



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Pallás Alonso, Carmen Rosa; Soriano Faura, Javier; Colomer Revuelta, Julia; Cortés Rico, Olga; Esparza Olcina, M.^a Jesús; Galbe Sánchez-Ventura, José; Gallego Iborra, Ana; García Aguado, Jaime; Merino Moína, Manuel; Rando Diego, Álvaro; San Miguel Muñoz, M.^a José; Sánchez Ruiz-Cabello, Francisco Javier; Mengual Gil, José M.^a

Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria

Pediatría Atención Primaria, vol. XXI, núm. 82, 2019, Abril-Junio, pp. 191-201

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366660266020>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia

Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria

Carmen Rosa Pallás Alonso^a, Javier Soriano Faura^b, Julia Colomer Revuelta^c, Olga Cortés Rico^d, M.^a Jesús Esparza Olcina^e, José Galbe Sánchez-Ventura^f, Ana Gallego Iborra^g, Jaime García Aguado^h, Manuel Merino Moínaⁱ, Álvaro Rando Diego^j, M.^a José San Miguel Muñoz^k, Francisco Javier Sánchez Ruiz-Cabello^l, José M.^a Mengual Gil^m

Publicado en Internet:
18-junio-2019

Carmen Rosa Pallás Alonso:
kpallas.hdoc@gmail.com

^aServicio de Neonatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España • ^bPediatra. CS Fuensanta. Valencia. España • ^cDepartamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Unidad de Pediatría. Universidad de Valencia. Valencia. España • ^dPediatra. CS Canillejas. Madrid. España • ^ePediatra. CS Barcelona. Móstoles. Madrid. España • ^fPediatra. CS Torrero La Paz. Zaragoza. España • ^gPediatra. CS Trinidad. Málaga. España • ^hPediatra. CS Villablanca. Madrid. España • ⁱPediatra. CS El Greco. Getafe. Madrid. España • ^jPediatra. CS Mejorada del Campo. Velilla de San Antonio. Madrid. España • ^kPediatra. CS Fuensanta. Valencia. España • ^lPediatra. CS Zaidín Sur. Granada. España • ^mPediatra. CS Delicias Sur. Zaragoza. España (coordinador).

Resumen

Palabras clave:

- Atención Primaria
- Iniciativa de Humanización de la Asistencia al Nacimiento y Lactancia
- Lactancia materna
- Práctica profesional

La leche humana se reconoce como el alimento idóneo para todos los niños por sus probados beneficios en la salud de la madre y del niño. La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de la vida y, al menos hasta los dos años, complementada con otros alimentos. Esta recomendación se extiende a los recién nacidos enfermos y prematuros, salvo raras excepciones. Las pruebas sobre el efecto protector de la lactancia materna en la salud del niño y de la madre son muy robustas en relación con catorce enfermedades, nueve infantiles y cinco maternas. El apoyo a la lactancia materna desde Atención Primaria tiene un efecto favorable y consistente, con un riesgo de efectos adversos mínimo y que precisa una disponibilidad de recursos asumibles. En los centros de salud se sugiere implantar las prácticas recomendadas por la Academia Americana de Pediatría o los siete pasos de la Iniciativa de Humanización de la Asistencia al Nacimiento y Lactancia para prolongar la lactancia materna. Se sugiere formar a los médicos en lactancia materna, implicar a enfermeras consultoras en lactancia y favorecer el apoyo entre pares para prolongar la lactancia materna.

Support for breastfeeding in Primary Care

Abstract

Key words:

- Breastfeeding
- Initiative Humanisation of Attendance to Birth and breastfeeding
- Primary Care
- Professional practice

Human milk is recognized as the ideal nourishment for all children due to its proven health benefits for mother and child. World Health Organization recommends exclusive breastfeeding during the first six months of life and, at least until two years, complemented with other foods. This recommendation extends to sick and preterm newborns, with rare exceptions. Proofs on the protecting effect of breastfeeding for child and mother health are very robust relating to fourteen diseases: nine child diseases and five mother diseases. Support to breastfeeding in Primary Care has a favourable and consistent effect, with a minimum risk of adverse events and it requires affordable resources. It is suggested to implement in Primary Care Centers the recommended practices of the American Academy of Pediatrics or the 7 steps of Initiative Humanisation of Attendance to Birth and breastfeeding to prolong breastfeeding. It is suggested to train physicians in breastfeeding, involve breastfeeding consultant nurses and promote the peers' support to prolong breastfeeding.

Cómo citar este artículo: Pallás Alonso CR, Soriano Faura J, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, *et al.* Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2019;21:191-201.

