

Protocolo clínico nº 7 de la Academia de Medicina de la Lactancia Modelo de Política para la Maternidad que apoya la Lactancia materna

María-Teresa Hernández-Aguilar, *,† Melissa
Bartick‡,§ Paula Schreck** Cadey Harrel†† y la
Academia de Medicina de la Lactancia
Materna

Traducción oficial del original: Clinical Protocol #7.
Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding.
BREASTFEEDING MEDICINE, Volume 13, Number 9,
2018 . DOI: 10.1089/bfm.2018.29110.mha

*El desarrollo de protocolos clínicos para el manejo
de problemas médicos comunes que pueden
afectar al éxito del amamantamiento es un
objetivo principal de la Academia de Medicina de
la Lactancia. Estos protocolos sirven solo como
guías clínicas para la atención a madres lactantes
y niños/as pero no son la única vía de tratamiento
ni estándares para la asistencia médica. Las
necesidades individuales de cada paciente
pueden hacer necesarias variaciones en el
tratamiento.*

* Unidad de Lactancia materna Dr. Peset. Valencia.

† Coordinadora Nacional de la IHAN España

‡ Department of Medicine, Cambridge Health Alliance,
Cambridge, Massachusetts.

§ Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

** Department of Pediatrics, Ascension St. John,
Detroit, Michigan.

†† Department of Family Medicine, University of
Arizona, Tucson, Arizona.

Contexto

Amamantar es la norma biológica y el destete temprano conlleva considerables riesgos para la salud materna¹⁻⁵ (1)^{††} e infantil^{2,7-14} (1), y notables costes sociales de forma global^{2,15}(1).^{6,16} El cuidado que madre y recién nacido reciben en los primeros días postparto influye en el futuro de su lactancia¹⁷ (2),^{18,19} su salud y sus vidas¹⁵ (1).¹⁶ Para mejorar este cuidado a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) lanzaron, en 1991, la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) ^{§§}, revisada en dos ocasiones desde entonces.^{20,21} Después de 27 años de implementación en todo el mundo²², la salud infantil global ha mejorado significativamente la salud ²³⁻²⁵ (1) y han aumentado las cifras de inicio, duración y exclusividad de la lactancia materna^{1,24-27} (1). La IHAN está considerada el estándar de oro de las políticas para la protección de la lactancia materna en las maternidades, está basada en la evidencia Maternidades²⁸ y ha sido respaldada por múltiples organizaciones internacionales.²⁸⁻³⁰ Sin embargo, existen aún importantes desigualdades asociadas a determinantes sociales y estructurales de la salud^{8,15,31,32} (1).³³ Esto resulta en tasas desiguales de morbilidad y mortalidad^{33,34} y en injusticias de salud para mujeres y niños^{2,7,35,36} (1).³³ Aunque estas desigualdades pueden reducirse mediante la implementación en las Maternidades de prácticas de apoyo a la lactancia basadas en la evidencia como la IHAN ² (1), el apoyo individual continuado el parto y el

^{††} Nota de las traductoras: La evidencia cuantitativa se calificó de acuerdo con los criterios del Centro de Oxford de Medicina Basada en la Evidencia (OEBM) 2011. Los niveles de evidencia se han graduado de (1) a (5) según este criterio.⁶⁷ La evidencia cualitativa se ha graduado utilizando GRADECERQual: H (ALTO), M (MODERADO), L (BAJA), VL (MUY BAJA).⁶⁸

^{§§} Nota de las traductoras: Las siglas IHAN corresponden en español a: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.

nacimiento, los cuidados culturalmente sensibles³⁷ (M) o el apoyo inter pares³⁸ (1) entre otros.^{33,39}

Objetivo

Las prácticas de atención perinatal influyen en el tipo de parto, afectan al amamantamiento y a la salud materno infantil⁴⁰⁻⁴⁴(1) ⁴⁵(2)⁴⁶(H)^{47,48}, y tienen impacto sobre la satisfacción materna⁴⁹ (H). Así las políticas de lactancia materna no pueden desligarse del conjunto de las políticas de cuidado de la maternidad. El propósito de este Protocolo es ofrecer un "Modelo de Política de Maternidad que apoya la lactancia materna" que incluye una "Política de alimentación infantil". El término "Política de alimentación infantil" es utilizado en lugar del de "Política de lactancia materna" como un paso más hacia el reconocimiento de la lactancia materna como la norma. Es inclusivo al garantizar un apoyo adecuado para aquellos progenitores que alimentan con suplementos o exclusivamente con sucedáneos de leche materna o exclusivamente con leche materna extraída o personas transgénero que alimentan al pecho. También es este el lenguaje utilizado en la Diez Pasos²¹ actualizados en 2018 de la OMS (**Tabla 1**).

En este documento que pretende ser un modelo para instituciones que buscan implantar una atención perinatal de alta calidad, hemos incluido únicamente afirmaciones que se basan en la evidencia o en recomendaciones globales. Necesitará ser adaptado en cada Centro Sanitario específico, por ejemplo, incluyendo el nombre de la institución y la fecha de revisión, y seguir el proceso institucional de cada Centro para su aprobación e implementación. Somos conscientes de que algunas de las recomendaciones que se enumeran aquí posiblemente necesiten ser adaptadas a las situaciones específicas de cada país (por ejemplo, un país que carece de matronas puede tener otro tipo de personal de salud que asiste los partos normales).

Este protocolo incluye todos los elementos de los "Criterios Globales" de la IHAN²¹ porque este es, en la actualidad, el mejor modelo con eficacia demostrada. Los estándares nacionales de acreditación IHAN para algunos países, pueden ser más o menos estrictos que los Criterios globales o los descritos aquí. Por lo tanto, este modelo de política puede requerir cambios menores para cumplir con los requisitos específicos de cada país. Este protocolo no aborda determinados requisitos en relación a las unidades neonatales, para las que existen recomendaciones más detalladas.^{50,51}

Acerca del Protocolo de Política 2018

Este protocolo abarca el contenido de muchos otros Protocolos de la **ABM: Nº 1** (Guía clínica de hipoglucemia),⁵² **Nº 2** (Regreso a casa),⁵³ **Nº 3** (Suplementos para el recién nacido a término),⁵⁴ **Nº 5** (Manejo de la lactancia materna en el parto),⁴⁸ **Nº 8** (Información sobre almacenamiento de leche para uso doméstico para recién nacidos a término),⁵⁵ **Nº 10** (Amamantando al prematuro tardío y el recién nacido a término temprano),⁵⁶ **Nº 14** (Consulta médica amiga de la lactancia materna),⁵⁷ **Nº 19** (Promoción antenatal de la lactancia materna),⁵⁸ **Nº 21** (Pautas para la lactancia materna y el uso de sustancias o trastornos por uso de sustancias),⁵⁹ **Nº 26** (Dolor persistente durante la lactancia),⁶⁰ y **Nº 28** (Analgésico periparto para la madre que amamanta).⁶¹ Se ha realizado una búsqueda exhaustiva de la literatura científica en PubMed y LILACS, incluyendo declaraciones/guías recientes^{21,50,51,62-66}. La búsqueda incluyó documentos en inglés, español, francés y portugués publicados entre 2011 y 2018. Se revisaron más de 1.000 resúmenes, se descartaron los de baja calidad y finalmente se analizaron en profundidad 302 artículos. La evidencia cuantitativa se calificó de acuerdo con los criterios de 2011 del Centro de Oxford de Medicina Basada en la Evidencia (OCEBM): los niveles

de evidencia se han graduado de (1) a (5) siguiendo estos criterios.⁶⁷ La evidencia cualitativa se ha graduado utilizando GRADECERQual: H (ALTO), M (MODERADO), L (BAJA), VL (MUY BAJA).⁶⁸ Todas las citas agrupadas antes de un nivel de evidencia dado comparten ese nivel de evidencia. A las guías internacionales o de expertos, incluidos los protocolos ABM, no se les han asignado niveles de evidencia, y ciertos estudios de investigación no entran en el nivel de las categorías de evidencia.

Se reconoce que la pareja de la madre biológica (la que pare) puede ser de cualquier género. Además, aunque la gran mayoría de las personas que paren son mujeres, reconocemos que los hombres transgénero y las personas de género no binario también pueden parir y pueden querer amamantar o alimentar al pecho. Algunas personas transgénero, mujer a hombre, que para lograr una pared torácica plana se han sometido a cirugía para eliminar, total o parcialmente, el parénquima mamario, pueden referir experiencias variables con la producción de leche.

Pueden desear alimentar al pecho a través de dispositivos suplementarios, amamantar o, por el contrario, algunas madres-padres transgénero pueden sentirse incómodos con la idea de amamantar o alimentar al pecho⁶⁹ (M)⁷⁰ (VL). A lo largo de este documento, podemos referirnos indistintamente a "madres, padres o progenitores". Reconocemos que los recién nacidos adoptados y sus padres adoptivos⁷¹ (5) y los lactantes nacidos de maternidad subrogada y sus madres/progenitores no biológicos⁷² (5) necesitan vincularse igualmente y tienen derecho a recibir ayuda con la alimentación infantil (amamantamiento si se elige) y, por lo tanto, están incluidos en las palabras "madres", "padres" y "lactantes". En lo sucesivo, el término "fórmula" se refiere a cualquier tipo de fórmula infantil o sucedáneo de leche materna, incluido las formulas de continuación o cualquier tipo de "fórmula especial".

TABLA 1. LOS DIEZ PASOS PARA UNA FELIZ LACTANCIA MATERNA (REVISADOS EN 2018)

<i>Procedimientos críticos de gestión.</i>	Paso 1. Políticas <ul style="list-style-type: none"> 1a. Cumplir plenamente el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna y las resoluciones relacionadas de la Asamblea Mundial de la Salud. 1b. Tener una política escrita de alimentación infantil que se comunique de manera rutinaria al personal y a los progenitores. 1c. Establecer sistemas continuos de monitorización y gestión de datos.
	Paso 2. Asegurar que el personal tenga conocimientos, competencias y habilidades suficientes para apoyar la lactancia materna.
<i>Prácticas clínicas clave</i>	Paso 3. Discutir la importancia y el manejo de la lactancia materna con las mujeres embarazadas y sus familias.
	Paso 4. Facilitar el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido y ayudar a las madres a iniciar la lactancia lo antes posible después del nacimiento.
	Paso 5. Apoyar a las madres a iniciar y mantener la lactancia materna y a manejar las dificultades comunes.
	Paso 6. No dar a los recién nacidos amamantados ningún alimento o líquido que no sea leche materna, salvo que esté médicamente indicado.
	Paso 7. Posibilitar que madres y recién nacidos permanezcan juntos y practiquen alojamiento conjunto las 24 horas del día.
	Paso 8. Ayudar a las madres a reconocer y responder a las señales de hambre de sus lactantes.
	Paso 9. Asesorar a las madres sobre los riesgos y el uso de biberones, tetinas y chupetes.
	Paso 10. Coordinar el alta hospitalaria para que los padres y sus lactantes tengan acceso oportuno a la continuidad de los cuidados

Adaptado y traducido de "The Ten Steps, WHO-UNICEF, 2018 revised".²¹

Recomendaciones

Modelo de política para la Maternidad que apoya la lactancia materna.

