

Protocolo clínico ABM n.º 5: Manejo de la lactancia materna periparto para la madre y el lactante a término sanos, revisión de 2013

Allison V. Holmes,¹ Angela Yerdon McLeod,² y Maya Bunik³

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

Información básica

Las POLÍTICAS Y RUTINAS HOSPITALARIAS influyen enormemente en el éxito de la lactancia materna.¹⁻¹⁰ La BFHI (*Baby-Friendly Hospital Initiative*, iniciativa hospitalaria amable para los bebés) ha definido los diez pasos para el éxito de la lactancia materna, y 20 años de investigación han comprobado que “el logro de la certificación BFHI lleva a resultados sustancialmente mejores de la lactancia materna, sobre todo aumentos del inicio y la exclusividad de la lactancia materna”.¹

La experiencia periparto en el hospital debe incluir apoyo, instrucciones y cuidados adecuados para garantizar el inicio satisfactorio de la lactancia materna. Ese abordaje forma parte de un continuo de asistencia y educación que comienza durante el período prenatal, promueve la lactancia materna como método óptimo de alimentación infantil e incluye información sobre las ventajas para la madre y el lactante. Se recomiendan los siguientes principios y prácticas para la asistencia en el contexto hospitalario periparto.

Recomendaciones

Se indica entre paréntesis la calidad de las pruebas (grados de comprobación científica I, II-1, II-2, II-3 y III) para cada recomendación definida en las *U.S. Preventive Services Task Force Appendix A Ratings*¹¹.

Prenatal

1. Todas las mujeres embarazadas deberán recibir información sobre las ventajas y la gestión de la lactancia

para poder tomar una decisión informada sobre la alimentación del lactante.⁵⁻¹⁰ Una revisión basada en pruebas de las prácticas que mejoran la duración o el inicio de la lactancia materna reveló que “las intervenciones prenatales combinadas con las posnatales son más eficaces que la atención habitual para prolongar la duración de la lactancia materna.”¹² La información y el consejo de un profesional sanitario al principio del embarazo también están respaldados por el *American College of Obstetricians and Gynecologists* y por la *American Academy of Family Physicians* en sus declaraciones de política, que afirman que “El consejo y el estímulo del tocoginecólogo son cruciales para tomar la decisión de alimentar al pecho”⁶ y que “La atención centrada en la familia (la creencia de que el personal sanitario y la familia son socios que colaboran para satisfacer mejor las necesidades del paciente) permite apoyar las prácticas de lactancia materna durante todo el ciclo vital a todos los familiares.”⁹ (I, II-1, II-2, II-3, III)

2. La educación prenatal debe incluir información sobre las ventajas para la madre y el niño de la lactancia materna exclusiva iniciada en la primera hora después del nacimiento.⁵ Los materiales educativos preparados por los fabricantes de leches maternizadas son fuentes inadecuadas de información sobre la alimentación del lactante.^{13,14} (I, III)
3. La asistencia de maternidad incluye una valoración de cualquier afección médica o física que pueda afectar a la capacidad de la madre para amamantar a su hijo. En algunos casos puede ser útil una consulta prenatal con

¹Department of Pediatrics and of Community and Family Medicine, Geisel School of Medicine, Dartmouth, New Hampshire.

²Family Medicine, Concord, New Hampshire.

³Department of Pediatrics, University of Colorado, Aurora, Colorado.

el médico del lactante o con un especialista en lactancia y desarrollar un plan de seguimiento que se instaurará en el momento del alumbramiento 6–8. Las mujeres se beneficiarán de debates en grupo con moderador, visitas prenatales en grupo, gestión sistemática de casos o remisión a una organización de apoyo no profesional antes del alumbramiento.^{6–8,12} También hay pruebas sólidas de que el asesoramiento entre iguales favorece el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna.^{15,16} (I, II-3, III)

