

Protocolo Clínico Número #19: Promoción de la Lactancia Materna en el Ámbito Prenatal

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

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

Antecedentes

La lactancia materna (LM) provee de la nutrición ideal para el lactante y es la norma fisiológica para madres e hijos (1,2). Con frecuencia, las madres de familia toman la decisión de amamantar en los inicios del cuidado prenatal y muchas ya han decidido si van a amamantar desde antes de la concepción (3). La educación y el fomento de la LM por parte de los proveedores de salud da como resultado su incremento y duración (4-6). Además, la educación constante y los programas de apoyo pueden mejorar el inicio y duración de la lactancia.

Recomendaciones

1. Tener un consultorio amigable para la lactancia.

- El personal debe tener la educación y compromiso necesarios para promover, proteger y apoyar la lactancia.

- El médico de atención primaria debe estar involucrado, pero no necesariamente debe realizar cada uno de los siguientes pasos. Las tareas pueden ser asignadas a múltiples

miembros del personal de salud (enfermería, asistentes médicos, asesores y educadores de lactancia o de salud en general) si el entrenamiento es apropiado y se les proporciona el apoyo.

- Los servicios que proporcionan cuidado prenatal deben tener una política por escrito para facilitar el apoyo de la LM (5).

- No debe utilizarse material educativo y/o muestras proporcionadas por compañías que provean de fórmula, ya que se ha demostrado que esta publicidad disminuye el inicio y la duración de la LM (7).

- La información acerca de la intención de la madre por amamantar debe incluirse en todos los documentos que sean transferidos a otra institución de salud, incluyendo los resúmenes de los cuidados prenatales y de alta hospitalaria o del centro de salud.

2. Integrar la promoción, educación y apoyo de la LM durante el cuidado prenatal.

- Establecer activamente el apoyo a la LM desde el inicio del cuidado prenatal y reconocer que la LM es superior a la alimentación artificial. Un ejemplo de una declaración que apoye lo anterior es: “Como tu doctor, quiero que sepas que apoyo la lactancia materna, ya que es importante para las madres y sus hijos.”

- También ayuda decirle a la paciente en el periodo prenatal que su médico va a apoyarla activamente. Por ejemplo podrían ayudar afirmaciones como “Me gusta pasar tiempo ayudando a mis pacientes a obtener la información, habilidades y apoyo necesarios para amamantar exitosamente”.

3. Tomar en cuenta los antecedentes de lactancia como parte de la historia clínica prenatal (8).

- Por cada hijo previo preguntar acerca del inicio y duración de la LM exclusiva, LM total, quién proporcionó el apoyo para la LM, los beneficios percibidos de la LM, los retos de la LM y razones para el destete.

- Para las mujeres que no amamantaron, considere preguntarles acerca de su percepción sobre las ventajas y desventajas de la alimentación artificial. Pregunte qué les hubiera ayudado a darles pecho a sus otros hijos.

- También es importante determinar los antecedentes médicos familiares que hagan que la LM tenga más ventajas para este niño en particular, tales como asma, eccema, diabetes y obesidad. (1,2,9).

4. Considerar la cultura de cada una de las mujeres, familias y comunidades.

- Aprender acerca de la estructura familiar de las pacientes. En ciertas culturas el tomar en cuenta la cooperación de miembros clave en la familia puede ayudar en gran medida a

la promoción de la lactancia, mientras en otras, la participación de un miembro en particular puede ser inapropiada.

- Entender la perspectiva y creencias de la pareja que puedan afectar el éxito de la lactancia y educar a la pareja cuando sea apropiado.

- Asegurarse que los padres provenientes de diversas culturas entiendan la importancia de la lactancia para el desarrollo y crecimiento de sus hijos.

- Respetar las tradiciones culturales y los tabúes asociados con la lactancia, adaptando creencias culturales que faciliten una lactancia óptima, mientras se provee de educación con sensibilidad a las tradiciones que pueden ser perjudiciales para la lactancia.

- Proporcionar toda la información e instrucción, cuando sea posible, en la lengua nativa de la madre y evaluar su nivel de lectura cuando sea apropiado.

- Entender específicamente los obstáculos financieros, laborales, y de tiempo para la lactancia y trabajar con la familia para superarlos.

- Estar consciente del papel de las actitudes culturales personales del médico cuando interactúa con los pacientes (2).

5. Incorporar la LM como un componente importante de la exploración mamaria en la etapa prenatal temprana (10).

- Observar el desarrollo apropiado del seno, cicatrices quirúrgicas, y el contorno del pezón.

- Realizar compresión areolar si los pezones están planos o invertidos.

