar.Derivación comunitaria.
Madre lactante		<ul style="list-style-type: none">Porcentaje de madres que indican haber recibido una evaluación prenatal de la lactancia materna realizada por una enfermera.Porcentaje de madres que indican haber recibido una evaluación posparto de la lactancia materna realizada por una enfermera.	<ul style="list-style-type: none">Porcentaje de primíparas que iniciaron la lactancia en el hospital.Porcentaje de multíparas que iniciaron la lactancia en el hospital.Porcentaje de madres (primíparas y multíparas) que dan lactancia materna exclusiva las 8 semanas (2 meses) después posteriores del al parto.Porcentaje de madres que acceden a recursos de derivación en la comunidad.
Costes	<ul style="list-style-type: none">Suministro de recursos humanos y financieros adecuados.		

Los ejemplos de herramientas de evaluación que se utilizaron para recolectar datos sobre algunos de los indicadores mencionados anteriormente durante la implantación y evaluación piloto de esta Guía están disponibles en www.rnao.org/bestpractices.

Implantación

Esta Guía de buenas prácticas se implantó de forma piloto en un hospital y en un centro de salud pública en Sudbury, Ontario. Las lecciones aprendidas y los resultados de la implantación piloto pueden resultar específicos para estas instituciones, y reconocemos que su experiencia puede no ser generalizable a otros entornos. Sin embargo, hubo muchas estrategias que los lugares de implantación pilote encontraron útiles en los centros pilotos durante la implantación durante la implantación, y aquellos que estén interesados en la implantación de esta Guía pueden tener en cuenta estos consejos. A continuación se recoge un resumen de estas estrategias:

59

- Identificar a una persona que dirija el proyecto y pueda dedicar su tiempo a la implantación. Si la iniciativa de implantación abarca más de un emplazamiento, cada lugar debería identificar su propia enfermera dedicada al proyecto. Esta enfermera será la encargada de proporcionar apoyo, experiencia clínica y liderazgo durante el proceso de implantación, y debe tener gran capacidad para las relaciones interpersonales y la gestión de proyectos.
- Emplear un enfoque sistemático para la planificación, implantación y evaluación de las iniciativas de la Guía. Resulta útil contar con un plan de trabajo para realizar un seguimiento de las actividades y los plazos.
- Antes de que se pueda esperar un cambio en la práctica y se puedan implantar las recomendaciones de la Guía, deberán abordarse las actitudes, valores y creencias del personal sobre la lactancia materna. El uso de ejercicios de reflexión sobre la práctica y los enfoques de aprendizaje transformador resultaron fundamentales para el programa de formación desarrollado para la implantación piloto (véase el Anexo M).



- Ofrecer oportunidades al personal sanitario para que pueda asistir a programas de formación interactivos sobre lactancia materna interactivos para adultos que incorporen los enfoques anteriores, así como los conocimientos existentes sobre la política de la lactancia materna. El curso INFACT (Infant Feeding Action Coalition Training) de 18 horas de duración es muy recomendable para todo el personal que pueda asistir.

- El trabajo en equipo y la colaboración a través de un enfoque interdisciplinario es fundamental, y todos los servicios e instituciones que tratan con familias jóvenes deben ser incluidos en el proceso. Considerar formar la formación de la posibilidad de formar un equipo de implantación que incluya no sólo a la institución que implanta la directriz, sino también a otras, como socios de la comunidad (recursos de derivación), grupos de apoyo, programas prenatales, y de, posparto y dietistas.

Aparte de los consejos mencionados anteriormente, la RNAO ha publicado recursos de implantación que se encuentran disponibles en su página web. Si se utiliza adecuadamente, una Herramienta para la implantación de las Guías puede resultar de gran utilidad. En el Anexo P podrá encontrar una breve descripción de esta Herramienta. Puede descargarse gratuitamente en www.rnao.org/bestpractices. En la página web también están disponibles los recursos de implantación desarrollados por el lugar centro piloto de implantación piloto en Sudbury, Ontario, que pueden ayudar a individuos e instituciones a implantar la presente Guía de mejores prácticas. Estos recursos son específicos para el lugar de implantación centro piloto, y se han puesto a disposición del público como ejemplos de adaptación local para la implantación de las recomendaciones.



Proceso de actualización y revisión de la Guía

La RNAO, propone actualizar esta Guía de buenas prácticas en enfermería de la siguiente manera:

1. Tras la difusión, cada guía de buenas prácticas en enfermería será revisada por un equipo de especialistas en el área temática (equipo de revisión) cada tres años transcurridos después de la última serie de revisiones.
2. Durante el período de tres años entre el desarrollo y la revisión, el personal del proyecto de la Guía de buenas prácticas en enfermería de la RNAO buscará regularmente nuevas revisiones sistemáticas, metanálisis y ensayos controlados aleatorios (ECA) en el campo.
3. Según los resultados obtenidos en el seguimiento, el personal del proyecto puede recomendar que la revisión se lleve a cabo antes del plazo previsto.
Consultar con un equipo integrado por miembros del equipo original y otros especialistas en la materia, ayudará a tomar la decisión de examinar y revisar las Guías de buenas prácticas antes del plazo de tres años.
4. Tres meses antes del plazo de revisión de tres años, el personal del proyecto seguirá los siguientes pasos para empezar a planificar el proceso de revisión:
 - a) Invitar a los especialistas en la materia, de la Guía a que formen parte del equipo de revisión. El equipo de revisión estará integrado por los miembros del equipo original, así como otros especialistas recomendados.
 - b) Recopilar las opiniones recibidas, las dudas planteadas durante la fase de divulgación, así como otros comentarios y experiencias de los centros donde se ha implantado.
 - c) Recopilar las nuevas guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metaanálisis de documentos, revisiones técnicas y ensayos controlados aleatorios en la materia.
 - d) Elaborar un plan de trabajo detallado con fechas de entrega.

61

La Guía revisada se difundirá de nuevo a través de las estructuras y procesos establecidos

Referencias bibliográficas

62

Altobelli, L., Baiocchi-Ureta, N., & Larson, E. (1991). A controlled trial to extend the duration of exclusive breastfeeding among low income mothers in Lima, Peru. Final report (unpublished). The John Hopkins University (Baltimore), Cayetano Heredia University (Lima) and The Population Council (New York).

American Dietetic Association (1997). Position of the American Dietetic Association: Promotion of breastfeeding. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(6), 662-666.

Arlotti, J. P., Cottrell, B. H., Lee, S. H., & Curtin, J. J. (1998). Breastfeeding among low-income women with and without peer support. *Journal of Community Health Nursing*, 15(3), 163-178.

Association of Registered Nurses of Newfoundland (2000). *Guidelines: Registered nurse competencies to protect, promote and support breastfeeding*. St. John's, Newfoundland: Association of Registered Nurses of Newfoundland (ARRN House).

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2000). Evidence-based clinical practice guideline. Breastfeeding support: Prenatal care through the first year. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. [On-line]. Available: <http://www.awhonn.org>

Australian College of Paediatrics (1998). Policy statement on breastfeeding: The Australian College of Paediatrics. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 34(5), 412-413.

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidations: Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.

Balacazar, H., Trier, C. M., & Cobas, J. A. (1995). What predicts breastfeeding intention in Mexican-American and non-Hispanic white women? Evidence from a national survey. *BIRTH*, 22(2), 74-80.

Bar-Yam, N. B. (1998). Workplace lactation support, Part 1: A return-to-work breastfeeding assessment tool. *Journal of Human Lactation*, 14(3), 249-254.

Beaudry, M., Dufour, R., & Marcoux, S. (1995). Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. *Journal of Pediatrics*, 126(2), 191-197.

Bender, D. E., Dusch, E., & McCann, M. F. (1998). From efficacy to effectiveness: Selecting indicators for a community-based lactational amenorrhoea method promotion programme. *Journal of Biosocial Science*, 30(2), 193-225.

Bernshaw, N. (1991). Does breastfeeding protect against sudden infant death syndrome? *Journal of Human Lactation*, 7(2), 73-79.

Biancuzzo, M. (1999). *Breastfeeding the newborn: Clinical strategies for nurses*. St. Louis: Mosby.

Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et al. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236-248.

Blyth, R., Creedy, R., Dennis, C., Moyle, W., Pratt, J., & DeVries, S. (2002). The effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *BIRTH*, 29(4), 278-284.

Brandt, K. A., Andrews, C. M., & Kvale, J. (1998). Mother-infant interaction and breastfeeding outcome 6 weeks after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 27(2), 169-174.

Breastfeeding Committee for Canada (2001a). Breastfeeding statement of the Breastfeeding Committee for Canada. Breastfeeding Committee for Canada [On-line]. Available: <http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc5.html>

Breastfeeding Committee for Canada (2001b). Using the Baby-Friendly™ Hospital Initiative self-appraisal tool & analyzing the results. Breastfeeding Committee for Canada [On-line]. Available: <http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc39.html>

Breastfeeding Committee for Canada (2003a). The Baby-Friendly™ Initiative in community health services: A Canadian implementation guide. Breastfeeding Committee for Canada [On-line]. Available: <http://www.breastfeedingcanada.ca/pdf/webdoc50.pdf>

Breastfeeding Committee for Canada (2003b). Hospital/Maternity facility guidelines for the implementation of the WHO/UNICEF Baby-Friendly™ Hospital Initiative (BFHI) in Canada. Breastfeeding Committee for Canada [On-line]. Available: <http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc33.html>

Breastfeeding Committee for Canada (2003c). The Breastfeeding Committee for Canada welcomes you to the Baby-Friendly™ Initiative (BFI). Breastfeeding Committee for Canada [On-line]. Available: <http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc41.html>

Brent, N. B., Redd, B., Dworetz, A., D'Amico, F., & Greenberg, J. J. (1995). Breast-feeding in a low-income population. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 149(7), 798-803.

Burr, M. L., Limb, E. S., Maguire, M. J., Amarah, L., Eldridge, B. A., Layzell, J. C. et al. (1993). Infant feeding, wheezing and allergy: A prospective study. *Archives of Disease in Childhood*, 68(6), 724-728.

Canadian Institute of Child Health (1996). *National breastfeeding guidelines for healthcare providers*. Ottawa: Canadian Institute of Child Health.

Canadian Nurses Association (1999). Position statement: Breastfeeding. The Canadian Nurses Association (CNA) [On-line]. Available:

<http://206.191.29.104/pages/resources/brstfeed.htm>

Canadian Paediatric Society (2000). Canadian Paediatric Society guidelines on facilitating discharge home following a normal term birth. A joint statement with the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Canadian Paediatric Society [On-line]. Available:

<http://www.cps.ca/english/statements/FN/fn96-02.htm>

Canadian Paediatric Society, Dietitians of Canada and Health Canada (1998). *Nutrition for healthy term infants*. Ottawa: Ministry of Public Works and Government Services.

Caulfield, L. E., Gross, S. M., Bentley, M. E., Bronner, Y., Kessler, L., Jensen, J. et al. (1998).

WIC-based interventions to promote breastfeeding among African-American women in Baltimore: Effects on breastfeeding initiation and continuation. *Journal of Human Lactation*, 14(1), 15-22.

Chandra, R. K. (1997). Five-year follow-up of high-risk infants with family history of allergy who were exclusively breast-fed or fed partial whey hydrolysate, soy, and conventional cow's milk formulas. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 24(4), 380-388.

Chezem, J., Friesen, C., & Boettcher, J. (2003). Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: Effects on actual feeding practices. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(1), 40-47.

Chute, G. & Moore, L. S. (1996). Newborn nutrition. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), *Perinatal Nursing* (pp. 337-354). Philadelphia: Lippincott-Raven.

Ciliska, D., Hayward, S., Dobbins, M., Brunton, G., & Underwood, J. (1999). Transferring public-health nursing research to health-system planning: Assessing the relevance and accessibility of systematic reviews. *Canadian Journal of Nursing Research*, 31(1), 23-36.

- Clarke, M. D., Oxman, A. D. (eds) (1999). Cochrane Reviewers' Handbook 4.0. In *Review Manager (RevMan) (Computer Program). Version 4.0* (updated July 1999). Oxford: The Cochrane Collaboration.
- Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., & Feder, G. (1997). Appraisal instrument for clinical guidelines. St. George's Hospital Medical School [On-line]. Available: <http://www.sghms.ac.uk/depts/phs/hceu/clinline.htm>
- College of Nurses of Ontario (2000). *Standard for the therapeutic nurse-client relationship*. Toronto: College of Nurses of Ontario.
- Dennis, C. L. & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Research in Nursing and Health*, 22(5), 399-409.
- DiGirolama, A. & Grummer-Strawn, L. (2001). Maternity care practices: Implications for breastfeeding. *BIRTH*, 28(2), 94-100.
- Duckett, L. (1992). Maternal employment and breastfeeding. *NAACOG's Clinical Issues*, 3(4), 701-712.
- Duffy, E. P., Percival, P., & Kershaw, E. (1997). Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. *Midwifery*, 13(4), 189-196.
- Effective Public Health Practice Project (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding. PHRED [On-line]. Available: <http://www.hamilton.ca/PHCS/EPHPP/Research/Summary/2002/OptimalBreastfeeding.pdf>
- Ellis, T. M. & Atkinson, M. A. (1996). Early infant diets and insulin-dependent diabetes. *Lancet*, 347(9013), 1464-1465.
- Fairbank, L., O'Meara, S., Renfrew, M., Woolridge, M., Sowden, A., & Lister-Sharp, D. (2000). A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment*, 4(25), 1-57.
- Field, M. J. & Lohr, K. N. (eds) (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- Ford, R. P. (1993). Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *International Journal of Epidemiology*, 22(5), 885-890.
- Freudenheim, J. L., Marshall, J. R., Vena, J. E., Moysich, K. B., Muti, P., Laughlin, R. et al. (1997). Lactation history and breast cancer risk. *American Journal of Epidemiology*, 146(11), 932-938.
- Gartner, M. L., Black, S. L., Eaton, P. A., & Lawrence, A. R. (1997). Breastfeeding and use of human milk. American Academy of Pediatrics [On-line]. Available: <http://www.aap.org/policy/re9729.html>
- Giugliani, E. R., Caiaffa, W. T., Vogelhut, J., Witter, F. R., & Perman, J. A. (1994). Effect of breastfeeding support from different sources on mothers' decisions to breastfeed. *Journal of Human Lactation*, 10(3), 157-161.
- Gonzales, R. B. (1990). A large scale rooming-in program in a developing country: The Dr. Jose Fabella Memorial Hospital experience. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 31(Suppl 1), 31-34.
- Hale, T. (1999). *Clinical therapy in breastfeeding patients*. (1st ed.) Amarillo, TX: Pharmasoft Medical Publishing.
- Hale, T. (2000). *Medications in mother's milk*. Amarillo, TX: Pharmasoft Medical Publishing.
- Hart, H., Bax, M., & Jenkins, S. (1980). Community influences on breastfeeding. *Child Care, Health and Development*, 6(3), 175-187.
- Hartley, B. M. & O'Connor, M. E. (1996). Evaluation of the "Best Start" breast-feeding education program. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 150(8), 868-871.