1. Esta institución promueve el amamantamiento considerando que es la norma biológica para la madre y el lactante humano (díada) y que la alimentación artificial y el destete precoz conllevan riesgos considerables para la salud materna e infantil^{1-5,7-14} (1).⁶
2. Esta institución reconoce a la IHAN como la intervención que mejor y de forma más eficaz mejora los cuidados maternos en las instituciones sanitarias con un efecto significativamente positivo en la incidencia y la duración de la lactancia materna²⁴⁻²⁷ (1) y la salud infantil²³ (1).⁶²
3. Este documento constituye la Política de la Maternidad de esta institución e incluye una Política de alimentación infantil que apoya la lactancia materna (o una Política dedicada a la lactancia materna). Esta política es obligatoria para todo el personal y las actividades que la incumplan deberán ser justificadas por escrito en la historia clínica de la madre y / o el lactante.²¹ Esta Política:
 - A. Abarca las responsabilidades institucionales con respecto a: el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y las resoluciones relacionadas de la Asamblea Mundial de la Salud (El Código)^{65,66} y la garantía de la competencia clínica del personal para promover, proteger y apoyar la lactancia materna y monitorizar su implementación.
 - B. Aborda las responsabilidades del personal (la implementación de prácticas clínicas clave) para asegurar el mejor cuidado materno infantil y para apoyar adecuadamente las mejores prácticas de alimentación infantil.
 - C. Aborda la necesidad de que todos los protocolos y estándares, relacionados con la lactancia materna y la alimentación infantil, que son utilizados en las instalaciones de esta Maternidad estén en línea con las recomendaciones de la OMS (es decir, los estándares de IHAN) y las guías y protocolos actuales, basados en la evidencia.^{21,63}
 - D. Promueve el contacto directo piel con piel (CPP) inmediatamente después del nacimiento y el apoyo activo al amamantamiento, como parte esencial de los cuidados de calidad en la atención al parto y al nacimiento.⁷³
 - E. Garantiza el cuidado respetuoso y no discriminatorio ofrecido con “humildad cultural”⁷⁴ a todos los progenitores y recién nacidos, incluidos los lactantes adoptados.^{21,63,73}
 - F. Garantiza que la atención y el apoyo para las madres y las familias es oportuno, apropiado y sensible a sus necesidades,^{21,62,63} respeta su privacidad y la elección informada,^{57,63} y asegura la coordinación entre niveles.⁶³
4. Para garantizar la implementación de esta política:
 - A. Se establecerá un Comité de Alimentación Infantil/Lactancia Materna cuyo objetivo principal es monitorizar y supervisar la implementación de esta Política⁷⁵(1). Este comité debe estar al nivel de otros Comités de Calidad hospitalaria y prácticas clínicas.²¹
 - B. La política debe ser multidisciplinaria y culturalmente apropiada y debe estar compuesta por representantes de los responsables de decisión en las áreas de salud materna y neonatal, de control de calidad y gestión, proveedores/médicos, enfermeras, matronas, especialistas en lactancia, otro personal apropiado y padres/madres. Se elegirá un coordinador de lactancia materna y un secretario que presidirán y responderán ante la junta directiva.²¹
 - C. Los miembros del comité se reunirán al menos cada 6 meses con el objetivo de monitorizar las actividades. Evaluarán la implementación de la política y determinarán con qué frecuencia evaluar el cumplimiento institucional de la política. Los miembros del comité definirán las acciones necesarias para seguir cumpliendo con la política.²¹
 - D. Se pondrá en marcha un mecanismo de recogida de datos destinado a vigilar de modo rutinario los indicadores de lactancia materna y de atención materno infantil para asegurar la monitorización y mejora continua de la calidad de la atención perinatal.²¹ La incorporación de indicadores de lactancia materna en el sistema de evaluación de mejora de calidad del Centro Sanitario es obligatoria.

- El inicio temprano del amamantamiento y la lactancia materna exclusiva son considerados indicadores centinela y deben ser monitorizados rutinariamente.^{21,63}
 - Otros indicadores pueden añadirse siempre que el Comité de Lactancia/Nutrición infantil, lo considere necesario.
- E. Todo el personal recibirá orientación adecuada sobre esta Política en las primeras semanas después de la contratación y periódicamente después.²¹
- F. Existirá para las familias, un resumen de fácil acceso, en lenguaje sencillo. Existen mecanismos bien definidos y por escrito, para cumplir la obligación de responder a los comentarios, elogios o quejas en relación al cumplimiento de esta Política y hay un sistema accesible a madres y familias para que hagan comentarios cuyo contenido se revisa periódicamente⁶³.
5. Esta institución facilita el amamantamiento de sus empleadas, permite descansos para lactancia materna y tiene áreas adecuadas disponibles donde el personal (incluidos los residentes)⁷⁶ (3) puede amamantar, extraer y almacenar su leche en condiciones apropiadas⁷⁷ (1)⁷⁸ (3).
6. Esta institución cumple *El Código* y las resoluciones relacionadas de la Asamblea Mundial de la Salud^{21,66} porque su incumplimiento socava de modo determinante la lactancia materna⁷⁹⁻⁸² (1)⁸³ (M)⁸⁴ (3).
- A. Esta institución no promueve los sucedáneos de leche materna (ni producto alguno de los comprendidos en *El Código*). El contacto directo de los representantes, fabricantes o distribuidores de estos productos (*La Industria*) con el público no está permitido dentro de estas instalaciones⁷⁹ (1)⁸³ (M).^{21,63,66}
- B. Están prohibidos los regalos de cualquier tipo (incluida literatura no científica, materiales, equipo o dinero para el personal, y materiales, muestras, cupones o paquetes de regalo para madres / familias), cualquier exhibición (incluidos carteles o pancartas) o material educativo con logotipos de marcas, y cualquier evento educativo o de otro tipo respaldado o pagado por *La Industria* y dirigida al personal, mujeres embarazadas, madres o familias^{63,84} (3).⁶⁶
- C. Todo producto comprendido en *El Código* que pudiera necesitar la institución (fórmula, tetinas, biberones o chupetes y otros) será comprado precio justo de mercado⁸⁰ (1).⁶⁶
- D. Los trabajadores sanitarios recibirán capacitación sobre *El Código* para evitar conflictos de interés y para evitar dar consejos que impliquen conflicto a las madres^{81,85} (1)⁸³ (M).
- E. No se permitirán mensajes promocionales de alimentos o productos de *La Industria* en materiales educativos dirigidos a madres o familias.²¹
- F. Esta institución garantiza que se enseña a progenitores y familiares la preparación segura de la fórmula infantil y su administración a lactantes y la manipulación segura de biberones y tetinas, sólo cuando es necesario (indicación clínica para la suplementación y/o lactancia materna contraindicada (Tabla 2) o no posible) o después de una decisión informada de los padres (tras una explicación completa de los riesgos de los sucedáneos de leche materna).^{21,63} Esta institución no ofrece instrucción en grupo sobre el uso de las fórmulas y, los riesgos de no amamantar se explican en detalle a las madres que deciden no amamantar²¹.

TABLA 2. CONTRAINDICACIONES POTENCIALES PARA LA LACTANCIA MATERNA

Condiciones maternas	
Virus del Ebola	Sospecha (hasta que se descarta) o confirmación de virus del Ebola en la madre.
Virus del Herpes	Las madres con lesiones herpéticas activas en el pecho(s) no deberían amamantar del pecho afectado, pero pueden amamantar del pecho no afectado. La leche puede ser extraída del pecho afectado ya que no hay riesgo de transmisión a través de la leche. Pero, la leche puede contaminarse a través del extractor y, por tanto, si alguna parte del extractor entrara en contacto con lesiones herpéticas, la leche debe desecharse. En este caso, debe alentarse la extracción descartando la leche extraída, para mantener el suministro/producción de leche hasta que se reanude el amamantamiento.
VIH	La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana materna es una contraindicación en lugares donde la alimentación artificial es aceptable, viable, asequible, sostenible y segura. Consulte con las autoridades locales ya que las recomendaciones de cada país pueden variar (por ejemplo, el gobierno de los EE. UU. declaró que la lactancia materna no se recomienda para las mujeres que viven con el VIH en los EE. UU., en 2018, pero ofrece orientación y asesoramiento para quienes desean amamantar).
HLTV I y II	Madres con virus linfotrópicos de células T humanas tipo I o tipo II.
Varicela	Si la varicela aparece dentro de los 5 días antes o hasta 48 horas después del parto, se recomienda la separación de la madre y el lactante y la alimentación con leche materna extraída hasta que la madre deje de ser contagiosa, administrando inmunoglobulina anti Varicela-Zoster al lactante tan pronto como sea posible. Evitar el contacto con lesiones cutáneas (en los lactantes mayores, no se recomienda la separación de la madre y el lactante, ya que la madre era contagiosa antes de la aparición de lesiones en la piel y, por lo tanto, el lactante ya ha sido expuesto). Se recomienda la consulta de expertos.
Brucelosis	Brucelosis materna no tratada.
Tuberculosis	Las madres con tuberculosis pulmonar activa no tratada (hasta que dejan de ser contagiosas: 15 días de tratamiento) no deberían amamantar, pero el lactante puede recibir la leche extraída de la madre. Sin embargo, salvo que el diagnóstico haya sido realizado en los 15 días previos al parto, el lactante habrá estado expuesto en el momento del diagnóstico y deberá recibir profilaxis con Isoniazida. Por lo tanto, puede que no haya razón para separarlos si el lactante ya está siendo tratado. Se aconseja la consulta de expertos.
Medicamentos	Durante el tratamiento con algunos medicamentos como la quimioterapia puede recomendarse el cese temporal o permanente de la lactancia materna. Consulte en <i>LactMed</i> , <i>InfantRisk.com</i> , <i>e-lactancia</i> , <i>Lactation Study</i> u otros recursos locales disponibles y precisos.
Drogas ilícitas	El uso actual de drogas ilícitas (p.e.: cocaína, heroína, fenciclidina) según determine en cada caso individual el profesional médico que atiende al lactante..
Condiciones del RN	
<i>Errores innatos del metabolismo</i>	Galactosemia (excepto la variante de Duarte, en la que es posible la lactancia parcial). Deficiencia congénita de lactasa. Algunos errores innatos del metabolismo pueden requerir suplementos (fenilcetonuria, enfermedad del jarabe de arce).

Fuentes: (Protocolos de la ABM),^{59,60} (recomendaciones oficiales),^{172,180} (páginas web),¹⁶⁹⁻¹⁷¹ y Nguyen (5).¹⁸¹⁻¹⁸⁴ Los números en paréntesis se refieren a niveles de evidencia.

Formación del personal.