La leche humana se reconoce como el alimento idóneo para todos los niños por sus probados beneficios en la salud de la madre y del niño. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones¹⁻⁵ recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de la vida y, al menos hasta los dos años, complementada con otros alimentos. Esta recomendación se extiende a los recién nacidos enfermos y prematuros, salvo raras excepciones. En las **Tablas 1 y 2** se resumen los beneficios en salud para los niños y para las madres^{6,7}. Bartick⁸, en una publicación reciente, refiere que las pruebas sobre el efecto protector de la lactancia materna en la salud del niño y de la madre son muy robustas en relación con catorce enfermedades, nueve infantiles (leucemia linfocítica aguda, otitis media aguda, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, infección gastrointestinal, infección respiratoria con hospitalización, obesidad, enterocolitis necrotizante y síndrome de muerte súbita infantil) y cinco maternas (cáncer de mama, cáncer ovárico premenopáusico, hipertensión, diabetes tipo 2 e infarto de miocardio). Si

en EE.UU. se cumpliera la recomendación de la OMS sobre la duración de la lactancia materna se evitarían cada año, en base a estas catorce enfermedades mencionadas, 3340 muertes: 2619 muertes de mujeres y 721 muertes de niños y además se podrían ahorrar anualmente unos 14 200 millones de dólares⁸. Por tanto, dados los importantes beneficios en salud para la población general y también en el ámbito económico, parece que el apoyo a la lactancia materna debería ser una prioridad para todos los profesionales sanitarios.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

En España se dispone de poca información oficial sobre tasas de lactancia materna. Los últimos datos se remontan a la publicación del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2012⁹ que recoge información desde 1995 a 2011 (**Tabla 3**). Se puede observar como la tasa de lactancia a los tres meses se ha incrementado casi 12 puntos, situándose en el 66,5% y la tasa a los seis meses ha aumentado

Tabla 1. Asociación entre lactancia materna y resultados en salud infantil⁶

Resultado infantil	Evidencia reciente de revisiones sistemáticas existentes	
	Comparación con lactancia materna	RR agrupado (IC 95)
Otitis media aguda	Siempre frente a nunca	0,67 (0,56 a 0,80)
	Exclusivo 6 meses frente a no exclusivo	0,57 (0,44 a 0,75)
Asma	Siempre frente a nunca	0,88 (0,82 a 0,95)
	Exclusivo >3 o 4 meses frente a <3 meses	0,94 (0,69 a 1,29)
Dermatitis atópica	≥3 a 4 meses frente a otro	0,74 (0,57 a 0,97)
Factor de riesgo cardiovascular: presión sanguínea sistólica	Siempre frente a nunca	-0,70 mmHg (-1,18 a -0,21)
Factor de riesgo cardiovascular: presión sanguínea diastólica	Siempre frente a nunca	-0,34 mmHg (-0,76 a 0,09)
Factor de riesgo cardiovascular: colesterol	Siempre frente a nunca	-0,01 mmol/l (-0,05 a 0,02)
Leucemia infantil	Siempre frente a nunca	0,89 (0,84 a 0,94)
	≥6 meses frente a <6 meses	0,81 (0,73 a 0,89)
Desarrollo cognitivo	Alguna vez frente a nunca	3,44 puntos (2,30 a 4,58)
Diabetes mellitus: tipo 1	Siempre frente a nunca	0,81 (0,72 a 0,92)
Diabetes mellitus: tipo 2	Variado	0,65 (0,49 a 0,86)
Infección gastrointestinal	Nunca frente a siempre	1,32 (1,06 a 1,63)
Obesidad	Siempre frente a nunca	0,77 (0,69 a 0,86)
Mortalidad por cualquier causa	Ninguna frente a parcial (infantil de 0 a 5 meses)	3,89 (2,28 a 6,65)
	Ninguna frente a parcial (infantil de 6 a 11 meses)	1,76 (1,28 a 2,41)
	Ninguna frente a parcial (niños de 12 a 23 meses)	1,97 (1,45 a 2,67)

IC 95: intervalo de confianza del 95%; RR: riesgo relativo.

Tabla 2. Asociación entre lactancia materna y resultados en salud materna ⁶		
Resultados maternos	Evidencia reciente de revisiones sistemáticas existentes	
	Comparación con lactancia materna	RR agrupado (IC 95)
Cáncer de mama	Siempre frente a nunca	0,78 (0,74 a 0,82)
	Tiempo total de lactancia materna ≥12 meses frente a nunca	0,74 (0,69 a 0,79)
Cáncer de ovarios	Siempre frente a nunca	0,70 (0,64 a 0,77)
	Tiempo total de lactancia materna ≥12 meses frente a nunca	0,63 (0,56 a 0,71)
Diabetes mellitus tipo 2	"Más tiempo" frente a "menos tiempo" de duración de lactancia materna	0,68 (0,57 a 0,82)

IC 95: intervalo de confianza del 95%; RR: riesgo relativo.