- Health Canada (1996). *Report of the 1994-1995 National Population Health Survey: Nutrition component (rev)* Ottawa: Health Canada. Nutrition Program Unit, Health Promotion and Programs Branch.
- Health Canada (2000). *Family-centred maternity and newborn care: National guidelines*. Ottawa: Health Canada.
- Hefti, R. (1996). Breastfeeding: A community responsibility. World Alliance for Breastfeeding Action [On-line]. Available: <http://www.waba.org.br/folder96.htm>.
- Heinig, M. J. (1997). Staying abreast of the latest scientific controversies: Infant feeding and insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Human Lactation, 13*(2), 91-92.
- Heinig, M. J., Nommsen, L. A., & Peerson, J. M. (1993). Energy and protein intakes of breast-fed and formula-fed infants during the first year of life and their association with growth velocity: The DARLING study. *American Journal of Clinical Nutrition, 58*(2), 152-161.
- Hill, P. D. (1987). Effects of education on breastfeeding. *Maternal-Child Nursing Journal, 16*(2), 145-156.
- Hill, P. D. & Humenick, S. S. (1996). Development of the H & H lactation scale. *Nursing Research, 45*(3), 136-140.
- Hill, P. D., Humenick, S. S., Argubright, T. M., & Aldag, J. C. (1997). Effects of parity and weaning practices on breastfeeding duration. *Public Health Nursing, 14*(4), 227-234.
- Hills-Bonezyk, S. G., Avery, M. A., Savik, K., Potter, S., & Duckett, L. J. (1993). Women's experiences with combining breast-feeding and employment. *Journal of Nurse-Midwifery, 38*(5), 257-266.
- Hogan, E. S. (2001). Overcoming barriers to breastfeeding: Suggested breastfeeding promotion programs for communities in Eastern Nova Scotia. *Canadian Journal of Public Health, 92*(2), 105-108.
- Houston, M. J., Howie, P. W., Cook, A., & McNeilly, A. S. (1981). Do breastfeeding mothers get the home support they need? *Health Bulletin, 39*(3), 166-172.
- Howie, P. W., Forsyth, J. S., Ogston, S. A., Clark, A., & Florey, C. D. (1990). Protective effect of breastfeeding against infection. *British Medical Journal, 300*(6716), 11-16.
- Huggins, K. & Billon, S. F. (1993). Twenty cases of persistent sore nipples: Collaboration between a lactation consultant and dermatologist. *Journal of Human Lactation, 9*(3), 155-160.
- Humenick, S. S. (1987). The clinical significance of breastmilk maturation rates. *BIRTH, 14*(4), 174-179.
- Humenick, S. S., Hill, P. D., & Splegelberg, P. L. (1998). Breastfeeding and health professional encouragement. *Journal of Human Lactation, 14*(4), 305-310.
- Humenick, S. S., Hill, P. D., & Wilhelm, S. (1997). Postnatal factors encouraging sustained breastfeeding among primiparas and multiparas. *Journal of Perinatal Education, 6*(3), 33-45.
- Humphreys, A. S., Thompson, N. J., & Miner, K. R. (1998). Intention to breastfeed in low-income pregnant women: The role of social support and previous experience. *BIRTH, 25*(3), 169-174.
- Iker, C. E. & Morgan, J. (1992). Supplementation of breastfed infants: Does continuing education for nurses make a difference? *Journal of Human Lactation, 8*(3), 131-135.
- International Board of Lactation Consultant Examiners (2001). About the International Board of Lactation Consultant Examiners. IBLCE [On-line]. Available: http://www.ibcle.org/About_US.htm
- International Lactation Consultant Association (1991). Position paper on infant feeding. International Lactation Consultant Association [On-line]. Available: <http://www.ilca.org/pubs/pospapers/InfantFeedingPP.pdf>

- International Lactation Consultant Association (1999). *Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days*. Raleigh NC: International Lactation Consultant Association.
- Janke, J. R. (1993). The incidence, benefits and variables associated with breastfeeding: Implications for practice. *Nurse Practitioner*, 18(6), 22-32.
- Jenner, S. (1988). The influence of additional information, advice and support on the success of breastfeeding in working class primiparas. *Child Care, Health and Development*, 14(5), 319-328.
- Jensen, D., Wallace, S., & Kelsay, P. (1994). LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 23(1), 27-32.
- Johnson, T. S., Brennan, R. A., & Flynn-Tymkow, C. D. (1999). Principles and practice: A home visit program for breastfeeding education and support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 28(5), 480-485.
- Jorgensen, J. H., Holmer, G., Lund, P., Hernell, O., & Michaelsen, K. R. (1998). Effect of formula supplemented with docosahexaenoic acid and gamma-linoleic acid on fatty acid status and visual acuity in term infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 26(4), 412-421.
- Kessler, L. A., Gielen, A. C., Diener-West, M., & Paiger, D. M. (1995). The effects of a woman's significant other on her breastfeeding decision. *Journal of Human Lactation*, 11(2), 103-109.
- Kistin, N., Benton, D., Rao, S., & Sullivan, M. (1990). Breastfeeding rates among black urban low-income women: Effect of prenatal education. *Pediatrics*, 86(5), 741-746.
- Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E., Slevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S. et al. (2001). Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, 285(4), 413-420.
- Kramer, M. S. & Kakuma, R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2002*. Oxford: Update Software.
- Kraus, J. F., Greenland, S., & Bulterys, M. (1989). Risk factors for sudden infant death syndrome in the United States Collaborative Perinatal Project. *International Journal of Epidemiology*, 18(1), 113-120.
- Lactation Institute, The (1993). *Breast assessment for lactation*. Encino, California: The Lactation Institute.
- Lang, S., Lawrence, C., & Orme, R. L. (1994). Cup feeding: An alternative method of infant feeding. *Archives of Disease in Childhood*, 71(4), 365-369.
- Lawrence, P. B. (1994). Breast milk: Best source of nutrition for term and preterm infants. *Pediatric Clinics of North America*, 41(5), 925-941.
- Lawrence, R. & Lawrence, R. (1999). *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. St. Louis: Mosby.
- Leff, E. W., Schriefer, J., Hagan, J. F., & DeMarco, P. A. (1995). Improving breastfeeding support: A community health improvement project. *Journal of Quality Improvement*, 21(10), 521-529.
- Long, D. G., Funk-Archuleta, M. A., Geiger, C. J., Mozar, A. J., & Heins, J. N. (1995). Peer counsellor program increases breastfeeding rates in Utah Native American WIC population. *Journal of Human Lactation*, 11(4), 279-284.
- Lothian, J. A. (1995). It takes two to breastfeed: The baby's role in successful breastfeeding. *Journal of Nurse-Midwifery*, 40(4), 328-334.
- Lucas, A., Brooke, O. G., Morley, R., & Bamford, M. (1990). Early diet of preterm infants and development of allergic or atopic disease: Randomized prospective study. *British Medical Journal*, 300(6728), 837-840.
- Lvoff, N., Lvoff, V., & Klaus, M. (2000). Effect of the Baby-Friendly Initiative on infant abandonment in a Russian hospital. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 154(5), 474-477.

Makrides, M., Neumann, M., Simmer, K., Pater, J., & Gibson, R. (1995). Are long-chain polyunsaturated fatty acids essential nutrients in infancy? *Lancet*, 345(8963), 1463-1468.

Matthews, K., Webber, K., McKim, E., Banoub-Baddour, S., & Laryea, M. (1998). Maternal infant feeding decisions: Reasons and influences. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(2), 177-198.

Matthews, M. K. (1988). Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery*, 4(4), 154-165.

McCarter-Spaulding, D. & Kearney, M. (2001). Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30(5), 515-522.

McInnes, R. J. (1998). Breast feeding does not always work. All mothers should be offered help and support to breast feed. *British Medical Journal*, 316(7137), 1093.

McVea, K. L., Turner, P. D., & Peppler, D. K. (2000). The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *Journal of Human Lactation*, 16(1), 13-20.

Merlob, P., Aloni, R., & Prager, H. (1994). Continued weight loss in the newborn during the third day of life as an indicator of early weaning. *Israel Journal of Medical Science*, 30(8), 646-648.

Michelman, D. F., Faden, R. R., Gielen, A. C., & Buxton, K. S. (1990). Pediatricians and breastfeeding promotion: Attitudes, beliefs, and practices. *American Journal of Health Promotion*, 4(3), 181-186.

Ministry of Health Manatu Hauora (1997). *Infant feeding: Guidelines for New Zealand health workers*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.

Montgomery, D. L. & Splett, P. L. (1997). Economic benefit of breast feeding infants enrolled in WIC. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(4), 379-385.

Moretti, M., Lee, A., & Ito, S. (2000). Which drugs are contraindicated during breastfeeding? Practice guidelines. *Canadian Family Physician*, 46, 1753-1757.

Morrow, A., Guerrero, M. L., Shults, J., Calya, J. J., Lutter, C., Bravo, J. et al. (1999). Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Lancet*, 353(9160), 1226-1231.

Motherisk (2003). Motherisk program at The Hospital for Sick Children. Motherisk [On-line]. Available: <http://www.motherisk.org/>

Mulford, C. (1992). The mother-baby assessment (MBA): An "Apgar Score" for breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 8(2), 79-82.

National Health and Medical Research Council (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. National Health and Medical Research Council [On-line]. Available:

<http://www.health.gov.au/nhmrc/publications/pdf/cp30.pdf>

Neifert, M. (1998). The optimizations of breastfeeding in the perinatal period. *Clinics in Perinatology*, 25(2), 303-326.

Newman, J. & Pitman, T. (2000). Getting off to a good start. In *Dr. Jack Newman's Guide to Breastfeeding* (pp. 43-58). Toronto: Harper Collins Books.

Newman, J. (1996). Case reports: Decision tree and postpartum management for preventing dehydration in the "breastfed" baby. *Journal of Human Lactation*, 12(2), 129-135.

Newman, J. (1998). Supporting the people who support breastfeeding – Is my baby getting enough milk? Bright Future Lactation Resource Centre. [On-line]. Available: <http://www.bflrc.com/newman/breastfeeding/enough2.htm>

Nyhan, W. L. (1952). Stool frequency of normal infants in the first week of life. *Pediatrics*, 10, 141-1425.

Nygqvist, K. H., Rubertsson, C., Ewald, U., & Sjoden, P. O. (1996). Development of the Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale (PIBBS). *Journal of Human Lactation*, 12(3), 207-219.

Ontario Human Rights Commission Policy and Education Branch. (1999). *Pregnancy before, during and after: Know your rights*. Ottawa: Ontario Human Rights Commission.

Ontario Ministry of Health/Public Health Branch (1997). *Mandatory health programs and services guidelines*. Toronto: Government of Ontario.

Ontario Public Health Association (1993). *Breastfeeding position paper*. Toronto: Ontario Public Health Association.

Ontario Public Health Association (1996). *Making a difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto: Government of Ontario.

Palmer, B. (1998). The influence of breastfeeding on the development of the oral cavity: A commentary. *Journal of Human Lactation*, 14(2), 93-98.

Pastore, M. T. & Nelson, A. (1997). A breastfeeding drop-in center survey evaluation. *Journal of Human Lactation*, 13(4), 291-298.

Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario – Breastfeeding Steering Committee (2001). “*Supporting breastfeeding*”. *A breastfeeding education series*. Breastfeeding Program Development Steering Committee.

Piper, S. & Parks, P. L. (1996). Predicting the duration of lactation: Evidence from a national survey. *BIRTH*, 23(1), 7-12.

Power, N. G. & Slusser, W. (1997). Breastfeeding update 2: Clinical lactation management. *Pediatrics in Review*, 18(5), 147-161.

Pugh, L. & Milligan, R. (1998). Nursing intervention to increase the duration of breastfeeding. *Applied Nursing Research*, 11(4), 190-194.

Pugin, E., Valdes, V., Labbok, M. H., Perez, A., & Aravena, R. (1996). Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? *Journal of Human Lactation*, 12(1), 15-19.

Rajan, L. & Oakley, A. (1990). Infant feeding practice in mothers at risk of low birth weight delivery. *Midwifery*, 6(1), 18-27.

Registered Nurses Association of British Columbia (1996). Breastfeeding: Promotion, protection and support. *Position Statement*, 31-32.

Registered Nurses Association of Ontario (2002a). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario.

Registered Nurses Association of Ontario (2002b). Policy statement: Breastfeeding. Registered Nurses Association of Ontario [On-line]. Available: http://www.rnao.org/html/PDF/Policy_Statement_Breastfeeding.pdf

Registered Nurses Association of Ontario (2002c). *Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines*. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario.

Relucio-Clavano, N. (1981). The results of a change in hospital practices. *UNICEF*, 55/56, 139-165.

Righard, L. & Alade, M. O. (1990). Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *BIRTH*, 9(4), 185-189.

Riordan, J. (1998). Predicting breastfeeding problems. These tools may - or may not - help assess high-risk mother-baby couples. *AWHONN Lifelines*, 2(6), 31-33.

Riordan, J. & Auerbach, K. G. (1993). *Breastfeeding and human lactation*. Boston: Jones & Bartlett.

Riordan, J. & Auerbach, K. G. (1999). *Breastfeeding and human lactation*. (2 ed.) Boston: Jones & Bartlett.

Riordan, J., Bibb, D., Miller, M., & Rawlins, T. (2001). Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *Journal of Human Lactation*, 17(1), 20-23.

Riordan, J. & Koehn, M. (1997). Reliability and validity testing of three breastfeeding assessment tools. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 26(2), 181-187.

Rossiter, J. C. (1994). The effect of a culture-specific education program to promote breastfeeding among Vietnamese women in Sydney. *International Journal of Nursing Studies*, 31(4), 369-379.

- Saarinen, U. M. & Kajosaari, M. (1995). Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: Prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet*, 346(8982), 1065-1069.
- Saunders, S. E. & Carroll, J. (1988). Post-partum breast feeding support: Impact on duration. *Journal of the American Dietetic Association*, 88(2), 213-215.
- Scarborough Breastfeeding Network (1999). *Breastfeeding protocols for healthcare providers*. Toronto: Toronto Public Health Department.
- Schafer, E., Vogel, M. K., Viegas, S., & Hausafus, C. (1998). Volunteer peer counsellors increase breast-feeding duration among rural low-income women. *BIRTH*, 25(2), 101-106.
- Schlomer, J. A., Kemmerer, J., & Twiss, J. J. (1999). Evaluating the association of two breastfeeding assessment tools with breastfeeding problems and breastfeeding satisfaction. *Journal of Human Lactation*, 15(1), 35-39.
- Sciacca, J. P., Dube, D. A., Phipps, B. L., & Rafliff, M. I. (1995a). A breastfeeding education and promotion program: Effects on knowledge, attitudes and support for breastfeeding. *Journal of Community Health Nursing*, 20(6), 473-490.
- Sciacca, J. P., Phipps, B. L., Dube, D. A., & Rafliff, M. I. (1995b). Influences on breast-feeding by lower-income women: An incentive-based, partner-supported educational program. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(3), 323-328.
- Serafino-Cross, P. & Donovan, P. R. (1992). Effectiveness of professional breastfeeding home-support. *Journal of Nutrition Education*, 24(3), 117-122.
- Shrago, L. (1996). The relationship between bowel output and adequacy of breastmilk intake in neonates' first weeks of life. In *Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses (AWHONN) Conference syllabus*. Anaheim, CA: AWHONN.
- Sikorski, J., Renfrew, M., Pindoria, S., & Wade, A. (2001). Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2002*. Oxford: Update Software.
- Society of Pediatric Nursing of the Royal College of Nursing (1998). Breastfeeding guidelines for pediatric units. *Pediatric Nursing*, 10(1), 28-35.
- Steel O'Connor, K., Mowat, D., Scott, H., Carr, P., Dorland, J., & Young Tai, K. F. (2003). A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge. *Canadian Journal of Public Health*, 94(2), 98-103.
- Stokamer, C. L. (1990). Breastfeeding promotion efforts. Why some do not work. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 31(Suppl 1), 61-68.
- Sword, W., Watt, S., Gafni, A., Kyong, S., Krueger, P., Roberts, J. et al. (2001). Postpartum health and social service utilization: A five-site Ontario study. Canadian Health Services Research Foundation [On-line]. Available: http://www.chsrf.ca/docs/final-rpts/2002/system/sword_e.pdf.
- Thorley, K., Rouse, T., & Campbell, I. (1997). Results of seeing mothers as partners in antenatal care. *British Journal of Midwifery*, 5, 546-550.
- Tryggvadottir, L., Tulinius, H., Eyfjord, J. E., & Sigurvinsson, T. (2001). Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 154(1), 37-42.
- Tyson, J., Burchfield, J., & Sentence, F. (1992). Adaptation of feeding to a low fat yield in breast milk. *Pediatrics*, 89(2), 215-220.
- U.S. Preventive Services Task Force (1996). *Guide to clinical preventive services*. (2nd ed.) Baltimore: Williams & Williams.
- Watson, L. (1994). The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *American Academy of Pediatrics*, 93(1), 137-150.

- Weimer, J. (2001). The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis. U.S. Department of Agriculture [On-line]. Available:
<http://ers.usda.gov/publications/fanrr13/>
- Westphal, M., Taddei, J., Venancio, S., & Bogus, C. (1995). Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bulletin of the World Health Organization*, 73(4), 461-468.
- WHO/UNICEF (1981). International code of marketing of breastmilk substitutes. World Health Organization [On-line]. Available:
http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF
- WHO/UNICEF (1989). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services*. Geneva: A Joint WHO/UNICEF Statement.
- WHO/UNICEF (1990). *Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Breastfeeding in the 1990's: Global Initiative*. Florence, Italy: WHO/UNICEF.
- WHO/UNICEF (1992). *Breastfeeding counselling: A training course*. Geneva: WHO/UNICEF.
- Wiles, L. (1984). The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 13(4), 253-257.
- Wilmoth, T. A. & Elder, J. P. (1995). An assessment of research on breastfeeding promotion strategies in developing countries. *Social Science Medicine*, 41(4), 579-594.
- Winikoff, B., Myers, D., Laukaran, V. H., & Stone, R. (1987). Overcoming obstacles to breast-feeding in a large municipal hospital. *Pediatrics*, 80(3), 423-433.
- Woolridge, M. W., Ingram, J. C., & Baum, J. D. (1990). Do changes in pattern of breast usage alter the baby's nutrient intake? *Lancet*, 336(8712), 395-397.
- World Health Organization (1986). *Ottawa charter for health promotion. First international conference on health promotion*. Ottawa: World Health Organization.
- World Health Organization (1996). *Global databank on breastfeeding*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1998). *Child health and development - Evidence for ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: Family and Reproductive Health Division of Child Health and Development. World Health Organization.
- World Health Organization (2000). The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. Note for the Press No. 7. World Health Organization [On-line]. Available:
<http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>
- World Health Organization (2002). *Infant and young child nutrition. Global strategy on infant and young child feeding* (Rep. No. A55/15). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization & Wellstart International (2001). *The Baby-Friendly Hospital Initiative, monitoring and reassessment: Tools to sustain progress*. Geneva: World Health Organization.
- Wright, A. L., Bauer, M., Naylor, A., Sutcliffe, E., & Clark, L. (1998). Increasing breastfeeding rates to reduce infant illness at the community level. *Pediatrics*, 101(5), 837-844.
- Zheng, T., Duan, L., Liu, Y., Zhang, B., Wang, Y., Chen, Y. et al. (2000). Lactation reduces breast cancer risk in Shandong Province, China. *American Journal of Epidemiology*, 152(12), 1129-1135.
- Ziemer, M. M., Paone, J. P., Schupay, J., & Cole, E. (1990). Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women. *Western Journal of Nursing Research*, 12(6), 732-743.