7. Esta institución garantiza que todo el personal que cuida madres y lactantes tiene los conocimientos y habilidades necesarios para el cuidado materno infantil y el manejo de la lactancia materna adecuados^{86,87} (1) ¹⁷ (2) (Tabla 3).²¹ Hay designado un miembro del personal para coordinar la formación del personal y mantener los registros ⁷⁵ (1).
- A. Los conocimientos y habilidades del personal sanitario sobre manejo de la lactancia materna^{88,89}(1), cuidados materno infantiles, comunicación interpersonal y asesoría ⁹⁰(2)⁶³, serán evaluados a la contratación y periódicamente.
 - B. Los estándares de la IHAN en educación y habilidades de manejo sobre Lactancia Materna serán el mínimo requerido para todo el personal.²¹ Cuando la formación previa no alcance lo requerido, se exigirá capacitación adicional sobre amamantamiento y manejo de la lactancia materna y las competencias se verificarán dentro de los 6 meses posteriores a la contratación, aunque idealmente dentro de los 2 meses posteriores a la contratación.
 - C. Según sea necesario, se ofrecerá formación y actualizaciones periódicas a los trabajadores^{75,87,91,92} (1) ⁶² de contenido y duración que garanticen el cumplimiento de la guía IHAN^{87,93} (1) y de esta política.²¹
 - D. Se realizará una supervisión de apoyo⁹⁴ (2) para asegurar que la asistencia se ofrece de acuerdo con esta Política⁶³ y que se proporciona información correcta, actual y coherente a todos los padres y madres.⁶³

Periodo Prenatal

8. Las mujeres podrán tener la experiencia de parto que mejor favorezca la lactancia materna. Una historia detallada de lactancia, incluyendo sus deseos respecto a la lactancia materna formarán parte del historial prenatal en el registro clínico⁹⁵(1).⁵⁸
9. Este Centro garantiza que a todas las madres embarazadas que asistan a atención prenatal en

esta institución, reciben apoyo y educación prenatal para la lactancia materna^{75,87,96}(1) ⁴¹(2) adaptados a sus inquietudes y necesidades. Se trabajará con los centros sanitarios relacionados que brinden atención prenatal para garantizar que todas las madres reciban la información que necesitan.

- A. Las sesiones comenzarán precozmente, en la primera o segunda visita prenatal, para evitar falta de información en las mujeres que puedan tener un parto prematuro.²¹
- B. Se darán sesiones individuales y/o en grupos pequeños⁹⁷ (1) y se alentará la participación de las parejas y la familia ^{98,99} (1).⁵⁸
- C. Las matronas¹⁰⁰(1) ¹⁰¹(1) y otros profesionales sanitarios con especialización en lactancia¹⁰²(1) serán de modo preferente los que oferten esta educación prenatal. ¹⁰.

10. La educación proporcionada en cada visita quedará registrada en la historia clínica de la mujer y se proporcionará a todas las mujeres un programa escrito con la información a ofrecer (Tabla 4) .²¹ El programa formativo que se enseña a las embarazadas incluye información básica relevante sobre lactancia materna y será compartida con otras organizaciones cercanas que ofrecen educación prenatal a las familias de la comunidad.
11. Se prestará especial atención a los enfoques conductuales y psicoeducativos⁵⁸ para aumentar la autoconfianza¹⁰³ (3) y a las técnicas de empoderamiento, incluida la equidad de género.
12. La educación se adaptará a los condicionantes personales de las madres (origen, etnia, cultura, nivel socioeconómico) ⁵⁸ y a las necesidades especiales de las mujeres con riesgo de lactancias cortas: adolescentes¹⁰⁴(1), obesas¹⁰⁵(1), marginadas¹⁰²(1),¹⁰⁶(M) o de grupos desfavorecidos^{87,96}(1), ¹⁰⁷ (2), ¹⁰⁸(M). Se ofrecerá formación para la salud “online” (uso de dispositivos móviles e inalámbricos para servicios de salud) a familias con acceso difícil al centro sanitario si se considerara necesario.¹⁰⁹ (1).

TABLA 3. LISTA DE HABILIDADES QUE DEBEN SER EVALUADAS ENTRE EL PERSONAL QUE TRABAJA CON LA MADRE Y LOS LACTANTES EN LAS MATERNIDADES.

-
1. Cómo usar las habilidades de escucha y aprendizaje, para generar confianza y brindar apoyo para asesorar a una madre.
 2. Cómo asesorar a una mujer embarazada sobre la lactancia materna.
 3. Cómo explicarle a una madre el patrón óptimo de la lactancia materna.
 4. Cómo asesorar a una madre sobre los beneficios de la lactancia materna para su propia salud.
 5. Cómo ayudar a una madre a iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora tras el nacimiento.
 6. Cómo evaluar adecuadamente una toma de pecho.
 7. Cómo ayudar de eficazmente a la madre a posicionarse y colocar a su lactante para amamantar y conseguir un enganche adecuado del lactante.
 8. Cómo ayudar a una madre a extraer su leche y ofrecérsela con una taza a su lactante.
 9. Cómo ayudar a las madres con los problemas más frecuentes de la lactancia materna:
 - a. madre que cree que no tiene suficiente leche.
 - b. madre con un lactante que llora frecuentemente.
 - c. madre cuyo lactante se niega a mamar.
 - d. madre que tiene los pezones planos o invertidos.
 - e. madre con ingurgitación mamaria.
 - f. madre con dolor en los pezones o grietas.
 - g. madre con mastitis.
 - h. madre amamantando a un lactante BPN o enfermo y usa una sonda de alimentación suplementaria pegado al pecho u otros dispositivos, si están indicados.
 10. Cómo implementar el Código en la instalación sanitaria.
-

Fuente: Organización Mundial de la Salud-UNICEF²¹

Atención al parto y nacimiento.

13. Se promoverá la atención al parto y nacimiento fisiológicos⁴⁹ (H) y se evitarán prácticas nocivas e intervenciones innecesarias ya obsoletas.^{63,73}
14. En esta institución, todas las prácticas e intervenciones durante el parto, el nacimiento y el periodo postnatal temprano se ajustan a una guía escrita y actualizada que minimiza el riesgo de cesárea y parto vaginal instrumental.⁷³ Ambas se han asociado con resultados adversos para la salud materno-infantil^{44,96,110} (1) ⁴² (2) y la lactancia materna^{111,112} (1) ⁴³ (2).
15. Se ofrecerá apoyo y atención sensible centrada en la paciente ^{47,63,73}. Se explicarán los beneficios, riesgos y posibles complicaciones de intervenciones como las medidas para el control del dolor, la vía de administración y el tipo de anestésico, el parto por cesárea programada y la inducción del parto serán ⁷³. Se respetarán las decisiones informadas de las parturientas^{40,43,44} (1) ⁴⁹ (H).
16. Se alentará a las madres a elegir el acompañante (s) de su elección durante el proceso del parto.^{48,63,73}
17. A las mujeres con embarazos de bajo riesgo en las que se espera un parto normal se les ofrecerá la opción de un modelo de asistencia de continuidad de cuidados a cargo de matronas, con un modelo de atención una-a-una siempre que sea posible^{38,114,115}(1) ⁴⁹(H). (Esta recomendación sólo se aplica a los entornos con programas de asistencia por matronas que funcionen correctamente).⁶³
18. Se permitirá un/a acompañante de parto entrenada o doula, siguiendo los deseos de la madre y las políticas del país / institución³⁸ (1).⁴⁸
19. Se favorecerán las alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor en los partos eutócicos. La medicación, el momento y la vía de administración de la analgesia con narcóticos serán elegidos tras discutirlos cuidadosamente con la madre¹¹³ (1)⁶¹ para minimizar los riesgos para la salud de la díada (madre-lactante) y el amamantamiento⁴⁰ (1).

Cuidados postnatales.

14. Inmediatamente después del nacimiento por partos vaginal y por cesárea, el CPP será ofrecido y alentado en todas las madres y recién nacidos sin complicaciones^{115,116} (1), independientemente

del tipo de alimentación elegido e incluyendo a los prematuros tardíos (PTT) (34–36 6/7 semanas de gestación) ⁵⁶ y los de bajo peso (BPN) (entre 1.200 y 2.500g), ¹¹⁷ siempre que la estabilidad de madre / recién nacido lo permita.^{117,118}

- A. Inmediatamente después del nacimiento, todos los recién nacidos sanos y alerta serán colocados desnudos, en prono, sobre el pecho desnudo de su madre ¹¹⁹(2). Entonces se les secará cuidadosamente (excepto las manos), se les pondrá un pañal (si la madre lo desea) y se les cubrirá con una manta caliente para guardar el calor materno¹²⁰ (5). Se dejará a la diada y la pareja que establezcan el vínculo, manteniendo una observación cuidadosa. Se permitirá a los lactantes experimentar las nueve fases del comportamiento del recién nacido, como oler, lamer, descansar y gatear hacia el pezón antes de engancharse espontáneamente, que se producen naturalmente cuando se coloca a un lactante en CPP tras el nacimiento¹²¹(2), ¹²¹(2) ¹²²(4) ¹²³ (5) ^{28,117}.
- B. El CPP no se interrumpirá durante al menos 2 horas^{115,116,124,125} (1)¹²⁶(2)¹²⁷ (5) (Tabla 4) o hasta la primera toma al pecho, a menos que sea necesario por razones médicas justificadas. Si ha sido necesario retrasar o interrumpir el CPP inicial, el personal se asegurará de que la madre y el lactante vuelven a estar en CPP tan pronto como sea clínicamente posible¹²⁷ (5) ^{21,28,48,62,128} El tiempo de inicio y final del CPP se documentarán en la historia clínica.
- C. La temperatura de la habitación donde tenga lugar el nacimiento se fijará en 25°C (77º F) o por encima y estará libre de corrientes de aire.⁶³ El personal evitará las luces brillantes y los ruidos fuertes para ayudar a los recién nacidos a desplegar sus reflejos innatos.^{28,63}
- D. Se tomarán las medidas necesarias para facilitar el CPP inmediato (o tan pronto como sea posible) después de una cesárea, idealmente en el quirófano o en el área de reanimación^{115,112} (1) ¹²⁶ (2). Se favorecerá el uso de paños quirúrgicos transparentes atendiendo a los deseos de la madre para proporcionarle una experiencia positiva.
- E. La supervisión continua (interviniendo solo si es necesario) y la colocación segura del lactante para minimizar el riesgo de colapso

TABLA 4. TEMAS A INCLUIR EN LA EDUCACIÓN PRENATAL: PROGRAMA MODELO

<i>Fecha de la visita Semanas de gestación</i>	<i>Temas</i>	<i>Firma del docente</i>
SG: __ Visita nº: __	1. Derecho a recibir una atención maternal respetuosa, referida a la atención al parto y puerperio y brindada a todas las mujeres respetando su dignidad, privacidad y confidencialidad, garantizando la ausencia de daños y malos tratos y permitiendo una elección informada y apoyo continuo durante el parto.	
SG: __ Visita nº: __	2. Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto y la influencia de los métodos de parto en el éxito de la lactancia.	
SG: __ Visita nº: __	3. Recomendaciones globales e importancia del amamantamiento, importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, riesgos de los sucedáneos de leche materna e importancia de mantener la lactancia materna después de los 6 meses, junto a alimentación complementaria apropiada, hasta los 2 años o más.	
SG: __ Visita nº: __	4. Importancia del contacto piel con piel inmediato y mantenido después del nacimiento.	
SG: __ Visita nº: __	5. Importancia del inicio temprano del amamantamiento y el alojamiento conjunto las 24 horas	
SG: __ Visita nº: __	6. Bases de la demanda y la producción de leche para garantizar la nutrición adecuada del lactante.	
SG: __ Visita nº: __	7. Bases de una buena posición y agarre y reconocimiento de las señales de hambre.	
SG: __ Visita nº: __	8. Manejo de las dificultades iniciales más frecuentes como el dolor, tomas frecuentes, recién nacidos adormilados, problemas del agarre, ingurgitación y práctica de sueño seguro.	

Dependiendo de los requisitos de cada institución y de la IHAN en cada país, algunos temas e información prenatal pueden necesitar ser impartidos en un momentos determinados (por ejemplo, Baby-Friendly USA requiere que los temas se impartan antes de las 28 semanas).