14 puntos, llegando a un 47%. Estos datos de la encuesta nacional se refieren a cualquier lactancia y no aportan información sobre la frecuencia de lactancia materna exclusiva. También se dispone de estudios de prevalencia de lactancia en algunas comunidades autónomas. En el estudio Calina¹⁰, realizado en Aragón en 2009 y 2010, se refieren tasas de cualquier lactancia materna de 72% a los tres meses y de 55% a los seis meses. Un estudio realizado en la Comunidad de Madrid¹¹ con niños nacidos en 2008-2009 refiere una tasa de cualquier lactancia materna a los seis meses de 50% y de exclusiva del 25%. En Vigo¹², en 2013 y 2014, han encontrado una tasa de lactancia materna exclusiva a los seis meses del 50%. Aunque estos datos son, sin

duda, optimistas, se está muy lejos de las recomendaciones de la OMS. Se puede afirmar, con la información disponible, que la tasa de lactancia materna en España es subóptima y por tanto la ausencia de lactancia materna está generando enfermedad tanto en el niño como en la madre. Esta lactancia subóptima es un problema importante de la salud pública. Como actualmente las mujeres, tras el parto, tienen estancias muy cortas en la maternidad, la mayor parte del apoyo a la lactancia se realiza desde Atención Primaria y esto justifica la elaboración de recomendaciones en este sentido.

LAS INTERVENCIONES PARA APOYAR LA LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA GENERAN BENEFICIO EN SALUD EN LOS NIÑOS Y EN LAS MADRES

Respecto a los beneficios en la madre, no se ha identificado ningún estudio que evalúe las consecuencias del apoyo a la lactancia en Atención Primaria sobre la salud materna¹³.

Respecto a los beneficios en el niño, se han identificado únicamente tres estudios que refieren el resultado en salud en los niños en relación con una intervención puntual de apoyo a la lactancia desde Atención Primaria. En el primero de ellos¹⁴, en el grupo de intervención se establece apoyo entre pares durante tres meses tras el parto en mujeres de nivel socioeconómico bajo. Se encontró que el grupo control tuvo el doble de episodios de diarrea que el grupo de intervención (riesgo relativo [RR]: 2,15; intervalo de confianza del 95% [IC 95]: 1,16 a 3,97). El segundo¹⁵ apoya a las madres a través de llamadas telefónicas y mira los resultados en salud hasta los 12 meses de edad. No encuentra diferencias significativas salvo en el número de visitas por otitis media (0,36 ± 0,98 frente a 0,88 ± 1,73, $p = 0,03$). El tercer estudio¹⁶ realiza el apoyo con llamadas telefónicas diarias durante 14 días. Los niños del grupo de estudio realizaron menos visitas a su médico de Atención Primaria durante el primer mes de vida (25 frente a 35%, $p < 0,05$). Como se puede ver, el número de estudios que

Tabla 3. Proporción de niños menores de 5 años que han sido alimentados total o parcialmente con lactancia materna durante su primer año de vida ⁹		
	Porcentaje a los 3 meses de edad	Porcentaje a los 6 meses de edad
1995	54,8	33,2
1997	58,6	35,3
2001	65,5	44,9
2006	63,3	38,8
2011	66,5	47,0

abordan el apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria, desde el punto de vista de la salud de los niños, es muy escaso. Además, estos estudios son de baja calidad, realizan intervenciones diferentes y también evalúan diferentes resultados, por todo ello, con la información disponible actualmente, es difícil establecer recomendaciones consistentes.

A pesar de la limitada información sobre el beneficio en salud del apoyo a la lactancia materna desde Atención Primaria, como está bien establecido el beneficio en salud de la lactancia materna, parece pertinente considerar el beneficio en relación con las tasas o la duración de la lactancia materna y las prácticas concretas que pueden ser de utilidad en Atención Primaria.

LAS INTERVENCIONES PARA APOYAR LA LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA TIENEN UN EFECTO POSITIVO EN LA TASA DE LACTANCIA, EN SU DURACIÓN O EN QUE SE MANTENGA DE FORMA EXCLUSIVA

Algunos ejemplos de las intervenciones que se realizaron en la revisión realizada por el US Preventive Services Task Force (USPSTF)^{13,17} en Atención Primaria son: apoyo por pares con conversaciones y vídeos, educación prenatal por la matrona y el pediatra, sesiones de formación por consejeras en lactancia y apoyo telefónico, llamadas telefónicas postparto durante 14 días por una enfermera de Atención Primaria, apoyo específico a la lactancia cuando se administran las vacunas, la acreditación para ser centro de salud reconocido con buenas prácticas de lactancia, sesiones específicas para evitar el uso del chupete en las primeras semanas tras el parto, etc.

En la **Tabla 4** se recoge el resumen de los resultados obtenidos en el metanálisis¹³. Como se puede ver, el efecto de las intervenciones en Atención Primaria es mayor sobre la lactancia materna exclusiva que sobre cualquier lactancia materna. De todas formas, también hay un efecto discreto sobre cual-

Tabla 4. Resumen de los resultados del metanálisis realizado por el USPSTF en relación con intervenciones del apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria¹³

Resultado en lactancia	RR (IC 95)
Cualquier lactancia <3 meses	1,07 (1,03 a 1,11)
Cualquier lactancia entre 3 y 6 meses	1,11 (1,04 a 1,18)
Cualquier lactancia a los 6 meses	1,07 (0,98 a 1,16)
Cualquier lactancia a los 12 meses	No valorado
Lactancia exclusiva <3 meses	1,21 (1,11 a 1,33)
Lactancia exclusiva entre 3 y 6 meses	1,20 (1,05 a 1,38)
Lactancia exclusiva a los 6 meses	1,16 (1,02 a 1,32)

IC 95: intervalo de confianza del 95%; RR: riesgo relativo.

quier lactancia materna tanto antes de los tres meses como entre los tres y los seis meses. Sin embargo, a los seis meses parece que los efectos de las intervenciones no se mantienen.

