

Protocolo Clínico N.º 35 de la ABM:

Apoyo a la lactancia materna durante la hospitalización de la madre o del infante

Melissa Bartick, MD, MS,¹ María Teresa Hernández-Aguilar, MD, MPH, PhD,² Nancy Wight, MD,³

Katrina B. Mitchell, MD,⁴ Liliana Simon, MD, MS,⁵ Lauren Hanley, MD,⁶

Samantha Meltzer-Brody, MD, MPH,⁷ and Robert M. Lawrence, MD⁸

and the Academy of Breastfeeding Medicine

El desarrollo de protocolos clínicos para el manejo de problemas médicos comunes que pueden impactar en el éxito de la lactancia es un objetivo principal para la Academia de Medicina de la Lactancia. Estos protocolos sirven únicamente de guía para el cuidado de las madres que amamantan y sus lactantes, pero no marcan un único curso de tratamiento ni son estándares de cuidado médico. El tratamiento puede variar según las necesidades individuales de cada paciente. La Academia de Medicina de la Lactancia Materna reconoce que no todas las personas e individuos lactantes se identifican como mujeres. Sin embargo, el uso de un lenguaje que incluya el género no es posible en todos los idiomas, en todos los países y para todos los lectores. La posición de la Academia de Medicina de la Lactancia es interpretar los protocolos clínicos dentro del marco de inclusión de todas las personas que amamantan, amamantan con dispositivos al pecho o alimentan con leche humana.

Introducción

Las madres que amamantan y los lactantes amamantados pueden necesitar hospitalización por razones médicas o quirúrgicas, ya sea al nacer o más adelante en la vida del bebé, y las madres lactantes

pueden, en ocasiones, requerir hospitalización psiquiátrica. Desafortunadamente, la hospitalización de la madre o su hijo lactante puede resultar en la interrupción de la lactancia y el destete involuntario,¹⁻³ así como en otras complicaciones como la mastitis.⁴ Sin embargo,

¹ Department of Medicine, Mount Auburn Hospital and Harvard Medical School, Cambridge and Boston, Massachusetts, USA.

² Breastfeeding Clinical Unit, Dr. Peset University Hospital, Valencia, Spain.

³ Retired; Neonatology, Sharp Mary Birch Hospital for Women and Newborns, San Diego, California, USA.

⁴ Breast Surgical Oncology, Ridley Tree Cancer Center at Sansum Clinic, Santa Barbara, California, USA.

⁵ Department of Pediatrics, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA.

⁶ Department of Psychiatry, UNC Center for Mood Disorders, University of North Carolina Chapel Hill School of Medicine, Chapel Hill, North Carolina, USA.

⁷ Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA.

⁸ Division of Pediatric Infectious Disease, Department of Pediatrics, University of Florida, Gainesville, Florida, USA.

existen pocas guías oficiales para el manejo de la lactancia durante la hospitalización.⁵⁻¹¹ Este protocolo describe la atención recomendada durante la hospitalización de la madre que lacta o del lactante amamantado y marca una guía para establecer los estándares de implementación de políticas modelo.

Fuera de las unidades de Obstetricia, Pediatría o Neonatología el personal hospitalario puede tener experiencia y conocimientos limitados sobre el cuidado de madres lactantes y sobre la fisiología o el manejo de la lactancia materna. Es posible además, que algunos no comprendan los riesgos a corto y largo plazo de las interrupciones de la lactancia.^{4,12-14} El personal con una capacitación inadecuada puede sustituir las prácticas basadas en la evidencia por sus propias experiencias con la lactancia materna.⁵ Además, la presencia de un bebé o niño pequeño en una unidad médica o quirúrgica para pacientes adultos, un área perioperatoria o una unidad de cuidados intensivos pueden generar preocupación por la seguridad infantil y podría plantear interrogantes sobre la responsabilidad del hospital. El manejo de la lactancia materna con respecto a medicamentos, procedimientos y fluidos también puede precisar atención especial. Por último, es posible que el personal no esté familiarizado con la mejor manera de evaluar las necesidades de las madres a la hora de iniciar o continuar con la lactancia materna y que no conozca la mejor forma de ayudarlas a satisfacer sus necesidades a través de un proceso compartido de toma de decisiones.¹⁵

Los protocolos de la ABM N.º 7 (Política modelo de una maternidad que apoya la lactancia materna),¹⁶ N.º 15 (Analgésia y anestesia para la madre que amamanta),¹⁷ N.º 25 (Ayuno previo al procedimiento para el lactante amamantado),¹⁸ y N.º 31 (Lactancia materna y radiología y medicina nuclear)¹⁹ pueden ser complementos útiles de este protocolo.

Antecedentes:

El amamantamiento es la norma biológica de alimentación del lactante humano. Los riesgos de la interrupción temprana del amamantamiento incluyen el aumento de enfermedades infecciosas y crónicas infantiles y el incremento del riesgo de

diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular y cáncer de mama y de ovario para las mujeres.²⁰ Se estima que extender la lactancia materna a un nivel casi universal en el mundo, podría prevenir 823.000 muertes anuales en niños menores de 5 años.¹² Anualmente, la lactancia materna óptima podría prevenir otras 98.243 muertes maternas por cáncer y diabetes tipo 2 en todo el mundo.¹⁴ La Organización Mundial de la Salud y la mayoría de las autoridades sanitarias recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y mantenerla después, con alimentos complementarios, durante al menos los primeros 2 años de vida.²¹ La alimentación con leche materna es particularmente importante para los lactantes prematuros que tienen un mayor riesgo de enterocolitis necrotizante y mortalidad relacionada si son alimentados con fórmula para prematuros en lugar de con leche humana.^{22,23} La lactancia materna exclusiva es específicamente importante para la reducción del riesgo de mortalidad infantil relacionada con infecciones, otitis media, infección gastrointestinal y, de hospitalización por infección del tracto respiratorio inferior.^{20, 24}

Fisiología:

Un repaso básico de la fisiología de la lactancia es importante como fundamento para comprender el manejo de la madre o el bebé lactantes hospitalizados. La lactancia materna es una relación que entrelaza de forma compleja a madre y lactante y que puede verse afectada negativamente por interferencias externas, influencias culturales negativas y estrés.^{25,26} El alojamiento conjunto y tener al bebé al alcance de los brazos permite alimentarlo con frecuencia ante señales tempranas de hambre.

Es de esperar que los recién nacidos y los lactantes pequeños sean amamantados de 8 a 12 veces en cada período de 24 horas. Alrededor del segundo o tercer día de vida, el lactante puede querer mamar intensivamente mientras la leche pasa de calostro a leche madura. La oxitocina se segrega en respuesta a la succión, el contacto piel con piel y los movimientos de las manos del bebé sobre el pecho²⁷ y también, al ver, oír, oler o pensar en el bebé.²⁸ La secreción de oxitocina estimula el flujo activo de leche desde los alveolos a la desembocadura de los conductos en la areola y el pezón (el "reflejo de subida o bajada de la leche")

donde el bebé la obtiene succionando.²⁹ Esta hormona tiene múltiples efectos psicológicos y fisiológicos incluyendo la producción de sensaciones de bienestar y calma, incremento de la relajación, elevación del umbral del dolor y disminución de la frecuencia cardíaca y la presión arterial.³⁰ Por el contrario, las intervenciones médicas durante el parto, el miedo y la ansiedad pueden inhibir la liberación de oxitocina y, potencialmente, interferir con la lactancia.^{28,30,31}

La investigación indica que la separación madre-bebé causa un estrés significativo en los recién nacidos.^{32,33} Además, las diadas que amamantan comparten la fisiología circadiana con respecto a los niveles de cortisol.^{34,35}

La separación se asocia con el destete temprano no deseado y la disminución de la exclusividad de la lactancia materna.³ Inicialmente, tras el nacimiento, la prolactina estimula la producción de leche. En pocas semanas, el efecto de la prolactina se vuelve menos relevante y "la oferta y la demanda" determinan el mantenimiento de la producción de leche. Las tomas nocturnas son particularmente importantes para mantener una abundante producción de leche³⁶. Si los senos permanecen llenos, la producción de leche se ralentizará; por el contrario, si las madres amamantan con frecuencia, la producción de leche aumentará. Por lo tanto, las tomas de pecho frecuentes, incluidas las nocturnas, garantizan una producción adecuada de leche³⁶. La interrupción repentina del amamantamiento por separación madre-hijo puede causar molestia y congestión en los senos.^{4,29,37} Más aún, la extracción no fisiológica de leche materna mediante sacaleches es un factor de riesgo para la disminución de la producción de leche y para la mastitis³⁷.