Bibliografía

Auerbach, G. K. (2001). Evidence-based care and the breastfeeding couple: Key concerns. *Journal of Midwifery & Women's Health, 45*(3), 205-211.

Auerbach, K. (2000). *Current issues in clinical lactation*. London: Jones & Bartlett Publishers International.

Auerbach, K. & Riordan, J. (2000). *Clinical lactation*. Boston: Jones & Bartlett Publishers.

Breastfeeding Committee for Canada (2001c). The WHO/UNICEF Baby-Friendly™ Initiative in the Community. Breastfeeding Committee for Canada [On-line]. Available: www.geocities.com/HotSprings/falls/1136/webdoc43.htm

Breastfeeding Committee for Canada (2001d). Vision, mission, & objectives. The Breastfeeding Committee for Canada [On-line]. Available:

<http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc17.html>

Brown, S., Small, R., Gaber, B., Krastev, A., & Davis, P. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2002*. Oxford: Update Software.

Canadian Institute of Child Health (1995). *Survey of routine maternity care and practices in Canadian hospitals*. Ottawa: Canadian Institute of Child Health.

College of Nurses of Ontario (2000). *Medication administration standards*. Toronto: College of Nurses of Ontario.

Creedy, D., Dennis, C. L., Blyth, R., Moyle, W., Pratt, J., & DeVries, S. (2003). Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: Data from an Australian sample. *Research in Nursing and Health, 26*(2), 143-152.

Dearden, K., Altaye, M., de Maza, I., de Oliva, M., Stone-Jimenez, M., Burkhalter, B. et al. (2002). The impact of mother-to-mother support on optimal breast-feeding: A controlled community intervention trial in peri-urban Guatemala City, Guatemala. *Pan American Journal of Public Health, 12*(3), 193-201.

Dennis, C. L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation, 15*(3), 195-201.

Department of Reproductive Health and Research - World Health Organization (1999). Selecting reproductive health indicators: A guide for district managers – field testing version. World Health Organization [On-line]. Available: <http://www.who.int/rht/documents/RHT-HRP97-25/rht9725.htm>

Dzakpasu, S. & Trouton, K. (1994). Canadian perinatal surveillance system. Health Canada. [On-line]. Available: http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/brch/factshts/brstfd_e.html

Enkin, M. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: University Press.

Evans, K., Evans, R., & Simmer, K. (1995). Effect of the method of breast feeding on breast engorgement, mastitis and infantile colic. *Acta Paediatrica, 84*(8), 849-852.

Grey Bruce Owen Sound Health Unit. Mandatory guidelines for public health regarding breastfeeding (Draft). *Bruce Grey Owen Sound Health Unit, (in press)*.

Gromada, K. (1999). *Breastfeeding and caring for twins or more: Mothering multiples*. Illinois: La Leche League International.

Hale, T. (2000). Anesthetic medications in breastfeeding mothers. *Journal of Human Lactation, 15*(3), 185-194.

- Health Canada (1997a). *A multicultural perspective of breastfeeding in Canada*. Ottawa: Ministry of Public Works and Government Services.
- Health Canada (1997b). *Breastfeeding: A selected bibliography and resource guide*. Ottawa: Ministry of Public Works and Government Services.
- Health Canada (1999). Breastfeeding in Canada: A review and update. Health Canada [On-line]. Available: <http://www.hc-sc.gc.ca>
- Kistin, N., Abramson, R., & Dublin, P. (1994). Effect of peer counsellors on breastfeeding initiation, exclusivity and duration among low-income urban women. *Journal of Human Lactation*, 10(1), 11-15.
- La Leche League (1997a). *The breastfeeding answer book*. Illinois: La Leche League International.
- La Leche League (1997b). *The womanly art of breastfeeding*. (6th ed.) Illinois: La Leche League International.
- La Leche League (1999a). *Breastfeeding booklet series*. Illinois: La Leche League.
- La Leche League (1999b). *Breastfeeding your premature baby*. Illinois: La Leche League International.
- Ludington-Hoe, S. (1993). *Kangaroo care: The best you can do to help your preterm infant*. Toronto: Bantam Books.
- Matthews, M. K. (1998). Breastfeeding assessment tools. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 27(3), 236-238.
- McCallum, P. & Hotz, S. (1997). *Helping pregnant and postpartum women and their families to quit or reduce smoking*. Ottawa: Ministry of Public Works and Government Services Canada.
- McKeever, P., Stevens, B., Miller, K., Watson MacDonnell, J., Gibbins, S., Guerriere, D. et al. (2002). Home versus hospital breastfeeding support for newborns: A randomized controlled trial. *BIRTH*, 29(4), 258-265.
- Molina Toress, M., Davila Torres, R., Parrilla Rodriguez, A., & Dennis, C. L. (2003). Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: Data from a Puerto Rican population. *Journal of Human Lactation*, 19(1), 35-42.
- The mother-friendly childbirth initiative: The first consensus initiative of the Coalition for Improving Maternity Services (1997). *Journal of Nurse-Midwifery*, 42(1), 59-63.
- NHS Centre for Review and Dissemination (2000). *Effective health care: Promoting the initiation of breastfeeding*. London: Royal Society of Medicine Press.
- Ontario Public Health Association (1999). *Postpartum implementation guidelines for the Healthy Babies Healthy Children Program*. Toronto: Government of Ontario.
- Palmer, G. (1988). *The politics of breastfeeding*. London: Pandora Press.
- Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario (1997). *Breastfeeding your baby*. Ottawa: Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario.
- Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario (2000). *Benchmarking study: Assessing client satisfaction with hospital perinatal services*. Ottawa: Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario.
- Phillips, C. (1997). *Mother-baby nursing*. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

Renfrew, M., Fisher, C., & Arms, S. (1990). *Breastfeeding: Getting breastfeeding right for you*. California: Celestial Arts.

Righard, L. (1998). Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *BIRTH*, 25(1), 40-44.

Sears, W. & Sears, M. (2000). *The breastfeeding book: Everything you need to know about nursing your child*. New York: Little Brown.

Sheeshka, J., Potter, B., Norrie, E., Valaitis, R., Adams, G., & Kuczynski, L. (2001). Women's experiences of breastfeeding in public places. *Journal of Human Lactation*, 17(1), 31-38.

Stacey, C. D., Jacobsen, M. J., & O'Connor, A. M. (1999). Nurses guiding breast cancer – related decisions: A decision support framework. *Innovations in Breast Cancer Care*, 4(3), 71-81.

Stewart, M., Dunkley, G., & Michelin, L. (2000). Benchmarking: Breastfeeding support in public health. Public Health Research Education and Development Programs. [On-line]. Available: <http://www.gov.on.ca/health>

U.S. Department of Agriculture (2001). The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis. Food Assistance and Nutrition Research Report No.

13. U.S. Department of Agriculture [On-line]. Available: <http://www.ers.usda.gov/publications/fanrr13/fanrr13.pdf>

Wiessinger, D. (1998). A breastfeeding teaching tool using a sandwich analogy for latch-on. *Journal of Human Lactation*, 14(1), 12-17.

Woolridge, M. (1986). The ‘anatomy’ of infant sucking. *Midwifery*, 2(4), 164-171.



Anexo A: *Estrategia de búsqueda de la evidencia existente*

PASO 1 - Búsqueda en base de datos

A principios del año 2001, se llevó a cabo una búsqueda inicial de las guías existentes sobre lactancia materna en bases de datos a través de una compañía especializada en las búsquedas de literatura para instituciones sanitarias, investigadores y consultores. A continuación, se realizaron búsquedas en las bases de datos de MEDLINE, CINAHL y Embase de artículos publicados desde el 1 de enero de 1995 hasta el 28 de febrero de 2001 utilizando los siguientes términos de búsqueda: “lactancia materna”, “lactancia”, “guías de buenas prácticas”, “guía de buenas prácticas”, “guía de práctica clínica”, “guías de práctica clínica”, “normas”, “declaración de consenso”, “consenso” y “guías basadas en la evidencia”. Además, se llevó a cabo una búsqueda de revisiones sistemáticas en la base de datos Cochrane Library utilizando los términos de búsqueda anteriormente mencionados.

PASO 2 - Búsqueda en Internet

Se utilizó un motor de búsqueda Metacrawler (metacrawler.com), además de otra información disponible proporcionada por el equipo del proyecto, para crear una lista de 42 páginas web que suelen publicar o albergar guías de práctica clínica. En el año 2001 se consultaron las siguientes páginas:

- Agency for Healthcare Research and Quality: www.ahrq.gov
- Alberta Clinical Practice Guidelines Program: www.amda.ab.ca/general/clinical-practice-guidelines/index.html
- American Medical Association: <http://www.ama-assn.org/>
- Best Practice Network: www.best4health.org
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguide/index.html
- Canadian Centre for Health Evidence: www.cche.net
- Canadian Institute for Health Information (CIHI): www.cihi.ca/index.html
- Canadian Medical Association Guideline Infobase: www.cma.ca/eng-index.htm
- Canadian Task Force on Preventative Health Care: www.ctfphc.org/
- Cancer Care Ontario: www.cancercare.on.ca

- Centre for Clinical Effectiveness – Monash University, Australia:
<http://www.med.monash.edu.au/publichealth/cce/evidence/>
- Centers for Disease Control and Prevention: www.cdc.gov
- Centre for Evidence-based Child Health: <http://www.ich.bpmf.ac.uk/ebm/ebm.htm>
- Centre for Evidence-based Medicine: <http://cebmrjr2.ox.ac.uk/>
- Centre for Evidence-based Mental Health: <http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/>
- Centre for Evidence-based Nursing: www.york.ac.uk/depts/hstd/centres/evidence/ev-intro.htm
- Centre for Health Services Research: www.nci.ac.uk/chsr/publicen/tools/
- Core Library for Evidence-Based Practice: <http://www.shef.ac.uk/~scharr/ir/core.html>
- CREST: <http://www.n-i.nhs.uk/crest/index.htm>
- Evidence-based Nursing: <http://www.bmjpg.com/data/ebn.htm>
- Health Canada: www.hc-sc.gc.ca
- Health Care Evaluation Unit: Health Evidence Application and Linkage Network (HEALNet):
<http://healnet.mcmaster.ca/nce>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES): www.ices.on.ca/
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) www.icsi.org
- Journal of Evidence-based Medicine: <http://www.bmjpg.com/data/ebm.htm>
- McMaster Evidence-based Practice Centre: <http://hiru.mcmaster.ca/epc/>
- McMaster University EBM site: <http://hiru.hirunet.mcmaster.ca/ebm>
- Medical Journal of Australia: <http://mja.com.au/public/guides/guides.html>
- Medscape Multispecialty: Practice Guidelines:
www.medscape.com/Home/Topics/multispecialty/directories/dir-MULT.PracticeGuide.html
- Medscape Women's Health:
www.medscape.com/Home/Topics/WomensHealth/directories/dir-WH.PracticeGuide.html
- National Guideline Clearinghouse: www.guideline.gov/index.asp
- National Library of Medicine: <http://text.nlm.nih.gov/ftrs/gateway>
- Netting the Evidence: A ScHARR Introduction to Evidence Based Practice on the Internet:
www.shef.ac.uk/uni/academic/
- New Zealand Guideline Group: <http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>
- Primary Care Clinical Practice Guideline: <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/>
- Royal College of Nursing: www.rcn.org.uk
- The Royal College of General Practitioners: <http://www.rcgp.org.uk/Sitelis3.asp>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: www.show.scot.nhs.uk/sign/home.htm
- TRIP Database: www.tripdatabase.com/publications.cfm
- Turning Research into Practice: <http://www.gwent.nhs.gov.uk/trip/>
- University of California: www.library.ucla.edu/libraries/biomed/cdd/clinprac.htm
www.ish.ox.ac.au/guidelines/index.html

Una persona realizó búsquedas en cada una de estas páginas. Se registró la presencia o ausencia de guías para cada referencia: en ocasiones, se registró que la página web no contenía la guía de forma directa, sino que redirigía a otra página web para poder acceder a ella. Se recuperó una versión completa del documento para todas las guías.

PASO 3 - Búsqueda manual / contribuciones del equipo de trabajo

Se pidió a los miembros del equipo que revisaran sus archivos personales para identificar guías que no se hubieran encontrado a través de la estrategia de búsqueda anterior. En un raro ejemplo, una de las guías fue identificada por los miembros del equipo y no se encontró a través de las búsquedas en bases de datos o en Internet. Se trataba de guías desarrolladas por grupos locales que no se habían publicado hasta la fecha. Los resultados de esta estrategia no revelaron guías de práctica clínica adicionales.

PASO 4 - Criterios básicos de selección

El método de búsqueda descrito anteriormente dio como resultado ocho guías, varias revisiones sistemáticas y numerosos artículos relacionados con la lactancia materna. El paso final para determinar si la guía de práctica clínica se evaluaría de forma crítica consistió en aplicar los siguientes criterios:

- Publicada en inglés.
- Fecha de 1996 o después.
- Centrada estrictamente en el área temática pertinente.
- Basada en la evidencia; por ejemplo, contiene referencias, descripción de la evidencia, fuentes, etc.
- Disponible y accesible para su recuperación.

Las ocho guías se consideraron adecuadas para el análisis crítico utilizando el Instrumento de evaluación de guías de práctica clínica de Cluzeau et al. (1997).



RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La siguiente tabla detalla los resultados de la estrategia de búsqueda. Las ocho guías identificadas en la búsqueda se consideraron adecuadas para la evaluación crítica.

TÍTULOS DE LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS RECUPERADAS Y SOMETIDAS A EVALUACIÓN CRÍTICA

Association of Registered Nurses of Newfoundland (2000). *Guidelines: Registered Nurse competencies to protect, promote and support breast-feeding*. St. John's, Newfoundland: Association of Registered Nurses of Newfoundland (ARRN House).

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2000). *Evidence-based clinical practice guideline. Breastfeeding support: Prenatal care through the first year*. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. [Online]. Available: <http://www.awhonn.org>.

Canadian Institute of Child Health (1996). *National breastfeeding guidelines for health care providers*. Ottawa: Canadian Institute of Child Health.

Gartner, M. L., Black, S. L., Eaton, P. A., & Lawrence, A. R. (1997). *Breastfeeding and the use of human milk*. American Academy of Pediatrics, *Pediatrics*, 100(6), 1035-9.

Health Canada (2000). *Family-centered maternity and newborn care: National guidelines*. Ottawa, Ontario: Health Canada.

International Lactation Consultant Association (1999). *Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days*. Raleigh, NC: International Lactation Consultant Association.

Ministry of Health Manatu Hauora (1997). *Infant feeding: Guidelines for New Zealand health workers*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.

World Health Organization (1998). *Child health and development-Evidence for ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: Family and Reproductive Health Division of Child Health and Development. World Health Organization.

Además de las guías anteriormente mencionadas, el equipo de trabajo revisó numerosas políticas institucionales sobre lactancia materna, incluyendo las siguientes:

POLÍTICAS INSTITUCIONALES

American Dietetic Association (1997). Position of the American Dietetic Association: Promotion of breastfeeding. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(6), 662-666.

Australian College of Paediatrics (1998). Policy statement on breastfeeding: The Australian College of Paediatrics. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 34(5), 412-413.

Breastfeeding Committee for Canada (2001). *Breastfeeding statement of the Breastfeeding Committee for Canada*. [Online]. Available: <http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc5.html>.

Canadian Nurses Association (1999). Position statement: Breastfeeding. [Online]. Available: <http://206.191.29.104/pages/resources/brstfeed.htm>

International Lactation Consultant Association (1991). Position paper on infant feeding. [Online]. Available: <http://www.ilca.org/pubs/pospapers/InfantFeedingPP.pdf>

Ontario Public Health Association (1993). Breastfeeding position paper. Toronto: Ontario Public Health Association.

Registered Nurses Association of British Columbia (1996). *Breastfeeding: Promotion, protection and support*. Registered Nurses Association of British Columbia, Position Statement, 31-32.

Registered Nurses Association of Ontario (2002b). Policy statement: Breastfeeding. [Online]. Available: http://www.rnao.org/html/PDF/Policy_Statement_Breastfeeding.pdf

Anexo B: Iniciativa IHAN®

Dos documentos de la Comisión de Lactancia Materna de Canadá (Breastfeeding Committee for Canada, en lo sucesivo BCC por sus siglas en inglés) proporcionan una introducción a la IHAN. La reproducción de estos documentos está autorizada por el BCC.