Parto y alumbramiento

1. Las mujeres se beneficiarán de la presencia continua de un compañero cercano (p. ej., doula, cónyuge/pareja o familiar) durante el parto y el alumbramiento. Se sabe que la presencia de una doula potencia el inicio y la duración de la lactancia materna.¹⁷ Muchos factores de riesgo se asocian con la interrupción precoz de la lactancia materna, como la duración media del parto, la necesidad de intervención quirúrgica y el uso de intervenciones para reducir el dolor, como anestesia epidural y otros medicamentos. La presencia de una doula puede reducir estos riesgos.^{18–20} (I, II-2, III)
2. La analgesia intraparto también puede afectar a la lactancia materna, y hay que tener en cuenta el tipo y la dosis de analgesia.^{6,21–23} La analgesia epidural, los opioides intramusculares, la oxitocina exógena y la ergometrina se han asociado con tasas más bajas de inicio de la lactancia materna.²⁴ (I, II-2, III)

Posparto inmediato

1. Los recién nacidos sanos deben entregarse directamente a la madre para un contacto piel con piel hasta después de la primera alimentación. Puede secarse al lactante y asignarle puntuaciones de Apgar, y la valoración física inicial puede hacerse al poner al lactante junto a su madre. Este contacto físico da al lactante una estabilidad fisiológica óptima, calor y oportunidades para la primera alimentación.^{10,25–29} Es probable que el contacto directo extenso entre piel y piel aumente la duración de la lactancia materna total y exclusiva.^{27–35} Retrasar procedimientos como pesar, medir, administrar profilaxis ocular y vitamina K hasta 6 horas después del nacimiento, y el baño inicial potencia la interacción temprana entre los padres y el lactante.^{10,36} Los lactantes deben colocarse cerca del pecho tan pronto como sea posible tanto para la madre como para el lactante para permitir el agarre al pecho y la alimentación, idealmente en la hora siguiente al nacimiento.^{28,31–35} Esta práctica tiene que iniciarse en la sala de partos, el quirófano o la sala de recuperación, y hay que instruir a todas las madres en la técnica de lactancia materna adecuada.^{5,10,31,37–41} (I, II-2, II-3, III)
2. La cohabitación de la madre y el niño las 24 horas aumenta las oportunidades de crear un vínculo y de inicio óptimo de la lactancia materna. Siempre que sea posible, madres y lactantes tienen que permanecer juntos durante la estancia hospitalaria.^{10,30,35,42–45} Para evitar una separación innecesaria, lo ideal es hacer las valoraciones del lactante en el período posparto inmediato y en lo sucesivo en la habitación de la madre. Las

pruebas indican que la cantidad y la calidad del sueño de las madres es la misma tanto si los lactantes comparten la habitación como si se devuelven al nido por la noche.^{42–44} (II-1, II-2, II-3, III)

3. La educación sobre las ventajas de la cohabitación las 24 horas anima a los padres a utilizarla como el modo habitual de asistencia hospitalaria para sus familias. Al mismo tiempo, desde el punto de vista de la plantilla, el personal de enfermería debe procurar disponer de tiempo para valorar y documentar el estado del lactante y de su alimentación mientras el niño esté en la habitación familiar.^{5,10,41,45,46} (I, II-3, III)
4. Las mujeres pueden necesitar la ayuda de profesionales sanitarios para asegurarse de que son capaces de poner a sus bebés al pecho. Las que hayan alumbrado por cesárea pueden necesitar ayuda adicional del personal de enfermería para lograr una posición cómoda. Un observador entrenado debe valorar y documentar la eficacia de la lactancia materna al menos una vez cada 8–12 horas después del alumbramiento hasta que la madre y el lactante reciban el alta. En los países en los que la estancia hospitalaria pueda durar hasta una semana, la valoración debe continuar hasta que se establezca con éxito la lactancia materna.^{1,10} La atención periparto de la pareja debe abordar y documentar la posición del lactante, el agarre, la transferencia de leche, el peso del niño, la ictericia clínica y cualquier problema expresado por la madre, como dolor en el pezón o percepción de un aporte insuficiente de leche materna. Es necesario valorar cuidadosamente la eficacia y las mejores prácticas de los programas formales de instrucción en lactancia para mujeres hospitalizadas.^{38–41} Algunos lactantes muestran somnolencia en las primeras 24 horas tras el nacimiento. En el segundo día, los lactantes que estén amamantando bien se alimentarán a demanda. Las tomas suelen ser de ocho a 12 o más en 24 horas, con un mínimo de ocho tomas cada 24 horas. No es necesario limitar el tiempo que el lactante está al pecho, e incluso puede ser perjudicial para el establecimiento de una buena producción de leche. Los lactantes suelen quedarse dormidos o soltarse del pecho espontáneamente cuando están saciados. (I, II-2, II-3, III)
5. No debe darse alimentación complementaria a lactantes alimentados al pecho a menos que exista indicación médica.^{10,13,47–49} Los suplementos pueden inhibir o retrasar el establecimiento del suministro de leche materna y tener efectos adversos en la lactancia (p. ej., lactogénesis tardía, congestión materna). Los suplementos pueden alterar la flora intestinal del lactante, sensibilizar al lactante a alérgenos (dependiendo del contenido de la alimentación y del método utilizado), interferir en el vínculo madre-hijo e interferir en el aumento de peso del lactante.^{14,47–49} Los suplementos habituales de agua o glucosa en lactantes no deshidratados no tienen utilidad; de hecho, esta práctica podría contribuir a la hiperbilirrubinemia.⁵⁰ Antes de iniciar cualquier alimentación complementaria, es importante que un profesional con formación en lactancia realice una evaluación formal de cada pareja madre-hijo, incluida una observación directa de la lactancia materna.¹⁴ (I, II-2, III)
6. Los chupetes deben utilizarse con precaución en el período neonatal. Algunas investigaciones anteriores