Los resultados de esta revisión realizada por el USPSTF son similares a los encontrados en otras revisiones sistemáticas realizadas anteriormente¹⁸⁻²⁵ y también de revisiones posteriores²⁶⁻²⁸. En todas ellas encuentran que las intervenciones de apoyo realizadas en Atención Primaria tienen un efecto moderado sobre la duración de la lactancia materna. Por ejemplo, en la revisión realizada por Haroon²⁰ se concluye que tanto el consejo individual como el consejo en grupo consigue prolongar la lactancia entre el mes y los 6 meses (RR: 1,90; IC 95: 1,54 a 2,34).

Feldman, en la excelente revisión que realiza sobre prácticas de apoyo a la lactancia materna, propone una serie de intervenciones para apoyar la lactancia en Atención Primaria (**Tabla 5**)²⁹. Muchos de los apoyos que se plantean para el periodo posparto en Atención Primaria tienen cabida también en la etapa prenatal. A continuación se describen las prácticas propuestas, basadas en la evidencia, para el apoyo de la lactancia materna en Atención Primaria.

- Formación de los médicos de Atención Primaria. Los profesionales de salud no siempre tienen adecuada formación en lactancia materna. En un ensayo clínico aleatorizado³⁰ se mostró como 5 horas de formación de los médicos en lactancia materna impartidas, consiguieron mejorar las prácticas de apoyo a la lactancia materna e

Tabla 5. Esquema de los momentos en los que se pueden realizar intervenciones, la mayoría basadas en pruebas, para apoyar la lactancia materna²⁹

Preconcepción	Prenatal	Intraparto	Posparto
- Inclusión de la formación en lactancia materna en el currículo escolar - Consejo a adolescentes - Educación para la salud. - Webs que apoyan la lactancia	- Apoyo entre pares* - Educación estructurada en los beneficios y en la práctica de la lactancia materna* - Apoyo para aumentar la autoeficiencia*	10 pasos para una lactancia materna exitosa (efecto dependiente del número de pasos aplicados)* - Apoyo entre pares* - Eliminación de la publicidad de la industria (código)*	- Formación de médicos y enfermeras en lactancia materna* - Otros apoyos profesionales (consultoras en lactancia materna)* - Facilitar sacaleches* - Apoyo entre pares* - Formación de los padres, familiares, y otros apoyo*
Apoyo cultural y lenguaje sensible hacia la lactancia materna* Cuidado Centrado en el paciente* Apoyo público y normas sociales Gobierno y legislación			

*Evidencia disponible para apoyar la acción.

incrementaron la tasa de lactancia materna exclusiva a las 4 semanas de vida frente al grupo control (83,9 frente a 71,9%, RR: 1,17, IC 95: 1,01 a 1,34) y se continuó hasta una media de 18 semanas frente a 13 semanas en el grupo que no recibió la formación (RR: 1,40; IC 95: 1,03 a 1,92). Actualmente la formación *online* en lactancia materna es una buena opción para difundir el conocimiento con una inversión económica menor y proporcionando mayor accesibilidad³¹. En España, la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) realiza cursos de formación para residentes. La IHAN ya ha realizado 10 cursos para médicos residentes. Actualmente se admiten unos 90 alumnos anuales y en total se han formado 736 residentes. En los cursos de la IHAN se pasa una encuesta validada de conocimiento de lactancia materna pre- y poscurso. En 2017 los médicos residentes obtuvieron un porcentaje medio de aciertos del 62% precurso y poscurso del 92%. El 91% de los alumnos evaluaron el curso con la mejor puntuación posible. Estos resultados son muy similares a los de años anteriores. La formación de los profesionales es uno de los aspectos básicos para la acreditación IHAN³², tanto de maternidades como de centros de salud.

- Formación de enfermeras (enfermeras certificadas en consejería de lactancia). Es esencial el

apoyo realizado por las enfermeras, sobre todo si están certificadas como consejeras en lactancia. En un ensayo clínico muy bien diseñado³³ compararon las visitas a domicilio por una enfermera experta en lactancia con el cuidado tradicional postparto en el centro de salud y se vio como la probabilidad de seguir lactando a los dos meses era más alta en el grupo de intervención y los padres mostraban mejores habilidades (probabilidad de amamantar a los dos meses 72,1 frente a 66,4% [$p = 0,05$]). Las enfermeras certificadas en consejería de lactancia pueden ofrecer apoyo tanto a domicilio como en las consultas de los centros de Atención Primaria. El seguimiento telefónico que pueden hacer de las mujeres que están amamantando se ha mostrado eficaz para incrementar el tiempo de lactancia exclusiva y el tiempo total de lactancia (cualquier lactancia materna RR: 1,18; IC 95: 1,05 a 1,33 y lactancia materna exclusiva RR: 1,45; IC 95: 1,12 a 1,87)³⁴. En España, la IHAN proporciona también formación para las enfermeras residentes en Pediatría y para las matronas. Han asistido al curso un total de 364 enfermeras.