El BCC le da la bienvenida a la IHAN (incluida en su totalidad)

www.breastfeedingcanada.ca/webdoc41.html

The Baby-Friendly™ Initiative in Community Health Services: A Canadian Implementation Guide (executive summary) www.breastfeedingcanada.ca/pdf/webdoc50.pdf

79

El BCC le da la bienvenida a la IHAN®

Reproducción autorizada por el Breastfeeding Committee for Canada.

¿Qué es la IHAN® de la OMS / UNICEF?

La IHAN es un programa global iniciado en 1991 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en respuesta a la Declaración de Innocenti (1990). Este programa fomenta y reconoce a los hospitales y maternidades que ofrecen un nivel óptimo de atención a las madres y los bebés. Un hospital o maternidad IHAN se centra en las necesidades de los recién nacidos y ayuda a las madres para que sus hijos tengan un buen comienzo en la vida. En un plano práctico, un hospital o maternidad IHAN ayuda y anima a las mujeres a que inicien y continúen con éxito la lactancia materna de sus hijos, y recibe un reconocimiento especial por su labor en este campo. Desde el inicio del programa, más de 14.800 hospitales en todo el mundo han recibido la denominación IHAN.

La IHAN protege, promueve y apoya la lactancia materna a través de los *Diez pasos para una lactancia materna feliz* desarrollados por la OMS y UNICEF. Para obtener la designación IHAN, el hospital o maternidad debe:

1. Tener directrices sobre lactancia materna por escrito que se comuniquen de forma rutinaria a todo el personal sanitario.
2. Formar a todo el personal sanitario en las capacidades necesarias para poner en práctica estas directrices.
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia materna.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos ningún otro alimento o bebida que no sea leche materna, salvo indicación médica.
7. Practicar el alojamiento conjunto, lo que permite que las madres y los bebés estén juntos las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia a demanda.
9. No proporcionar tetinas ni chupetes a los bebés lactantes.
10. Fomentar la formación de grupos de apoyo a la lactancia materna y derivar a las madres tras el alta médica.

80

Un hospital o maternidad IHAN también se adhiere al *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna* (1981). Este Código tiene como objetivo proteger la lactancia materna, garantizando la comercialización ética de la leche artificial (fórmula o sucedáneos) por parte de la industria. El Código incluye estas diez disposiciones fundamentales:

1. No publicitar los productos en el ámbito del Código.
2. No dar muestras gratuitas a las madres.
3. No realizar promoción de productos en los centros sanitarios, incluida la distribución de suministros gratuitos o de bajo costo.
4. No enviar a representantes de la empresa para asesorar a las madres.
5. No ofrecer regalos o muestras personales a los trabajadores sanitarios.
6. No incluir palabras o imágenes que idealicen la lactancia artificial, incluyendo imágenes de bebés, en los productos.
7. Proporcionar información a los trabajadores sanitarios que sea científica y objetiva.
8. Asegurarse de que toda la información sobre lactancia artificial, incluyendo las etiquetas, explique los beneficios de la lactancia materna y todos los costes y riesgos asociados con la lactancia artificial.
9. No promover productos inadecuados para los bebés, como la leche condensada azucarada.
10. Asegurarse de que los productos son de alta calidad y tienen en cuenta las condiciones climáticas y de almacenamiento del país donde se utilizan.

¿Por qué necesitamos la IHAN?

La IHAN es un programa coordinado que permite a los hospitales, las maternidades y la comunidad proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Es una norma aceptada internacionalmente gracias a la cual los hospitales y las maternidades pueden evaluar sus directrices y prácticas sobre lactancia materna. La aplicación de la IHAN fortalece y demuestra el compromiso a la atención centrada en la familia y se ha demostrado que aumenta la satisfacción de la familia con los cuidados recibidos. En todos los lugares en que se ha implantado, la IHAN ha conseguido aumentar las tasas de inicio y de duración de la lactancia.

La evidencia muestra que:

- La lactancia materna proporciona un valor nutricional, inmunológico y nutricional emocional óptimo para el crecimiento y desarrollo de los lactantes y los niños. Más allá de la infancia, contribuye a la protección contra muchas enfermedades infantiles.
- La lactancia materna contribuye a la salud de la mujer, ofreciendo protección a algunas mujeres contra los cánceres de mama y ovárico y contra la osteoporosis, y también aumenta el tiempo transcurrido entre embarazos.
- La lactancia materna es un derecho humano básico. Para las mujeres, la lactancia materna contribuye positivamente a la igualdad socioeconómica de la mujer, así como a fomentar la autoestima y la imagen corporal de las mujeres. Para los niños, la lactancia materna les asegura el derecho al disfrute del mayor nivel de salud posible.
- La lactancia materna proporciona beneficios económicos positivos tanto para las familias como para la sociedad. Asegura una fuente autosuficiente de alimento seguro y saludable. Los bebés y las madres sanos suponen un ahorro importante en costes sanitarios.
- Las tasas de lactancia materna en Canadá son variables. Las tasas de inicio son bajas entre los distintos grupos regionales y socioeconómicos. La duración de la lactancia materna es también una fuente de preocupación en todo Canadá.
- Es necesario implicar a todos los sectores de la sociedad en la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna. Todos los niveles de gobierno, profesionales sanitarios y grupos de consumidores deben valorar la lactancia materna.

81



¿Cuáles son los progresos de la IHAN® en Canadá?

En 1996, el BCC identificó la IHAN de la OMS / UNICEF como una estrategia fundamental para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna. Las directrices mundiales de la OMS / UNICEF para la IHAN indican que cada país tiene que determinar una Autoridad Nacional IHAN para facilitar la evaluación y el seguimiento del progreso de la IHAN dentro de sus fronteras. En Canadá, la Autoridad Nacional para la IHAN es el BCC, que implantará la IHAN en asociación con los Comités IHAN provinciales y territoriales.

En junio de 1999, el Hospital Brome-Missiquoi-Perkins en Cowansville, Quebec, fue designado como el primer Hospital IHAN en Canadá.

82

En marzo de 2003, el St. Joseph's Healthcare in Hamilton, Ontario, fue designado como segundo hospital IHAN de Canadá.

¿Estamos preparados para la IHAN®?

Los hospitales y maternidades pueden comprometerse a mejorar las directrices y prácticas de lactancia materna. Para facilitar el proceso de implantación de la IHAN en Canadá, el BCC y UNICEF Canada realizaron una evaluación de las necesidades para evaluar el estado actual de las actividades IHAN en Canadá y determinar acciones futuras. La gran mayoría de los encuestados habían oido hablar de la IHAN, llevaban a cabo actividades de promoción de la IHAN y estaban trabajando en los *Diez pasos para una lactancia materna feliz*. Prácticamente el 100% de los encuestados apoyaba los conceptos de la IHAN y la mayoría estarían dispuestos a participar en una implantación nacional de la iniciativa de alguna manera concertada.

¿Cómo pueden prepararse para la IHAN® los hospitales y maternidades?

El proceso de designación IHAN requiere una evaluación previa del lugar que se lleva a cabo después de que el hospital o maternidad expresa su disposición. A continuación se realizará una evaluación externa. Sólo después de que las instalaciones hayan pasado esta evaluación externa se recibe la designación IHAN.

- Póngase en contacto con el Comité de Implantación IHAN de su región para recibir los paquetes de información necesarios sobre el proceso de aplicación IHAN. Este paquete incluye una herramienta de autoevaluación para el hospital diseñada como herramienta educativa que ayuda al personal a identificar las estrategias necesarias para cumplir los Diez pasos para una lactancia materna feliz.
- Tras la adhesión a los Diez pasos y al Código, los hospitales y maternidades pueden solicitar la evaluación.

¿Por qué es importante contar con una comunidad IHAN®?

En Canadá, el nombre IHAN se ha adaptado a Iniciativa Amigos de los Niños (Baby-Friendly™ Initiative o BFI) para reflejar el *continuum* de cuidados para las madres lactantes y sus bebés fuera del entorno del hospital.

Con el apoyo de un hospital y una comunidad IHAN, las madres tendrán la ayuda que necesitan por parte de toda la comunidad para garantizar el desarrollo saludable y completo de sus bebés. Una comunidad IHAN es aquella en la que las madres reciben aliento y apoyo en su deseo de amamantar; en la que las mujeres cuentan con los derechos de maternidad que les corresponden; y en la que se evita la promoción comercial de la lactancia artificial (fórmula o sucedáneos) y la cultura de la alimentación con biberón. Un entorno IHAN es aquel en el que las condiciones laborales para las mujeres reflejan el papel de la madre en la salud y el desarrollo de la familia y la comunidad. Se trata de un entorno en el que el valor del tiempo y energía que las mujeres invierten en la lactancia materna y todas las demás responsabilidades de cuidado de la salud infantil se reconocen como una contribución esencial y vital para su familia, la comunidad y la sociedad.

83

¿Qué recursos están disponibles para ayudar en el proceso?

El BCC y los Comités de implantación IHAN provinciales y territoriales están a disposición de los hospitales y maternidades para ofrecer consultoría y asistencia de expertos mientras se preparan para el proceso de evaluación de la IHAN. Actualmente se está desarrollando un plan para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en los centros de salud comunitarios. También existen ayudas para aumentar la concienciación acerca de la IHAN en su comunidad, para individuos e instituciones que no estén afiliadas a hospitales o maternidades. Los recursos adicionales, materiales y literatura están disponibles a través de UNICEF.

Únase a todas las personas que están trabajando para establecer la lactancia materna como la norma cultural de la alimentación infantil. La IHAN® ayudará a los grupos e individuos a lo largo del camino.

La IHAN en los servicios de salud comunitarios: Guía de implantación en Canadá

RESUMEN EJECUTIVO

Reproducción autorizada por el BCC.

La IHAN en los servicios de salud comunitarios: Guía de implantación en Canadá (Baby-Friendly Initiative™ in Community Health Services: A Canadian Implementation Guide) se ha desarrollado para facilitar la implantación de la IHAN en los servicios de salud comunitarios, un nuevo proceso para Canadá. El proceso se basa en el *Plan de siete puntos del BCC para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en los servicios de salud comunitarios (Seven Point Plan for the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Community Health Services)*. La guía canadiense es una adaptación del mismo Plan de siete puntos para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en los servicios de salud comunitarios del Reino Unido. (UNICEF UK Baby Friendly Initiative, 1999). Este recurso tiene por objeto proporcionar información actual y relevante para ayudar a los servicios de salud comunitarios a prepararse para el proceso de evaluación y designación IHAN. En él se proporciona información y orientación sobre el plan de siete puntos y las cuestiones fundamentales que se revisan en la evaluación. La guía está destinada para el uso del personal sanitario que trabaja directamente con las mujeres embarazadas, madres lactantes y sus familias en los servicios de salud comunitarios. Otros miembros del personal y voluntarios que trabajen dentro de estos servicios pueden encontrar información específica poniéndose en contacto con estos grupos. Esta guía es el recurso principal en Canadá para la IHAN en los servicios de salud de la comunidad. No pretende ser una guía que abarque todos los aspectos de la lactancia materna. Hay otros recursos excelentes sobre lactancia materna disponibles para complementar esta guía y ayudar a los servicios de salud comunitarios en sus esfuerzos para proteger, promover y apoyar la lactancia materna.



Plan de siete puntos para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en servicios de salud de la comunidad

1. Contar con directrices escritas sobre lactancia materna que se comuniquen de forma rutinaria a todo el personal sanitario.
2. Capacitar a todo el personal sanitario en las aptitudes necesarias para implantar estas directrices.
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia materna.
4. Ayudar a las madres a establecer y mantener un plan de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
5. Fomentar la lactancia sostenida más allá de los seis meses y la introducción adecuada de alimentos complementarios.
6. Proporcionar un ambiente acogedor para las familias lactantes.
7. Promover la colaboración entre el personal sanitario, los grupos de apoyo a la lactancia y la comunidad local.

85

Adaptación autorizada por: UNICEF UK Baby Friendly Initiative, 1999.

Para consultar el documento completo, por favor, visite la página web del BCC en <http://www.breastfeeding.ca>.



Anexo C: Fomento de acciones comunitarias

La carpeta de documentación de donde se tomó este resumen está disponible en su totalidad en: Heifti, R. (2001). *Breastfeeding: A community responsibility*. World Alliance for Breastfeeding Action. [On-line]. Available: <http://www.waba.org.br/folder96.htm>

La lactancia materna: Una responsabilidad de la comunidad

“La elección de una mujer sobre la mejor manera de alimentar a su bebé es personal. Sin embargo, como ninguna mujer vive de forma aislada, su decisión se ve influida por múltiples factores. Los miembros de su familia, los profesionales sanitarios, los medios de comunicación, las instituciones religiosas, las tradiciones sociales, el lugar de trabajo y su propia educación pueden influir en su decisión de amamantar, así como en su capacidad para continuar la lactancia materna durante una duración óptima. Todas las mujeres deberían poder contar con el pleno apoyo de su entorno para poder iniciar y mantener la lactancia materna. Es responsabilidad de toda la comunidad asegurarse de que se dispone de la mejor nutrición y sanidad para todos sus miembros, comenzando por los más pequeños” (Heifti, 2001, p. 1).

86

Una comunidad es la gente cercana (o las personas capaces de prestar apoyo, aún cuando no están físicamente cerca) en la familia, el vecindario y el lugar de trabajo. Las mujeres se sienten apoyadas cuando la comunidad ve con buenos ojos que amamantan en público; les proporciona ayuda para superar los posibles obstáculos; les ofrece instalaciones para la lactancia en el lugar de trabajo; y cuando los profesionales de la salud asumen una postura ética frente a la promoción de la lactancia artificial (fórmula o sucedáneos) y ejercen su influencia para apoyar a la lactancia materna. Las personas dentro de una comunidad pueden unirse para apoyar a la madre que amamanta, y esto puede favorecer el cambio (Heifti 2001, p. 1).

La oportunidad de evaluar nuestras propias comunidades, y las actitudes que éstas expresan, para ver si dan su apoyo a la lactancia materna, es un paso importante hacia la promoción. Se ha empleado el modelo de promoción Triple A para proporcionar sugerencias concretas para la acción comunitaria.

El modelo TRIPLE A

Abarcar (Mirar)

Hable con la gente acerca de cómo se toman las decisiones sobre alimentación infantil. Durante esta evaluación, tenga en cuenta las opiniones de la escuela, la familia, los restaurantes y negocios (lugares públicos), los profesionales sanitarios y las organizaciones en que trabajan, los grupos sociales, asociaciones y organizaciones, las instituciones religiosas, el gobierno y los lugares de trabajo. Establezca hasta qué punto los distintos sectores comprenden la importancia de la lactancia materna, no sólo para la madre y el bebé, sino para toda la comunidad.

Analizar (Pensar)

Una vez que haya reunido los datos, analice lo que ha descubierto. ¿Hay lagunas? ¿Hay información contradictoria? ¿Hay desinformación? ¿Hay áreas que funcionan bien? ¿Qué actividades fomentan el éxito?

Actuar (Hacer)

El siguiente paso es el diseño de actividades basadas en lo que ha descubierto. Si existe desinformación, proporcionar información exacta. Si no hay grupos de apoyo a la lactancia disponibles, determinar si alguna organización local podría comenzar uno. Hablar con los encargados de tomar decisiones en las instituciones sanitarias, gobierno, instituciones educativas y religiosas, para discutir las debilidades y las oportunidades para el cambio.

87

Para consultar una discusión completa de los ejemplos de preguntas para cada paso del modelo Triple A y recibir información detallada de los conocimientos más actualizados, por favor consulte con la Alianza Mundial de Lactancia Materna (World Alliance for Breastfeeding Action) en www.waba.org.br/folder96.htm.



ANEXO D: Herramienta de evaluación prenatal

Tenga en cuenta que la herramienta que se encuentra en la página siguiente se ofrece a título de ejemplo. No se ha probado su fiabilidad o validez.