- Revisar los cambios fisiológicos del embarazo, tales como crecimiento en volumen y salida del calostro.
- Considerar repetir la exploración de seno en el tercer trimestre, ya que la anatomía cambiará durante el embarazo.
- Asegurarle a la madre embarazada que su anatomía es suficiente para que la lactancia sea exitosa o discutir la disponibilidad de apoyo y asistencia si la exploración física así lo sugiere.
- Si la historia clínica y/o la exploración física sugieren que la mujer tiene un alto riesgo de tener problemas al amamantar, considerar una referencia de lactancia prenatal o apoyo de lactancia en la etapa prenatal temprana.

6. Discutir sobre lactancia en cada una de las visitas prenatales.

- Amamantar puede ser comentado por los médicos o el personal de salud.
- Considerar utilizar los 3 pasos de la Estrategia de Consejería de Mejor Inicio (Best Start) (10):
 1. Fomentar el diálogo abierto acerca de la lactancia al comenzar con preguntas abiertas.
 2. Ratificar los sentimientos de las pacientes.
 3. Proveer de educación enfocada en las necesidades de la paciente. (11,12).
- Platicar de sus preocupaciones y disipar conceptos erróneos en cada visita.

Durante el primer trimestre

- Incorporar y educar a las parejas, padres y amigos acerca de los beneficios de la lactancia para las madres y los bebés (13).

- Abordar barreras conocidas como falta de confianza, vergüenza, restricciones sociales y de tiempo, dieta y preocupaciones de salud, falta de apoyo social, trabajo y preocupaciones del cuidado del niño, así como miedo al dolor (10,14).
- Continuar haciendo preguntas abiertas.

Durante el segundo trimestre

- Alentar a las mujeres a identificar modelos de lactancia al hablar con la familia, amigos y colegas que han amamantado con éxito.
- Recomendarle a la paciente y su pareja una clase sobre lactancia, además de la educación que se proporciona en el centro de salud (15).
- Alentarlos a participar en grupos de apoyo a la lactancia. Proveer de una lista de opciones de educación y recursos de lactancia para las pacientes (16,17).
- Con frecuencia las visitas durante el segundo trimestre dan un tiempo para la discusión de las bases para la lactancia así como la importancia de la LM exclusiva, la oferta y la demanda, alimentación a libre demanda, frecuencia de los periodos de alimentación, señales de alimentación, cómo saber que el lactante está comiendo suficiente, evitar pezones artificiales hasta saber que el lactante está comiendo bien y la importancia de un buen agarre.

- Cuando la madre trabaja fuera de casa, debería ser alentada a ir pensando si va a regresar a trabajar después de que el bebé nazca y cuándo lo hará. En caso de que esté planeando regresar a trabajar, alentar a la mujer a considerar qué lugares están disponibles para la extracción y almacenamiento de leche materna, cuánto tiempo estará ausente por maternidad, y qué

reglas de la compañía y legislación están disponibles para apoyarla.

Durante el tercer trimestre

- A las 28-, 30-, o 32-semanas de consulta prenatal, hacer que la paciente y su grupo de apoyo usen utensilios como muñecas, pelotas y globos. Demostrar cómo sostener el pecho y las posiciones para darle de comer al bebé, como la de cuna, de cuna cruzada, y en pelota de fútbol americano (de lado/de sandía).

- Discutir qué pasará en la sala de expulsión en condiciones normales. ¿Qué hará la madre? ¿Qué hará el doctor?

- Repasar la fisiología del inicio de la LM y el impacto de dar suplementos.

- Repetir la exploración de seno y pezón.

- Recomendar la compra de sostenes adecuados para amamantar.

- Alentar otra visita a un grupo de apoyo de lactancia, ya que los intereses y metas de la paciente tal vez sean diferentes a las del inicio del embarazo (19).

- Recomendarle a la madre que discuta los planes de salud que tiene para su hijo, así como los planes de apoyo a la lactancia, con su proveedor de servicios pediátricos (20)

7. Empoderar a las mujeres y sus familias a planear el tipo de parto más propicio para la lactancia.

- Confirmar planes de seguimiento posparto.

- Asegurarse que la madre tiene un sistema de apoyo adecuado disponible en su localidad durante el periodo de posparto.

- Recomendarle que vea a un proveedor de salud dentro de las 48 horas posteriores a su salida del hospital para asegurarse del bienestar del bebé y de que la lactancia sea óptima.

- Asegurarse que la paciente tiene información de cómo obtener ayuda para amamantar.

- Proveer guías de manera anticipada sobre temas como ingurgitación/atiborramiento, brotes de crecimiento, y periodos nocturnos de alimentación.

- Informar a las pacientes acerca de los 10 pasos para una LM exitosa y cómo abogar por prácticas de cuidado hospitalario amigables a la lactancia (20).

- Discutir sobre el apoyo a la lactancia en caso de cesárea.