Fuentes: (los números entre paréntesis se refieren a la LOE asignada según OCEBM⁶⁷: (1), ^{40,44,186-187} (2), ^{43,107,188 189-190} (5), ¹⁸⁹⁻¹⁹⁰ (las guías o los protocolos no están graduados) .^{21, 28,62,63,73}

Visita nº: Número de visita; SG: semana de gestación alrededor de la que debe realizarse la visita

- postnatal inesperado y repentino con instrucciones para el personal y acompañantes de la madre sobre la observación de la madre y el lactante, están incluidos en el protocolo de CPP. Un protocolo basado en la evidencia, con recomendaciones sobre sueño seguro y CPP en el período neonatal, ¹²⁷ (5) guiará las prácticas clínicas del personal.
- G. El Apgar se realizará con el lactante en contacto piel con piel¹²⁷ (5). La succión oral, nasal o traqueal no se realizará en los lactantes que comienzan a respirar por sí mismos, ni siquiera si hay meconio en el líquido amniótico.
- H. La ligadura del cordón umbilical se retrasará tanto en prematuros como recién nacidos a

- término¹²⁹ (1)^{117,130} excepto cuando la madre o el lactante estén inestables¹³¹ (1)¹¹⁷ o si se desea la extracción y conservación de sangre de cordón umbilical.¹³²
- I. Las antropometría del recién nacido,¹³³ (3) la administración intramuscular de vitamina K,^{134,135} la profilaxis oftálmica,¹³⁶ y la administración de la vacuna contra la hepatitis B¹³⁷ se retrasará hasta al menos después de las primeras horas de contacto ininterrumpido madre-hijo o la primera toma.^{48,63}
- J. El baño se retrasará al menos 24 horas⁷³.
- K. El CPP inmediato con el padre o la pareja será ofrecido sólo si la madre no puede realizarlo¹²⁶ (2).⁵⁰

L. Se ofrecerá a todos los padres (con prioridad de la madre) a tener a sus recién nacidos en CPP durante su estancia en la unidad puerperal¹²⁷ (5).

A. Todas las madres y todos los recién nacidos con capacidad para amamantar (incluidos los prematuros y los BPN) recibirán ayuda para hacerlo tan pronto como sea posible en la primera hora tras el nacimiento^{125,138,139} (1).^{56,62,118}

A. Se ofrecerá ayuda para facilitar el primer enganche del lactante, si el lactante no se engancha espontáneamente en la primera hora o si la madre lo requiere¹¹⁵ (1).^{48,118}

B. Se ofrecerá ayuda especial a los lactantes prematuros y a los lactantes a término temprano (ATT) para asegurar el enganche y la transferencia adecuada de leche¹⁴⁰ (1).⁵⁶ La observación estrecha que precisan los lactantes prematuros y BPN las primeras 12-24 horas, será ofrecida durante el CPP, los cuidados canguro,¹⁴¹(1) las tomas, y el alojamiento conjunto.^{56,117} Se alentará a las madres a que amamenten a sus hijos tan pronto como lo permita el estado del lactante.²¹

1. 16. A cada madre se le ofrecerá tanta ayuda como precise con el amamantamiento. El personal se asegurará de que la madre es capaz de colocar y enganchar a su lactante en el pecho adecuadamente. Para las madres de riesgo (partos complicados y cesáreas, obesidad, adolescentes, fumadoras, sin apoyo de la pareja, malos tratos) habrá ayuda adicional prevista^{21,48}

A. Personal entrenado observará cuidadosamente las primeras tomas, buscando signos de eficacia, enganche, posición y alimentación efectiva. Si todo va bien, no intervendrán. Si hay mejoras necesarias, primero se mostrará a la madre con delicadeza cómo mejorar el enganche y el posicionamiento evitando actuar en su lugar.²⁸

B. Personal entrenado observará y documentará por lo menos una toma por turno hasta el alta, y en cada contacto del personal con la madre si fuera posible. Se registrará en la

historia clínica⁴⁸ el posicionamiento, enganche y transferencia de leche, la frecuencia y características de la emisión de orina y heces del lactante, la existencia o no de ictericia, el peso, y cualquier problema de alimentación.

C. Se fomentará la posición semi-incorporada de la madre (nutrición biológica) en los primeros días del puerperio¹²²(4), pero se apoyará a cada madre para que encuentre la posición que le resulte más cómoda.

D. Se ayudará a las madres y sus parejas a reconocer las señales de hambre, los signos de buen posicionamiento, a identificar los signos de succión y deglución eficaz y a optimizar la producción de leche.^{21,48}

E. El personal abordará cualquier problema de lactancia (dolor en el pezón, dificultades para agarrar el pezón, falta de leche) y las madres serán remitidas a un especialista en lactancia cuando sea necesario. El manejo de la mayoría de las dificultades comunes de la lactancia materna será discutido con todas las madres lactantes antes del alta (Tablas 3 y 5).²¹

17. Durante su estancia, se enseñará a todas las madres las técnicas de masaje y extracción manual de la leche¹⁴² (1)¹⁴³ (2) y, si lo desean, se les enseñará a usar un extractor. Se explicará a madres y familiares que es frecuente obtener sólo unos pocos mililitros durante las primeras sesiones de extracción de la leche, y que eso no significa una baja producción de leche.

A. Se enseñará el masaje mamario y la extracción manual de modo temprano cuando:

- El recién nacido no es capaz de obtener el calostro aunque se enganchen
- El recién nacido prematuro, a término temprano⁹ o cualquier otro, no presenta un enganche eficaz en las primeras 24 horas¹⁴³ (2).
- El recién nacido tiene riesgo de hipoglucemia (madres diabéticas, lactante de bajo peso) para suplementar con calostro en las primeras tomas después de amamantar.

⁹ Nota de las traductoras: Los recién nacidos entre 37 semanas 0/7 días y 38 semanas 6/7 días se denominan “a

término temprano” (ATT) . Los recién nacidos entre 35 semanas 0/7 días y 37 semanas 6/7 días se llaman pretérmino tardío (PTT)

- El recién nacido no puede amamantar directamente (p.ej.: prematuros o enfermos).
 - La separación madre-hijo es inevitable.
 - La madre tenga riesgo de retraso en la lactogénesis II (Tabla 6).
- B. Siempre que la separación dure más de unos pocos días se aconsejará a las madres el uso de un extractor eléctrico doble, al menos ocho veces al día, combinando con extracción manual¹⁴⁴ (3) (ha demostrado utilidad en madres de prematuros) y, el masaje del pecho y la extracción manual también se enseñarán precozmente.
- C. A las madres identificadas prenatalmente o después del parto, con riesgo de retraso de la lactogénesis II (Tabla 6) se les asignará la ayuda especial más apropiada. Se ofrecerá un plan de alimentación y seguimiento estrecho del recién nacido (para una hidratación y nutrición adecuadas además de ayudar con la extracción de leche). En el momento del alta se asegurará la continuidad de cuidados con un plan de alimentación y de seguimiento estrecho.⁴⁸
- D. Se asignará el tiempo suficiente de personal que permita asegurar supervisión y ayuda adecuadas para todas las madres primerizas y los lactantes.^{21,48}
- E. Los procedimientos dolorosos como vacunas, administración de vitamina K o pinchazos en el talón se harán al pecho durante el amamantamiento ya que es el mejor método para calmar el dolor en el neonato¹⁴⁵ (2)¹⁰.
18. Cada madre de recién nacido prematuro o de BPN recibirá una atención personalizada, adecuada, tanto para atender las necesidades del lactante como para recibir cuidados centrados en la familia y continuidad de cuidados.^{50,51}
- A. Los lactantes prematuros pueden ser capaces de buscar, engancharse y succionar desde la semana 27; sin embargo, es probable que el amamantamiento sea ineficaz²¹. A los lactantes prematuros y ATT de les ofrecerá ayuda especial que asegure un enganche y una transferencia de leche adecuados.¹⁴⁰ (1).⁵⁶
- B. Se harán todos los esfuerzos posibles para que los recién nacidos BPN (incluyendo los lactantes con muy bajo peso al nacer (MBPN)) reciban leche materna o, si no hay disponible, leche de madre donante pasteurizada^{117,128}. Se ayudará a las madres de lactantes prematuros y BPN, a empezar a extraerse leche tan pronto como sea posible, preferiblemente dentro de la primera hora tras el nacimiento¹⁴⁶ (3),^{21,63} (si no ha sido posible el CPP)¹⁴⁷ (3) pero al menos en las primeras 6 horas¹⁴⁶ (3).⁵⁶
- C. Para asegurar una buena producción de leche, se ayudará y alentará a las madres a que se extraigan leche al menos cinco veces al día con el objetivo de ocho sesiones por día, y al menos una sesión nocturna cada 24 horas. Se habilitarán espacios para que puedan extraerse la leche cerca de sus recién nacidos dentro de la sala de neonatología, y se preservará la privacidad con biombos, si es solicitada. Se ofrecerá orientación sobre el masaje del pecho, la extracción manual y el uso de un extractor de leche eléctrico (doble a ser posible)¹⁴⁸ (2). Siempre que sea necesario, se animará a realizar la extracción de leche inmediatamente después del CPP¹⁴⁹ (2) y a hacer extracción manual junto a la extracción mecánica, al menos ocho veces⁵⁶ para aumentar la producción de leche¹⁴⁴ (3).
- D. En los lactantes <2.000 g. se establecerá cuidado madre canguro (CMC) tan pronto como sea posible después del nacimiento y lo más posible continuo posible,^{63,117} y se facilitará para todas las madres en cuanto el lactante esté estable^{141,150} (1)¹⁵¹ (5). Se garantiza el acceso ilimitado a la sala de neonatología para madres y parejas^{141,152} (1). Para ello, se proporcionará a las madres ropa y un espacio adecuado para sentarse en posición semi-incorporada y se las ayudará para que puedan mantener a sus lactantes desnudos y en prono entre sus pechos. El personal facilitará las tomas siempre que el lactante muestre señales precoces de hambre.
- E. Para la vuelta a casa, las madres que se separan de sus hijos recibirán instrucciones orales y escritas para el almacenamiento y etiquetado adecuados de la leche materna. Se alentará a las madres a que continúen extrayéndose leche y, siempre que sea posible, la institución facilitará extractores de leche materna

¹⁰ Tetanalgesia

TABLA 5. LISTA DE ASUNTOS ESENCIALES QUE TODA NUEVA MADRE LACTANTE (Y SU FAMILIA) DEBERÍAN SABER Y/O DEMONSTRAR (PARA SER VERIFICADA CON LAS MADRES ANTES DE ALTA)

1. La importancia de la lactancia materna exclusiva y del contacto visual y corporal del lactante con la madre/progenitor durante la alimentación.
2. Saber reconocer los signos y señales de hambre, agarre adecuado, deglución, transferencia de leche y satisfacción del lactante tras la toma.
3. La frecuencia media adecuada, de alimentación (8-12 veces en 24 horas) sabiendo que algunos lactantes necesitan alimentación más frecuente.
4. Cómo amamantar en una posición cómoda sin dolor.
5. Los lactantes deben ser alimentados en respuesta a las señales de alimentación, ambos pechos deben ser ofrecidos en cada toma y se les debe amamantar hasta que parezcan satisfechos.
6. Cómo asegurar y aumentar la producción de leche y la subida de la leche.
 - a. Por qué y cómo extraer manualmente calostro/leche materna.
 - b. Las madres que necesitan sacarse la leche deben saber cómo usar y cuidar correctamente el sacaleches.
7. Los efectos de los chupetes y las tetinas sobre la lactancia materna y por qué evitarlos hasta que la lactancia este adecuadamente establecido.
8. No todos los medicamentos ni las enfermedades de la madre contraindican la lactancia materna.
 - a. Recursos de información precisos: www.e-lactancia.org y www.mommymeds.com son recursos fáciles de usar para los padres.
 - b. Razones para que la madre lactante evite el tabaco, alcohol y otras drogas.
9. Instrucciones para dormir con seguridad (cómo hacer el colecho más seguro) sobre todo evitando los sofás y el tabaco.
10. Reconocer los signos de desnutrición o deshidratación en el lactante y signos de alarma para consultar con un profesional de la salud.
 - a. **Lactante:** que no se despierta por norma antes de las 4 horas o que está siempre despierto o que nunca parece satisfecho o que hace más de 12 tomas al día o que no muestra signos de deglución al menos cada 3-4 succiones, demasiados pañales poco mojados/pesados o sucios cada día, fiebre.
 - b. **Madre:** dolor persistente al engancharse, bultos en los pechos, dolor, fiebre, dudas sobre la producción de leche, aversión al lactante, tristeza profunda y cualquier duda de su capacidad para amamantar.