Herramienta de evaluación prenatal

Perfil Demográfico				
Nombre de la madre _____				
Edad de la madre _____		Gestación actual _____		
Estado civil _____		Idioma _____		
Situación laboral _____		Nivel de estudios _____		
Talla de sujetador	Forma del pecho	Descripción del pecho	Tamaño de la areola	Diámetro del pezón
Antes del embarazo Ahora <input type="checkbox"/> Derecho más grande <input type="checkbox"/> Izquierdo más grande <input type="checkbox"/> Iguales		<input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Redondeado <input type="checkbox"/> Erguido <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> No lactante <input type="checkbox"/> Firme <input type="checkbox"/> Turgente	Radio desde la base del pezón <input type="checkbox"/> Pequeño (1,3-1,9 cm) <input type="checkbox"/> Mediano (2,5 cm) <input type="checkbox"/> Grande (2,5-3,8 cm) <input type="checkbox"/> Extra Grande (3,8-5,1 cm)	<input type="checkbox"/> Pequeño (0,6 cm) <input type="checkbox"/> Mediano (1 cm) <input type="checkbox"/> Grande (1,3 cm) <input type="checkbox"/> Extra Grande (1,9 cm)
Longitud del pezón	Seno, pezón y areola		Plan de parto	Experiencia previa en lactancia materna
(R = en reposo, E = estimulado, C = comprimido) <input type="checkbox"/> Invertidos <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,3 cm <input type="checkbox"/> 0,6 cm <input type="checkbox"/> 1 cm <input type="checkbox"/> 1,3 cm <input type="checkbox"/> 1,6 cm	<input type="checkbox"/> Sensibilidad <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Pezón invertido <input type="checkbox"/> Pezón con hoyuelos de Marmet <input type="checkbox"/> Pezón doblado de Thorpe <input type="checkbox"/> Pezón invaginado de Dancheck <input type="checkbox"/> Pezón frambuesa <input type="checkbox"/> Pezón fisurado <input type="checkbox"/> Pezón supernumerario <input type="checkbox"/> Forma irregular <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Masas <input type="checkbox"/> Fibroquístico <input type="checkbox"/> Compresibilidad - tejido detrás del pezón <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Cesárea electiva <input type="checkbox"/> Alojamiento conjunto <input type="checkbox"/> Alta precoz	
Información cultural	Valoración	Actitud de apoyo	Estilo de vida	Medicación
	<input type="checkbox"/> Informativo <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/> Valoración	<input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Profesional sanitario <input type="checkbox"/> Mediadores	<input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Actividad física <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Con receta médica <input type="checkbox"/> Sin receta médica <input type="checkbox"/> Drogas adictivas
Objetivos				
Recursos recibidos				
Plan de lactancia materna				
Firma: _____ Fecha: _____				
Adaptación autorizada por: The Lactation Institute (1993) Breast Assessment for Lactation: © Chele Marmet, MA, IBCLC & Ellen Shell, MA, IBCLC. Lactation Forms: A Guide to Lactation Consultant Charting. Lactation Institute Press. 16430 Ventura Blvd. Ste 303, Encino, CA. 91436 USA. 818-995-1913. http://lactationinstitute.org				

Anexo E: Herramienta de evaluación posparto

Herramienta de evaluación	Referencias bibliográficas
Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT)	Véase la página siguiente. Matthews, M.K. (1988). Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. <i>Midwifery</i> , 4(4), 154-165.
LATCH – Breastfeeding Charting System®	Jensen, D., Wallace, S., & Kelsay, P. (1994). LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing</i> , 23(1), 27-32.
Mother-Baby Assessment (MBA) Form	Mulford, C. (1992). The mother-baby assessment (MBA): An “Apgar Score” for breastfeeding. <i>Journal of Human Lactation</i> , 8(2), 79-82.

89



Herramienta de evaluación de la lactancia infantil (Infant Breastfeeding Assessment Tool, en lo sucesivo IBFAT por sus siglas en inglés)

Reimpresión autorizada: Matthews, M.K. (1988). Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery*, 4 (4), 154-165, with permission of Elsevier.

Herramienta IBFAT

Indique la puntuación que mejor describe el comportamiento de alimentación del bebé durante esta toma.

	3	2	1	0
Para conseguir que el bebé se alimentase:	No se necesitó esfuerzo para colocar al bebé al pecho.	Se empleó estimulación suave como desarroparle, masajear o dar palmaditas.	Desarropó al bebé, le acunó sentado, frotó el cuerpo del bebé o sus extremidades con energía al inicio y durante la toma.	No se le pudo despertar.
Reflejo de búsqueda:	Se consiguió el reflejo de búsqueda inmediato.	Se necesitaron persuasión, incitación o estímulos.	Mal reflejo de búsqueda, incluso con persuasión.	No se logró el reflejo de búsqueda.
¿Cuánto tiempo pasó desde que se colocó al bebé al pecho hasta que se logró el agarre y la succión?	0 a 3 minutos.	3 a 10 minutos.	Más de 10 minutos.	No se alimentó.
Patrón de succión:	Succionó bien a uno o ambos senos.	Succionó de forma intermitente pero necesitó estímulo.	Succionó de forma débil o realizó esfuerzos de succión durante períodos cortos.	No succionó.

VALORACIÓN DE LA MADRE

¿Cómo se siente acerca de la forma en que se ha alimentado el bebé en esta toma?

3 - Muy satisfecha

2 - Satisfecha

1 - Bastante satisfecha

0 - Nada satisfecha

IBFAT asigna una puntuación, 0, 1, 2, o 3 a los cuatro factores. Las puntuaciones van del 0 al 12. El resultado de la valoración de la madre no se calcula en la puntuación de IBFAT.

Anexo F: Posturas para la lactancia

Acunado

Se trata de una postura muy habitual para la lactancia. Para lograr el agarre del bebé, la madre puede sujetar el pecho con la mano opuesta al lado en el que está amamantando al bebé, con el pulgar y los dedos lejos de la areola. Empleando el brazo del mismo lado en el que está amamantando al bebé, la madre sostiene la cabeza y el cuerpo del bebé y mantiene el contacto. El bebé debe estar a la altura del pecho, y resulta útil contar con almohadas o cojines para proporcionar apoyo adicional. La madre gira al bebé hacia ella de manera que la nariz, la barbilla, la barriguita y las rodillas del bebé estén en contacto con su cuerpo. La madre puede meter el brazo inferior del bebé debajo de su pecho para evitar que interfiera.



Acunado modificado

La madre debe sentarse cómodamente con tantas almohadas o cojines adicionales como sea necesario para el apoyo de la espalda y los brazos; luego, colocar al bebé debajo del pecho. El uso de un taburete puede ser beneficioso. La madre puede sujetarse el pecho con los dedos colocados en la base del mismo, lejos de la areola. El bebé debe sujetarse en el brazo contrario al pecho que se está utilizando. La madre sujeta los hombros y el cuello del bebé con la mano, y el bebé está girado hacia ella. Si sujeta la cabeza del bebé por detrás, con la mano, puede que el bebé dé tirones cuando se le coloque al pecho. La cabeza y el cuello del bebé deben estar en una posición ligeramente estirada, para facilitar que la barbilla toque el pecho (Biancuzzo, 1999; Lothian, 1995).



Ilustraciones reproducidas con la autorización de la Ciudad de Ottawa.

Decúbito lateral

La madre debe recostarse de lado con una o dos almohadas bajo la cabeza y el brazo inferior flexionado hacia arriba. Use almohadas o cojines según sea necesario para apoyar la espalda y las piernas. El bebé debe colocarse en decúbito lateral, frente a la madre, con la cabeza suficientemente baja para que el pezón de la mamá se encuentre al nivel de la nariz del bebé y el cuello estirado de manera que se facilite el contacto visual con la madre (Scarborough Breastfeeding Network, 1999; Society of Paediatric Nursing of the Royal College of Nursing, 1998). La mano de la madre debe sostener los omóplatos del bebé. La madre debe acercar al bebé hacia su abdomen, y esperar. El bebé alargará la cabeza con la boca abierta y se agarrará al pecho sin ayuda.

92

Fútbol americano

La madre debe estar sentada cómodamente igual que para la postura de “Acunado”. El bebé debe colocarse sobre una almohada al lado de la madre, en el lado del seno del que va a mamar. Utilice almohadas o cojines extras para conseguir que el bebé se encuentre al mismo nivel que el pecho. El bebé debe estar muy cerca de la madre y sujetado como un balón de fútbol americano, con el trasero contra la parte posterior de la silla y las piernas por detrás del brazo de la madre (Scarborough Breastfeeding Network, 1999; Society of Paediatric Nursing of the Royal College of Nursing, 1998). La espalda del bebé debe estar apoyada en el brazo de la madre y sus hombros sobre la mano de la madre (evite sujetar la cabeza del bebé).

Ilustraciones reproducidas con la autorización de la Ciudad de Ottawa.



Anexo G: Agarre al pecho, transferencia de leche y lactancia materna eficaz

International Lactation Consultant Association (ILCA)

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN)

Agarre (ILCA)

Observe al bebé para comprobar los siguientes signos de un agarre correcto:

- Boca muy abierta.
- Labios curvados hacia fuera.
- La nariz, las mejillas y la barbilla tocando, o casi tocando, el pecho materno.

Transferencia de leche (ILCA)

Observe al bebé para comprobar los siguientes signos de transferencia de leche:

- Patrón rítmico de succión y deglución con pausas ocasionales.
- Sonidos de deglución audibles.
- Brazos y manos relajados.
- Boca húmeda.
- Satisfacción después de la toma.

Observe a la madre para comprobar los siguientes signos de transferencia de la leche:

- Fuerte tirón que no es doloroso.
- Sed.
- Contracciones uterinas o aumento del flujo de los loquios durante o después de las tomas durante los primeros 3-5 días.
- Goteo de leche de la mama opuesta durante la toma.
- Relajación o somnolencia.
- Ablandomiento del pecho durante la toma.
- Aumento de tamaño del pezón después de la toma, pero sin pinzamiento ni erosión.

93

Conducta del lactante (AWHONN)

Señales de hambre del lactante:

- Reflejo de búsqueda.
- Movimientos de la mano a la boca.
- Movimientos o sonidos de succión.
- Succión de los dedos o las manos.
- Apertura de la boca, en respuesta a un estímulo táctil.
- Transición entre estados de comportamiento (de sueño a somnolencia y a alerta leve)

Señales de satisfacción o saciedad infantil, incluyendo las siguientes:

- Una disminución gradual en la succión durante la toma.
- Labios fruncidos, alejamiento de la mama y soltar el pezón.
- Cuerpo relajado.
- Piernas extendidas.
- Ausencia de señales de hambre.
- Sueño, estado satisfecho.
- Una pequeña cantidad de leche en la boca.

Frecuencia y duración (ILCA)

Frecuencia y duración de las tomas:

- Prevea un mínimo de entre 8 y 12 tomas cada 24 horas.
- Algunos bebés se alimentan cada 3 horas tanto durante el día como por la noche, otros agrupan las tomas y se alimentan cada hora durante 4-6 tomas y luego duermen 4-6 horas.
- Prevea una duración de las tomas de 15-20 minutos en el primer pecho y 10-15 minutos en el segundo pero no se preocupe si el bebé está satisfecho después de un solo pecho.
- Si es necesario, despierte al bebé dormido hasta que se haya establecido un patrón de aumento de peso adecuado.
- Prevea que la frecuencia de las tomas disminuya a medida que crece el bebé.

Orina (AWHONN)

- Una micción durante las primeras 24 horas.
- 3 o más micciones las siguientes 24 horas.
- 6 o más micciones a partir del cuarto día.

Heces (AWHONN, ILCA)

- Una deposición durante las primeras 24 horas (AWHONN).
- 1-2 deposiciones al tercer día (AWHONN).
- 3 o más deposiciones al cuarto día (AWHONN).
- Prevea que las deposiciones pasen de meconio a una consistencia amarilla, blanda y acuosa al cuarto día (ILCA).

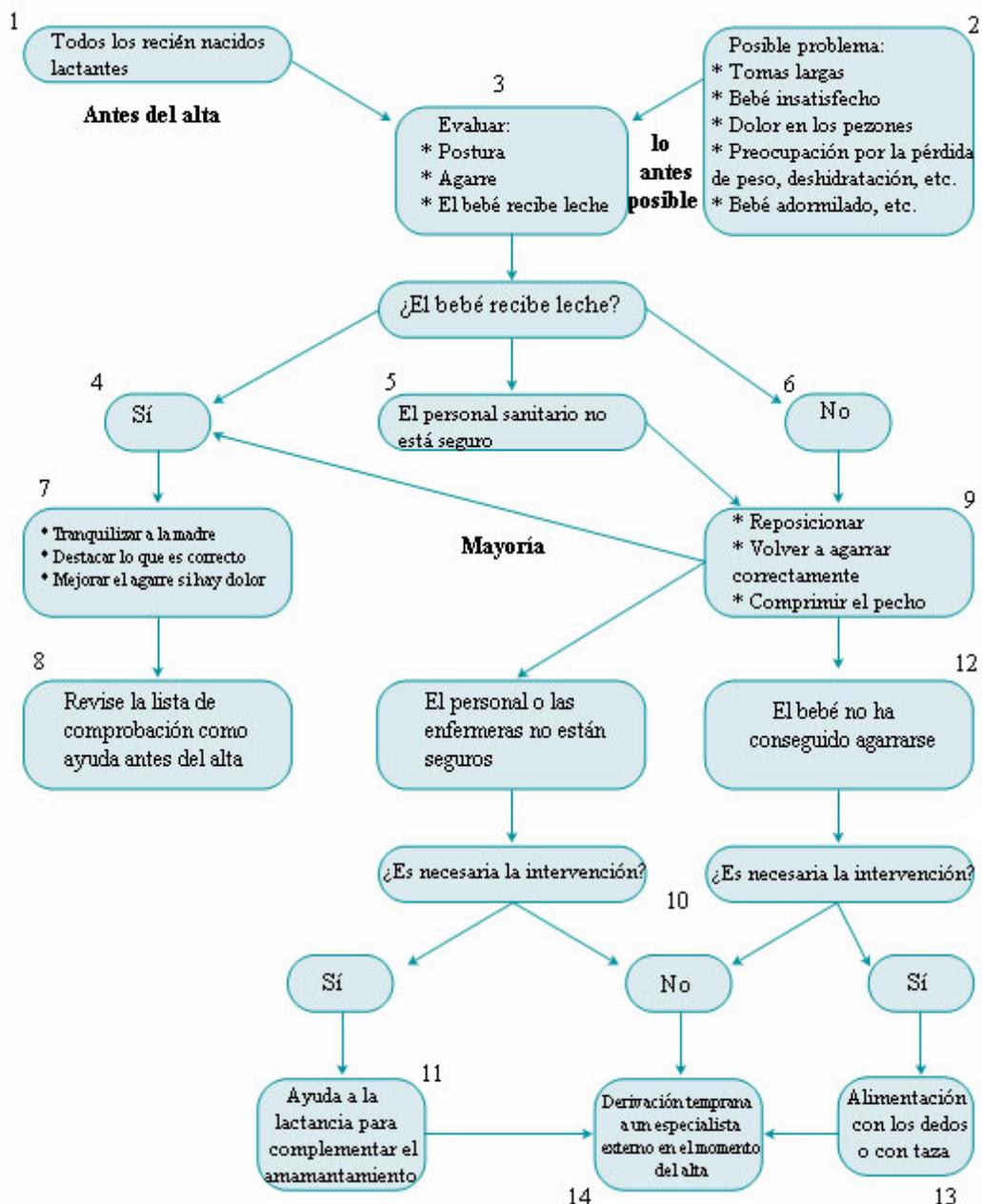
Peso (ILCA)

- Prevea una pérdida de peso inferior al 7% la primera semana.
- Prevea que el bebé recupere el peso que poseía al nacer a los 14 días.
- Prevea un aumento de peso de 120 - 240 gramos por semana hasta que el bebé haya duplicado el peso que poseía al nacer.

Lactancia materna ineficaz (ILCA)

- La pérdida de peso infantil supera el 7%.
- La pérdida de peso continúa después de 3 días.
- Menos de 3 deposiciones en 24 horas.
- Deposiciones de meconio después del cuarto día.
- Menos de 6 pañales mojados en 24 horas después del cuarto día.
- El lactante está irritable e inquieto o adormilado y se niega a alimentarse.
- No hay sonidos audibles de deglución durante las tomas.
- No hay cambios perceptibles en el peso o el tamaño de los senos ni en el volumen y composición de la leche para el tercer o quinto día.
- Dolor persistente o en aumento en el pezón.
- Hinchazón que no se alivia con el amamantamiento.
- El lactante no comienza a ganar peso a partir del quinto día.
- El lactante no ha recuperado el peso que poseía al nacer a los 14 días.

Anexo H: Árbol de decisión del posparto inmediato



96

Árbol de decisión del posparto inmediato. Se puede utilizar el mismo enfoque para tomar decisiones acerca de la lactancia para cualquier edad del bebé, pero pueden ser necesarias algunas modificaciones dependiendo de la edad y de los problemas encontrados.

Reproducido con permiso del Dr. J. Newman, Toronto, Ontario.