La separación complica la protección inmunitaria del niño contra las enfermedades infecciosas.^{38,39} Esto se debe a que las madres transmiten al bebé anticuerpos y otras sustancias inmunomoduladoras en respuesta a los patógenos a los que están expuestas.³⁸ Los leucocitos de la leche y la IgA secretora³⁸ también aumentan en respuesta a la infección del lactante³⁹ lo que indica una comunicación del bebé hacia la madre que se cree ocurre durante el amamantamiento.³⁸ Mantener juntos a madre e hijo es especialmente importante

para proteger al bebé hospitalizado de las infecciones nosocomiales.³⁸

La extracción de leche, manual o con extractor, puede ser una herramienta útil para mantener la producción de leche si el amamantamiento no es posible.⁴⁰ No obstante, la extracción manual o con extractor solo debe utilizarse después de una evaluación cuidadosa de la necesidad de separar a madre e hijo. Un lactante sano es capaz de extraer la leche más eficientemente que la extracción manual o con sacaleches.⁴¹ Extraerse leche puede ocasionar una reducción en la producción de leche y causar la pérdida de autoconfianza de la madre en su capacidad para alimentar con éxito a su hijo mediante el amamantamiento.⁴² Además, algunas investigaciones indican que la leche materna extraída puede ofrecer menos protección inmunológica que la leche ofrecida directamente con el pecho porque las células y la actividad celular de la leche se reducen durante el almacenamiento y la congelación.^{43,44}

Recomendaciones

Para cada recomendación, se señala la calidad de la evidencia (niveles de evidencia 1, 2 y 3) y la Fuerza de recomendación (A, B y C) según las definiciones de la escala Strength of Recommendation Taxonomy⁴⁵.

1. *Crear una política para apoyar a la madre que amamanta y al lactante amamantado.*
 - a. Cualquier institución en la que ingresen mujeres en edad fértil o niños menores de 2 años debería tener una política de este tipo. El centro debe tener una política escrita sobre el manejo de la lactancia materna para la madre lactante o el lactante amamantado que son hospitalizados fuera de una sala neonatal o de maternidad.^{6,8} La política debe incluir elementos que permitan que los lactantes amamantados y sus madres estén juntos siempre que sea posible, salvo por contraindicaciones médicas. Debería especificar dónde se le permite estar al bebé, qué personal puede manejarlo de manera rutinaria, quién asume la responsabilidad de su cuidado si la madre es la paciente y qué concesiones se harán para su cuidador que debe disponer de permiso de entrada sin

restricciones. Puede especificar el tipo de habitación preferible para la dída (por ejemplo, habitación privada si está disponible). La política también debe incluir instrucciones respecto a equipamiento para la seguridad del bebé durante el sueño (por ejemplo, especificando que la instalación proporcionará dicho equipo y si los padres pueden traer el suyo). La política debería considerar opciones y procedimientos para el traslado a una instalación cercana donde las necesidades del paciente(s) puedan satisfacerse mejor cuando el centro no disponga de servicio de maternidad o servicio pediátrico con ingreso de manera rutinaria, o no tenga acceso a equipo básico o personal cualificado para el apoyo a la lactancia que esta disponible de forma habitual en otros hospitales de la comunidad (p.ej. sacaleches y recipientes de almacenamiento de leche materna, cunas, personal cualificado de apoyo a la lactancia)⁸. Las madres lactantes también podrían encontrarse hospitalizadas lejos de casa o de su bebé. Si tanto la madre como el bebé requieren hospitalización, la política debería incluir la necesaria agilización de las gestiones que asegure que ambos son ingresados en la misma institución, incluso si ello requiere un traslado. Si el lactante requiere hospitalización, la institución debería, idealmente, poder satisfacer las necesidades básicas de su madre lactante (alimentación, higiene, alojamiento, etc.). Las principales partes interesadas del hospital deben estar involucradas en la elaboración de esta política.⁸

Nivel de evidencia: 3. Fuerza de recomendación: C.

b. La política debería incluir los elementos necesarios para el apoyo adecuado a la lactancia. Además de una política para mantener juntos a las madres y los niños, la política debería incluir acceso a apoyo para la lactancia; planes que incluyan la extracción, el almacenamiento y el manejo de la leche siempre que sea necesario; ^{5,8} equipamiento⁴ y acceso del personal a recursos de alta calidad sobre seguridad de medicamentos (y lactancia).⁵ La política también debe incluir estrategias de comunicación para el traslado a

fin de garantizar que todos los miembros del equipo sanitario conocen el plan de lactancia o de extracción de leche.⁵ Por ejemplo, si se plantea una cirugía, el equipo multidisciplinario de la unidad de hospitalización debería comunicar el plan materno de lactancia, o de extracción de leche, al equipo quirúrgico y de anestesia, especialmente si la madre es la paciente.^{5,17} La documentación sobre la última toma de pecho o extracción de leche y la previsión del momento de la siguiente toma, debería formar parte del traspaso de rutina entre turnos o equipos de atención y debe comunicarse a la madre si el niño es el paciente.

Nivel de evidencia: 3. Fuerza de recomendación: C.

2. *Mantener juntos a las madres y a los bebés lactantes.*

Los bebés amamantados deben tener acceso ilimitado a las madres que los amamantan,^{29,33,34,38,41} cuya alimentación y necesidades básicas (de las madres) deben ser atendidas por la institución en la mayor medida posible. La madre es la fuente de nutrición del bebé y su leche tiene efectos terapéuticos. La lactancia materna es de vital importancia en una situación en la que el lactante está fuera de su entorno habitual y está enfermo, lesionado o requiere algún procedimiento médico o quirúrgico.

Cuanto más pequeño es el lactante, más esencial es que madre y lactante estén juntos tanto como sea posible para establecer y mantener la lactancia.^{16,21,46,47} Mantener juntos a las madres y lactantes amamantados es importante para amamantar directamente,^{38,39,43,48} responder a las señales de hambre,²¹ compartir la respuesta inmune frente a los patógenos,³⁸ prevenir la ingurgitación y la mastitis,²⁹ evitar la angustia materna e infantil,^{35,49} preservar la producción de leche materna,²⁹ respetar los ritmos circadianos compartidos,³⁴ y, en última instancia, mantener la lactancia materna exclusiva.^{1,2} Si tanto la madre como el bebé están hospitalizados, deberían ser ingresados en el mismo centro y, a ser posible, en la misma habitación.

Nivel de evidencia: 1-3. Fuerza de recomendación: B.

3. *Utilizar guías basadas en la evidencia para la extracción y el almacenamiento de la leche.*

- a. El amamantamiento directo es preferible a la extracción manual o con extractor: Siempre que sea posible, el amamantamiento es preferible para las díadas que normalmente lo practican, frente a la extracción manual o con sacaleches.^{38,39,43} Para una madre que amamanta, mantener a su bebé en el pecho es posible, aún estando frágil o debilitada por la enfermedad, especialmente si la lactancia está ya establecida. Las madres lactantes pueden estar demasiado frágiles o débiles por la enfermedad para manejar un extractor de leche sin ayuda ya que hacerlo requiere algunos ajustes en cada sesión, limpieza del equipo y almacenamiento posterior de la leche extraída. Esta actividad puede representar un desafío adicional si la madre no conoce el extractor suministrado y debería haber personal capacitado disponible para enseñar a usarlo. El resultado de la extracción de leche es variable entre las madres lactantes que pueden tener dificultades para provocar el reflejo de eyección o tener extracciones ineficientes,⁴² lo que hace al amamantamiento es especialmente importante.