19. A las madres que amamantan, se las animará a amamantar en exclusiva (ofrecer sólo leche materna, no otro tipo de leche, líquidos o sólidos excepto vitaminas/medicamentos) a no ser que los suplementos (agua, soluciones de glucosa, fórmula, u otro líquido) están médicamente indicados (Protocolo nº3 de la ABM).⁵⁴. No se ofrecerán suplementos a recién nacidos salvo por indicación médica o requerimiento informado y documentado de la madre.^{21,62} Si los suplementos son necesarios:

- A. El orden preferido será: calostro/leche de la propia madre, leche humana donada pasteurizada,^{21,62} fórmula líquida y fórmula en polvo o concentrada reconstituida con agua limpia. En los primeros 1-2 días de vida, los lactantes a término no necesitan más de 2-15mL por toma.⁴⁸
- B. Se animará a las madres a que expriman el calostro o su leche directamente en la boca de

sus lactantes o a que les alimenten con métodos alternativos a las tetinas y biberones (son preferibles una taza, dedo, jeringa, paladai o cuchara).⁵⁴ Suplementar mediante sonda adosada al pecho materno puede ayudar a estimular el pecho mientras se alimenta el lactante¹⁵³ (1).

- C. No se darán suplementos sin orden médica ²¹, incluyendo las peticiones maternas. Las órdenes médicas por indicación clínica requerirán una revisión y renovación diaria. Las indicaciones clínicas para la suplementación, el tipo de suplemento, momento, cantidad, método de administración y las instrucciones ofrecidas a las madres con respecto a la administración de suplementos, se documentarán en la historia clínica de la madre/lactante.^{21,54}
- D. Se escucharán las razones y se explorarán los motivos de aquellas las madres que pidan suplementos que no están clínicamente indicados. Se ofrecerá evaluar cuidadosamente

- la lactancia y se tratarán con la madre y familia los riesgos de suplementar con leche artificial.⁵⁴
- E. Al alta, se enseñará individualmente la forma segura de preparar, administrar, manipular y almacenar los sustitutos de la leche materna, a las madres y familias que no amamantan o necesitan suplementos²¹ y se entregarán instrucciones por escrito si fuera necesario.
20. En este centro, reconocemos la necesidad y facilitamos que todas las madres y los lactantes sanos a término permanezcan juntos las 24 horas del día (alojamiento conjunto) por su mutuo bienestar, independientemente de la opción de alimentación elegida por los padres o el tipo de parto¹⁵⁴ (1).^{63,117} A menos que la ley lo exija, este centro sanitario, no cuenta con un espacio "nido" específico para los recién nacidos a término sanos (aunque la eliminación de los nidos no es un requisito de IHAN). Si esta institución mantuviera un "nido", los niños no serían visibles para los transeúntes, desviando así su interés y no normalizando la separación ni pareciendo que este centro apoya o alienta su uso.
- A. El "alojamiento conjunto" se facilita a todos los recién nacidos¹⁵⁵ (2),²¹ incluidos los ATT¹⁴⁰ (1)⁵⁶ o BPN >1.750 g que cumplen criterios médicos y de seguridad específicos¹⁵⁶(2). Se facilitarán camas de maternidad con cunas sidecar para su uso hospitalario^{157,158} (2).
- B. La separación de madres y lactantes se producirá únicamente por razones clínicas justificadas. Se requiere documentar los motivos de la interrupción del alojamiento conjunto, la ubicación del lactante durante la separación y la definición de los parámetros temporales de la interrupción¹⁵⁴ (1)⁵⁶. El alojamiento conjunto se reiniciará tan pronto como el motivo cese. Siempre que una madre deba ser separada de su lactante, el personal ayudará a la madre para que empiece a extraerse leche tan pronto como sea posible y como mínimo dentro de las primeras 6 horas tras la separación.²¹ Cada vez que los padres solicitan que sus hijos sean alojados separados, se explorarán las razones para dicha decisión y se les explicará la importancia de este tipo de cuidado para la salud y el bienestar del lactante¹⁵⁴ (1). Esta información quedará registrada. Si el lactante es separado de la madre ya sea por razones médicas o por elección parental, la enfermera asignada al cuidado del lactante será responsable de llevarlo a la madre tan pronto como muestre señales de hambre, para apoyar la lactancia materna exclusiva.
- C. Todos los procedimientos de rutina, exámenes, cribados del recién nacido, cribados cardiacos, inmunizaciones, cribado de hipoacusia y extracciones rutinarias de laboratorio se efectuarán al lado de la cama materna.^{48,63} La monitorización rutinaria de glucemia no está indicada en los lactantes sanos.^{52,73} El baño del recién nacido no es necesario, pero si así lo desean, serán los padres quienes lo realicen con ayuda del personal.^{48,73}
- D. Se permitirá permanecer junto a su madre a aquellos lactantes que necesiten antibióticos intravenosos o fototerapia, pero que, por lo demás, estén sanos y estables¹²⁵ (1).⁵⁶
- E. De forma regular, se ofrecerá a los padres prácticas de alojamiento conjunto seguro para prevenir incidentes como caídas o sofocación en el lactante, incluyendo información sobre las horas de mayor riesgo (primeras horas de la mañana) y factores de riesgo (padres exhaustos), y en particular se aconsejará amamantar al lactante en la cama del adulto por la noche o si están cansados, en lugar de hacerlo en un sofá o sillón reclinable.¹⁵⁹ Se ofrecerá mayor vigilancia a las díadas madre-hijo identificadas como de mayor riesgo¹²⁷ (5).⁵⁶
21. El personal del hospital se asegurará de que todas las madres, independientemente del tipo de parto o del tipo de alimentación elegido, saben cómo responder a las señales de que sus lactantes necesitan comer, contacto o consuelo. No se recomienda la alimentación "con horario" de recién nacidos sanos.^{21,30,73}
- A. No se impondrán restricciones a la frecuencia o duración de las tomas (el llanto es una señal de hambre tardía).²¹
- B. A las madres se les enseñará que:
- Los lactantes necesitan ser amamantados por lo menos ocho veces por día y muchos necesitan tomas más frecuente.
 - Es importante ofrecer ambos pechos en cada una de las tomas, pero si el lactante se sacia sólo con un pecho, el otro pecho se ofrecerá en la siguiente toma.
 - Las tomas agrupadas (varias tomas muy juntas) son comunes en las primeras 24-

36 horas y pueden estimular la producción de leche. No son un signo de insuficiencia de leche ni tampoco indican la necesidad de suplementación.³⁰ Este comportamiento, más adelante, puede indicar que la transferencia de leche es insuficiente¹⁶⁰ (5).

C. Durante el alojamiento conjunto se indicará, a los padres de recién nacidos BPN, prematuros o recién nacidos ATT y recién nacidos con pérdida excesiva de peso que alimenten al lactante a las primeras señales de hambre, despertándolos si fuera necesario, para que reciba al menos 8 tomas en 24 horas.⁵⁶ Siempre que ocurra una separación, el personal responsable llevará los lactantes a su madre para que los alimenten, cada vez que perciban señales de hambre.²¹

22. Los chupetes, pezoneras o tetinas no serán usados rutinariamente ni ofrecidos de rutina a los recién nacidos a término sanos amamantados.^{161,162}

(1)^{155,163} (2)^{164,165} (3).⁵⁴

(2) Cuando una madre solicite que se le ofrezca biberón a su lactante o pida pezoneras, el personal explorará las razones de su solicitud, abordará sus preocupaciones y la informará sobre los riesgos de su uso con especial énfasis en los efectos sobre la succión. El amamantamiento será evaluado para descartar dificultades¹⁶⁵ (3).²¹

(3) El personal sanitario no dará chupetes de manera rutinaria a los lactantes amamantados. Si una madre solicita un chupete, el personal explorará las razones de la solicitud, abordará sus preocupaciones y la informará sobre los potenciales problemas del uso del chupete y esta educación quedará registrada. Se respetarán las decisiones maternas informadas respecto a tetinas o chupetes y se registrará en la historia clínica.⁵⁴

(4) En los lactantes prematuros o enfermos ingresados en unidades neonatales especiales o de cuidados intensivos los chupetes pueden estar indicados para la succión no nutritiva.^{21,50,163}

(5) Sólo se usarán pezoneras (o tetinas de biberón) por recomendación de una especialista en lactancia y después de que otros intentos de corregir la dificultad hayan fallado ⁶⁶ (1)¹⁶⁷ (2).⁵⁰

(6) El amamantamiento será el método de elección para calmar a cualquier lactante amamantado que sometido a un procedimiento

doloroso¹⁴⁵ (2). Sólo cuando la lactancia materna no sea posible se usará el chupete para aliviar el dolor durante un procedimiento, y será desechado tras el procedimiento.

23. Este centro usará fuentes basadas en evidencias científicas para el uso seguro de medicamentos en madres lactantes tales como *LactMed*,¹⁶⁸ *InfantRisk*,¹⁶⁹ el *Lactation Study Center*,¹⁷⁰ o la web de APILAM: www.e-lactancia.org.¹⁷¹ No se ofrecerá de forma rutinaria métodos farmacológicos para inhibir la lactancia.^{172,173} Se aconsejarán medidas no farmacológicas, como el frío junto con analgésicos suaves para calmar las molestias, la extracción de leche para aliviar la tensión mamaria y el uso de sujetadores adecuados para evitar la ingurgitación mamaria¹⁷⁴ (1).¹⁷² En algunos casos individuales, donde la inhibición de la lactancia puede ser necesaria por razones médicas o psicológicas y después de que la púerpera haya tomado una decisión informada¹⁷³ (5) la Lisurida y la Cabergolina pueden ser utilizadas ¹⁷⁵ (1)

Continuidad de cuidados/vuelta a casa.

24. Este centro sanitario ofrece una atención coordinada con intercambio claro y preciso de la información necesaria entre los profesionales de cuidados sociales y sanitarios relevantes,⁶³ para todas las madres, lactantes y familias.

