

Protocolo Clínico ABM #35: Apoyo a la lactancia materna durante la hospitalización materna o infantil

Melissa Bartick, MD, MS,¹ Maria Teresa Hernandez-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 y Robert M. Lawrence, MD⁸ ; y la Academia de Medicina de Lactancia Materna

Un objetivo central de la Academia de Medicina de Lactancia Materna es el desarrollo de protocolos clínicos para manejar problemas médicos comunes que pueden afectar el éxito de la lactancia materna. Estos protocolos sirven solo como pautas para el cuidado de las madres lactantes y los bebés y no delinear un curso de tratamiento exclusivo ni sirven como estándares de atención médica. Las variaciones en el tratamiento pueden ser apropiadas según las necesidades de un paciente individual. La Academia de Medicina de Lactancia reconoce que no todas las personas que amamantan se identifican como mujeres. Sin embargo, el uso de un lenguaje inclusivo de género no es posible en todos los idiomas, todos los países y para todos los lectores. La posición de la Academia de Medicina de Lactancia Materna (<https://doi.org/10.1089/bfm.2021.29188.abm>) es interpretar los protocolos clínicos en el marco de la inclusión de todas las personas que amamantan, amamantan al pecho y amamantan con leche humana.

Introducción

Madres lactantes o lactantes y los niños pueden requerir hospitalización por razones médicas o quirúrgicas, ya sea al nacer o más adelante en la vida de un bebé, y las madres lactantes a veces pueden requerir hospitalización psiquiátrica. Desafortunadamente, la hospitalización de una madre o un niño que amamanta puede provocar la interrupción de la lactancia y el destete no deseado,^{1–3} así como otras complicaciones como la mastitis.⁴ Sin embargo, existen pocas pautas formales para el manejo de la lactancia durante la hospitalización.^{5–11} Este protocolo describe la atención recomendada para la madre lactante hospitalizada y el niño lactante, y sirve para establecer los estándares para implementar estas prácticas.^{12–14} El personal fuera de las unidades obstétricas, pediátricas o neonatales puede tener una experiencia limitada en el cuidado de madres lactantes y un conocimiento limitado de la fisiología o el manejo de la lactancia. Además, es posible que no entiendan los riesgos a corto y largo plazo de las interrupciones de la lactancia.^{4,12–14} El personal con capacitación inadecuada puede sustituir sus propias experiencias sobre la lactancia por prácticas basadas en evidencia.⁵ Además, la presencia de un amamantamiento

un bebé o un niño pequeño en una unidad médica o quirúrgica de pacientes hospitalizados para adultos, un área perioperatoria o una unidad de cuidados intensivos (UCI) puede generar preocupación por la seguridad del niño y puede generar preguntas sobre la responsabilidad del hospital. El manejo de la lactancia con respecto a medicamentos, procedimientos y líquidos también puede requerir atención especial. Finalmente, es posible que el personal no esté familiarizado con la mejor manera de evaluar los propios deseos de una madre que amamanta de iniciar o continuar la lactancia, y con la mejor manera de ayudarla a satisfacer esas necesidades mediante la toma de decisiones compartida.¹⁵

Protocolos ABM #7 (Política modelo de maternidad para apoyar la lactancia),¹⁶ #15 (Analgesia y anestesia para la madre que amamanta),¹⁷ #25 (Ayuno previo al procedimiento para el amamantamiento),¹⁸ #31 (Radiología y medicina nuclear para el madre que amamanta)¹⁹ pueden servir como complementos útiles para este protocolo.

Fondo

La lactancia materna es la forma biológicamente normativa de alimentar a los bebés humanos. Los riesgos de la interrupción temprana de la lactancia materna incluyen el aumento de enfermedades infecciosas y crónicas en los niños,

¹ Departamento de Medicina, Hospital Mount Auburn y Escuela de Medicina de Harvard, Cambridge y Boston, Massachusetts, EE. UU.

² Unidad Clínica de Lactancia Materna, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España.

³ Jubilado; Neonatología, Sharp Mary Birch Hospital for Women and Newborns, San Diego, California, EE. UU.

⁴ Oncología quirúrgica mamaria, Ridley Tree Cancer Center en Sansum Clinic, Santa Bárbara, California, EE. UU.

⁵ Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland, Baltimore, Maryland, EE. UU.

⁶ Departamento de Psiquiatría, Centro UNC para Trastornos del Estado de Animo, Facultad de Medicina Chapel Hill de la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, Carolina del Norte, Estados Unidos.