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

- b. Frecuencia de extracción de leche: Es deseable que una madre lactante amamante o extraiga leche con la frecuencia con la que amamantaría normalmente si ella y/o el lactante no estuvieran hospitalizados o separados. Mantener una frecuencia similar es importante para conservar la producción de leche en curso; prevenir la incomodidad y la ingurgitación^{29,50} y para proporcionar leche al lactante.⁵¹ Un lactante amamantado en exclusiva de <6 meses mamará típicamente entre 8 y 12 veces en 24 horas, mientras que un lactante de 6 a 12 meses mamará de 5 a 6 veces y el de 12 meses puede que mame solo 3 o 4 veces al día⁵². Es importante, igualmente, ofrecer información sobre los volúmenes objetivo para la expresión, típicamente de 700 a 980 ml (25-35 oz) alrededor de los días 10 a 14 esperando que este volumen se mantenga durante los primeros 6 meses.⁵³

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

- c. Tipo de extractor: El extractor hospitalario un sacaleches doble son los métodos considerados ideales para la extracción de leche de la mujer lactante separada de su bebé, y requiere sustituir totalmente el amamantamiento por leche materna extraída.^{40,41} Las madres que amamantan pueden tener sus propios extractores y preferir usarlos. La limpieza de las partes debería realizarse de acuerdo con guías basadas en la evidencia^{53,54} y/o las instrucciones del fabricante. Los extractores diseñados para uso personal no deberían ser utilizados por más de una persona. La extracción combinada con el masaje suave en el pecho aumenta la cantidad de leche extraída.⁴⁰ Si ni el lactante ni el extractor están disponibles, se puede utilizar la expresión manual, pero por sí sola no es tan efectiva para vaciar el pecho como un extractor.⁴¹ Hay recursos disponibles en vídeo para la extracción manual.⁵⁵

Lo deseable es que se facilite un extractor manual a la madre que amamanta como recurso de apoyo ya que la madre podría no tener acceso a un extractor eléctrico. Aunque menos eficiente, es portátil y fácil de usar y le ofrece a la madre más flexibilidad para extraerse leche en caso de que necesite salir del hospital durante una hospitalización prolongada. Si la madre va a permanecer en su domicilio la mayoría del tiempo, deberían hacerse gestiones para que, siempre que sea posible, pueda utilizar un extractor eléctrico doble en dicho entorno.

Nivel de evidencia: 1-2. Fuerza de recomendación: A.

- d. Ayuda para aumentar la leche materna extraída: La relajación, un masaje cálido y suave, y música pueden ayudar a incrementar el volumen de leche.⁴⁰ Las imágenes, los sonidos y el olor del propio bebé puede ayudar a desencadenar el reflejo de eyección.²⁸ Además, es importante reducir el estrés y las distracciones tanto como sea posible.³¹

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

e. Almacenamiento de la leche extraída: La leche humana puede almacenarse a temperatura ambiente (20 °C - 22 °C, 68 °F - 72 °F) durante un máximo de 4 horas, tras lo cual debe refrigerarse.⁵⁶ En principio, la leche debería almacenarse en la habitación de la madre que amamanta o del niño que lacta (si no está en el nido) dentro de un refrigerador. También puede ser almacenada en una bolsa térmica refrigerada con paquetes de gel (o hielo a reemplazar cuando se derrita) donde puede mantenerse un máximo de 24 horas hasta que se pueda transportar al destino deseado.^{10,57} Los protocolos de almacenamiento pueden variar de un país a otro. Toda la leche extraída debería ser etiquetada con la fecha de extracción e información identificativa del paciente y el almacenamiento debe cumplir las normas locales o las de acreditación hospitalaria pertinentes. La leche deberá transportarse en recipientes refrigerados por ejemplo bolsas térmicas refrigeradas con paquetes de gel (o hielo, como ya se ha descrito). Una vez que la leche extraída llega a su destino deberá ser rápidamente refrigerada, congelada o utilizada.

Nivel de evidencia: 3. Fuerza de recomendación: C.

4. *Apoyo para el cuidado del hijo de la madre que lacta*

La madre lactante hospitalizada puede estar demasiado enferma para cuidar de su hijo, salvo para amamantarlo, o puede no estar disponible para cuidar del niño debido a procedimientos o pruebas. Si la madre desea continuar con la lactancia materna, un acompañante especialmente designado debe atender al bebé junto a la cama de la madre. Las políticas hospitalarias suelen exigir la presencia de un cuidador para el lactante.⁵ El personal del hospital no es responsable del cuidado del lactante. Por ello, es esencial permitir el acceso sin restricciones y acomodar a la persona responsable del cuidado del lactante.

Nivel de evidencia: 3. Fuerza de recomendación: C.

5. *Proporcionar el equipo necesario.*

Los centros deberían proporcionar un sacaleches eléctrico doble a las madres hospitalizadas que

lactan^{40,41} cuando este sea el estándar de cuidados en las maternidades locales (los sacaleches eléctricos dobles son los idóneos para esta situación, pero pueden no estar disponibles en todas las partes del mundo). Los bebés de las madres lactantes hospitalizadas necesitan un lugar seguro para dormir, como un moisés o una cuna y se supone que las instituciones que atienden a madres lactantes deben proporcionar los mismos tipos de equipamiento que se encontrarían en otros hospitales locales que ofrecen servicios de maternidad o de hospitalización para lactantes. Muchas camas de hospital no son adecuadas para el colecho y es posible que las políticas específicas de los hospitales deban asegurar que los requisitos de las camas de su hospital ofrecen un entorno seguro para el descanso de los bebés. Los asientos de seguridad para el coche, los carritos de paseos o las hamaquitas para bebés no se consideran dispositivos seguros o adecuados para dormir.⁵⁸ Puede ser necesario disponer de equipo para alimentar a un bebé hambriento mientras la madre se encuentra en una prueba o procedimiento, o si el bebé no puede ser amamantado directamente. Por lo general se recomienda evitar que los recién nacidos con una lactancia aún no establecida sean alimentados con tetinas artificiales o biberones (llamados mamaderas en algunos lugares^a),²¹ y alimentarlos en su lugar mediante succión digital o con otro instrumental como cucharitas, jeringuillas o sistemas de nutrición suplementaria mientras no puedan conseguir una transferencia adecuada de leche con el amamantamiento. Las familias pueden desear utilizar sus propios útiles de alimentación. Se les debe permitir que lo hagan, a menos que exista una contraindicación médica para la madre o el lactante. Una báscula infantil puede ser útil para asegurarse, mientras la madre que amamanta está hospitalizada, de que el bebé crece adecuadamente mediante evaluación del peso del lactante por el responsable pediátrico o por otro profesional experto, por ejemplo, el responsable del cuidado de la lactancia materna.

Nivel de evidencia: 1-2. Fuerza de recomendación: B.

^a nota del traductor

6. Usar recomendaciones de seguridad basadas en la evidencia para la medicación incluyendo los agentes de diagnóstico radiológico.

La mayoría de los medicamentos son seguros para la lactancia. Diferentes factores afectan el manejo medicamentoso, incluyendo la edad cronológica y gestacional del lactante y la cantidad y proporción de leche materna en su dieta. Los riesgos de la medicación deben ser comparados con los riesgos de no amamantar o de ser amamantado, para la madre y el lactante y otras alternativas medicamentosas o terapéuticas deben ser consideradas cuando sea necesario. Por tanto, es esencial que los profesionales médicos conozcan fuentes fiables en las que encontrar información sobre la seguridad de medicamentos para la lactancia. Las fuentes fiables pueden variar en diferentes partes del mundo, pero incluyen LactMed,⁵⁹ el InfantRisk Center⁶⁰ y E-lactancia.⁶¹ Hay que tener en cuenta que los medicamentos pueden potencialmente afectar al lactante y/o a la producción de leche y los responsables deben ser conscientes de ambos aspectos.

Los contrastes intravenosos yodados o de gadolinio no requieren la interrupción de la lactancia materna ni desechar la leche extraída.^{19,62} Sin embargo, los agentes radioactivos terapéuticos o de diagnóstico requieren generalmente la interrupción del amamantamiento o guardar la leche hasta que la radiactividad haya bajado lo suficiente dependiendo del agente.⁶¹ Consulte el Protocolo N.º 31 de la ABM "Estudios radiológicos y de medicina nuclear en mujeres que lactan" para más detalles.¹⁹ En algunos casos, se puede optar por alternativas a una prueba diagnóstica que utilice agentes radiactivos. Por ejemplo, puede considerarse un ecocardiograma de estrés en lugar de una prueba de esfuerzo con radionúclidos para evaluar la isquemia cardíaca. Las recomendaciones de medicación, incluyendo agentes radiológicos, deben basarse en recursos científicos de calidad. Se debe garantizar a la madre lactante que se ha investigado la seguridad para la lactancia de cada medicamento a administrar.^{10,63,64}

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

7. Considerar las diferentes necesidades de fluidos de la madre lactante.

Las necesidades de fluidos de una madre lactante suelen ser mayores que las de una madre no

lactante. Una madre que amamanta en exclusiva a un lactante de 6 meses puede producir 800mL de leche al día, con un rango entre 450 y 1200mL por día,⁵³ mientras que las que no amamantan en exclusiva pueden producir menos leche. Al calcular las necesidades de líquidos de una madre es importante sumar estas cifras al total, especialmente si no se le permiten alimentos o bebidas por boca. Para las madres que pueden beber, es importante que se les permita satisfacer la sed que provoca la liberación de oxitocina.