- Apoyo entre pares. El apoyo continuo que precisan las mujeres que están amamantando requiere algo más que el apoyo profesional. La ayuda que proporcionan las mujeres a otras mujeres cada vez cobra mayor importancia y puede

realizarse de diferentes formas y con diferentes objetivos³⁵⁻³⁸, desde mejorar las habilidades de los padres hasta la formación en el uso del sacaleches. Se mostró una duración más prolongada de la lactancia materna cuando se recibió formación sobre lactancia o asistencia a un grupo de apoyo (*odds ratio* [OR]: 1,85; IC 95: 1,24 a 2,76). También se prolongó la lactancia cuando los amigos o familiares proporcionaron formación sobre extracción de leche (OR: 1,70; IC 95: 1,13 a 2,55)³⁸. En España hay muchísimos grupos de apoyo a la lactancia, prácticamente casi en cada ciudad española. En la página de IHAN (www.ihan.es) está disponible toda la información sobre los grupos de apoyo a la lactancia.

- Participación de otros miembros de la familia. La implicación de los padres en todo el proceso de lactancia se ha visto que tiene un efecto positivo³⁶.

En España, se ha publicado recientemente un ensayo aleatorizado multicéntrico en referencia al apoyo telefónico a la lactancia materna desde Atención Primaria³⁹. Este estudio no ha encontrado diferencias ni en lactancia materna exclusiva ni en cualquier lactancia materna. Este estudio tiene una importante limitación metodológica ya que la tasa de lactancia materna, en el grupo control, fue mucho menor de la esperada y de la que se utilizó para el cálculo del tamaño muestral por lo que con las diadas madre-hijo, incluidas en cada grupo, la potencia del estudio fue únicamente del 68%.

INTERVENCIONES CONCRETAS QUE SE PUEDEN PLANTEAR LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA APOYAR LA LACTANCIA MATERNA

Como se acaba de referir, en base al conocimiento actual, sería recomendable que los profesionales de Atención Primaria implantaran prácticas de apoyo a la lactancia materna. Sin embargo, las revisiones que apoyan estas recomendaciones^{13,18-25} incluyen estudios muy diversos con intervenciones muy diferentes en cuanto a quien las realiza, como se realizan y durante cuánto tiempo. Así que esta

información no es de mucha utilidad para los profesionales de Atención Primaria que quieran implantar buenas prácticas de apoyo a la lactancia. No quedan establecidos criterios que permitan identificar qué prácticas pueden ser de mayor utilidad o cuáles deberían ser las primeras en implantarse.

Para abordar el estudio de las prácticas concretas que puedan implantarse en Atención Primaria y de las que se pueda esperar un resultado positivo en cuanto a la lactancia materna, se pueden utilizar dos estrategias diferentes que, como se verá más adelante, tienen muchos puntos en común. Estas estrategias se plantean como estrategias para implantar en todo un equipo^{32,40}.

Estrategia de apoyo a la lactancia materna propuesta por la Academia Americana de Pediatría: “Breastfeeding friendly pediatric office practice”⁴⁰

Los profesionales de Atención Primaria deberían evitar las barreras para el amamantamiento y la promoción de las fórmulas artificiales. La sección de lactancia materna de la Academia Americana de Pediatría (AAP)⁴⁰ revisó las prácticas que han mostrado apoyar la lactancia materna y que pueden ser implantadas desde Atención Primaria, con el objetivo final de incrementar la duración de la lactancia exclusiva y la continuación de la lactancia en general. Para identificar las prácticas de apoyo la AAP se basa en el protocolo “Breastfeeding friendly physician’s office: optimizing care for infants and children”, publicado por la American Breastfeeding Academy (ABM)⁴¹. Este protocolo de la ABM incluye 19 prácticas para apoyar la lactancia materna en Atención Primaria; la AAP incluye finalmente en su protocolo 14. En la **Tabla 6** se muestran estas prácticas relacionándolas con los 7 pasos del centro de salud IHAN.