Anexo I: Recursos de formación sobre lactancia materna

Páginas web sobre la lactancia materna

(Direcciones actualizadas el 9 de mayo de 2003)

- Archives of LACTNET@PEACH.EASE.LSOFT.COM – *Lactation Information and Discussion* (<http://peach.ease.lsoft.com/archives/lactnet.html>)
- Breastfeeding Committee of Canada (www.breastfeedingcanada.ca/)
- Breastfeeding.com (www.breastfeeding.com/)
- Breastfeeding Online (www.breastfeedingonline.com/)
- Bright Future Lactation Resource Center Ltd (www.bflrc.com)
- Canadian Institute of Child Health (www.cich.ca/)
- Canadian Lactation Consultants Association (www.clca-accl.ca/)
- Canadian Paediatric Society (www.cps.ca/)
- Health Canada (www.hc-sc.gc.ca/)
- Infant Feeding Action Coalition – INFACt (www.infactcanada.ca/)
- International Lactation Consultant Association – ILCA (www.ilca.org/)
- La Leche League International (www.lalecheleague.org/)
- Motherisk (www.motherisk.org/)
- Registered Nurses Association of Ontario (www.rnao.org/bestpractices/)
- Statistics Canada (www.statcan.ca/)
- The American Academy of Pediatrics (www.pediatrics.org/)
- United Nations Childrens Fund – UNICEF (www.unicef.org/)
- World Alliance for Breastfeeding Action (<http://www.waba.org.br/>)
- World Health Organization – WHO (www.who.ch/)



Vídeos sobre lactancia materna

Delivery Self Attachment

Dr. Lennart Righard

Geddes Productions

PO BOX 41761

Los Angeles, CA 90041-0761

USA

phone: (323) 344-8045

fax: (323) 257-7209

email:

orders@geddesproduction.com

98

Breastfeeding:
Coping with the First
Week

Breastfeeding:
Dealing with Problems

Mark-It Television

7 Quarry Way

Stapleton,

Bristol BS16 1UP, United
Kingdom

phone: (0117) 939-1117

fax: (0117) 939-1118

email:

sales@markitlevelision.co.uk

The Art of Successful Breastfeeding: A Guide for Health Professionals

Dr. Verity Livingstone

The Vancouver Breastfeeding Centre

690 West 11th Avenue

Vancouver, British Columbia V5Z 1M1

phone: (604) 875-4678

fax: (604) 875-5017

email: ylivings@direct.ca

The Art of Breastfeeding – La Leche League

National Office

18C Industrial Drive

P.O. Box 29

Chesterville, Ontario K0C 1H0

phone: (613) 448-1842, 1-800-665-4324

fax: (613) 448-1845

email: laleche@igs.net



“Breastfeeding”

Interactive CD ROM

Susan Moxley, RN, MEd, IBCLC

email: sue.moxley@iam-net.com

Breastfeeding: How To

Canadian Learning Company

95 Vansittart Avenue

Woodstock, Ontario N4S 6E3

phone: (519) 537-2360, (800) 267-2977

fax: (519) 537-1035

INFANT CUES – A Feeding Guide

Canadian Childbirth Teaching Aids

11716 267 Street

Maple Ridge, British Columbia V2W 1N9

phone: (604) 462-0457

fax: (604) 936-4216

email: ccta@childbirthedu.com

Breast is Best

Health Info, Video Vital as

Skovveien 33, Pb.5058

Majorstua, 0301 Oslo, Norway

phone: 22 55 45 88

fax: 22 56 19 91

email: health-info@videovital.no

Teen Breastfeeding: The Natural Choice

Volume 1: Why Breastfeed?

Volume 2: Starting Out Right!

Este video enfatiza la necesidad de una dieta saludable para la madre adolescente del lactante. El consenso del equipo de desarrollo es que la ingesta ocasional de alcohol no está contraindicada con la lactancia materna, ni hay restricciones alimentarias para la adolescente lactante.

Injoy Birth & Parenting Videos

1435 Yarmouth, Suite 102

Boulder, Colorado 80304

99



Lecturas recomendadas: Referencias bibliográficas sobre lactancia materna

Auerbach, K. (2000). *Current issues in clinical lactation 2000*. London: Jones & Bartlett Publishers International.

Auerbach, K. & Riordan, J. (2000). *Clinical lactation*. Boston: Jones & Bartlett Publishers.

Canadian Institute of Child Health. (1996). *National breastfeeding guidelines for health care providers*. Canadian Institute of Child Health.

Canadian Paediatric Society, Dietitians of Canada and Health Canada. (1998). *Nutrition for healthy term infants*. Ottawa: Ministry of Public Works and Government Services.

Enkin, M. et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3rd Edition. Oxford: University Press.

Gromada, K. (1999). *Breastfeeding and caring for twins or more: Mothering multiples*. Illinois: La Leche League International.

Hale, T. (1999). *Clinical therapy in breastfeeding patients*. (1st ed). Amarillo, TX: Pharmasoft Medical Publishing.

Hale, T. (2000). *Medications in mother's milk*. Amarillo, TX: Pharmasoft Medical Publishing.

Health Canada. (1997). *A multicultural perspective of breastfeeding in Canada*. Ottawa: Ministry of Public Works and Government Services.

Health Canada. (1997). *Breastfeeding: A selected bibliography and resource guide*. Ottawa: Ministry of Public Works and Government Services.

Health Canada. (1999). *Breastfeeding in Canada: A review and update*. Ottawa: Ministry of Public Works and Government Services.

Health Canada. (2000). *Family-centered maternity guidelines*. Ottawa: Ministry of Public Works and Government Services.

International Lactation Consultant Association. (1999). *Evidence-based guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days*. Raleigh, NC: International Lactation Consultant Association.

La Leche League. (1997). *The breastfeeding answer book*. Illinois: La Leche League International.

La Leche League. (1997). *The womanly art of breastfeeding*. 6th Edition. Illinois: La Leche League International.

La Leche League. (1999). *Breastfeeding Booklet Series*. Illinois: La Leche League International.

La Leche League. (1999). *Breastfeeding your premature baby*. Illinois: La Leche League International.

Lawrence, R. & Lawrence, R. (1999). *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. St. Louis: Mosby.

Ludington-Hoe, S. (1993). *Kangaroo care: The best you can do to help your preterm infant*. Toronto: Bantam Books.

Newman, J. (2003). *Dr. Jack Newman's guide to breastfeeding*. Toronto: Harper Collins Publishers Ltd.

Palmer, G. (1988). *The politics of breastfeeding*. London: Pandora Press.

Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario. (1997). *Breastfeeding your baby*. Ottawa: Perinatal Partnership of Eastern and Southeastern Ontario.

Phillips, C. (1997). *Mother-Baby Nursing*. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

Renfrew, M., Fisher, C., & Arms, S. (1990). *Breastfeeding: Getting breastfeeding right for you*. California: Celestial Arts.

Riordan, J. & Auerbach, K. (1999). *Breastfeeding and human lactation*. 2nd Ed. Boston: Jones & Bartlett Publishers.

101

Sears, W. & Sears, M. (2000). *The breastfeeding book: Everything you need to know about nursing your child*. New York: Little Brown.

Wiessinger, D. (1998). A breastfeeding teaching tool using a sandwich analogy for latch-on. *Journal of Human Lactation*, 14(1), 12-17.

WHO/UNICEF. (1981). *International code of marketing of breastmilk substitutes*. Geneva: World Health Organization/UNICEF.

WHO/UNICEF. (1989). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services*. Geneva: World Health Organization/ UNICEF.

World Health Organization. (1998). *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: World Health Organization.

Anexo J: Servicios de apoyo a la lactancia materna

La siguiente tabla establece un marco para la identificación de los servicios de apoyo a la lactancia materna disponibles para las madres lactantes y sus familias en su comunidad en el ámbito local.

Tipo de Servicios	Información de Contacto
Servicios de la Unidad de Salud Pública	
Unidad hospitalaria de lactancia materna	
Consulta privada Especialistas en lactancia	
Páginas web en Internet	
Teléfono de información médica 1-800 acerca de los productos de ayuda a la lactancia materna	
La Leche League	
Centro de asistencia social	
Teléfono de atención a los padres	
Telehealth Ontario	
Otro (servicios locales específicos)	

Anexo K: Herramientas de evaluación del alta

Ejemplo 1: Temiskaming Hospital

Reproducción autorizada por el Temiskaming Hospital, New Liskeard, Ontario.

ALTA DE LA PACIENTE DE OBSTETRICIA	Médico en el parto: _____
INSTRUCCIONES Y LISTA DE COMPROBACIÓN	Médico de familia: _____

Peso al nacer: _____ Peso en el momento del alta: _____ Pérdida de peso respecto al peso al nacer: _____ %
La enfermera de atención primaria realizará una llamada telefónica para organizar una visita domiciliaria dentro de las 48 horas posteriores al alta.
Escala APGAR: 1 minuto _____ 5 minutos _____ Acontecimientos en el nacimiento: _____
Fecha de nacimiento: _____

Criterios del alta	
Madre	Recién nacido
M Iniciales Se ha completado la herramienta de cribaje del Programa de Niños Sanos. Se han valorado las funciones intestinales y vesicales. Ha demostrado tener capacidad para alimentar al bebé correctamente. Si amamanta, el bebé ha logrado un "agarre" adecuado. Se aconseja hablar de opciones anticonceptivas con el médico. Para cualquier persona en situación de riesgo, si el ambiente en el hogar (seguridad, vivienda, apoyo, comunicación) no es adecuado, se han adoptado medidas para proporcionar ayuda (por ejemplo, ayuda doméstica o servicios sociales). Ha recibido gammaglobulina anti Rh y la vacuna triple vírica, si está indicado. Se ha identificado y se le ha notificado al médico que proporcionará atención continuada. Consiente la visita domiciliaria de una enfermera de atención primaria.	Recién nacido Iniciales Registrar el peso al nacer. Registrar el peso en el momento del alta. <i>la pérdida debe ser menor del 10% del peso al nacer</i> No parece presentar problemas de alimentación (ha tenido al menos dos comidas satisfactorias registradas). El bebé ha orinado y defecado. No hay sangrado dos horas después de la circuncisión, si se le ha realizado este procedimiento. Se han completado las pruebas metabólicas ($a > 24$ horas de vida). Procedimientos realizados satisfactoriamente. La madre es capaz de proveer cuidados rutinarios al bebé (por ejemplo, cuidados del cordón umbilical). Se utilizará un asiento de seguridad infantil para el coche en el momento del alta.

103

SI NO SE CUMPLEN TODOS LOS CRITERIOS, DEBE NOTIFICARSE AL MÉDICO ANTES DEL ALTA

Firma de la enfermera del alta

He leído y entendido las instrucciones que se recogen anteriormente

Firma de la paciente

Fecha

Ejemplo 2: The Ottawa Hospital – Civic Campus

Reproducción autorizada por The Ottawa Hospital. Las personas que deseen adaptar esta herramienta pueden hacerlo, con el siguiente reconocimiento: “Adaptado del original desarrollado por The Ottawa Hospital, Ottawa, ON, Canada”.

Parto vaginal — Recién nacido																												
	FECHA Y HORA DE NACIMIENTO /DD /MM /AA en																											
	VÍA		CRÍTICA																									
<i>Datos personales</i>																												
Consulta	0 – 2		2 – 24 HORAS (DÍA 1)	24 – 48 HORAS (DÍA 2)																								
	Pegatina TM		Trabajador social (si precisa) Cuidados domiciliarios (si precisa) Especialista en lactancia (si precisa)	Trabajador social (si precisa) Cuidados domiciliarios (si precisa) Especialista en lactancia (si precisa)																								
Medicación	Vitamina K intramuscular 1 mg en fecha / hora por Aplique la pomada oftálmica de eritromicina en cada ojo × 1 dosis fecha / hora por																											
Pruebas	Extracción de sangre venosa del cordón si la madre es Rh- realizado por Extracción de sangre venosa del cordón (si precisa) realizado por Gasometría arterial del cordón realizada por Glucemia (si precisa)		Lectura con el bilirrubinómetro transcutáneo (si precisa) (Cívico) Glucemia (si precisa) Bilirrubina inicial y total en sangre (si precisa)																									
Valoración / Tratamientos	<table border="1" style="width: 100px; margin-bottom: 5px;"> <tr><td>Enfermería</td><td>Normal</td><td>Anormal</td></tr> <tr><td>Cabeza / cuello</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Paladar</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pecho / Espalda</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Abdomen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Extremidades</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Año</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Genitales</td><td></td><td></td></tr> </table> Comentarios Hora: Inicial:		Enfermería	Normal	Anormal	Cabeza / cuello			Paladar			Pecho / Espalda			Abdomen			Extremidades			Año			Genitales			Peso Perímetrocefálico _____ cm Constantes vitales cada hora × 2, a continuación, constantes vitales por turno Temperatura antes del primer baño Realizado el primer baño en fecha / hora _____ por _____ Cuidados del cordón según el protocolo Valoración física del médico completado a las 24 horas	
	Enfermería	Normal	Anormal																									
	Cabeza / cuello																											
	Paladar																											
	Pecho / Espalda																											
	Abdomen																											
	Extremidades																											
	Año																											
	Genitales																											
		Cuidados de la circuncisión: Hora de la circuncisión _____ Comprobar sangrado y micción cada 4 horas Cuidados rutinarios de la circuncisión																										
		Cuidados de la circuncisión: Hora de la circuncisión _____ Comprobar sangrado y micción cada 4 horas Cuidados rutinarios de la circuncisión																										
Nutrición	Se ha iniciado la lactancia materna Se ha iniciado la alimentación con biberón (si precisa)		Lactancia materna a demanda: un mínimo de 6 tomas cada 24 horas Lactancia artificial con biberón a demanda: un mínimo de 6 tomas cada 24 horas (15 - 60 ml por toma)																									
Eliminación	<input type="checkbox"/> Micción inicial <input type="checkbox"/> Meconio inicial		<input type="checkbox"/> Micción inicial <input type="checkbox"/> Meconio inicial <input type="checkbox"/> Micción posterior a la circuncisión																									
Planificación del alta médica	Formulario OHIP (Ontario Health Insurance Plan) <input type="checkbox"/> Proporcionado (general)		Si recibe el alta antes de 24 horas: <input type="checkbox"/> Orden de alta Prueba FCN o de Guthrie, análisis de sangre para examinar la función tiroidea e información de recuerdo Visita de recuerdo al médico o matrona a los 2 días Formularios de alta Formulario OHIP (Ontario Health Insurance Plan) <input type="checkbox"/> Proporcionado <input type="checkbox"/> Devuelto Número de identificación de la pulsera Firma de la madre Iniciales de la enfermera																									
Alta médica Fecha y hora			FECHA (dd-mm-aa) HORA INICIALES																									
El progreso del paciente se corresponde con la vía clínica	0–2 h: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha (d-m-a) _____ Hora _____ Iniciales _____		2–12 h: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha (d-m-a) _____ Hora _____ Iniciales _____ 12–24 h: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
			24–36 h: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha (d-m-a) _____ Hora _____ Iniciales _____																									
			36–48 h: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									



Parto vaginal - Recién Nacido

Reproducción autorizada por The Ottawa Hospital. Las personas que deseen adaptar esta herramienta pueden hacerlo, con el siguiente reconocimiento: "Adaptado del original desarrollado por The Ottawa Hospital, Ottawa, ON, Canada"

Datos personales

RESULTADOS DEL PACIENTE			
Lista de problemas del paciente			
1) Riesgo de hiperbilirrubinemia 2) Riesgo de dificultades en la alimentación 3) Riesgo de hipotermia ($T < 36,5^{\circ}\text{C}$) o hipertermia ($T > 37,5^{\circ}\text{C}$)			4) Riesgo de problemas cardiacos y / o respiratorios 5) Riesgo de sepsis 6) Riesgo de sangrado tras la circuncisión
	0 – 2 HORAS	2 – 24 HORAS (DÍA 1)	24 – 48 HORAS (DÍA 2)
Hiper bilirrubinemia	No muestra signos de ictericia	No muestra signos de ictericia	Muestra ictericia dentro de los parámetros normales Lectura con el bilirrubinómetro transcutáneo dentro de los parámetros normales (Cívico)
Nutrición / Eliminación	Inicia la lactancia materna: – lame, olisquea – patrón de agarre y succión intermitente Turgencia normal de la piel	Inicia la alimentación: – lactancia materna: agarre eficaz, patrón de succión intermitente – biberón: patrón de succión y deglución coordinado Turgencia normal de la piel Micciones - mínimo de 1 Deposiciones de meconio / heces	Realiza un mínimo de 2 alimentaciones efectivas: – agarre eficaz, patrón de succión sostenido Realiza una alimentación eficaz con biberón (succión y deglución) Micciones - mínimo de 2 Deposiciones de meconio / heces Pérdida de peso inferior al 10% del peso al nacer
Hipo / hiper termia	Mantiene una temperatura estable entre $36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$	Mantiene una temperatura estable entre $36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$	Mantiene una temperatura estable entre $36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$
Problemas cardíacos o respiratorios	No muestra signos de problemas cardíacos o respiratorios: – frecuencia cardiaca 100–160 / min – frecuencia respiratoria 40–60 / min – el ritmo y el esfuerzo respiratorios son normales – no presenta cianosis, aleteo nasal o quejidos	No muestra signos de problemas cardíacos o respiratorios: – frecuencia cardiaca 100–160 / min – FR 40–60 / min – el ritmo y el esfuerzo respiratorios son normales – no presenta cianosis, aleteo nasal o quejidos	No muestra signos de problemas cardíacos o respiratorios: – frecuencia cardiaca 100–160 / min – FR 40–60 / min – el ritmo y el esfuerzo respiratorios son normales – no presenta cianosis, aleteo nasal o quejidos
Septicemia	Temperatura dentro de los parámetros normales No presenta apnea Color dentro de los parámetros normales No presenta vómitos Cordón umbilical: húmedo y pinzado	Temperatura dentro de los parámetros normales No presenta apnea Color dentro de los parámetros normales No presenta vómitos Cordón umbilical: húmedo y pinzado	Temperatura dentro de los parámetros normales No presenta apnea Color dentro de los parámetros normales No presenta vómitos Cordón umbilical: en proceso de secado
Sangrado tras la circuncisión		No hay señales de sangrado	No hay señales de sangrado
El progreso del paciente se corresponde con la vía clínica	0–2 h: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha (d-m-a) _____ Hora _____ Iniciales _____	2–12 h: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha (d-m-a) _____ Hora _____ Iniciales _____ 12–24 h: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha (d-m-a) _____ Hora _____ Iniciales _____	24–36 h: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha (d-m-a) _____ Hora _____ Iniciales _____ 36–48 h: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha (d-m-a) _____ Hora _____ Iniciales _____

Reproducción autorizada por The Ottawa Hospital. Las personas que deseen adaptar esta herramienta pueden hacerlo, con el siguiente reconocimiento: "Adaptado del original desarrollado por The Ottawa Hospital, Ottawa, ON, Canada"

Nutrición y Eliminación

Criterios para la valoración del recién nacido al pecho

Postura:

Postura: La madre afirma sentirse cómoda: La espalda, los pies y los brazos están apoyados (la cabeza apoyada en posición decúbito lateral).