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

8. Asegurar la estancia en lugares aceptables para los hijos e hijas de madres que lactan.

- a. Unidades médico-quirúrgicas y áreas perioperatorias: Que la madre lactante tenga a su bebé en su habitación en una unidad médico-quirúrgica, es seguro a menos que los protocolos de control de la infección en relación con la infección materna lo impidan. Esto es importante para evitar separar a la diada (véase "Mantener juntos a la madre lactante y su bebé"). Si la hay, una habitación privada proporciona un entorno tranquilo y espacio para la persona de apoyo que cuide del bebé.¹⁰ También es aceptable para un lactante estar en un área perioperatoria, salvo que los protocolos específicos de control de la infección materna lo impidan. Algunos hospitales pueden no permitir las visitas en las áreas perioperatorias, pero el bebé de una madre lactante y su cuidadora deben ser considerados excepciones.

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

- b. UCI de adultos: En una UCI, hay preocupaciones adicionales sobre el equipo, el control de la infección, el mantenimiento de los signos vitales y otros cuidados continuos de la madre lactante que pueden hacer que la presencia de un de un bebé constituya un reto. Al mismo tiempo, la presencia de su bebé puede ayudar a calmar a la paciente, a que estabilice sus constantes vitales y a inspirarle un fuerte deseo de recuperarse por su hijo.⁸ La liberación de oxitocina durante el amamantamiento y el contacto piel con piel con el bebé puede tener efectos fisiológicos

terapéuticos en la madre lactante. Por el contrario, mantener a la madre separada de su lactante puede añadir ansiedad a la ya existente derivada de la enfermedad crítica. Incluso una madre no totalmente consciente puede beneficiarse de la percepción del tacto, el olor y los sonidos de su bebé.⁸

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

9. *Control y prevención de infecciones.*

Los bebés separados de sus madres pueden quedar expuestos a diferentes agentes patógenos para los que la madre lactante no producirá anticuerpos específicos.³⁸ Del mismo modo, la madre lactante no podrá producir leche rica en leucocitos como respuesta directa a una infección específica del lactante si está separada de su bebé.³⁸ Con pocas excepciones, los lactantes no precisan ser separados de sus madres ni la lactancia materna ser interrumpida por una infección. Las Infecciones para las que el amamantamiento o la alimentación con leche materna extraída están contraindicadas son la Brucelosis no tratada (hasta que sea tratada), el Ébola y la infección activa por virus del herpes simple en el pecho afecto (es aceptable alimentar o dar leche extraída del pecho no afectado si todas las lesiones están cubiertas).⁶⁵

En general, las autoridades recomiendan no dar el pecho ni alimentar con leche materna extraída a las personas infectadas por el virus linfotrópico de células T humano de tipo 1 o 2, pero puede haber situaciones en las que el beneficio supere el riesgo.^{65,66} Las infecciones para las que una paciente puede dar leche materna extraída pero no amamantar incluyen la varicela materna perinatal (concretamente la varicela que se haya manifestado en los 5 días anteriores al parto o en los 2 días posteriores al mismo).⁶⁵ En el caso del VIH, la Organización Mundial de la Salud ha publicado directrices para la alimentación infantil variables en función de las circunstancias.⁶⁷ En el caso de la tuberculosis no tratada mientras la madre sigue siendo infecciosa, la administración de leche materna extraída es segura (si el fármaco que toma no está contraindicado), pero las directrices sobre la separación varían en función de si la pareja vive en un entorno de bajos recursos y de si es previsible que la madre tenga una infección farmacorresistente.⁶⁸

La lactancia materna puede continuar con el SARS-CoV-2 con higiene respiratoria e higiene de las manos.⁶⁹ Puede ser necesario que una persona de apoyo ayude con el cuidado del bebé si la madre está demasiado enferma. Tenga en cuenta que algunas infecciones, incluidas las hepatitis víricas y otras infecciones para las que el personal sanitario utiliza precauciones de contagio por contacto, como las producidas por *Chlostridium Difficile* y enterococos resistentes a la Vancomicina, no son infecciones que contraindiquen la lactancia materna ni para las que sea necesario tomar precauciones especiales con los bebés. No hay que temer el contagio del bebé por otros pacientes de la unidad de hospitalización. No obstante, para extremar precauciones, el personal del hospital debe minimizar la manipulación del bebé, excepción hecha de aquellos profesionales cuya labor lo requiera (por ejemplo, el personal de lactancia o de pediatría).

Nivel de evidencia: 3. Fuerza de recomendación: C.

10. *Proporcionar apoyo a la lactancia para la paciente quirúrgica adulta.*

Las madres lactantes pueden someterse a intervenciones quirúrgicas programadas o de urgencia.

- a. Procedimientos programados: Los procedimientos quirúrgicos programados deben incluir atención al mantenimiento de la lactancia, como se indica en el plan de cuidados perioperatorios de Simon et al. y Rieth et al. en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center (Nueva York).^{5,6} Esto supone la identificación preoperatoria de las madres lactantes; la atención específica a la alimentación del bebé y/o a la extracción de la leche en la zona de espera preoperatoria, la gestión adecuada de los fluidos intraoperatorios y de la medicación no narcótica para el dolor cuando sea posible, y la reunión de la madre y el bebé en la sala de reanimación cuando sea médicamente seguro. La madre puede amamantar al bebé en cuanto esté despierta y alerta ya que el anestésico ha sido eliminado de la leche cuando desaparece del sistema nervioso central.⁵⁹ Los anestesiólogos deben estar familiarizados con la seguridad de los agentes anestésicos con la lactancia, y utilizar analgésicos adecuados para la lactancia

(véase el Protocolo N.º 15 de la ABM, Analgesia y anestesia para la madre lactante).¹⁷

Además, en el caso de procedimientos hospitalarios complejos que puedan requerir la intubación postoperatoria y/o la estancia en la UCI quirúrgica, el cirujano debe ponerse de acuerdo con el equipo responsable de la salud de la paciente para crear un plan de apoyo a la lactancia y minimizar las complicaciones. Este equipo debería incluir, sin limitarse a ellos, a los siguientes médicos y personal: anestesiólogos, enfermeras perioperatorias (preoperatorio y sala de recuperación), enfermeras de quirófano, intensivistas quirúrgicos, enfermeras de cuidados intensivos, enfermeras de planta, médicos especialistas en lactancia materna y asesores de lactancia. En el caso de pacientes que requieran una gestión rigurosa de la medicación (por ejemplo, los pacientes trasplantados), debe identificarse un farmacéutico familiarizado con recursos sobre medicación y lactancia (por ejemplo, LactMed,⁵⁹ e-lactancia,⁶¹ InfantRisk Center⁶⁰). Los profesionales sanitarios deben estar familiarizados con la seguridad de los antibióticos para la lactancia materna (véase la sección "Medicamentos"). Otros fármacos perioperatorios comunes, como los anticoagulantes, deberán revisarse caso por caso. Por ejemplo, aunque la seguridad de la heparina está establecida, los nuevos anticoagulantes carecen de datos claros todavía.

Otras consideraciones para el equipo incluyen:

- Calcular el tiempo estimado total de separación de la madre de su hijo y/o del sacaleches, atendiendo especialmente al transporte, la intubación, el posicionamiento y la preparación preoperatoria. En los casos en los que se prevea un tiempo de separación superior a las 4 horas, debe elaborarse un plan para la extracción de leche intraoperatoria.
- El lugar de la incisión quirúrgica merece consideración especial con respecto a la mama lactante. Por ejemplo, los procedimientos torácicos pueden requerir incisiones que podrían afectar al flujo vascular y al drenaje de la mama. Los cirujanos deben estar preparados para la gran vascularización de la mama lactante.

- Si se prevén injertos artificiales (por ejemplo, procedimientos vasculares) hay que tener cuidado para evitar la contaminación del injerto con leche materna.

- El manejo en la UCI se describe más abajo.

b. Procedimientos urgentes o emergentes (por ejemplo, cirugía traumatológica): Los problemas urgentes varían en gravedad, desde la colecistitis hasta la obstrucción intestinal o el politraumatismo y representan escenarios desafiantes para el manejo de la lactancia. Como ya se ha mencionado, debe prestarse atención, cuando sea posible, al mantenimiento de la extracción de leche, a tener en cuenta la seguridad de la medicación para la lactancia y a reunir a la madre con su lactante tan pronto como sea médicamente seguro. Los traumatólogos deben ser conscientes de que, debido a la elevada vascularización de la mama lactante, las mujeres lactantes pueden tener un mayor riesgo de sufrir un hematoma mamario en los traumatismos causados por el cinturón de seguridad o el airbag. Además, las mujeres pueden tener circulación colateral considerable en toda la pared torácica y es necesario prestar atención al sangrado cuando se coloquen vías centrales, tubos torácicos y otros dispositivos para cirugía o para monitorización (véanse las secciones anteriores sobre "Medicamentos", "Mantener juntos a la madre lactante y al bebé" y "Extracción de leche").