Un estudio⁴² evaluó la frecuencia de lactancia materna desde la primera semana de vida hasta los seis meses, antes y después de implantar las prácticas propuestas en el protocolo de la ABM⁴¹. Los autores encontraron que la frecuencia de lactancia

Tabla 6. Instalaciones pediátricas que favorecen la lactancia materna⁴⁰

Práctica	Paso de la IHAN relacionado
1 Tener una política escrita sobre lactancia materna	Paso 1
2 Formar a los profesionales en habilidades de apoyo a la lactancia materna	Paso 2
3 Hablar sobre la lactancia materna en cada una de las consultas prenatales y en todas las consultas del niño	Paso 3
4 Animar a la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida	Paso 5
5 Proporcionar de forma anticipada una guía de apoyo a la lactancia para que esta pueda mantenerse tanto tiempo como se desee	Paso 5
6 Incorporar la observación de una toma en la rutina habitual	Paso 4
7 Formar a las madres en cómo extraerse la leche y en cómo pueden planificar la vuelta al trabajo	Paso 5
8 Proporcionar a los padres recursos no comerciales para su formación en lactancia materna	Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos
9 Animar a que los niños se amamanten en la sala de espera, pero disponer un espacio más íntimo por si se solicita	Paso 6
10 Eliminar la distribución de muestras de fórmula infantil	Código Internacional de comercialización de sucedáneos
11 Formar a los profesionales para detectar de forma telefónica los problemas de lactancia	Paso 2
12 Colaborar con el hospital local y con obstetricia para proporcionar un apoyo a la lactancia amigable	Paso 2
13 Aliarse con otros recursos de apoyo a la lactancia de la comunidad	Paso 7
14 Evaluar periódicamente las tasas de lactancia	Monitorización de los indicadores de lactancia

IHAN: Iniciativa de Humanización de la Asistencia al Nacimiento y Lactancia.

materna exclusiva aumentó de forma significativa a la semana de vida y a los dos, cuatro y seis meses (aproximadamente un 10% más en cada momento estudiado). Sin embargo, la frecuencia de cualquier lactancia materna no se incrementó de forma significativa.

Estrategia de “Los 7 pasos de apoyo a la lactancia materna en centro de salud IHAN”³²

En la **Tabla 7** se muestran los siete pasos que propone la IHAN en España³² para la acreditación de un centro de salud como centro IHAN. También, en la **Tabla 6**, se muestra la relación de los siete pasos con las prácticas propuestas por la AAP⁴⁰. La IHAN ofrece además una metodología para su implantación a través de cuatro fases diferentes: descubrimiento, desarrollo, difusión y designación (4D). Los requisitos necesarios para superar cada una de estas fases se detallan en la página web de la IHAN (www.ihan.es). En España no se dispone de resultados publicados sobre el impacto en la lactancia materna tras la implantación de los siete pasos de

la IHAN en los centros de salud. Aun son muy pocos los centros de salud acreditados en España como centro de salud IHAN. Los autores disponen de los datos de las tasas de lactancia pre- y posimplantación de algunos de los centros de salud acreditados (comunicación personal). El centro de salud de Fuensanta (Valencia) antes de la acreditación tenía una tasa de lactancia materna a los 12 meses de edad del 15,5% y tras la acreditación IHAN pasó al 33% ($p = 0,0046$). A los dos años era del 5% y pasó al 22% ($p = 0,004$). El centro de salud de Moncada (Valencia) a los dos años pasó del 6 al 21% ($p = 0,001$). Parece que hay un efecto consistente en la prolongación de la lactancia materna.

Las intervenciones de apoyo a la lactancia materna desde Atención Primaria producen limitados efectos adversos y se pueden evitar

Ninguno de los estudios que recogen el impacto directo del apoyo a la lactancia materna desde Atención Primaria en la salud de la madre o del niño proporcionan información sobre efectos adversos¹³⁻¹⁵.

Tabla 7. Los siete pasos para una lactancia feliz en el centro de salud (IHAN)³²

Paso 1	Disponer de una normativa de lactancia materna
Paso 2	Tener un plan de formación para el personal que les capacite para poner en práctica la normativa de lactancia materna
Paso 3	Ofrecer información a todas las mujeres embarazadas y sus familias sobre el amamantamiento y la mejor manera de ponerlo en práctica
Paso 4	Ofrecer apoyo a la madre que amamanta desde el inicio, y en coordinación con el hospital recibir al recién nacido en las primeras 48-72 h tras el alta de la maternidad
Paso 5	Apoyar a las madres para mantener la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses (o 26 semanas) y continuar amamantando, con alimentación complementaria adecuada, a partir de entonces hasta los dos años o más
Paso 6	Proporcionar una atmósfera de acogida a la lactancia
Paso 7	Fomentar la colaboración entre los profesionales sanitarios y la comunidad a través de talleres de lactancia y el contacto con los grupos de apoyo locales
El Centro de Salud IHAN, además de cumplir los siete pasos: • Respetar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud relacionadas con este • Promueve y difunde las prácticas relacionadas con la Estrategia del Parto Normal • Ofrece apoyo y orientación de la máxima calidad también a las madres que no amamantan	

IHAN: Iniciativa de Humanización de la Asistencia al Nacimiento y Lactancia.

Con respecto a los estudios que se centran en las consecuencias en la lactancia materna del apoyo desde Atención Primaria, solo dos de ellos^{43,44} refirieron efectos adversos de las intervenciones. En ambos fueron las madres quienes los sufrieron y tienen que ver con aumento de la ansiedad, sentimientos negativos y preocupación respecto a la intimidad y capacidad de decisión de la familia. Aunque el objetivo de todas las intervenciones realizadas tiene por objeto prolongar la lactancia materna y aumentar la confianza en las madres, es muy importante que las familias se sientan respetadas en sus decisiones.