A. Antes del alta, el equipo de atención sanitaria se asegurará de que hay amamantamiento efectivo, que las madres lactantes son capaces de amamantar de manera eficiente a su lactante y que la continuidad de cuidados está garantizada, ya sea mediante visitas de seguimiento (incluyendo visitas domiciliarias) o concertando visitas con personal cualificado en Atención Primaria y/o por especialistas en lactancia y/o grupos de apoyo o asesoría inter pares ^{21,28,62,1,176} (1).

B. Si el lactante todavía no tiene un agarre adecuado o no se está alimentando bien en el momento del alta, se elaborará un plan de alimentación individualizada, acorde a las necesidades de la diada y, dependiendo de la situación clínica y los recursos disponibles, el alta puede retrasarse si fuera necesario.^{53,54} Un lactante sano no será dado de alta sin su madre si ella necesita quedarse ingresada por cualquier razón clínica, a menos que el

- alojamiento conjunto sea imposible (p.ej.: madre ingresada en Cuidados Intensivos).
- C. Se explicará y facilitará material educativo escrito sobre la lactancia materna a las madres y sus parejas¹⁷⁷ (2), según sea apropiado, pero no sustituirá el apoyo personal individualizado proactivo y centrado en las personas¹⁷⁸(1)⁴⁶ (H). Se realizarán esfuerzos para incluir a la familia en las actividades educativas. Antes de dejar el hospital, el personal se asegurará de que las madres tienen ciertos conocimientos y habilidades (Tabla 4).
25. Esta institución colabora con programas en la comunidad para coordinar la información sobre la lactancia materna y ofrecer continuidad de cuidados.
- A. Antes del alta, se proporcionará información de contacto de grupos de apoyo local y otros recursos comunitarios existentes de apoyo a la lactancia materna, a todas las parejas madre-lactante.
- B. Para cada pareja madre-lactante se concertarán visitas, entre el día 2 y 4 tras el alta y otra en la semana siguiente, con un profesional sanitario para que evaluar el bienestar general de madre y lactante, la situación de la alimentación, la ictericia en el lactante...²¹.
- C. Siempre que sea necesario, se proporcionará una visita para el seguimiento específico de la alimentación. Las visitas domiciliarias deberían planificarse u organizarse, ya que han

demostrado su importancia para aumentar la duración de la lactancia materna¹(1).

Aplicación

Todos los nacimientos

Otros protocolos ABM relacionados

Protocolos: nº1, nº2, nº3, nº5, nº8, nº10, nº14, nº19, nº21, nº26, nº28.

Necesidades de investigación

Mientras se buscaba la evidencia para realizar este protocolo, han surgido temas para los que no hay pruebas suficientes o son inexistentes, como estrategias eficaces para aumentar la aplicación de las recomendaciones de IHAN en el entorno hospitalario o la mejor forma de monitorizar la adherencia del personal sanitario a la política de lactancia de un hospital. Se necesitan estudios controlados sobre extracción manual temprana y prenatal en las madres de lactantes a término con riesgo de retraso en la lactogénesis II; y su efecto sobre el momento de la lactogénesis II, el volumen de leche y la duración de la lactancia materna necesitan ser determinados mejor. La alimentación a demanda, las mejores posiciones para el amamantamiento, el CPP con el padre no biológico y otros parientes (si la madre no está disponible), el mejor tratamiento para inhibir la lactancia cuando es necesario y, las experiencias de los padres transgénero con la alimentación al pecho y la forma de apoyarles son otros temas en los que falta investigación adecuada o es inexistente.

TABLA 6. FACTORES DE RIESGO PARA LACTOGÉNESIS II RETARDADA O FALLIDA O BAJA PRODUCCIÓN DE LECHE

<i>Factores maternos</i>	<i>Factores del lactante</i>
Edad mayor de 30 años, Primiparidad	Nacimiento a término temprano (37-39 semanas).
Problemas del pecho: Tejido glandular insuficiente, pezones planos o invertidos, antecedentes de cirugía mamaria	Apgar < 8.
Complicaciones en el parto: Parto por cesárea (especialmente si no es programada), parto complicado, metrorragia intensa, parto prolongado, parto prematuro (<37 semanas), retención de placenta.	Peso nacimiento elevado >3600 g.
Depresión posparto.	Bajo peso al nacer <2500g.
Problemas metabólicos: Diabetes (gestacional, tipo 1 ó 2), hipertensión, preeclampsia, síndrome de ovarios poliquísticos, obesidad (IMC pregestacional >30), altos niveles de cortisol, hipotiroidismo, cansancio, fatiga o estrés extremos. Baja producción láctea previa.	Enganche deficiente o doloroso /restricción de tomas. Suplementos "prelacteales" ¹¹ .
El consumo de tabaco y algunas drogas y medicamentos pueden ser causa de baja producción de leche.	Prematuridad (<37 semanas)

El retraso de la lactogénesis II se define como poca o ninguna percepción materna de plenitud del pecho o goteo de leche al menos 72 horas después del parto. Fuente: Esta tabla se ha construido con información de las referencias que siguen y los números entre paréntesis se refieren al nivel de evidencia asignado por el OCEBM⁶⁷): (1),^{141,193} (5).¹⁹⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Feltner C, Palmieri Weber R, Stuebe AM, et al. Breastfeeding Programs and Policies, Breastfeeding Uptake, and Maternal Health Outcomes in Developed Countries. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016; 387:475–490.
3. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr 2015; 104:96–113.
4. Merritt MA, Riboli E, Murphy N, et al. Reproductive factors and risk of mortality in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition; a cohort study. BMC Med 2015; 13:252.
5. Nguyen B, Jin K, Ding D. Breastfeeding and maternal cardiovascular risk factors and outcomes: A systematic review. PLoS One 2017; 12:e0187923.

¹¹ Nota de las traductoras: En algunas culturas es normal alimentar al recién nacido con sustitutos de leche materna y descartar el calostro (se les llaman prelateos), aunque el efecto es el mismo que cuando se le ofrece al recién nacido separado de su madre sucedáneos antes de que inicie el amamantamiento

6. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr* 2017; 13:3–6; Erratum in *Matern Child Nutr* 2017.
7. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104 Suppl 467:3–13.
8. Cleminson J, Oddie S, Renfrew MJ, et al. Being baby friendly: Evidence-based breastfeeding support. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2015; 100:F173–F178.
9. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104 Suppl 467:85–95.
10. Giugliani ER, Horta BL, Loret de Mola C, et al. Effect of breastfeeding promotion interventions on child growth: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104 Suppl 467:20–29.
11. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104 Suppl 467:30–37.
12. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104 Suppl 467:14–19.
13. Horta BL, de Sousa BA, de Mola CL. Breastfeeding and neurodevelopmental outcomes. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2018; 21:174–178.
14. Lodge CJ, Tan DJ, Lau M, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104 Suppl 467:38–53.
15. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016; 387:491–504.
16. Hansen K. Breastfeeding: A smart investment in people and in economies. *Lancet* 2016; 387:416.
17. Babakazo P, Donnen P, Akilimali P, et al. Predictors of discontinuing exclusive breastfeeding before six months among mothers in Kinshasa: A prospective study. *Int Breastfeed J* 2015; 10:19.
18. Graham W, Woodd S, Byass P, et al. Diversity and divergence: The dynamic burden of poor maternal health. *Lancet* 2016; 388:2164–2175.
19. McDougall L, Campbell OMR, Graham W. Maternal Health. An Executive Summary for the Lancet’s Series. London: The Lancet Maternal Health Series, 2016.
20. World Health Organization. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Geneva: World Health Organization, 2009.
21. World Health Organization-UNICEF. Implementation Guidance: Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization, 2018.
22. World Health Organization. National Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative 2017. Geneva: World Health Organization, 2017.
23. Martens PJ. What do Kramer’s Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT studies tell us? A review of a decade of research. *J Hum Lact* 2012; 28:335–342.
24. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2016; 12:402–417

25. Meek JY, Noble L. Implementation of the ten steps to successful breastfeeding saves lives. *JAMA Pediatr* 2016; 170:925–926.
26. Spaeth A, Zemp E, Merten S, et al. Baby-friendly hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Matern Child Nutr* 2018; 14.
27. Vieira TO, Vieira GO, de Oliveira NF, et al. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: New determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14:175.
28. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: Blueprint for action (revised 2008). Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, 2008.
29. US Department of Health and Human Services. The Surgeon General’s Call to Action to Support Breastfeeding. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2011.
30. Perinatal Services BC. Breastfeeding Healthy Term Infants. Vancouver, BC: Perinatal Services BC, 2015.
31. Renfrew MJ, Pokhrel S, Quigley M, et al. Preventing Disease and Saving Resources: The Potential Contribution of Increasing Breastfeeding Rates in the UK. London: UNICEF UK, 2012.
32. Jones KM, Power ML, Queenan JT, et al. Racial and ethnic disparities in breastfeeding. *Breastfeed Med* 2015; 10:186–196.
33. UNICEF, World Health Organization. Capture the moment: Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. New York: UNICEF, 2018.
34. Bartick MC, Jegier BJ, Green BD, et al. Disparities in breastfeeding: Impact on maternal and child health outcome and costs. *J Pediatr* 2017; 181:49–55.e46.
35. Sacker A, Kelly Y, Iacovou M, et al. Breast feeding and intergenerational social mobility: What are the mechanisms? *Arch Dis Child* 2013; 98:666–71.
36. Victora CG, Requejo J, Boerma T, et al. Countdown to 2030 for reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health and nutrition. *Lancet Glob Health* 2016; 4: e775–e776.
37. Condon LJ, Salmon D. ‘You likes your way, we got our own way’: Gypsies and Travelers’ views on infant feeding and health professional support. *Health Expect* 2015; 18:784–795.
38. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 7:CD003766.
39. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding Among U.S. Children Born 2002–2014, CDC National Immunization Survey. 2017. Available:https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/results.html (accessed March 3, 2018).
40. French CA, Cong X, Chung KS. Labor epidural analgesia and breastfeeding: A systematic review. *J Hum Lact* 2016; 32:507–520.
41. Carvalho ML, Boccolini CS, Oliveira MI, et al. The Baby- Friendly Hospital Initiative and breastfeeding at birth in Brazil: A cross sectional study. *Reprod Health* 2016; 13(Suppl 3):119.
42. Black L, Hulsey T, Lee K, et al. Incremental hospital costs associated with comorbidities of prematurity. *Manag Care* 2015; 24:54–60.
43. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16:90.