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

11. Apoyar a la madre lactante inconsciente inmediatamente después del parto.

Como ya se ha descrito para los procedimientos urgentes, aunque una madre no sea capaz de comunicarse o esté inconsciente, no debe asumirse que la lactancia materna no es importante para ella o que no lo será en el futuro. Debe esperarse de su representante en temas de salud, si lo tiene, que tome las decisiones que crea que la madre tomaría si fuera capaz. Además, si la madre se encuentra en el posparto inmediato y la extracción de leche no se inicia con prontitud, puede ser difícil o imposible para ella amamantar de forma exclusiva.^{51,70} Las visitas del bebé pueden requerir esfuerzos coordinados del personal de lactancia y de pediatría, pero en última instancia pueden

favorecer la recuperación inmediata de la paciente y beneficiar al bebé.⁸ Para una madre sedada o inconsciente la presencia de su bebé puede ser beneficiosa, mejorar sus signos vitales e infundirle ánimo para recuperarse.⁷¹ Se deben realizar preparativos para que una persona con experiencia realice la extracción de leche si la madre no puede hacerlo por sí misma. La formación adecuada del personal que atiende a las pacientes que se extraen leche o que necesitan ayuda para ello debe incluir el conocimiento de los ajustes de la bomba, el ajuste de la campana y los signos de daño en el pezón. Descuidar estas consideraciones puede provocar un daño anatómico importante, dolor y una posible infección.⁷²

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

12. Apoyar a la madre lactante ingresada en psiquiatría.

Hay diferentes indicaciones de ingreso psiquiátrico agudo para una madre lactante. Sin embargo, independientemente del tipo de unidad de psiquiatría, el protocolo estándar debería contemplar que el equipo hospitalario apoye la continuidad de la lactancia atendiendo a los deseos de la paciente.

- a. Disponer de una política escrita o un protocolo específico para la unidad de psiquiatría para apoyar a estas pacientes: Tener una política escrita para todas las pacientes ingresadas es importante para el éxito de la lactancia materna y el mantenimiento de esta^{6,8} pero hacer realidad el apoyo a la madre que amamanta en una unidad psiquiátrica es particularmente complejo y requiere supervisión de la paciente y apoyo adicional del personal. Tener una política escrita o un protocolo específicos para la unidad psiquiátrica para apoyar la lactancia en estas pacientes es muy importante para el mantenimiento con éxito de la misma. Los protocolos en los que las visitas del bebé son posibles pueden ayudar también a promover el vínculo madre-hijo y mejorar el apego y el bienestar de la madre en general. Las visitas deberían ser un objetivo cuando se pueden hacer con seguridad. (Véanse las secciones "Mantener juntos a las madres y a los bebés lactantes" y "Crear una política de apoyo a la madre lactante").

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

- b. Favorecer las unidades de hospitalización materno-infantil. Existe una gran variedad de unidades psiquiátricas en el mundo, en las que las mujeres durante la época perinatal pueden recibir tratamiento por una enfermedad psiquiátrica suficientemente grave para justificar su hospitalización. Puede tratarse de una unidad psiquiátrica general, una unidad psiquiátrica que sólo atiende a mujeres o una unidad psiquiátrica perinatal especializada. Esta última es la mejor opción para las mujeres durante el periodo perinatal.⁷³ Las unidades psiquiátricas especializadas para las mujeres durante esa etapa, llamadas frecuentemente Unidades Madre-Bebé (UMB), se desarrollaron por primera vez en 1948 en el Reino Unido. En la actualidad, existen en Bélgica, Francia, Alemania, los Países Bajos, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda y otras partes del mundo.⁷⁴⁻⁷⁶ En las UMB la terapia hospitalaria aborda la enfermedad mental en el contexto del funcionamiento materno y presta especial atención al apego materno-infantil.^{74,76-78} Es importante destacar que las unidades de hospitalización especializadas en mujeres en periodo perinatal tienen muchas más probabilidades de preservar la lactancia materna.⁷⁹ En los Estados Unidos, la primera unidad psiquiátrica perinatal se abrió en 2011. A diferencia de la mayoría del resto de UMBs, las unidades de psiquiatría perinatal de Estados Unidos no permiten que los bebés pernecten con la madre en su habitación, pero ofrecen visitas extensas, la provisión de extractores de leche hospitalarios y un lugar seguro para visitar y amamantar.⁷⁷

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B

- c. Apoyar el contacto de la madre con su hijo durante la hospitalización: Las UMB son la mejor opción.⁷³ En su ausencia, las visitas deberían ser un objetivo cuando puedan ser apoyadas con seguridad. (Véanse las secciones "Mantener juntos a la madre y al bebé lactantes" y "Crear una política de apoyo a la madre que amamanta"). La posibilidad de que el niño visite a la paciente psiquiátrica hospitalizada dependerá de varios factores centrados principalmente en la seguridad. Esto

incluye la capacidad de la madre para interactuar adecuadamente con el niño y la disponibilidad de un entorno apropiado para las visitas madre-hijo, en la unidad psiquiátrica o cerca de ella. En muchos casos, será necesario recomendar la supervisión de las visitas por el personal garantizando la seguridad de la interacción madre-hijo. En muchas unidades psiquiátricas, están prohibidas las visitas de menores, pero la reunión de la díada lactante debería ocurrir en un lugar separado donde fuera posible. En resumen, siempre que sea adecuado, el objetivo debe ser que todas las pacientes lactantes tengan visitas seguras y supervisadas.

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

- d. Proporcionar ayuda a la madre para que se extraiga la leche cuando el amamantamiento no sea posible. Un sacaleches eléctrico doble debería estar accesible (siempre que esto sea el estándar de atención en las unidades de maternidad locales, dado que tales sacaleches no están disponibles en todas las partes del mundo). El personal debería estar familiarizado con el uso de dichos sacaleches o debería consultarse con otro personal del hospital que pueda ayudar a la madre lactante hospitalizada en una unidad de psiquiatría. La leche debe ser etiquetada y almacenada, como ya se ha indicado, en un refrigerador apropiado en la unidad (véase "Extracción y almacenamiento de la leche"). Uno de los retos de la extracción de leche en una unidad psiquiátrica es el riesgo de autolesión de la paciente. Las tubuladuras de un extractor de leche son consideradas material de riesgo porque podrían ser utilizadas en un intento de suicidio por estrangulamiento. Por ello, las mujeres lactantes ingresadas en una unidad psiquiátrica necesitarán supervisión durante la extracción de leche, lo que puede percibirse como incómodo al ser una actividad que las mujeres prefieren hacer en privado. Los equipos psiquiátricos deben ser conscientes de este reto y sopesar cuidadosamente el riesgo de autolesión frente al derecho a la intimidad, ya que este último es generalmente preferido por la paciente durante la extracción de leche. Una vez finalizada la misma, las tubuladuras

deberían ser retiradas a la paciente hasta la siguiente sesión. El uso de un extractor no eléctrico o la enseñanza de la extracción manual de la leche pueden ser opciones si el uso de un extractor eléctrico supone riesgo para la seguridad de la madre y la supervisión durante la extracción no fuera posible.

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

- e. Ayudar con la extracción de leche si la madre no es capaz de hacerlo: Es también posible que, debido a la naturaleza de su diagnóstico, la madre lactante ingresada pueda ser incapaz de extraer la leche por sí misma. Por ejemplo, puede tener un brote psicótico agudo, tener una desorganización o estar catatónica. Si esta es la situación, sus objetivos de lactancia materna deben ser discutidos con su representante en temas de salud para poder ayudarla de la mejor manera posible durante su ingreso. Puede ser necesario que para la extracción de leche, la ayude un miembro del equipo de apoyo a la lactancia u otro staff capacitado. Si la extracción de leche se espacia durante periodos prolongados, pueden surgir otras complicaciones relacionadas con la lactancia (véase "Apoyo a la paciente inconsciente")

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

- f. Considerar el amamantamiento cuando se planifique el régimen terapéutico con medicación psicotrópica: La evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios de los medicamentos psicotrópicos eficaces, con el perfil de seguridad más favorable para las mujeres lactantes, debe ser una parte esencial en la planificación del tratamiento. El tratamiento adecuado de la enfermedad psiquiátrica es primordial y debe ser una prioridad absoluta. Aunque muchos de estos medicamentos son considerados seguros para la lactancia, puede que, en ocasiones, la combinación de múltiples fármacos sea de preocupación para el lactante. La seguridad de los medicamentos debe ser evaluada tanto individualmente como en el contexto del régimen terapéutico, y deberán vigilarse posibles efectos adversos en el bebé (ver "medicamentos" en las sugerencias de

recursos). Además, los medicamentos antipsicóticos pueden aumentar los niveles de prolactina y, por tanto, la producción de leche.