⁷ Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital General de Massachusetts y Facultad de Medicina de Harvard, Boston, Massachusetts, EE. UU.

⁸ División de Enfermedades Infecciosas Pediátricas, Departamento de Pediatría, Universidad de Florida, Gainesville, Florida, EE. UU.

y un mayor riesgo de diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cáncer de mama y de ovario en las mujeres.²⁰ En todo el mundo, se estima que aumentar la lactancia materna a un nivel casi universal podría prevenir 823 000 muertes anuales en niños menores de 5 años.¹² anualmente, la lactancia materna óptima tiene el potencial de prevenir 98,243 muertes maternas adicionales 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 de vida, seguida de lactancia materna continua con alimentos complementarios durante al menos los primeros 2 años de vida.²¹ La alimentación con leche humana es particularmente importante para los lactantes prematuros, que tienen un mayor riesgo de enterocolitis necrotizante y mortalidad relacionada si se alimentan con fórmula para prematuros en lugar de leche humana.^{22,23} Lactancia materna exclusiva es específicamente importante para reducir el riesgo de mortalidad relacionada con infecciones, otitis media, infecciones gastrointestinales y hospitalización por lo eran infección del tracto respiratorio.^{20, 24}

Fisiología

Una revisión básica de la fisiología de la lactancia es importante como base para comprender el manejo de la madre lactante hospitalizada y del niño lactante. La lactancia materna es una relación compleja entrelazada entre la madre lactante y el niño, que puede verse afectado negativamente por interferencias externas, estrés e influencias culturales negativas . primeros signos de hambre.

Se puede esperar que los recién nacidos y los bebés pequeños amamenten de 8 a 12 veces en cada período de 24 horas. Aproximadamente en el segundo o tercer día de vida, pueden alimentarse mucho a medida que la leche pasa del calostro a la leche madura. La oxitocina es secretada por la madre en respuesta a la succión del bebé, el contacto piel con piel y los movimientos de la mano del bebé sobre el pecho,²⁷ y también al ver, oír, oler o pensar en el bebé.²⁸ La secreción de oxitocina estimula el flujo de leche activo . a los conductos lácteos que terminan en el pezón y la areola (el "reflejo de bajada"), donde el bebé lo extrae al succionar.²⁹ Esta hormona tiene muchos efectos psicológicos y fisiológicos, incluido el aumento del vínculo entre madres e hijos, produciendo una sensación de bienestar y calma, aumentando la relajación, elevando el umbral del dolor y disminuyendo el pulso 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, lo que podría interferir con la lactancia. ^{28,30,31} Las investigaciones indican que la separación madre-hijo provoca 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 es asociado con el destete temprano no deseado y la disminución de la exclusividad de la lactancia materna.³ La prolactina estimula la producción de leche inicialmente después del nacimiento. En unas pocas semanas, el efecto de la prolactina se vuelve menos relevante y la "oferta y demanda" determina la producción de leche en curso. Las tomas nocturnas son particularmente importantes para mantener una producción copiosa de leche.³⁶ Si los senos permanecen llenos, la producción de leche será más lenta; por el contrario, si las madres amamantan con frecuencia, la producción de leche aumentará. Por lo tanto, las sesiones de lactancia frecuentes, incluso durante la noche, aseguran una producción adecuada de leche.³⁶ La interrupción repentina de la lactancia debido a la separación madre-bebé puede causar molestias en las mamas y congestión.

ment.^{4,29,37} Además, la lactancia no fisiológica con extractor es un factor de riesgo para la disminución de la producción de leche, así como para la mastitis.³⁷

La separación dificulta la protección inmunitaria del niño contra las enfermedades infecciosas.^{38,39} Esto se debe a que la madre pasa anticuerpos y otras sustancias inmunomoduladoras al niño en respuesta a los patógenos a los que está expuesta.³⁸ Los leucocitos de leche y la IgA secretora³⁸ también aumentan en respuesta a la infección de un niño,³⁹ lo que indica una comunicación del niño a la madre, que se cree que ocurre durante la lactancia directa.³⁸ Mantener juntos a la madre y al niño es especialmente importante para proteger a un niño hospitalizado contra las infecciones nosocomiales.³⁸