44. Hofmeyr GJ, Barrett JF, Crowther CA. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015:CD006553.
45. Cabrera-Rubio R, Mira-Pascual L, Mira A, et al. Impact of mode of delivery on the milk microbiota composition of healthy women. *J Dev Orig Health Dis* 2016; 7:54–60.
46. Sudhinaraset M, Afulani P, Diamond-Smith N, et al. Advancing a conceptual model to improve maternal health quality: The person-centered care framework for reproductive health equity. *Gates Open Res* 2017; 1:1.
47. World Health Assembly. Framework on Integrated People- Centered Health Services. Geneva: World Health Organization, 2016.
48. Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. ABM clinical protocol nº5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeed Med* 2013; 8:469–473.
49. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, et al. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One* 2018; 13:e0194906.
50. Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, et al. Neo-BFHI: The Baby-Friendly Hospital Initiative for neonatal wards. Core document with recommended standards and criteria. Raleigh, NC: International Lactation Consultant Association, 2015.
51. International Lactation Consultant Association. Neo-BFHI Package. Raleigh, NC: ILCA, 2018.
52. Wight N, Marinelli KA, Academy of Breastfeeding M. ABM clinical protocol nº1: Guidelines for blood glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late-preterm neonates, revised 2014. *Breastfeed Med* 2014; 9:173–179.
53. Evans A, Marinelli KA, Taylor JS, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol nº2: Guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn and mother: “The going home protocol.” *Breastfeed Med* 2014; 9:3–8.
54. Kellams A, Harrel C, Omage S, et al. ABM Clinical protocol nº3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017; 12:188–198.
55. Eglash A, Simon L. Academy of Breastfeeding M. ABM clinical protocol nº8: Human milk storage information for home use for full-term infants, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017; 12:390–395.
56. Boies EG, Vaucher YE. ABM Clinical Protocol nº10: Breastfeeding the late preterm (34–36 6/7 weeks of gestation) and early term infants (37–38 6/7 weeks of gestation), second revision 2016. *Breastfeed Med* 2016; 11:494–500.
57. Grawey AE, Marinelli KA, Holmes AV, Academy of Breastfeeding M. ABM clinical protocol nº14: Breastfeeding friendly physician’s office: Optimizing care for infants and children, revised 2013. *Breastfeed Med* 2013; 8:237–242.
58. Rosen-Carole C, Hartman S, Academy of Breastfeeding M. ABM clinical protocol nº19: Breastfeeding promotion in the prenatal setting, revision 2015. *Breastfeed Med* 2015; 10:451–457.
59. Reece-Stremtan S, Marinelli KA. ABM clinical protocol nº21: Guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. *Breastfeed Med* 2015; 10:135–141.
60. Berens P, Eglash A, Malloy M, et al. ABM clinical protocol nº26: Persistent pain with breastfeeding. *Breastfeed Med* 2016; 11:46–53.
61. Martin E, Vickers B, Landau R, et al. ABM clinical protocol nº28, peripartum analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother. *Breastfeed Med* 2018; 13:164–171.

62. World Health Organization. Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. Geneva: World Health Organization, 2017.
63. World Health Organization. Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities. Geneva: World Health Organization, 2016.
64. Spangler A, Wambach K. Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding. Raleigh, NC: International Lactation Consultant Association, 2014.
65. World Health Organization. The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes, 2017 Update, Frequently Asked Questions. Geneva: World Health Organization, 2017.
66. World Health Organization. Code and subsequent resolutions. 2016. www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en (accessed July 17, 2018).
67. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. 2011 www.cebm.net/index.aspx?o=5653 (accessed July 9, 2018).
68. Lewin S, Bohren M, Rashidian A, et al. Applying GRADECERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 2: How to make an overall CERQual assessment of confidence and create a summary of qualitative findings table. *Implement Sci* 2018; 13(Suppl 1):10.
69. MacDonald T, Noel-Weiss J, West D, et al. Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16:106.
70. Reisman T, Goldstein Z. Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgend Health* 2018; 3:24–26.
71. Fontenot HB. Transition and adaptation to adoptive motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 36: 175–182.
72. Farhadi R, Philip RK. Induction of lactation in the biological mother after gestational surrogacy of twins: A novel approach and review of literature. *Breastfeed Med* 2017; 12:373–376.
73. World Health Organization. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organization, 2018.
74. Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care Poor Underserved* 1998; 9:117–125.
75. Li CM, Li R, Ashley CG, et al. Associations of hospital staff training and policies with early breastfeeding practices. *J Hum Lact* 2014; 30:88–96.
76. Orth TA, Drachman D, Habak P. Breastfeeding in obstetrics residency: Exploring maternal and colleague resident perspectives. *Breastfeed Med* 2013; 8:394–400.
77. Sattari M, Levine D, Serwint JR. Physician mothers: An unlikely high risk group-call for action. *Breastfeed Med* 2010; 5:35–39.
78. Sattari M, Serwint JR, Shuster JJ, et al. Infant-feeding intentions and practices of internal medicine physicians. *Breastfeed Med* 2016; 11:173–179.
79. Piwoz EG, Huffman SL. The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. *Food Nutr Bull* 2015; 36:373–386.
80. Tarrant M, Lok KY, Fong DY, et al. Effect of a hospital policy of not accepting free infant formula on in-hospital formula supplementation rates and breast-feeding duration. *Public Health Nutr* 2015; 18:2689–2699.

81. Barennes H, Empis G, Quang TD, et al. Breast-milk substitutes: A new old-threat for breastfeeding policy in developing countries. A case study in a traditionally high breastfeeding country. *PLoS One* 2012; 7:e30634.
82. Barennes H, Slesak G, Goyet S, et al. Enforcing the international code of marketing of breast-milk substitutes for better promotion of exclusive breastfeeding: Can lessons be learned? *J Hum Lact* 2016; 32:20–27.
83. Parry K, Taylor E, Hall-Dardess P, et al. Understanding women’s interpretations of infant formula advertising. *Birth* 2013; 40:115–124.
84. Feldman-Winter L, Grossman X, Palaniappan A, et al. Removal of industry-sponsored formula sample packs from the hospital: Does it make a difference? *J Hum Lact* 2012; 28:380–388.
85. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 2:CD001141.
86. de Jesus PC, de Oliveira MI, Fonseca SC. Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: A systematic review. *J Pediatr (Rio J)* 2016; 92:436–450.
87. Balogun OO, Kobayashi S, Anigo KM, et al. Factors influencing exclusive breastfeeding in early infancy: A prospective study in North Central Nigeria. *Matern Child Health J* 2016; 20:363–375.
88. Beake S, Pellowe C, Dykes F, et al. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Matern Child Nutr* 2012; 8:141–161.
89. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, et al. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007: CD001141.
90. Coutinho SB, Lira PI, Lima MC, et al. Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: Impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. *Public Health Nutr* 2014; 17:948–955.
91. Gavine A, MacGillivray S, Renfrew MJ, et al. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitude and skills needed to work effectively with breastfeeding women: A systematic review. *Int Breastfeed J* 2016; 12:6.
92. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104Suppl 467:114–134.
93. Spiby H, McCormick F, Wallace L, et al. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counselors on duration of breast feeding. *Midwifery* 2009; 25:50–61.
94. Ekström AC, Thorstensson S. Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes — Design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15:275.
95. Kraft JM, Wilkins KG, Morales GJ, et al. An evidence review of gender-integrated interventions in reproductive and maternal-child health. *J Health Commun* 2014; 19 Suppl 1:122–141.
96. Esteves TM, Daumas RP, Oliveira MI, et al. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: Systematic review. *Rev Saude Pública* 2014; 48:697–708.
97. Nguyen PH, Kim SS, Sanghvi T, et al. Integrating nutrition interventions into an existing maternal, neonatal, and child health program increased maternal dietary diversity, micronutrient intake, and exclusive breastfeeding practices in Bangladesh: Results of a cluster-randomized program evaluation. *J Nutr* 2017; 147:2326–2337.

98. Tadesse K, Zelenko O, Mulugeta A, et al. Effectiveness of breastfeeding interventions delivered to fathers in lowland middle-income countries: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2018; 14:e12612.
99. Wouk K, Tully KP, Labbok MH. Systematic review of evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative step 3. *J Hum Lact* 2017; 33:50–82.
100. Balyakina E, Fulda KG, Franks SF, et al. Association between healthcare provider type and intent to breastfeed among expectant mothers. *Matern Child Health J* 2016; 20:993–1000.
101. Costanian C, Macpherson AK, Tamim H. Inadequate prenatal care use and breastfeeding practices in Canada: A national survey of women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16:100.
102. Wouk K, Lara-Cinisomo S, Stuebe AM, et al. Clinical interventions to promote breastfeeding by Latinas: A meta-analysis. *Pediatrics* 2016; 137.
103. Liu L, Zhu J, Yang J, et al. The effect of a perinatal breastfeeding support program on breastfeeding outcomes in primiparous mothers. *West J Nurs Res* 2017; 39:906–923.
104. Leclair E, Robert N, Sprague AE, et al. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent pregnancies: A cohort study. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015; 28:516– 521.
105. Bever Babendure J, Reifsnider E, Mendias E, et al. Reduced breastfeeding rates among obese mothers: A review of contributing factors, clinical considerations and future directions. *Int Breastfeed J* 2015; 10:21.
106. Johnson AM, Kirk R, Rooks AJ, et al. Enhancing breastfeeding through healthcare support: Results from a focus group study of African American mothers. *Matern Child Health J* 2016; 20(Suppl 1):92–102.
107. Khan AI, Kabir I, Eneroth H, et al. Effect of a randomised exclusive breastfeeding counselling intervention nested into the MINIMat prenatal nutrition trial in Bangladesh. *Acta Paediatr* 2017; 106:49–54.
108. Behera D, Anil Kumar K. Predictors of exclusive breastfeeding intention among rural pregnant women in India: A study using theory of planned behaviour. *Rural Remote Health* 2015; 15:3405.
109. Lee SH, Nurmatov UB, Nwaru BI, et al. Effectiveness of mHealth interventions for maternal, newborn and child health in low- and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *J Glob Health* 2016; 6:010401.
110. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2018; 15:e1002494
111. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, et al. Breastfeeding after cesarean delivery: A systematic review and meta-ABM PROTOCOL 571 analysis of world literature. *Am J Clin Nutr* 2012; 95: 1113–1135.
112. Chien LY, Tai CJ. Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth* 2007; 34:123–130.
113. Sandall J, Soltani H, Gates S, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 4:CD004667.
114. Fortier JH, Godwin M. Doula support compared with standard care: Meta-analysis of the effects on the rate of medical interventions during labour for low-risk women delivering at term. *Can Fam Physician* 2015; 61:e284– e292.
115. Beake S, Bick D, Narracott C, et al. Interventions for women who have a Caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2017; 13.
116. Cleveland L, Hill CM, Pulse WS, et al. Systematic review of skin-to-skin care for full-term, healthy newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2017; 46:857–869.

117. World Health Organization. WHO Recommendations on Newborn Health. Geneva: World Health Organization, 2017.
118. Work Group of Clinical Practice Guide on Breastfeeding. Clinical Practice Guide on Breastfeeding. San Sebastian, Spain. Ministry of Social Services and Equality, Basque Government, 2017.
119. Dumas L, Lepage M, Bystrova K, et al. Influence of skin to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: A randomized controlled trial. *Clin Nurs Res* 2013; 22:310–336.
120. Righard L. The baby is breastfeeding—Not the mother. *Birth* 2008; 35:1–2.
121. Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, et al. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: A possible method for Enabling early self-regulation. *Acta Paediatr* 2011; 100:79–85.
122. Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev* 2008; 84:441–449.
123. Brimdyr K, Cadwell K, Stevens J, et al. An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Matern Child Nutr* 2018; 14:e12571.
124. Stevens J, Schmied V, Burns E, et al. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: A review of the literature. *Matern Child Nutr* 2014; 10:456–473.
125. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11:CD003519.
126. Guala A, Boscardini L, Visentin R, et al. Skin-to-skin contact in cesarean birth and duration of breastfeeding: A cohort study. *Scientific World Journal* 2017; 2017:1940756.
127. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Committee on Fetus and Newborn, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics* 2016; 138: pii: e20161889.
128. Pallas Alonso C, R, Rodríguez López J, Comité de Estándares de Sociedad Española de Neonatología. [Factors associated with the safety of early skin-to-skin contact after delivery]. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 80:203–205.
129. Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. A systematic review and meta-analysis of a brief delay in clamping the umbilical cord of preterm infants. *Neonatology* 2008; 93: 138–144.
130. World Health Organization. Delayed Umbilical Cord Clamping for Improved Maternal and Infant Health and Nutrition Outcomes. Geneva: World Health Organization, 2014.
131. Garofalo M, Abenhaim HA. Early versus delayed cord clamping in term and preterm births: A review. *J Obstet Gynaecol Can* 2012; 34:525–531.
132. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion No. 648: Umbilical cord blood banking. *Obstet Gynecol* 2015; 126:e127–e129.
133. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics* 2015; 135:e16–e23.
134. McMillan D, Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee. Position statement: Routine administration of vitamin K to newborns. 2018. Available at <https://www.cps.ca/en/documents/position/administration-vitamin-K-newborns> (accessed June 16, 2018).