ANÁLISIS DEL BENEFICIO NETO

Como se ha referido, se dispone de limitada información sobre el beneficio en salud del apoyo a la lactancia materna desde Atención Primaria y de los posibles efectos adversos; sin embargo, está bien establecido el beneficio en salud de la lactancia materna.

Por otro lado, como se ha mostrado, numerosos estudios y metanálisis sí que han valorado el efecto del apoyo a la lactancia en Atención Primaria sobre la tasa de lactancia materna y su duración.

De forma consistente estos estudios muestran un efecto favorable de las estrategias de apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria, más evidente para la lactancia materna exclusiva que para cualquier lactancia materna.

Los efectos adversos que se refieren en relación con el apoyo de la lactancia materna en Atención Primaria son limitados y se podrían evitar mejorando las habilidades de comunicación de los profesionales implicados.

Valorando en conjunto todos estos aspectos, se puede afirmar que el apoyo a la lactancia materna desde Atención Primaria conseguirá prolongar la lactancia materna con un riesgo pequeño de efectos adversos en la madre, referidos, sobre todo, al hecho de sentirse presionada o no respetada en sus decisiones.

RECOMENDACIONES

Dado que el apoyo a la lactancia materna desde Atención Primaria, considerando todas las intervenciones de forma conjunta, tiene un efecto favorable y consistente, con un riesgo de efectos adversos mínimo y que precisa una disponibilidad de recursos asumibles:

- Se recomienda implantar medidas de apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria para prolongar la lactancia materna (fuerte a favor).
- Los estudios que exploran el impacto en la lactancia materna de estrategias concretas implantadas desde Atención Primaria son escasos y, aunque el efecto es favorable, sería deseable disponer de más información.
- En los centros de salud se sugiere implantar las prácticas recomendadas por la AAP o los siete pasos de la IHAN para prolongar la lactancia materna (débil a favor).
- En los centros de salud se sugiere formar a los médicos en lactancia materna, implicar a enfermeras consultoras en lactancia o favorecer el apoyo entre pares para prolongar la lactancia materna (débil a favor).

DEFINICIONES

- Lactancia materna exclusiva: en este documento se considera “lactancia materna exclusiva” la lactancia durante los primeros seis meses de vida en la que el niño recibe únicamente leche materna como alimento. Se admite que pueda recibir suplementos vitamínicos u otra medicación que esté justificada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding (2003). En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 11/06/2019]. Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf?ua=1&ua=1>
2. Committee on health Care for Underserved Women, American College of Obstetricians and Gynecologist. ACOG Committee Opinion no. 361. Breastfeeding: maternal and infant aspects. *Obstet Gynecol*. 2007; 109:479-80.
3. Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, Viehmann L. Section on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129:e827-41.

- Cualquier lactancia materna: en este documento se considera “cualquier lactancia materna” cuando el niño, independientemente de su edad, recibe algo de leche materna en su alimentación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Juan José Lasarte la información que nos ha proporcionado sobre los cursos de la IHAN para residentes. Agradecemos a los centros de salud de Moncada y Fuentesa la cesión de sus datos sobre tasas de lactancia antes y después de la acreditación IHAN.

CONFLICTO DE INTERESES

Carmen Rosa Pallás, en el momento de la elaboración de este documento, es presidenta de IHAN, y Javier Soriano es el responsable de la acreditación IHAN de los centros de salud.

ABREVIATURAS

AAP: Academia Americana de Pediatría • **ABM:** American Breastfeeding Academy • **IC 95:** intervalo de confianza del 95% • **IHAN:** Iniciativa de Humanización de la Asistencia al Nacimiento y Lactancia • **OMS:** Organización Mundial de la Salud • **OR:** odds ratio • **RR:** riesgo relativo • **USPSTF:** US Preventive Services Task Force.

4. UNICEF, World Health Organization. Baby-Friendly Hospital Initiative. The Global Criteria for the WHO/ UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative. Nueva York, United States: UNICEF; 1992.
5. Hernández-Aguilar MT, Aguayo-Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc.)*. 2005;63:340-56.
6. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess*. 2007;153:1-186.
7. Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. A summary of the Agency for Healthcare Research and

- Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med.* 2009;4:S17-S30.
8. Bartick M. Suboptimal breastfeeding in the United States: maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr.* 2017;13.
9. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012. En: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [en línea] [consultado el 11/06/2019]. Disponible en www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infsns2012.pdf
10. Cuadrón-Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte-Velillas JJ, Rodríguez Martínez G. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *An Pediatr (Barc).* 2013;79:312-8.
11. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, Ordobás Gavín M. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr (Barc).* 2018;89:32-43.
12. Rodríguez-Pérez MJ, Álvarez-Vázquez E, Medina-Pomares J, Velicia-Peñas CV, Cal-Conde A, Goicoechea-Castaño A, et al. Prevalencia de lactancia materna en el área sanitaria de Vigo, Galicia. *Rev Esp Salud Pública.* 2017;91:e1-e9.
13. Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, Perdue LA, Whitlock EP. Primary Care Interventions to Support Breastfeeding: An Updated Systematic Review for the US Preventive Services Task Force: Evidence Synthesis No. 143. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
14. Anderson AK, Damio G, Young S, Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding in a predominantly Latina low-income community. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159:836-41.
15. Bonuck KA, Freeman K, Trombley M. Randomized controlled trial of a prenatal and postnatal lactation consultant intervention on infant health care use. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:953-60.
16. Bunik M, Shobe P, O'Connor ME, Beaty B, Langendoerfer S, Crane L, et al. Are 2 weeks of daily breastfeeding support insufficient to overcome the influences of formula? *Acad Pediatr.* 2010;10:21-8.
17. US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW Jr, et al. Primary Care Interventions to Support Breastfeeding. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2016;316:1688-93.
18. Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding among minority women: moving from risk factors to interventions. *Adv Nutr.* 2012;3:95-104.
19. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD001141.
20. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health.* 2013;13:S20.
21. Jolly K, Ingram L, Khan KS, Deeks JJ, Freemantle N, MacArthur C. Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing. *BMJ.* 2012;344:d8287.
22. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;9:CD006425.
23. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martinez J, Taneja S, Mazumder S, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: systematic review and meta analysis. *Acta Paediatr Suppl.* 2015;104:114-34.
24. Skouteris H, Nagle C, Fowler M, Kent B, Sahota P, Morris H. Interventions designed to promote exclusive breastfeeding in high-income countries: a systematic review. *Breastfeed Med.* 2014;9:113-27.
25. Wong KL, Tarrant M, Lok KY. Group versus individual professional antenatal breastfeeding education for extending breastfeeding duration and exclusivity: a systematic review. *J Hum Lact.* 2015;31:354-66.
26. Wouk K, Tully KP, Labbok MH. Systematic review of evidence for baby-friendly hospital initiative step 3. *J Hum Lact.* 2017;33:50-82.
27. Meedya S, Fernández R, Fahy K. Effect of educational and support interventions on long-term breastfeeding rates in primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *JBIM Database of System Rev & Implement Rep.* 2017;15:2307-32.
28. Skouteris H, Bailey C, Nagle C, Hauck Y, Bruce L, Morris H. Interventions designed to promote exclusive

- breastfeeding in high-income countries: a systematic review update. *Breastfeed Med.* 2017;12:604-14.
29. Feldman Winter L. Evidence-based support breast-feeding. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60:169-87.
 30. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, *et al.* Efficacy of breast-feeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics.* 2005;115:e139-46.
 31. O'Connor ME, Brown EW, Lewin LO. An Internet-based education program improves breastfeeding knowledge of maternal-child healthcare providers. *Breastfeed Med.* 2011;6:421-7.
 32. ¿Cómo ser centro de salud IHAN? En: IHAN [en línea] [consultado el 11/06/2019] Disponible en www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-centro-de-salud-ihan/
 33. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, Hollenbeak CS, Alleman N, Sturgis SA, *et al.* A randomized trial of single home nursing visits vs office-based care after nursery/maternity discharge: the Nurses for Infants Through Teaching and Assessment after the Nursery (NITTANY) study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012; 166:263-70.
 34. Dennis CL, Kingston D. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37:301-14.
 35. Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, Irion O, Epiney M. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery.* 2011;27:237-42.
 36. De Montigny F, Lacharite C, Devault A. Transition to fatherhood: modeling the experience of fathers of breastfed infants. *ANS Adv Nurs Sci.* 2012;35:E11-22.
 37. Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C, Dykes F. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. *Birth.* 2011;38:49-60.
 38. Chen PG, Johnson LW, Rosenthal MS. Sources of education about breastfeeding and breast pump use: what effect do they have on breastfeeding duration? An analysis of the infant feeding practices survey II. *Matern Child Health J.* 2012;16:1421-30.
 39. Balaguer Martínez JV, Valcarce Pérez I, Esquivel Ojeda JN, Hernández Gil A, Martín Jiménez MDP, Bernad Albareda M. Apoyo telefónico de la lactancia materna desde Atención Primaria: ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico. *An Pediatr (Barc).* 2018;89:344-51.
 40. Meek JY, Hatcher AJ. Breastfeeding friendly pediatric office practice. *Pediatrics.* 2017;139:e2017064.
 41. Grawey AE, Marinelli KA, Holmes AV, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #14. Breastfeeding-friendly physician's office: optimizing care for infants and children. *Breastfeed Med.* 2013: 237-42.
 42. Corriveau SK, Drake EE, Kellams AI, Rovnyak VG. Evaluation of an office protocol to increase exclusivity of breastfeeding. *Pediatrics.* 2013;131:942-50.
 43. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ.* 2002;166:21-8.
 44. Gagnon AJ, Dougherty G, Jiménez V, Leduc N. Randomized trial of postpartum care after hospital discharge. *Pediatrics.* 2002;109:1074-80.