mostraron que el uso de chupete en el período neonatal era perjudicial para la lactancia materna exclusiva y global,^{51,52} aunque en una revisión *Cochrane* reciente se halló que el uso de chupetes en niños a término sanos alimentados al pecho, iniciado al nacimiento o después de la lactancia, no afectaba significativamente a la prevalencia o la duración de la lactancia materna exclusiva y parcial hasta los 4 meses de edad.⁵³ Otros estudios recientes apuntan que la relación entre chupetes, lactancia materna y suplementos es más compleja de lo que se había observado anteriormente.⁵⁴ (I)

7. En general, las enfermedades infecciosas agudas, la fiebre no diagnosticada y las infecciones posparto frecuentes de la madre no son una contraindicación para la lactancia materna, siempre que esas enfermedades puedan controlarse y tratarse fácilmente. No debe alimentarse al pecho a los lactantes en caso de tuberculosis activa no tratada, o herpes simple cuando haya lesiones mamarias.⁵⁵⁻⁵⁷ En caso de virus de la inmunodeficiencia humana en la madre, la Organización Mundial de la Salud recomienda que las “autoridades nacionales de cada país decidan qué práctica de alimentación infantil, es decir, lactancia materna con intervención antirretroviral para reducir la transmisión o evitación total de la lactancia materna, deben ser promovidas y respaldadas por sus servicios de salud maternoinfantil.”⁵⁵ La varicela infecciosa periparto puede exigir la separación de la madre y el recién nacido, lo que limita la lactancia materna directa, pero puede utilizarse leche extraída.¹⁰ Aparte de las enfermedades infecciosas, la lista de todas las contraindicaciones queda fuera del ámbito de este documento, pero hay fácilmente disponibles fuentes fiables de información que incluyen información sobre medicamentos y compuestos radiactivos.⁵⁶⁻⁶³ (III)
8. Todos los lactantes alimentados al pecho deben ser vistos por un profesional sanitario a los 3-5 días de vida o en las 48-72 horas siguientes al alta para evaluar el bienestar del lactante y el establecimiento satisfactorio de la lactancia materna.^{10,64-66} Dependiendo de la duración de la hospitalización o del país de origen, estas prácticas posparto pueden variar. Por ejemplo, en Japón y Australia la madre y el lactante permanecen 4-5 días en el hospital, y en el Reino Unido las madres son visitadas a domicilio por enfermeras matronas durante unos 10 días. (I, III) También debe ofrecerse apoyo de otras mujeres, que se ha demostrado que es útil para promover el éxito de la lactancia.^{16,46} (I, I-2)