La cabeza y el cuerpo del lactante están apoyados a la altura de la mama (las almohadas suelen ser útiles para las posturas de acunado y de fútbol americano, para que la madre apoye el brazo que está sosteniendo la cabeza y el cuerpo del lactante).

El lactante está completamente de lado con la nariz, la barbilla, el pecho, el abdomen y las rodillas en contacto con la madre (posturas de acunado y decúbito lateral).

La cabeza del lactante se encuentra en posición neutra (la cadera, el hombro y la oreja están alineados).

El lactante se mantiene apgado gracias al apoyo del brazo y la mano de la madre que sostienen la espalda y las nalgas del lactante.

El pecho de la madre se sostiene con la mano ahuecada; con el pulgar y los dedos bastante lejos de la areola.

Criterios para la evaluación del recién nacido al pecho (cont.):

Agarre.

Boca muy abierta (como un bostezo).

Labios visibles y curvados hacia fuera.

3/4–2 cm de aróola cubiertos por los labios del bebé (por lo general la mayor parte o la totalidad de la areola).

Lengua por encima de la encia inferior.

No hay ruidos con la boca o de succión.

No hay bombeo ni formación de hoyuelos en las mejillas.

La madre afirma que se siente cómoda (sin dolor persistente en el pezón).

Succión y deglución:

La barbillla se mueve de forma rítmica.

Periodos de succión, deglución y descanso.

Reproducción autorizada por The Ottawa Hospital. Las personas que deseen adaptar esta herramienta pueden hacerlo, con el siguiente reconocimiento: "Adaptado del original desarrollado por The Ottawa Hospital, Ottawa ON, Canadá"

Datos personales

Año / Mes	Día												
✓ Primer lado	Hora												
X Segundo lado													
Pecho													
LADO DERECHO	RESPUESTA DEL LACTANTE	POSTURA	Acunado cruzado										
		POSTURA	Acunado										
		POSTURA	Fútbol americano										
		POSTURA	Decúbito lateral										
LADO DERECHO	RESPUESTA DEL LACTANTE	POSTURA	Se ha logrado el agarre										
		POSTURA	Succión mínima										
		POSTURA	Succión sostenida										
		POSTURA	Succión y deglución										
		POSTURA	No se ha logrado el agarre										
		POSTURA	Demasiado somnoliento										
		POSTURA	Reacio										
LADO IZQUIERDO	RESPUESTA DEL LACTANTE	POSTURA	Acunado cruzado										
		POSTURA	Acunado										
		POSTURA	Fútbol americano										
		POSTURA	Decúbito lateral										
		POSTURA	Se ha logrado el agarre										
		POSTURA	Succión mínima										
		POSTURA	Succión sostenida										
ASISTENCIA	RESPUESTA DEL LACTANTE	POSTURA	Succión y deglución										
		POSTURA	No se ha logrado el agarre										
		POSTURA	Demasiado somnoliento										
		POSTURA	Reacio										
HECES	RESPUESTA DEL LACTANTE	INDEPENDENCIA	Independiente										
		INDEPENDENCIA	Mínima										
		INDEPENDENCIA	Moderada										
		INDEPENDENCIA	Máxima										
ORINA	RESPUESTA DEL LACTANTE	ALIMENTACIÓN	Alimentación observada por la enfermera										
		ALIMENTACIÓN	Alimentación indicada por la paciente										
		ALIMENTACIÓN	Leche materna extraída										
		ALIMENTACIÓN	Lactancia artificial										
HECES	RESPUESTA DEL LACTANTE	INICIALES	Iniciales de la enfermera										
		INICIALES	Meconio										
		INICIALES	Deposiciones de transición										
		INICIALES	Grumosas										
HECES	RESPUESTA DEL LACTANTE	AMARILLAS	Amarillas										
		AMARILLAS	Verdes										
		VERDES	para cada deposición										
		VERDES	Normal										
ORINA	RESPUESTA DEL LACTANTE	CРИСТАЛЫ	Cristales de ácido úrico										
		CРИСТАЛЫ	para cada deposición										

Anexo L: Directrices de la Sociedad Pediátrica de Canadá (Canadian Paediatric Society) para facilitar el alta después de un parto normal a término

La declaración conjunta con la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) se encuentra disponible al completo en:

www.cps.ca/english/statements/FN/fn96-02.htm

108

La Tabla 1 se reproduce con el permiso de la Canadian Paediatric Society.

Resumen:

El propósito de esta declaración es facilitar unas directrices para los médicos y otros profesionales sanitarios, para influir en las políticas y prácticas relativas al alta de los lactantes a término sanos y sus madres, y su posterior seguimiento en la comunidad.

Recomendaciones:

1. El cuidado de las madres y los bebés debe ser individualizado y centrado en la familia. Con muchos partos sin complicaciones, una estancia hospitalaria de 12 a 48 horas es suficiente, siempre que la madre y el bebé estén bien, la madre pueda cuidar a su bebé y la enfermera realice un seguimiento en el hogar. En ausencia de estos requisitos, las madres deberían tener la opción de permanecer en el hospital con su bebé durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal normal. Las mujeres con partos complicados, incluyendo la cesárea, pueden requerir una estancia hospitalaria más prolongada.

2. Si se da el alta médica antes de 48 horas tras el parto, deberán seguirse las directrices recogidas en la Tabla 1. Cada hospital puede identificar criterios más específicos según las necesidades de sus poblaciones y regiones.

3. Cuando se da el alta antes de 48 horas después del nacimiento, debe ser como parte de un programa que garantice una valoración continuada adecuada de la madre y el bebé. Esta valoración deberá realizarla un médico u otro profesional cualificado, con formación y experiencia en cuidados maternoinfantiles. Se prefiere realizar una valoración personal en el hogar para todas las madres y bebés. Esperar que las madres que acaban de dar a luz se desplacen hasta a una clínica o consulta puede tener como resultado que muchas familias no cumplan las visitas de seguimiento. Esta visita no está destinada a sustituir una valoración completa por parte del médico, sino que debe centrarse en aquellos aspectos que requieren una intervención temprana (por ejemplo, problemas de alimentación, ictericia, signos de infección). Los programas deben garantizar la disponibilidad de una valoración, incluyendo los fines de semana, para:

- Evaluar la nutrición e hidratación del lactante con el apoyo de la madre en la alimentación de su bebé
- Evaluar al bebé por si presenta ictericia u otras anomalías que puedan requerir una exploración o valoración por parte del médico antes de lo previsto.
- Realizar un análisis completo u otras pruebas en caso necesario.
- Evaluar el estado de la madre con respecto a los procesos involutivos normales después del parto.
- Evaluar y apoyar la integración del bebé dentro del ambiente del hogar
- Revisar los planes para el futuro mantenimiento de la salud y los cuidados, como por ejemplo el calendario de vacunación infantil, la identificación de enfermedades y los chequeos periódicos.
- Proporcionar a la familia el contacto con otras fuentes de apoyo (por ejemplo, servicios sociales, clases para padres, especialistas en lactancia) según sea necesario.

4. La preparación para el alta debe considerarse parte de la educación prenatal normal de todas las mujeres embarazadas (y sus familias), e incluir información sobre la alimentación infantil y la detección de problemas neonatales como la deshidratación y la ictericia. Esto debería reforzarse durante la breve estancia hospitalaria.

5. Los hospitales con programas de alta precoz deben trabajar con las instituciones sanitarias de la comunidad para evaluar los resultados de las madres y los bebés y garantizar que las directrices para el alta precoz son adecuadas y se cumplen eficazmente.

6. Cuando se requiera la readmisión del bebé en el hospital dentro de un plazo de siete días después del parto, el bebé debe ingresarse en el hospital donde nació y alojar también a la madre para mantener el vínculo maternoinfantil. Cuando sea obligatorio reingresar a la madre, debe procurarse que el bebé recién nacido pueda estar con ella, si se considera apropiado.

La siguiente tabla resume los criterios para el alta en menos de 48 horas después del parto.

Tabla 1: Criterios para la aprobación del alta a menos de 48 horas después del parto

Madre	Bebé
<p>PROPÓSITO: Para garantizar que las madres reciben el alta de forma segura tras el nacimiento de su bebé, deben cumplirse unos criterios básicos y debe contarse con dispositivos apropiados para una atención continuada. Antes del alta, deberán cumplirse los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Parto vaginal. ■ Cuidados del perineo llevados a cabo. ■ No ha habido complicaciones intraparto o postparto que requieran tratamiento médico en curso ni observación*. ■ La madre tiene movilidad y un manejo adecuado del dolor. ■ Las funciones intestinales y vesicales son adecuadas. ■ Se ha administrado gammaglobulina anti Rh y / o vacuna contra la rubeola, si procede. ■ La madre ha demostrado capacidad para alimentar al bebé correctamente si amamanta, el bebé ha conseguido un “agarre” adecuado. ■ Se ha proporcionado asesoramiento sobre anticoncepción. ■ Se ha identificado al médico que proporcionará una atención continuada y, en caso necesario, se le ha notificado. ■ Se puede contactar con la familia para el seguimiento, y la madre entiende la necesidad de llevar a cabo todos los chequeos de salud para el bebé o para ella misma y está informada sobre el calendario necesario. ■ Si el ambiente del hogar (seguridad, vivienda, apoyo y comunicación) no es adecuado; se han tomado medidas para proporcionar ayuda (por ejemplo, ayuda doméstica o servicios sociales). ■ La madre conoce, entiende, y podrá acceder a los recursos comunitarios y hospitalarios de apoyo. <p>* La madre NO debe recibir el alta hasta que se establezca, si ha presentado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hemorragia postparto significativa o sangrado continuado mayor de lo normal. ■ Temperatura de 38°C (tomada en dos ocasiones con al menos con 1 hora de diferencia) en cualquier momento durante el parto y después del nacimiento del bebé. ■ Otras complicaciones que requieran atención continuada. 	<p>PROPÓSITO: Para garantizar que los recién nacidos reciben el alta de forma segura, deben cumplirse unos criterios básicos y debe contarse con dispositivos apropiados para la atención continuada. El bebé debe estar sano según el criterio clínico del médico, y la madre debe haber demostrado una capacidad razonable para ocuparse del bebé.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bebé a término (37-42 semanas) con un tamaño adecuado para su edad gestacional. ■ Adaptación cardiorrespiratoria normal a la vida extrauterina†. ■ Sin síntomas de sepsis†. ■ Temperatura estable en la cuna (temperatura axilar entre 36,1°C y 37°C). ■ No se observan problemas aparentes de alimentación (al menos dos tomas observadas con éxito). ■ El médico u otro profesional sanitario cualificado ha realizado una exploración física del bebé 12 horas antes del alta y ha determinado que no hay necesidad de observación adicional ni tratamiento hospitalario. ■ El bebé ha orinado. ■ No hay sangrado por lo menos 2 horas después de la circuncisión, si se ha realizado este procedimiento. ■ Se han administrado los medicamentos y la inmunización pertinentes (por ejemplo, para hepatitis B). ■ Se han realizado las pruebas metabólicas (≥ 24 horas de edad) o se han concertado si fuera necesario. ■ La madre es capaz de proporcionar cuidados rutinarios al lactante (por ejemplo, cuidados del cordón umbilical) y es capaz de reconocer los síntomas de enfermedad y otros problemas infantiles. ■ Se han concertado citas para realizar una valoración de la madre y el bebé dentro de las 48 horas posteriores al alta. ■ Se ha identificado al médico responsable de la atención continuada y se ha concertado una cita para el seguimiento 1 semana después del alta.

† Los bebés que requieran intubación o ventilación asistida, o bebés con riesgo de sepsis deben observarse en el hospital durante al menos 24 horas.

Canadian Paediatric Society (1996). Facilitating discharge home following a normal term birth. [Online]. Disponible en: <http://www.cps.ca/english/statements/FN/fn96-02.htm>

Anexo M: Ejercicios de práctica reflexiva

Los ejercicios de práctica reflexiva, que se proporcionan a continuación a título de ejemplo, se desarrollaron como parte del programa básico de formación durante la implantación piloto de la Guía de buenas prácticas en enfermería para lactancia materna de la RNAO. La experiencia de implantación puso de manifiesto la utilidad de los ejercicios de práctica reflexiva y el aprendizaje transformador para hacer frente a las actitudes, valores y creencias del personal sanitario acerca de la lactancia. Se reconoció que deben abordarse dichas creencias, valores y actitudes antes de que se pueda esperar un cambio en la práctica y poder implantar las recomendaciones de la Guías con éxito.

Ejercicio de introducción:

111

La práctica reflexiva “se basa en el concepto de que pensar de manera sistemática y crítica sobre la práctica le permite identificar las áreas que debe trabajar para seguir siendo competente en un entorno de cuidados sanitarios cambiantes” (College of Nurses of Ontario, 2000, pg. 6). Esta introducción a las buenas prácticas para la lactancia materna anima al estudiante a reflexionar sobre los valores, creencias y prácticas de enfermería para promover el crecimiento profesional y personal.

En clase:

1. Describa sus creencias sobre la lactancia materna. No tenga miedo de ser sincera, ya que esta reflexión es personal y privada.
2. ¿Cuáles son las fuentes de sus creencias y valores acerca de la lactancia materna?
3. Piense en la última vez que ayudó a una madre a amamantar.

Describa lo que sucedió durante dicha interacción entre paciente y enfermera

Ejercicio de resumen

Prefacio

Las sesiones educativas realizadas hoy estaban destinadas a influir en su práctica de la enfermería, específicamente en los cuidados para la lactancia materna. Para explorar el impacto que puede haber tenido la sesión de hoy en su práctica, resultará útil revisar su reflexión personal introductoria.

En clase:

112

1. Realice un examen crítico de las fuentes de sus creencias y valores acerca de la lactancia materna. ¿Se trata de fuentes válidas y adecuadas sobre las que basar su práctica?

2. Revise la sección sobre lactancia materna de su reflexión introductoria.

¿Las acciones que llevó a cabo eran coherentes con sus creencias y valores? Si pudiera experimentar la misma situación una vez más, ¿cree que su enfoque sería diferente? Si es así, ¿en qué sentido?

3. ¿Ha identificado algún área que se pueda mejorar en su práctica clínica?

Si es así, ¿cómo podemos reforzar su aprendizaje a través de actividades de formación?

Anexo N: Cursos de lactancia materna a través de Internet

Actualmente, hay un gran número de cursos de formación continua disponibles a través de Internet. Los cursos que se describen a continuación son ejemplos de oportunidades de desarrollo profesional disponibles a través de Internet que pueden suponer un apoyo para todos aquellos que deseen ampliar sus conocimientos y capacidades en cuanto a la lactancia materna. Las instituciones de formación pueden proporcionar otras oportunidades de educación on-line o programas en formatos alternativos. Póngase en contacto con su Universidad local para consultar los cursos disponibles en el área.

(Direcciones URL actualizadas por última vez el 09 de mayo de 2003)

Breastfeeding Support Consultants (BSC) Center for Lactation Education

<http://www.bsccenter.org/>

El Centro de BSC para la Educación en Lactancia ofrece 12 cursos a distancia. Todos los cursos se realizan enteramente en el ámbito del domicilio y la comunidad del estudiante. El alumno adquirirá habilidades y conocimientos avanzados para poder trabajar como especialista en lactancia. Los especialistas en lactancia profesionales están cualificados para educar y aconsejar a las madres lactantes respecto a problemas concretos de la lactancia materna, para desarrollar programas de apoyo a la lactancia materna y capacitar a los profesionales sanitarios. Puede haber oportunidades de empleo disponibles para trabajar como miembro del personal de un hospital, una clínica o la consulta de un médico; o establecer su consulta privada. La certificación puede obtenerse a través de la Junta Internacional de Examinadores de Especialistas en Lactancia (International Board of Lactation Consultant Examiners en lo sucesivo, IBLCE por sus siglas en inglés).