Recomendaciones para futuras investigaciones

1.- En la actualidad no hay estudios que solamente examinen la interacción del médico que promueve la lactancia durante las visitas prenatales y los efectos en el inicio, exclusividad y mantenimiento de la misma.

2.- Se necesitan estudios que examinen solamente las intervenciones prenatales y en combinación y sus efectos en el inicio, exclusividad y duración de la lactancia.

3.- Se necesitan estudios acerca del costo-efectividad de proveer un servicio amigable a la lactancia en la práctica ambulatoria.

4. Es necesario investigar acerca de los retos específicos para proveer apoyo a la lactancia durante el cuidado prenatal (por ejemplo

falta de recursos comunitarios, barreras culturales, etc.).

5. Se necesita investigación adicional sobre los efectos de las diferentes intervenciones prenatales de lactancia en diferentes poblaciones, incluyendo a mujeres con diferentes estratos socioeconómicos y antecedentes culturales.

Agradecimientos

Este trabajo fue apoyado en parte por una beca de la Oficina de Salud Materno-Infantil del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Los autores agradecen y reconocen las contribuciones de Jane Wilson, M.D., MPH, por su apoyo en la bibliografía detallada. La traducción al español recibió el generoso patrocinio de la Fundación W.K. Kellog.

Referencias

1. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496–506.
2. American Academy of Family Physicians. Family Physicians Supporting Breastfeeding. Position Paper, 2008. <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/b/breastfeedingpositionpaper.html> (accessed February 8, 2009).
3. Izatt SD. Breastfeeding counseling by healthcare providers. *J Hum Lact* 1997;13:109–113.
4. Primary Care Interventions to Promote Breastfeeding, Topic Page. October 2008. U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstfbrfd.htm>.
5. Shaikh U and the Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #14: Breastfeedingfriendly physicians office, part 1: Optimizing care for infants and children. *Breastfeed Med* 2006;1:115–119.
6. Mansbach IK, Palti H, Pevsner B, et al. Advice from the obstetrician and other sources: do they affect women's breastfeedingpractices? A study among different Jewish groups in Jerusalem. *Soc Sci Med* 1984;19:157–162.
7. Howard CR, Howard FM, Lawrence RA, et al. The effect on breastfeeding of physicians' office-based prenatal formula advertising. *Obstet Gynecol* 2000;95:296–303.
8. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Breastfeeding: Management before and after conception (Chap. 5). In: *Breastfeeding Handbook for Physicians*. Schanler RJ, sr. ed. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, pp. 55–65, 2006.
9. Ip S, Chung M, Raman G, et al. *Evidence Report/Technology Assessment No. 153: Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries*. AHRQ Publication Number 07-E007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2007.
10. Issler H, de Sa MB, Senna DM. Knowledge of newborn healthcare among pregnant women: Basis for promotional and educational programs on breastfeeding. *Sao Paulo Med J* 2001;119:7–9.
11. United States Department of Agriculture National Breastfeeding Promotion Campaign: Loving Support Makes Breastfeeding Work. <http://www.fns.usda.gov/wic/breastfeeding/lovingsupport.htm> (accessed February 8, 2009).
12. Humenick SS, Hill PD, Spiegelberg PL. Breastfeeding and health professional encouragement. *J Hum Lact* 1998;14:305–310.

13. Ingram J, Johnson D. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breastfeeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery* 2004;20:367–379.
14. Hartley BM, O'Connor ME. Evaluation of the 'Best Start' breast-feeding education program. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:868–871.
15. Reifsnider E, Eckhart D. Prenatal breastfeeding education: Its effect on breastfeeding among WIC participants. *J Hum Lact* 1997;13:121–125.
16. Chapman DJ, Damio G, Perez-Escamilla R. Differential response to breastfeeding peer counseling within a low-income, predominantly Latina population. *J Hum Lact* 2004; 20:389–396.
17. Chapman DJ, Damio G, Young S, et al. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: A randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:897–902.
18. Duffy EP, Percival P, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding rates. *Midwifery* 1997;13: 189–196.
19. De Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: A systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001;17:326–343.
20. Loh NR, Kelleher CC, Long S, et al. Can we increase breastfeeding rates? *Ir Med Jr* 1997;90:100–101.
21. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. *Ten Steps to Support Parents' Choice to Breastfeed Their Baby*. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2003. <http://www.aap.org/breastfeeding/tenSteps.pdf> (accessed February 8, 2009).

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

Colaboradores

*Julie Wood, M.D., FABM

*Elizabeth Hineman, M.D.

*David Meyers, M.D.

Comité del Protocolo

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

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

Ruth A. Lawrence, M.D., FABM

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

Nancy G. Powers, M.D., FABM

*Autores principales

Traducción al español (Septiembre, 2011)

Diana Bueno Gutiérrez, MD, MS

Jeanette Panchula, RN, PHN, IBCLC

Correspondencia: abm@bfmd.org