Problemas y complicaciones

1. Las parejas madre-bebé con riesgo de problemas con la lactancia materna se benefician de la identificación y la asistencia precoces. La consulta con un experto en gestión de la lactancia puede ser útil en situaciones como las siguientes:
 - (a) Solicitud/ansiedad materna
 - (b) Experiencia previa negativa con la lactancia materna
 - (c) La madre tiene pezones planos/invertidos.
 - (d) La madre tiene antecedentes de cirugía mamaria.
 - (e) Partos múltiples (gemelos, trillizos, embarazos de orden superior)
 - (f) El lactante ha nacido pretérmino (37-38 6/7 semanas de gestación) o es prematuro (< 37 semanas).

- (g) El lactante presenta una anomalía congénita, deterioro neurológico u otro proceso médico que afecte a su capacidad para amamantar.
 - (h) Proceso médico materno o del lactante por el que deberá posponerse temporalmente la lactancia o será precisa la extracción de la leche
 - (i) Documentación, después de las primeras tomas, de que existe dificultad para establecer la lactancia (p. ej., mal agarre, bebé somnoliento, etc.)
 - (j) Hiperbilirrubinemia
2. El alta de madres y niños del hospital en menos de 48 horas obliga a identificar oportunamente los riesgos para una lactancia materna satisfactoria, de forma que se aproveche al máximo el tiempo pasado en el hospital.⁶⁴ Las recomendaciones para un seguimiento estrecho son especialmente importantes para las parejas con alta precoz.
 3. Si es necesario trasladar a un neonato a una zona de cuidados intermedios o intensivos, deberán tomarse medidas para mantener la lactancia materna. Cuando sea posible, el transporte de la madre al nido de cuidados intermedios o intensivos para continuar con la lactancia materna es una medida óptima. Si no es posible la lactancia materna, deben tomarse medidas para continuar la alimentación con leche materna del neonato. Deberá demostrarse a las madres a mantener la lactancia mediante extracción manual y mecánica.^{5,10} Hay pruebas de que puede haber una mayor producción de leche materna con el uso de bombas mamarias eléctricas que con la extracción manual sola.^{67,68} Una combinación de extracción manual y mecánica (bombeo manual)⁶⁹ puede lograr una producción óptima de leche. (I, I-2, III)
 4. Si un lactante no se alimenta al pecho de forma constante y eficaz al alta del hospital, deberá enseñarse a la madre a mantener la lactancia mediante extracción manual y mecánica y comprobar su capacidad para vaciar las mamas antes de que se vaya a casa.^{67,68} Tendrán que considerarse la posible necesidad de tomas suplementarias para el lactante, la elección del suplemento a utilizar y el método de alimentación. Debe utilizarse toda la leche materna que la madre pueda extraer, y sólo debe suplementarse si el suministro de la madre es insuficiente. La alimentación con taza puede ayudar a preservar la duración de la lactancia materna en los niños que necesitan varias tomas suplementarias cuando preocupan la confusión con el pezón o la preferencia por el biberón.⁵² Tendrá que remitirse a la pareja madre-lactante a un profesional de la lactancia para asistencia y apoyo continuos.

Recomendaciones para investigaciones futuras

1. Persiste la controversia sobre los efectos de los fármacos usados en el parto en los resultados de la lactancia materna. Se necesitan más estudios para evaluar los efectos de los diversos fármacos para el parto disponibles sobre los resultados de la lactancia materna a corto y largo plazo.
2. A pesar de las pruebas de que el retraso de las intervenciones posparto en el recién nacido se asocia con mejores resultados de la lactancia materna, muchas políticas hospitalarias siguen dictando que hay que pesar, medir y administrar profilaxis ocular y vitamina K inmediata-

mente al niño, y darle un baño inicial precoz, todo lo cual interfiere en el inicio precoz y continuado del contacto piel con piel y la lactancia materna. Si persisten estos hallazgos, puede ser necesario realizar ensayos extensos o multicéntricos para influir en última instancia en los cambios de las políticas hospitalarias.