13. Facilitar el amamantamiento para los lactantes y los niños amamantados hospitalizados

El amamantamiento es muy importante para los lactantes y los niños hospitalizados. Sin embargo, la pérdida de apetito por la enfermedad, los ayunos para pruebas o procedimientos y la separación de la madre pueden suponer retos importantes. Cuando el bebé o el niño lactante son hospitalizados, se deberían hacer todos los esfuerzos posibles para permitir acceso ilimitado a su madre lactante cuyas necesidades de comida y alojamiento deberán ser atendidas. Se ha demostrado que el estrés materno provocado por la hospitalización de su lactante afecta a la lactancia materna.^{4,26} Para mantener la producción de leche y tener leche disponible para el lactante, en caso de producirse una separación o una pérdida de apetito del lactante, lo ideal es que la madre se extraiga leche con un sacaleches eléctrico doble tan frecuentemente como el mamaría habitualmente. Puede ser necesario un apoyo cualificado para la lactancia (véase "Extracción de leche"). Las madres pueden necesitar que las tranquilicen, las animen y las orienten si los volúmenes extraídos parecen bajos. El contacto piel con piel puede ayudar a facilitar el amamantamiento, así como a mantener los volúmenes de leche extraída si el bebé no puede ser amamantado.⁸⁰ Ver recursos online.^{81,82} Las enfermedades crónicas de los niños pueden plantear retos adicionales y pueden requerir un apoyo, formación y habilidades específicas del personal sanitario así como equipamiento específico.⁴ A veces, el paciente pediátrico puede ser el hermano mayor de un bebé amamantado y la madre puede estar en el hospital con un lactante amamantado a costas. En estas circunstancias, se debe permitir que este permanezca en la habitación con su madre y el hermano hospitalizado, a menos que los protocolos específicos de control de infecciones lo impidan. Debe proporcionarse un lugar seguro para que duerma el lactante amamantado, como un moisés o una cuna. Si la presencia del lactante en la unidad no es posible debido a riesgos específicos para el mismo o a limitaciones logísticas, puede ser necesario un

apoyo de lactancia cualificado para la madre lactante.

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

Consideraciones especiales

- a. Niños en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP): Los lactantes y niños pequeños pueden ser ingresados para el tratamiento de enfermedades graves, como infecciones, cánceres, corrección de anomalías congénitas o traumatismos, cualquiera de los cuales puede requerir procedimientos quirúrgicos complejos y/o largas estancias en el hospital. A menudo, estos bebés o niños, al menos al principio, están demasiado enfermos para ser amamantados y/o demasiado enfermos para recibir cualquier tipo de nutrición enteral. Además, la madre lactante puede estar demasiado abrumada por la salud del lactante o del niño como para pensar en cuestiones relacionadas con la lactancia materna.⁴ Es por ello primordial ayudar y apoyar plenamente a la madre lactante para que se extraiga y mantenga la producción de leche⁸³ (véase más arriba). Para ello se la animará a que se extraiga la leche desde el primer contacto con el sistema médico, ya sea el servicio de urgencias o la clínica. Cuando un equipo de transporte traslada a un bebé o niño lactante desde un hospital externo a una UCIP, debe haber coordinación con todos los equipos implicados para proporcionar a la madre la posibilidad de completar la extracción de leche a tiempo si es necesario.

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

- b. Apoyo respiratorio: Aproximadamente un tercio de los pacientes pediátricos que requieren intubación y ventilación mecánica pueden desarrollar algún grado de disfagia. Esto es aún más frecuente en los niños de menos de 25 meses de edad.⁸⁴ Incluso si el lactante era amamantando antes del ingreso, la transición de vuelta al pecho puede suponer un reto adicional y puede requerir apoyo y orientación de un experto en lactancia.

Algunos lactantes que mamaran sin problemas antes de la enfermedad aguda y que aún no han recuperado su estado respiratorio o neurológico de partida pueden

precisar algún tipo de apoyo respiratorio, como una cánula nasal o una cánula nasal de alto flujo. En los niños con bronquiolitis que requieren algún tipo de soporte respiratorio como una cánula nasal o ventilación de alto flujo, los acontecimientos adversos relacionados con la alimentación parecen ser raros, independientemente del método utilizado para la misma.⁸⁵ La lactancia materna directa puede ser preferible, ya que permite al niño regular mejor el flujo de leche que obtiene del pecho, y también puede ayudar a tranquilizarlo.²⁸ Además, la lactancia materna directa es superior a la administración de leche extraída por razones descritas anteriormente (véase "Extracción de leche").

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

c. Lactantes con enfermedades congénitas: Los recién nacidos y los lactantes con enfermedades congénitas graves, como enfermedades cardíacas, renales, digestivas o pulmonares, pueden necesitar hospitalizaciones frecuentes o prolongadas en unidades pediátricas o unidades de cuidados intensivos pediátricos. Estos pacientes suelen tener un mayor riesgo de sufrir complicaciones infecciosas, enterocolitis necrotizante, dificultades de alimentación y retraso en el crecimiento, por lo que la lactancia y la leche maternas pueden ofrecerles una protección especial. Al mismo tiempo, pueden padecer afecciones crónicas como hipotonía, somnolencia, escaso aumento de peso y otras que crean desafíos adicionales y pueden requerir apoyo y/o un equipo de lactancia especializado.⁴ Muchos bebés requieren hospitalización mientras la lactancia aún se está estableciendo y, al principio, pueden no ser capaces de mamar directamente. Es necesario ofrecer a las madres y familias información y cuidados antes y después del nacimiento, durante la hospitalización del bebé.²¹ Los bebés que pueden mamar directamente suelen permanecer clínicamente más estables mientras son amamantados, disminuyendo su nivel de estrés y la necesidad de medicamentos para el control del dolor o la presión arterial.^{28,30}

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

d. Apoyo a la lactancia para el lactante o niño quirúrgico: Los lactantes sometidos a cualquier tipo de cirugía pueden no ser capaces de alimentarse en absoluto o pueden ser capaces de alimentarse sólo durante un tiempo limitado. Por ello, la madre puede necesitar extraerse leche (véase más arriba y el Protocolo N.º 25 de la ABM, Ayuno previo al procedimiento¹⁸). Cuando un lactante de este tipo ingresa para ser operado después de que se haya establecido la lactancia, se debe facilitar y fomentar la lactancia materna directa lo antes posible. Algunos de estos lactantes o niños pueden tener diversas sondas, vías y drenajes en el postoperatorio inmediato. Las madres necesitarán un apoyo adicional y cualificado para amamantar a sus hijos, a fin de evitar que se desplacen las vías, los tubos y los drenajes, y debe prestarse atención al control del dolor del bebé. La transición de vuelta al pecho puede ser lenta. Es necesario un equipo multidisciplinar que conozca todos estos aspectos para el cuidado de estas díadas.⁴

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

e. Equilibrio estricto de fluidos y lactancia materna para el niño enfermo: Los niños críticamente enfermos requieren habitualmente un balance estricto de fluidos para el mantenimiento de la función de sus órganos vitales, lo que supone un reto cuando el lactante se alimenta directamente del pecho. A pesar de ello, es preferible permitir y fomentar el amamantamiento del lactante frente al uso de otros medios de alimentación que permitirían una medición de volúmenes más exacta⁸⁶ (véase "Extracción de leche" y "Asistencia respiratoria"). Un pequeño estudio demostró que la medición de la ingesta de leche materna mediante el peso, en lactantes con cardiopatía congénita, en una unidad de cuidados transitorios cardíacos pediátricos, fueron útiles para apoyar la lactancia materna y para proporcionar una evaluación más precisa de la ingesta optimizando así el equilibrio de fluidos.⁸⁷

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de recomendación: B.

14. Promover la toma de decisiones compartida

En ocasiones, una enfermedad puede plantear a la madre lactante la difícil decisión de interrumpir su lactancia: Dependiendo de sus circunstancias vitales y de la edad del bebé puede que la madre ya hubiera considerado la posibilidad de interrumpir la lactancia materna antes de enfermar. Para tomar esta decisión es importante que disponga de información precisa, en particular sobre la seguridad de los medicamentos que necesitará como tratamiento de su enfermedad. Algunas pacientes pueden asumir, por error, que debían interrumpir la lactancia materna por su enfermedad. En ocasiones, un profesional de la salud puede haber recomendado, erróneamente, que interrumpa la lactancia materna. Las madres deben ser informadas de los riesgos de la interrupción prematura de la lactancia para su propia salud y la de su bebé¹⁵ (enmarcado, si se desea, como "los beneficios de la continuación de la lactancia materna"). Por el contrario, la madre puede desear intensamente mantener la lactancia materna, pero haber asumido que esto no es posible. Otras madres pueden haber sufrido una grave disminución de la producción de leche como resultado de la separación del bebé o de interrupciones en la extracción de leche debido a la enfermedad. Estas madres necesitarán apoyo profesional para reanudar la lactancia materna de forma que quede garantizada con seguridad la ganancia de peso adecuada del bebé. En cualquier caso, es importante que las madres tomen sus decisiones tras recibir una información completa de los riesgos y beneficios para ella y para su bebé y que cuenten con apoyo profesional para la lactancia siempre que sea necesario.