Recursos de formación en lactancia materna (en lo sucesivo Lactation Education Resources, por su nombre en inglés)

<http://www.leron-line.com/>

Lactation Education Resources es una institución que se dedica a proporcionar programas de formación, de gran calidad sobre el manejo de la lactancia materna y materiales pedagógicos innovadores. Ofrecen programas de formación para aquellos que deseen convertirse en especialistas en lactancia acreditados, así como formación continuada para quienes ya están certificados. Se ofrecen cursos de formación continuada a través de Internet para las enfermeras, dietistas, especialistas en lactancia y otros profesionales interesados.

Dr. Janice Riordan

<http://members.cox.net/jriordan/breastfeedingcourse.html>

114

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Wichita (Wichita State University, School of Nursing), ofrece un curso de 3 horas de crédito, “Lactancia materna y lactancia humana (Breastfeeding and Human Lactation)”, a través Internet. El curso está abierto a estudiantes de postgrado, tanto de enfermería como de otros ámbitos, y se centra en temas clínicos que preparan al estudiante para ejercer como especialista en lactancia materna y para obtener la certificación de la IBCLC.

Centro de Lactancia Materna de Vancouver, Universidad de Columbia Británica

(The Vancouver Breastfeeding Centre – The University of British Columbia)

<http://www.breastfeeding1.com>

El objetivo de este curso de autoaprendizaje es enseñar a los facultativos un enfoque preventivo, de detección temprana y el manejo de los problemas de la lactancia materna más habituales durante el puerperio. El contenido se basa en estudios de casos clínicos. Está diseñado de forma divertida, con un formato interactivo, de varios niveles, resolución de problemas, e incluye ilustraciones visuales.



Anexo O: Acreditación de la Iniciativa IHAN®

En este anexo se incluyen en su totalidad dos documentos, suministrados por el Comité de Lactancia Materna de Canadá (Breastfeeding Committee for Canada, en lo sucesivo BCC por sus siglas en inglés) acerca del proceso de acreditación IHAN. Reproducción autorizada por el BCC.

Uso de la herramienta de autoevaluación de la IHAN y análisis de los resultados (Using the Baby-Friendly™ Hospital Initiative Self-Appraisal Tool & Analyzing the Results)

<http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc39.html>

Diretrices para la implantación de la IHAN de la OMS / UNICEF en hospitales y maternidades de Canadá. <http://www.breastfeedingcanada.ca/webdoc33.html>

115

Uso de la herramienta de autoevaluación IHAN y análisis de los resultados (Using the Baby-Friendly™ Hospital Initiative Self-Appraisal Tool & Analyzing the Results)

Reproducción autorizada por el BCC.

Uso de la herramienta de autoevaluación IHAN

Cualquier hospital o maternidad interesado en convertirse en IHAN debe empezar por evaluar sus prácticas actuales en relación con los *Diez pasos para una lactancia materna feliz*. La herramienta de autoevaluación (disponible en <http://www.breastfeedingcanada.ca/pdf/webdoc40.pdf>) se ha desarrollado para analizar las rutinas y directrices actuales y compararlas con los Diez Pasos, y otras recomendaciones de la declaración conjunta de la OMS / UNICEF de 1989 titulada: *Proteger, promover y apoyar la lactancia materna: El papel especial de los servicios de maternidad (Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services)*.

La herramienta de autoevaluación es una lista de control que permite que el hospital o maternidad pueda realizar una evaluación inicial rápida de sus prácticas en lo que respecta a la lactancia materna. Completar esta autoevaluación inicial es el primer paso del proceso, pero no otorga la calificación IHAN. La lista de verificación le ayudará a aclarar las normas internacionales de la IHAN. El personal debe emplear estas normas a la hora de evaluar la eficacia de su programa de lactancia materna.

Analizar los resultados de la autoevaluación

Los hospitales deben reunir a la Dirección y al personal clínico para revisar conjuntamente la herramienta de autoevaluación. El siguiente paso para convertirse en un centro IHAN es desarrollar un plan de acción basado en los resultados de la autoevaluación.

Un hospital con un gran número de respuestas afirmativas en la herramienta de autoevaluación y una tasa de lactancia materna exclusiva del 75% desde el nacimiento hasta el alta podría estudiar los criterios globales para conocer los detalles de los estándares internacionales. A continuación, el hospital puede considerar emprender acciones dirigidas a obtener la acreditación IHAN y recibir el reconocimiento global. Para obtener esta distinción, es necesario que un equipo de evaluadores externos del IHAN realice una evaluación, utilizando los criterios globales.

116

Cuando el hospital está listo para la evaluación, se recomienda llevar a cabo una evaluación previa antes de la evaluación externa. Puede concertarla poniéndose en contacto con su Comité IHAN regional o, si dicho Comité no se ha establecido aún, poniéndose en contacto con el BCC. Cuando se haya completado el informe de pre-evaluación con éxito, el Comité IHAN regional notificará a la Autoridad Nacional de la IHAN, en este caso el BCC, que se encargará de concertar la evaluación externa.

Un hospital con un gran número de respuestas negativas en la herramienta de autoevaluación y una tasa de lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta el alta inferior al 75% debería desarrollar un plan de acción. El objetivo del plan podría consistir en eliminar las prácticas que impiden el inicio de la lactancia materna exclusiva y ampliar las que la mejoran. El Comité IHAN de la región puede proporcionar información, por ejemplo, acerca de la formación del personal o el desarrollo de directrices hospitalarias.

Directrices para la implantación de la IHAN de la OMS / UNICEF en hospitales y maternidades de Canadá (Hospital/Maternity Facility Guidelines for the Implementation of the WHO/UNICEF Baby-Friendly™ Hospital Initiative (BFHI) In Canada).

Reproducción autorizada por el BCC.

Proceso de autoevaluación

El primer paso significativo en el camino hacia la plena condición IHAN es cumplimentar la herramienta de autoevaluación, que se incluye en la parte 2 de los manuales IHAN (véase el anexo A). Las partes 1 y 2 de los manuales IHAN contienen información sobre la evaluación de los Diez pasos hacia una lactancia materna feliz, así como un cuestionario que permite que el hospital o maternidad evalúe sus prácticas. Esta autoevaluación inicial facilita el análisis de las prácticas que fomentan o dificultan la lactancia materna. Los hospitales o centros de maternidad podrán solicitar información y aclaraciones a sus respectivos Comités IHAN regionales o al BCC (*) en cualquier momento.

117

Puede ser útil que el hospital o maternidad ponga en marcha un Comité multidisciplinar para abordar la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna.

El papel de este Comité podría incluir:

1. Adquisición de recursos para la IHAN (Véase el Anexo A).
2. Formación de los administradores, el personal sanitario y los consumidores acerca de la IHAN.
3. Revisión de las tasas de inicio y duración de la lactancia materna.
4. Examen de las prácticas y desarrollo de un plan de acción con plazos concretos para corregir algunos hábitos que sea necesario modificar mediante las estándares mínimos de los Diez pasos para una lactancia materna feliz.
5. Trabajo con el hospital o maternidad y la comunidad para garantizar el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Después de haber logrado todo lo anterior, el hospital o centro de maternidad, puede completar la herramienta de autoevaluación para los hospitales de la OMS / UNICEF.

Pre-evaluación

Si los resultados de la herramienta de autoevaluación son principalmente positivos, el hospital o maternidad concertará una pre-evaluación con el Comité IHAN de su región (*). La pre-evaluación es necesaria para garantizar un mayor éxito de la evaluación externa. La pre-evaluación consiste en una evaluación intensiva y abreviada por parte de un evaluador IHAN asignado en colaboración con el BCC. Se recomienda que esta persona no tenga afiliación pasada o presente con el hospital. La pre-evaluación incluiría entrevistas detalladas con el personal, un examen de las instalaciones hospitalarias y sus sistemas, y la revisión de la documentación disponible sobre los programas de formación, educación prenatal, lactancia materna y las directrices de la IHAN. La pre-evaluación general durará un día completo.

118

Proceso de pre-evaluación

1. Cuando el hospital o maternidad considera que está listo para la pre-evaluación, presenta la solicitud al Comité IHAN de su región (*).
2. El Comité IHAN de la región (*) envía al hospital o maternidad un contrato de pre-evaluación en virtud del cual el hospital o maternidad se compromete a cubrir todos los gastos de la pre-evaluación, tal y como se indica en las *Directrices financieras para la pre-evaluación IHAN en Canadá*.
3. El Comité IHAN de la región (*) reenviará el contrato firmado y la herramienta de autoevaluación hospitalaria cumplimentada, así como una tasa administrativa de 100,00 dólares, a la BC, junto con una solicitud para organizar una pre-evaluación.
4. Tras consultar con el Comité IHAN de la región (*), el BCC seleccionará un asesor para que lleve a cabo la pre-evaluación. Consulte *Guidelines for WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) Assessors and Master Assessors in Canada*.
5. Al finalizar, el asesor presentará un informe completo de la pre-evaluación al hospital o maternidad, el Comité IHAN de la región (*) y el BCC.
6. En caso que se detecte algún área deficiente en el informe de pre-evaluación, el Comité IHAN de la región (*) proporcionará asesoramiento especializado al hospital o maternidad para hacer frente a estas deficiencias.

Evaluación externa

Durante un período de entre dos (2) y cuatro (4) días, un equipo de asesores, bajo la dirección de un asesor principal, llevará a cabo una evaluación amplia de las prácticas y directrices del hospital o de las instalaciones de maternidad y llevará a cabo las entrevistas necesarias, tal y como se indica en los criterios globales de evaluación para los hospitales de la OMS / UNICEF. Los asesores externos seleccionados no deben tener ninguna relación pasada o presente con el hospital. Se realizarán entrevistas al azar tanto al personal que trabaja en el centro como a las madres que han dado a luz en el hospital o maternidad. Se observarán las prácticas durante el parto, posparto y los cuidados de las unidades de neonatología.

Proceso de evaluación externa

1. Si los resultados de la pre-evaluación son sobre todo positivos, el hospital o maternidad solicitará al Comité IHAN de su región (*) que se concierte una evaluación externa.
2. El Comité IHAN de la región (*) envía al hospital o maternidad un contrato de evaluación externa en virtud del cual el hospital o maternidad se compromete a cubrir todos los gastos de la evaluación externa, tal y como se indica en las *Directrices financieras para la pre-evaluación IHAN en Canadá*.
3. El Comité IHAN de la región (*) reenviará el contrato firmado, los materiales escritos requeridos por los Criterios globales de evaluación para hospitales de la OMS / UNICEF (Véase el Anexo B) y el informe de pre-evaluación, así como una tasa administrativa de 400,00 dólares a la BCC, pidiéndoles que se concierte una evaluación externa.
4. Tras consultar con el Comité IHAN de la región (*), el BCC seleccionará un asesor principal y un equipo de asesores para que lleven a cabo la evaluación externa. Consulte *Guidelines for WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) Assessors and Master Assessors in Canada*.
5. Tras finalizar, el equipo de evaluación externa se reunirá con el hospital o maternidad para examinar los resultados preliminares. El asesor principal presentará un Informe de evaluación externa completa al Comité IHAN de la región (*), que lo reenviará al BCC.

6. Tras revisar el informe de evaluación externa, el BCC, tras consultar con el Comité IHAN de la región (*), decidirá si el hospital o maternidad recibirá la designación IHAN. El Comité IHAN de la región (*) notificará al hospital o maternidad los resultados de la evaluación y enviará una copia del informe de evaluación externa. Se otorgará el certificado y el hospital o maternidad se añadirá a la base de datos de la BCC que contiene los centros IHAN de Canadá.
7. Tras recibir la designación IHAN, el hospital o maternidad enviará un informe al Comité IHAN de la región (*) cada dos (2) años. El objetivo del informe es garantizar el cumplimiento continuo de los criterios globales de evaluación para hospitales de la OMS / UNICEF. El formato del informe será determinado por el Comité IHAN de la región (*).
8. Cada cinco (5) años tras la recepción de la designación IHAN, el hospital o maternidad llevará a cabo una nueva evaluación, lo que supondrá la firma de un nuevo contrato y costes adicionales para el hospital con el fin de mantener la designación IHAN.
9. Los hospitales o maternidades que no obtengan la designación IHAN pueden enviar un plan de acción y un calendario para cumplir los criterios mundiales de evaluación de hospitalaria de la OMS / UNICEF al Comité IHAN de la región (*) en un plazo de 90 días desde la recepción del informe de evaluación externa.
10. Tras la recepción del plan de acción y el calendario, se entregará un Certificado de compromiso al hospital o maternidad.
11. Si el hospital o centro de maternidad no logra la designación IHAN tras la evaluación externa, el Comité IHAN de la región (*), proporcionará el asesoramiento de expertos para abordar las debilidades identificadas en el informe de evaluación externa del hospital o maternidad durante un máximo de cuatro (4) años a partir de la fecha del contrato original.

(*) El BCC asumirá la responsabilidad de la implantación de la IHAN en una provincia o territorio específico hasta que el Comité IHAN correspondiente esté en activo.

Anexo A

Los siguientes recursos se encuentran disponibles en las fuentes que se recogen a continuación:

BFHI Manuals 1 and 2

SOURCE: UNICEF CANADA 11th Floor, 2200 Yonge Street, Toronto, ON M4S 2C6
Tel: (416) 482-4444, FAX: (416) 482-8035 e-mail: secretary@unicef.ca

Breastfeeding Management and Promotion in a Baby-Friendly Hospital: The 18 Hour Course

SOURCE: UNICEF CANADA 11th Floor, 2200 Yonge Street, Toronto, ON M4S 2C6
Tel: (416) 482-4444, FAX: (416) 482-8035 e-mail: secretary@unicef.ca

Protecting Infant Health: A health workers' guide to the International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. 9th Edition.

SOURCE: INFACt CANADA 6 Trinity Square, Toronto, ON M5G 1B1
Tel: (416) 595-9819 FAX: (416) 595-9355 e-mail: info@infactcanada.ca

Anexo B

El contrato firmado para la evaluación externa deberá ir acompañado de los siguientes materiales, exigidos por los Criterios globales de evaluación para hospitales de la OMS / UNICEF, certificados por un funcionario del hospital / centro de maternidad:

1. Unas directrices sobre lactancia materna por escrito que abarquen todos los Diez pasos para una lactancia feliz que se definen en la IHAN de la OMS / UNICEF, incluyendo la fecha de implantación.
2. Un temario por escrito de la formación en el manejo de la lactancia que se proporciona a todo el personal del hospital que tenga contacto con las madres, los lactantes o bebés (incluyendo una descripción de cómo se imparte la formación y un programa de capacitación para nuevos empleados).
3. Un resumen de los contenidos que se abordarán en la educación prenatal sobre lactancia materna que reciben las mujeres embarazadas.
4. Todos los materiales educativos sobre la lactancia materna que se proporcionan a las mujeres embarazadas y a las nuevas madres.

Anexo P: Descripción de la Herramienta

Herramienta: Implantación de las Guías de práctica clínica

Las Guías de buenas prácticas solo pueden implantarse satisfactoriamente cuando se dan las siguientes condiciones: recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos. Para este propósito, la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés), a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores ha desarrollado la “Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica”, basada en la evidencia disponible, perspectivas teóricas y consenso. Recomendamos el uso de esta “Herramienta” para dirigir la implantación de la Guía de buenas prácticas para lactancia materna.

122

La “Herramienta” orienta paso a paso a los grupos e individuos que trabajan para planificar, coordinar y facilitar la implantación de la Guía. En concreto, la “Herramienta” recomienda que se sigan los siguientes pasos principales:

1. Identificar una Guía de práctica clínica bien desarrollada y basada en la evidencia.
2. Identificar, valorar y lograr el compromiso de los colaboradores.
3. Valorar si el entorno está preparado para la implantación de la Guía.
4. Identificar y planificar estrategias de implantación basadas en la evidencia.
5. Evaluar la planificación y la implantación.
6. Identificar y garantizar los recursos necesarios para la implantación.

Implantar las Guías en la práctica, de tal forma que se consiga cambiar la práctica clínica, resulta una tarea extremadamente compleja. La “Herramienta” supone un recurso fundamental para gestionar este proceso.

La “Herramienta” está disponible a través de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Este documento está disponible en formato impreso por una cantidad simbólica. Asimismo, se puede descargar de forma gratuita en la página web de la RNAO. Para solicitar más información, una hoja de pedido o descargar la “Herramienta”, por favor, no deje de visitar la página web de la RNAO www.rnao.org/bestpractices.

Notas:

A teal-colored triangular icon pointing to the left, containing the white text "123".



Septiembre de 2003

Proyecto de Guías de buenas prácticas en enfermería



Este proyecto está financiado por el Ontario Ministry of Health and Long-Term Care



Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Association des infirmières
et infirmiers autorisés de
l'Ontario