3. La relación entre chupetes y lactancia materna es más compleja de lo que hasta ahora se creía. Se necesita más investigación para valorar el efecto de los chupetes en las dificultades para la lactancia materna a corto plazo y el efecto a largo plazo sobre la duración de la lactancia.
4. A medida que más hospitales adopten los diez pasos y se les certifique como hospitales amables para los niños, tenemos que seguir recogiendo datos sobre qué prácticas periparto específicas son más importantes para lograr resultados deseables de la lactancia materna.

Agradecimientos

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

Bibliografía

1. Holmes AV. Establishing successful breastfeeding in the newborn period. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:147–168.
2. UNICEF Breastfeeding Initiatives Exchange. The Baby Friendly Hospital Initiative. www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm (accessed October 31, 2013).
3. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): A cluster-randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413–420.
4. 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.
5. World Health Organization, UNICEF, Wellstart International. Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. 2009. www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s1.pdf (accessed October 31, 2013).
6. American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians; Committee on Health Care for Underserved Women. Committee Opinion No. 570: Breastfeeding in underserved women: Increasing initiation and continuation of breastfeeding. *Obstet Gynecol* 2013;122:423–428.
7. Rotundo G. Centering pregnancy: The benefits of group prenatal care. *Nurs Womens Health* 2011;15:508–517.
8. Caine VA, Smith M, Beasley Y, et al. The impact of prenatal education on behavioral changes toward breast feeding and smoking cessation in a healthy start population. *J Natl Med Assoc* 2012;104:258–264.
9. American Academy of Family Physicians. Family Physicians Supporting Breastfeeding, Position Paper. www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-support.html (accessed October 31, 2013).
10. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
11. Appendix A Task Force Ratings. Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force. 2nd edition. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (accessed October 31, 2013).
12. Chung M, Raman G, Trikalinos T, et al. Interventions in primary care to promote breastfeeding: An evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;149:565–582.
13. Howard CR, Howard FM, Lawrence RA, et al. The effect on breastfeeding of physicians' office-based prenatal formula advertising. *Obstet Gynecol* 2000;95:296–303.
14. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeed Med* 2009;4:175–182. Erratum in: *Breastfeed Med* 2011;6:159.
15. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, et al. Review: Breastfeeding peer counseling: From efficacy through scale-up. *J Hum Lact* 2010;26:314–332.
16. 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.
17. Kozhimannil KB, Attanasio LB, Hardeman RR, et al. Doula care supports near-universal breastfeeding initiation among diverse, low-income women. *J Midwifery Womens Health* 2013;58:378–382.
18. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD003766.
19. Nommsen-Rivers LA, Mastergeorge AM, Hansen RL, et al. Doula care, early breastfeeding outcomes, and breastfeeding status at 6 weeks postpartum among low-income primiparae. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38:157–173.
20. Mottl-Santiago J, Walker C, Ewan J, et al. A hospital-based doula program and childbirth outcomes in an urban, multicultural setting. *Matern Child Health J* 2008;12:372–377.
21. Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, et al. Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breastfeeding. A prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology* 2005;103:1211–1217.
22. Gizzo S, DiGangi S, Saccardi C, et al. Epidural analgesia during labor: Impact on delivery outcome, neonatal well-being, and early breastfeeding. *Breastfeed Med* 2012;7:262–268.
23. Montgomery A, Hale TW; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. *Breastfeed Med* 2012;7:547–553.
24. Jordan S, Emery S, Watkins A, et al. Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: Analysis of the Cardiff Births Survey. *BJOG* 2009;116:1622–1629.
25. Christensson K, Siles C, Moreno L, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992;81:488–493.
26. Marin-Gabriel MA, Llana-Martin I, Lopez-Escobar A, et al. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: Effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr* 2010;99:1630–1634.
27. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Bołtrusko I, et al. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breast-