Nivel de evidencia: 3. Fuerza de recomendación: C.

Resumen

El apoyo durante una hospitalización a una madre lactante o a un niño o niña lactantes es importante y puede ayudar a su recuperación, especialmente en caso de enfermedad crítica. Incluso cuando circunstancias difíciles como la pandemia de SARS-CoV-2 hacen necesaria la restricción de visitas al hospital, debería considerarse firmemente la presencia de una persona de apoyo para la madre que le permita mantenerse cerca de su hijo. Siempre que sea posible, los cuidados deben

prestarse en el mismo centro para la madre y su hijo lactante por lo que las instituciones deben trabajar y adaptar su infraestructura para el apoyo adecuado a las familias lactantes.

Áreas para la investigación futura

Debido a que se ha publicado poco sobre este tema, la publicación de más relatos de experiencias, incluyendo ejemplos de políticas y series de casos deberían ser bienvenidos.

Referencias

1. Courtois E, Thibault P. [Impact of hospitalization of an infant during breast-feeding: Mother-child investigation]. *Rech Soins Infirm* 2010;102:50–58.
2. Heilbronner C, Roy E, Hadchouel A, et al. Breastfeeding disruption during hospitalisation for bronchiolitis in children: A telephone survey. *BMJ Paediatr Open* 2017;1:e000158.
3. Bartick MC, Valdes V, Giusti A, et al. Maternal and infant outcomes associated with maternity practices related to COVID-19: The COVID mothers' study. *Breastfeed Med* 2021;16:189–199.
4. Hookway L, Lewis J, Brown A. The challenges of medically complex breastfed children and their families: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2021:e13182.
5. Simon JA, Carabetta M, Rieth EF, et al. Perioperative care of the breastfeeding patient. *AORN J* 2018;107:465–474.
6. Rieth EF, Barnett KM, Simon JA. Implementation and organization of a perioperative lactation program: A descriptive study. *Breastfeed Med* 2018;13:97–105.
7. Australian Breastfeeding Association. Breastfeeding and hospitalisation. Australian Breastfeeding Association. 2017. <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/breastfeeding-andhospitalisation> (accessed January 29, 2021).
8. Watson J, Hermann S, Johnson B. Developing a policy to support breastfeeding in women who are hospitalized and acutely ill. *Nurs Womens Health* 2013;17:188–196.
9. Dumphy D. The breastfeeding surgical patient. *AORN J* 2008;87:759–766; quiz 767–770.

10. Wenner L. Care of the breastfeeding mother in medical surgical areas. *Medsurg Nurs* 2007;16:101–104.
11. Shanahan H, Ashton J. Breastfeeding Women Admitted to Hospital Clinical Guideline V3.1. Truro, United Kingdom NHS Royal Cornwall Hospitals, 2020.
12. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387:475–490.
13. Bartick MC, Jegier BJ, Green BD, et al. Disparities in breastfeeding: Impact on maternal and child health outcomes and costs. *J Pediatr* 2017;181:49–55 e46.
14. Walters DD, Phan LTH, Mathisen R. The cost of not breastfeeding: Global results from a new tool. *Health Policy Plan* 2019;34:407–417.
15. Haiek LN, LeDrew M, Charette C, et al. Shared decision making for infant feeding and care during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Matern Child Nutr* 2021:e13129.
16. Hernandez-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, et al.; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #7: Model maternity policy supportive of breastfeeding. *Breastfeed Med* 2018;13:559–574.
17. Reece-Stremtan S, Campos M, Kokajko L, et al. ABM clinical protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017; 12:500–506.
18. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #25: Preprocedural fasting for the breastfeeding infant: “NPO” guidelines. *Breastfeed Med* 2012;7:197–202.
19. Mitchell KB, Fleming MM, Anderson PO, et al. ABM clinical protocol #31: Radiology and nuclear medicine studies in lactating women. *Breastfeed Med* 2019;14:290–294.
20. 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* 2017:2013(2012):null.
21. World Health Organization. Guideline: Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities: Providing Maternity and Newborn Services. Geneva: World Health Organization, 2017.
22. Colaizy TT, Bartick MC, Jegier BJ, et al. Impact of optimized breastfeeding on the costs of necrotizing enterocolitis in extremely low birthweight infants. *J Pediatr* 2016; 175:100–105 e102.
23. O’Connor DL, Gibbins S, Kiss A, et al. Effect of supplemental donor human milk compared with preterm formula on neurodevelopment of very low-birth-weight infants at 18 months: A randomized clinical trial. *JAMA* 2016;316:1897–1905.
24. Khan J, Vesel L, Bahl R, et al. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: Effects on neonatal mortality and morbidity A systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J* 2015;19:468–479.
25. Gyamfi A, O’Neill B, Henderson W. Black/African American breastfeeding experience: Cultural, sociological, and health dimensions through an equity lens. *Breastfeed Med* 2021:103–111.
26. Foligno S, Finocchi A, Brindisi G, et al. Evaluation of mother’s stress during hospitalization can influence the breastfeeding rate: Experience in intensive and non intensive departments. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:1298.
27. Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, et al. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001;28:13–19.
28. Uvnäs Moberg K. Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant* 2013;9:201–206.
29. Boss M, Gardner H, Hartmann P. Normal human lactation: Closing the gap. *F1000Res* 2018;7:F1000 Faculty Rev-801.
30. Uvnäs-Moberg K, Ingemar A, Magnusson D. The psychobiology of emotion: The role of the oxytocinergic system. *Int J Behavioral Medicine* 2005;12:59–65.
31. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr* 2001;131:3012S–3015S.

32. Vetulani J. Early maternal separation: A rodent model of depression and a prevailing human condition. *Pharmacol Rep* 2013;65:1451–1461.
33. 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:e20161889.
34. Jonas W, Bisceglia R, Meaney MJ, et al. The role of breastfeeding in the association between maternal and infant cortisol attunement in the first postpartum year. *Acta Paediatr* 2018;107:1205–1217.
35. Crenshaw JT. Healthy birth practice #6: Keep mother and newborn together—It’s best for mother, newborn, and breastfeeding. *J Perinat Educ* 2019;28:108–115.
36. Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, et al. Volume and frequency of breastfeeding and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics* 2006;117:e387–e395.
37. Johnson HM, Mitchell KB. Lactational phlegmon: A distinct clinical entity affecting breastfeeding women within the mastitis-abscess spectrum. *Breast J* 2020;26:149–154.
38. Hassiotou F, Hepworth AR, Metzger P, et al. Maternal and infant infections stimulate a rapid leukocyte response in breastmilk. *Clin Transl Immunology* 2013;2:e3.
39. Riskin A, Almog M, Peri R, et al. Changes in immunomodulatory constituents of human milk in response to active infection in the nursing infant. *Pediatr Res* 2012;71:220–225.
40. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9:CD006170.
41. Meier PP, Patel AL, Hoban R, et al. Which breast pump for which mother: An evidence-based approach to individualizing breast pump technology. *J Perinatol* 2016;36:493–499.
42. Felice JP, Geraghty SR, Quagliari CW, et al. “Breastfeeding” without baby: A longitudinal, qualitative investigation of how mothers perceive, feel about, and practice human milk expression. *Matern Child Nutr* 2017;13: e12426.
43. Felice JP, Rasmussen KM. Breasts, pumps and bottles, and unanswered questions. *Breastfeed Med* 2015;10:412–415.
44. Lawrence RA. Storage of human milk and the influence of procedures on immunological components of human milk. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88:14–18.
45. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J Am Board Family Pract* 2004;17:59–67.
46. 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.
47. Ng CA, Ho JJ, Lee ZH. The effect of rooming-in on duration of breastfeeding: A systematic review of randomised and non-randomised prospective controlled studies. *PLoS One* 2019;14:e0215869.
48. Fewtrell M, Kennedy K, Lukoyanova O, et al. Short-term efficacy of two breast pumps and impact on breastfeeding outcomes at 6 months in exclusively breastfeeding mothers: A randomised trial. *Matern Child Nutr* 2019;15:e12779.
49. Silberman SL. Pioneering in family-centered maternity and infant care: Edith B. Jackson and the Yale rooming-in research project. *Bull Hist Med* 1990;64:262–287.
50. Lee S, Kelleher SL. Biological underpinnings of breastfeeding challenges: The role of genetics, diet, and environment on lactation physiology. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2016;311:E405–E422.
51. World Health Organization. (2009). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>.
52. Centers for Disease Control and Prevention. Table 3.2. Median number of feedings of each food in the past 7 days by infant age, among babies who consumed each food. U.S. Department of Health and Human Services. Infant Feeding Practices Survey II Web site. 2008. https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/ifps/data/ifps2_tables_ch3.pdf (accessed February 20, 2021).