135. World Health Organization. Recommendations for Management of Common Childhood Conditions: Newborn Conditions, Dysentery, Pneumonia, Oxygen Use and Delivery, Common Causes of Fever, Severe Acute Malnutrition and Supportive Care. Geneva: World Health Organization, 2012.
136. U.S. Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Ocular Prophylaxis for Gonococcal Ophthalmia Neonatorum. 2011. Available at <https://www.uspreventiveservices.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/ocularprophylaxis-for-gonococcal-ophthalmia-neonatorum-preventive-medication> (accessed June 20, 2018).
137. AAP Committee on Infectious Diseases, AAP Committee on Fetus Newborn. Elimination of perinatal hepatitis B: Providing the first vaccine dose within 24 hours of birth. *Pediatrics* 2017; 140: pii: e20171870.
138. Neovita Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: Prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health* 2016; 4:e266–e275.
139. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017; 12:e0180722.
140. Goyal NK, Attanasio LB, Kozhimannil KB. Hospital care and early breastfeeding outcomes among late preterm, early-term, and term infants. *Birth* 2014; 41:330–338.
141. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016:CD002771.
142. Johns HM, Forster DA, Amir LH, et al. Prevalence and outcomes of breast milk expressing in women with healthy term infants: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13:212.
143. Flaherman VJ, Gay B, Scott C, et al. Randomised trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012; 97:F18–F23.
144. Morton J, Wong RJ, Hall JY, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases the caloric content of milk in mothers of preterm infants. *J Perinatol* 2012; 32:791–796.
145. Soltani S, Zohoori D, Adineh M. Comparison the effectiveness of breastfeeding, oral 25% dextrose, kangaroo-mother care method, and EMLA cream on pain score level following heel pick sampling in newborns: A randomized clinical trial. *Electron Physician* 2018; 10: 6741–6748.
146. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, et al. Association of timing of initiation of breastmilk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low-birth-weight infants. *Breastfeed Med* 2015; 10:84–91.
147. Spatz DL, Froh EB, Schwarz J, et al. Pump early, pump often: A continuous quality improvement project. *J Perinat Educ* 2015; 24:160–170.
148. Fewtrell MS, Kennedy K, Ahluwalia JS, et al. Predictors of expressed breast milk volume in mothers expressing milk for their preterm infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2016; pii: fetalneonatal-2015-308321.
149. Acuña-Muga J, Ureta-Velasco N, de la Cruz-Bertolo J, et al. Volume of milk obtained in relation to location and circumstances of expression in mothers of very low birth weight infants. *J Hum Lact* 2014; 30:41–46.
150. Puthussery S, Chutiya M, Tseng PC, et al. Effectiveness of early intervention programs for parents of preterm infants: A meta-review of systematic reviews. *BMC Pediatr* 2018; 18:223.
151. Charpak N, Ruiz JG. Latin American clinical epidemiology network series—Paper 9: The kangaroo mother care method: From scientific evidence generated in Colombia to worldwide practice. *J Clin Epidemiol* 2017; 86:125–128.
152. Chan GJ, Labar AS, Wall S, et al. Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. *Bull World Health Organ* 2016; 94:130–141J.

153. Collins CT, Gillis J, McPhee AJ, et al. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 9:CD005252.
154. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016: CD006641.
155. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, et al. Breastfeeding determinants in healthy term newborns. *Nutrients* 2018; 10.
156. De Carvalho Guerra Abecasis F, Gomes A. Rooming-in for preterm infants: How far should we go? Five-year experience at a tertiary hospital. *Acta Paediatr* 2006; 95: 1567–1570.
157. Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, et al. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child* 2006; 91:1005–1010.
158. Tully KP, Ball HL. Postnatal unit bassinet types when rooming-in after cesarean birth: Implications for breastfeeding and infant safety. *J Hum Lact* 2012; 28:495–505.
159. Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016; 138; pii: e20162940.
160. Douglas P, Geddes D. Practice-based interpretation of ultrasound studies leads the way to more effective clinical support and less pharmaceutical and surgical intervention for breastfeeding infants. *Midwifery* 2018; 58:145–155.
161. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; CD007202.
162. Buccini GDS, Perez-Escamilla R, Paulino LM, et al. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr* 2017; 13.
163. Kair LR, Kenron D, Etheredge K, et al. Pacifier restriction and exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2013; 131:e1101–e1107.
164. Lindau JF, Mastroeni S, Gaddini A, et al. Determinants of exclusive breastfeeding cessation: Identifying an “at risk population” for special support. *Eur J Pediatr* 2015; 174: 533–540.
165. Kair LR, Colaizy TT. Association between in-hospital pacifier use and breastfeeding continuation and exclusivity: Neonatal intensive care unit admission as a possible effect modifier. *Breastfeed Med* 2017; 12:12–19.
166. Chow S, Chow R, Popovic M, et al. The use of nipple shields: A review. *Front Public Health* 2015; 3:236.
167. Ekstrom A, Abrahamsson H, Eriksson RM, et al. Women’s use of nipple shields-Their influence on breastfeeding duration after a process-oriented education for health professionals. *Breastfeed Med* 2014; 9:458–466.
168. U.S. National Library of Medicine. LactMed: A ToxNet Database. 2018. Available at <https://www.toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm> (accessed June 28, 2018).
169. Infant Risk Center. InfantRisk. 2018. Available at www.infantrisk.com (accessed August 7, 2018).
170. University of Rochester Medical Center, Golisano Children’s Hospital. Human Lactation Center. 2018. Available at https://www.urmc.rochester.edu/childrens_hospital/neonatology/lactation.aspx (accessed September 4, 2018).
171. e-lactancia.org Is it compatible with breastfeeding? Valencia, Spain: Association for Promotion and cultural and scientific Research into Breastfeeding (APILAM), 2018. (Accessed August 4, 2018).
172. European Medicines Agency. CMDh Endorses Restrictive Use of Bromocriptine for Stopping Breast Milk Production. London: European Medicines Agency of the European Union, 2014.

173. Marcellin L, Chantry AA. [Breast-feeding (part II): Lactation inhibition—Guidelines for clinical practice]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015; 44:1080–1083.
174. Spitz AM, Lee NC, Peterson HB. Treatment for lactation suppression: Little progression in one hundred years. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179(6, Part 1):1485–1490.
175. Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012:CD005937.
176. Sudfeld CR, Fawzi WW, Lahariya C. Peer support and exclusive breastfeeding duration in low and middle income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012; 7:e45143.
177. Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, et al. Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 2015; 135:102–110.
178. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012:CD001141.
179. Centers for Disease Control and Prevention. Contraindications to Breastfeeding or Feeding Expressed Breast Milk to Infants. 2018. Available at <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/Contraindications-tobreastfeeding.html> (accessed June 28, 2018).
180. UNICEF. WHO/UNAIDS/UNICEF Infant feeding guidelines. Available at <https://www.unicef.org/programme/breastfeeding/feeding.htm> (accessed June 28, 2018).
181. Amiri M, Diekmann L, von Kockritz-Blickwede M, et al. The diverse forms of lactose intolerance and the putative linkage to several cancers. *Nutrients* 2015; 7:7209–7230.
182. Kimberlin DW, Brady MT, Long SS, Jackson MA. Red Book: 2018 Report on the Committee on Infectious Disease, 31st Edition. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2018.
183. Centers for Disease Control and Prevention. Updated recommendations for use of VarizIG—United States, 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2013; 62:574–576.
184. U.S. Department of Health and Human Services. Guidance for Counseling and Managing Women Living with HIV in the United States Who Desire to Breastfeed. 2018. Available at <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/3/perinatal/513/counseling-and-management-of-women-living-with-hiv-who-breastfeed> (accessed September 17, 2018).
185. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, et al. Bed-sharing in the absence of hazardous circumstances: Is there a risk of sudden infant death syndrome? An analysis from two case-control studies conducted in the UK. *PLoS One* 2014; 9:e107799.
186. Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, et al. Duration of breastfeeding and risk of SIDS: An individual participant data meta-analysis. *Pediatrics* 2017; 140.
187. Ball HL, Howel D, Bryant A, et al. Bed-sharing by breastfeeding mothers: Who bed-shares and what is the relationship with breastfeeding duration? *Acta Paediatr* 2016; 105:628–634.
188. Ball HL. The Atlantic divide: Contrasting U.K. and U.S. recommendations on cosleeping and bed-sharing. *J Hum Lact* 2017; 33:765–769.
189. Bartick M, Tomori C. Sudden infant death and social justice: A syndemics approach. *Matern Child Nutr* 2018; e12652.

190. Centers for Disease Control and Prevention. How to keep your breast pump kit clean: The essentials. 2017. Available at <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/breastpump.html> (accessed August 2, 2018).
191. Infant Risk Center. MommyMeds. 2018. Available at mommymeds.com (accessed August 7, 2018).
192. De Bortoli J, Amir LH. Is onset of lactation delayed in women with diabetes in pregnancy? A systematic review. *Diabet Med* 2016; 33:17–24.
193. Nommsen-Rivers LA. Does insulin explain the relation between maternal obesity and poor lactation outcomes? An overview of the literature. *Adv Nutr* 2016; 7:407–414.
194. Riddle SW, Nommsen-Rivers LA. Low milk supply and the pediatrician. *Curr Opin Pediatr* 2017; 29:249–256.

Los protocolos ABM caducan 5 años después de la fecha de publicación. El contenido de este protocolo está actualizado en el momento de la publicación. Las revisiones basadas en la evidencia se hacen a los cinco años o antes si hay cambios significativos en la evidencia.

La versión anterior de este protocolo fue escrita por Barbara L. Philipp.

Maria-Teresa Hernández-Aguilar, MD, MPH, PhD lead author
Melissa Bartick, MD, MSc, FABM
Paula Schreck, MD
Cadey Harrel, MD
The Academy of Breastfeeding
Medicine Protocol Committee:
Michal Young, MD, FABM, Chairperson
Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson
Sarah Calhoun, MD
Sarah Dodd, MD
Megan Elliott-Rudder, MD
Susan Lappin, MD
Ilse Larson, MD
Ruth A. Lawrence, MD, FABM
Kathleen A. Marinelli, MD, FABM
Nicole Marshall, MD
Katrina Mitchell, MD
Sarah Reece-Stremtan, MD
Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MEd
Susan Rothenberg, MD
Tomoko Seo, MD, FABM
Adora Wonodi, MD

Traducido al español del protocolo en inglés por: África Caño Aguilar (MD, OB) y M^a Teresa Hernández Aguilar (MED, PhD, MPH, Pediatrician). Verificación de la conformidad de los textos en español y en inglés por Louise Dumas, RN, MSN, PhD