- feeding: A prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91: 1301–1306.
28. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD003519.
 29. Bramson L, Lee JW, Moore E, et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact* 2010;26:130–137.
 30. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, et al. Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomized trial in St. Petersburg. *Int Breastfeed J* 2007;2:9.
 31. Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after Cesarean to improve breastfeeding. *Am J Matern Child Nurs* 2011;36:318–324; quiz 325–326.
 32. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Heim SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008; 122(Suppl 2):S43–S49.
 33. Mahmood I, Jamal M, Khan J. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: A randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surgeons Pakistan* 2011;21:601–605.
 34. Thukral A, Sankar MJ, Agarwal R, et al. Early skin-to-skin contact and breast-feeding behavior in term neonates: A randomized controlled trial. *Neonatology* 2012;102: 114–119.
 35. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: Results from a population-based study. *Birth* 2007;34:202–211.
 36. Preer G, Pisegna JM, Cook JT, et al. Delaying the bath and in-hospital breastfeeding rates. *Breastfeed Med* 2013;8:485–490.
 37. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336:1105–1107.
 38. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19:185–189.
 39. Cordova do Espirito Santo L, Dias de Oliveira L, Justo Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth* 2007;34: 212–219.
 40. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: A randomized trial. *Birth* 2001;28:236–242.
 41. Kervin BE, Kemp L, Pulver LJ. Types and timing of breastfeeding support and its impact on mothers' behaviours. *J Paediatr Child Health* 2010;46:85–91.
 42. Keefe MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 1988;17:122–126.
 43. Waldenstrom U, Swenson A. Rooming-in at night in the postpartum ward. *Midwifery* 1991;7:82–89.
 44. 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.
 45. Perez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdal B, et al. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breastfeeding success: An analytical overview. *Am J Public Health* 1994;84:89–97.
 46. Renfrew MJ, McCormick FM, Quinn WA, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD001141.
 47. Bystrova K, Matthiesen AS, Widström AM, et al. The effect of Russian maternity home routines on breastfeeding and neonatal weight loss with special reference to swaddling. *Early Hum Dev* 2007;83:29–39.
 48. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, et al. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr* 1994;83:1122–1126.
 49. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, et al. Baby-Friendly Hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics* 2012;130:54–60.
 50. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
 51. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, et al. Pacifiers and breastfeeding: A systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:378–382.
 52. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111: 511–518.
 53. Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;7: CD007202.
 54. Kair LR, Kenron D, Etheredge K, et al. Pacifier restriction and exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e1101–e1107.
 55. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/ (accessed October 30, 2013).
 56. Lawrence RM. Circumstances when breastfeeding is contraindicated. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:295–318.
 57. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 7th ed. Elsevier/Mosby, Philadelphia, 2011.
 58. Sachs HC; Committee on Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics. *Pediatrics* 2013;132:e796–e809.
 59. Toxnet: Toxicology Data Network. Drugs and Lactation Database (LactMed). <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT> (accessed October 31, 2013).
 60. Hale TW. *Medications and Mothers' Milk*, 15th ed. Pharmasoft, Amarillo, TX, 2012.
 61. Webb JA, Thomsen HS, Morcos SK, et al. The use of iodinated and gadolinium contrast media during pregnancy and lactation. *Eur Radiol* 2005;15:1234–1240.
 62. Chen MM, Coakley FV, Kaimal A, et al. Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 2008;112:333–340.
 63. American Thyroid Association Taskforce on Radioiodine Safety, Sisson JC, Freitas J, et al. Radiation safety in the treatment of patients with thyroid diseases by radioiodine ¹³¹I: Practice recommendations of the American Thyroid Association. *Thyroid* 2011;21:335–346.
 64. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol Committee. ABM clinical protocol #2 (2007 revision): Guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn and mother: “the going home protocol.” *Breastfeed Med* 2007;2:158–165.
 65. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005; 115:e139–e146.

66. American Academy of Pediatrics Committee on the Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 2010;125:405–409.
67. Becker GE, Cooney F, Smith HA. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (12):CD006170.
68. Flaherman VJ, Gay B, Scott C, et al. Randomized trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012;97:F18–F23.
69. Morton J, Hall JY, Wong RJ, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *J Perinatol* 2009;29:757–764.

plazo de 5 años, o antes en caso de cambios importantes en las pruebas.

Comité de protocolos de la Academy of Breastfeeding Medicine:

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

Los protocolos ABM expiran a los 5 años de la fecha de publicación. Se realizan revisiones basadas en pruebas en un

Correspondencia a: abm@bfmed.org