53. Institute of Medicine (US), Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation. 5: Milk volume. In: Nutrition During Lactation. Washington, DC: National Academies Press (US), 1991.
54. Centers for Disease Control and Prevention. How to keep your breast pump kit clean: The essentials. US Department of Health and Human Services. 2020. <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthchildcare/infantfeeding/breastpump.html> (accessed January 29, 2021).
55. Flores-Anton B, Martin-Cornejo J, Morante-Santana MA, et al. Comparison of two methods for cleaning breast pump milk collection kits in human milk banks. *J Hosp Infect* 2019;103:217–222.
56. Stanford Medicine Newborn Nursery, Morton J. Hand expression of breastmilk. Stanford University. 2006. <http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/hand-expressing-milk.html> (accessed January 29, 2021).
57. Centers for Disease Control and Prevention. Proper storage and preparation of breast milk. Department of Health and Human Services. 2020. https://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling_breastmilk.htm (accessed January 29, 2021).
58. 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:e20162938.
59. LactMed: Drugs and Lactation Database. <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT> (accessed September 20, 2006).
60. Texas Tech University Health Sciences Center. InfantRisk Center at Texas Tech University Health Sciences Center: Breastfeeding. Texas Tech University Health Sciences Center. 2021. <https://www.infantrisk.com/category/breastfeeding> (accessed January 29, 2021).
61. e-lactancia. Is it compatible with breastfeeding? Association for the Promotion of and Scientific and Cultural Research in Breastfeeding of Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (World Health Organization). 2021. www.e-lactancia.org/ (accessed February 20, 2021).
62. 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.
63. Odom EC, Li R, Scanlon KS, et al. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e726–e732.
64. Brown A, Finch G, Trickey H, et al. 'A Lifeline When No One Else Will Give You the Answer': An Evaluation of the Breastfeeding Network kdrugs in Breastmilk Service.Scotland: Breastfeeding Network, 2019.
65. Centers for Disease Control and Prevention. Contraindications to breastfeeding or feeding breast milk to infants.US Department of Health and Human Services. 2019. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-specialcircumstances/contraindications-to-breastfeeding.html> (accessed January 29, 2021).
66. Carneiro-Proietti AB, Amaranto-Damasio MS, Leal Horiguchi CF, et al. Mother-to-child transmission of Human T-Cell Lymphotropic Viruses-1/2: What we know, and what are the gaps in understanding and preventing this route of infection. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2014;3 Suppl 1:S24–S29.
67. World Health Organization. Updates on HIV and Infant Feeding. Geneva: World Health Organization, 2021.
68. Loveday M, Hlangu S, Furin J. Breastfeeding in women living with tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2020;24: 880–891.
69. World Health Organization. Breastfeeding and COVID-19. Scientific Brief. 2020. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19#:~:text=WHO%20recommends%20that%20mothers%20withconfirmed%20COVID%2D19> (accessed October 16, 2020).
70. Auerbach KG, Avery JL. Relactation: A study of 366 cases. *Pediatrics* 1980;65:236–242.

71. Turner T. Why North Carolina mom believes newborn saved her life. ABC News [Internet]. 2015. Available from: <https://abcnews.go.com/Health/north-carolina-mom-believes-newborn-saved-life/story?id=34836156> (accessed August 22, 2021).
72. Eglash A, Malloy ML. Breastmilk expression and breast pump technology. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58:855–867.
73. Wisner KL, Jennings KD, Conley B. Clinical dilemmas due to the lack of inpatient mother-baby units. *Int J Psychiatry Med* 1996;26:479–493.
74. Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NM. The history of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the French version of the Marce checklist. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:53–58.
75. Galbally M, Sved-Williams A, Kristianopoulos D, et al. Comparison of public mother-baby psychiatric units in Australia: Similarities, strengths and recommendations. *Australas Psychiatry* 2019;27:112–116.
76. Kimmel MC, Lara-Cinisomo S, Melvin K, et al. Treatment of severe perinatal mood disorders on a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Arch Women's Ment Health* 2016;19:645–653.
77. Meltzer-Brody S, Brandon AR, Pearson B, et al. Evaluating the clinical effectiveness of a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Arch Womens Ment Health* 2014;17:107–113.
78. Buist A, Minto B, Szego K, et al. Mother-baby psychiatric units in Australia—The Victorian experience. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:81–87.
79. Hill R, Law D, Yelland C, et al. Treatment of postpartum psychosis in a mother-baby unit: Do both mother and baby benefit? *Australas Psychiatry* 2019;27:121–124.
80. Vittner D, McGrath J, Robinson J, et al. Increase in oxytocin from skin-to-skin contact enhances development of parent-infant relationship. *Biol Res Nurs* 2018;20:54–62.
81. Children's Hospital of Philadelphia. Maintaining your milk supply while your baby is hospitalized. Children's Hospital of Philadelphia. 2021. [https://www.chop.edu/pages/maintaining-your-](https://www.chop.edu/pages/maintaining-your-milk-supply-while-baby-hospitalized)
- milk-supply-while-baby-hospitalized (accessed February 15, 2012).
82. Children's Wisconsin. Breastfeeding your hospitalized child. Children's Wisconsin. 2021. <https://childrenswi.org/medical-care/neonatology/breastfeeding-resources/breastfeeding-your-hospitalized-child> (accessed February 15, 2021).
83. Ben Gueriba K, Heilbronner C, Grimaud M, et al. Simple actions to support breastfeeding can avoid unwanted weaning in infants younger than 6 months hospitalized for bronchiolitis: A before/after study (Bronchilact II). *Arch Pediatr* 2021;28:53–58.
84. Hoffmeister J, Zaborek N, Thibeault SL. Postextubation dysphagia in pediatric populations: Incidence, risk factors, and outcomes. *J Pediatr* 2019;211:126–133 e121.
85. Shadman KA, Kelly MM, Edmonson MB, et al. Feeding during high-flow nasal cannula for bronchiolitis: Associations with time to discharge. *J Hosp Med* 2019;14:E43–E48.
86. Combs VL, Marino BL. A comparison of growth patterns in breast and bottle-fed infants with congenital heart disease. *Pediatr Nurs* 1993;19:175–179.
87. Gregory C. Use of test weights for breastfeeding infants with congenital heart disease in a cardiac transitional care unit: A best practice implementation project. *JBHI Database System Rev Implement Rep* 2018;16:2224–2245.
- Los protocolos de la ABM expiran a los 5 años de su fecha de publicación. El contenido de esta publicación está actualizado en la fecha de publicación. Las revisiones basadas en la evidencia se hacen dentro de los 5 años o antes si hay cambios significativos en la evidencia.
- Melissa C. Bartick, MD, MS, FABM, lead author
María Teresa Hernández-Aguilar, MD, MPH, IBCLC, PhD, FABM
Nancy Wight, MD, FABM
Katrina B. Mitchell, MD
Liliana Simon, MD, MS
Lauren Hanley, MD

Samantha Meltzer-Brody, MD, MPH

Robert M. Lawrence, MD

Miembros del Comité de protocolos de la Academia
de Medicina de la Lactancia:

Elizabeth Stehel, MD, Chair

Lawrence Noble, MD, FABM, Translations Chair

Melissa C. Bartick, MD, MS, FABM

Sarah Calhoun, MD

Laura Kair, MD, MAS, FABM

Susan Lappin, MD, FABM

Ilse Larson, MD

Yvonne LeFort, MD, FABM

Nicole Marshall, MD, MCR

Katrina Mitchell, MD

Susan Rothenberg, MD, IBCLC, FABM

Tomoko Seo, MD, FABM

Gina Weissman, DMD, RN

Nancy Wight, MD, FABM

Lori Feldman-Winter, MD, MPH

Adora Okogbule-Wonodi, MD

Michal Young, MD, FABM

Deena Zimmerman, MD, MPH

For correspondence: abm@bfmed.org