El extractor de leche o la extracción manual pueden ser una herramienta útil para mantener la producción de leche cuando no es posible amamantar.⁴⁰ Sin embargo, el bombeo o la extracción manual ~~no~~ deben utilizarse después de una evaluación cuidadosa de la necesidad de separar a la madre del niño. Un niño sano puede extraer la leche de forma más eficiente que un extractor de leche o una extracción manual.⁴¹ Por lo tanto, el bombeo puede reducir la producción de leche y también hacer que la madre pierda la confianza en su capacidad para nutrir con éxito a su hijo al amamantar.⁴² Además, las investigaciones indican que la leche extraída puede no proporcionar la misma protección inmunológica que la leche alimentada directamente del pecho, porque las células y la actividad celular en la leche se reducen con el almacenamiento y la congelación.^{43,44}

Recomendaciones

Para cada recomendación, la calidad de la evidencia (niveles de evidencia 1, 2 y 3) y la fuerza de la recomendación (A, B y C) se anotan según lo definido por los criterios de la taxonomía de la fuerza de la recomendación.⁴⁵

1. Crear una política de apoyo a la madre lactante y niño lactante. una.
 - Cualquier institución que admita mujeres en edad fértil o niños menores de 2 años debe tener una política de este tipo. Un establecimiento debe tener una política escrita sobre el manejo de la lactancia materna en la madre lactante hospitalizada o el niño lactante siempre que estén hospitalizados fuera de una sala de maternidad o neonatal.^{6,8} Una política debe incluir elementos que permitan que un niño y su madre lactante estén juntos como tanto como sea posible, salvo contraindicaciones médicas. Debe especificar dónde se permite que esté el bebé, qué personal puede manejar al bebé de manera rutinaria, quién asume la responsabilidad del cuidado del bebé si la madre es la paciente y qué asignaciones se hacen para un cuidador de bebés que debe tener visitas sin restricciones. Puede especificar el tipo de habitación preferido para la diada (p. ej., habitación privada, si está disponible). La política también debe incluir instrucciones sobre el equipo de dormir seguro para el bebé (p. ej., especificar que el centro proporcionará dicho equipo y si los padres pueden traer el suyo propio). Si el centro no brinda rutinariamente atención de maternidad o servicios pediátricos para pacientes internados, o no tiene acceso a personal calificado de apoyo a la lactancia y equipo básico que normalmente estaría disponible en otros hospitales locales (p. ej., extractores de leche y recipientes para almacenar leche humana, moisés o cunas). , y personal calificado de apoyo a la lactancia), entonces una política debe

considere incluir arreglos para el traslado a un centro cercano donde las necesidades de los pacientes puedan satisfacerse mejor.⁸ Las madres lactantes también pueden encontrarse

hospitalizadas lejos de casa o lejos de su hijo. Si tanto la madre como el niño requieren hospitalización, la política debe incluir esfuerzos expeditos para que estén en el mismo centro, incluso si esto requiere un traslado. Si el niño requiere hospitalización, lo ideal es que un centro pueda satisfacer las necesidades básicas de su madre lactante (alimentación, higiene, alojamiento, etc.).

Las partes interesadas clave del hospital deben participar en la creación de la política.⁸

Nivel de evidencia: 3. Fuerza de la recomendación: C. b. La política debe incluir los elementos necesarios para un adecuado apoyo a la lactancia. Además de una política sobre mantener juntos a madres e hijos, una política debe incluir acceso a apoyo para la lactancia; planes que incluyen extracción, almacenamiento y manipulación de la leche cuando sea necesario^{5,8}; equipo⁴ y el acceso del personal a recursos de alta calidad sobre la seguridad de los medicamentos.⁵ La política también debe incluir estrategias de comunicación para transferencias para garantizar que todos los miembros del equipo de atención médica del paciente estén al tanto del plan de lactancia o extracción de leche.⁵ Por ejemplo, si planeada la cirugía, el equipo multidisciplinario de la unidad de hospitalización debe estar comunicando el plan de lactancia o extracción de la madre a los equipos quirúrgico y de anestesia, particularmente si la madre es la paciente.^{5,17} Documentación de la última lactancia o extracción de leche, y la expectativa sobre el momento de la próxima lactancia o extracción de leche debe ser 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 la recomendación: C.

2. Mantenga juntos a las madres que amamantan y a los bebés.

Los bebés que amamantan deben tener acceso ilimitado a sus madres lactantes,^{29,33,34,38,41} cuya alimentación y necesidades básicas deben ser atendidas por el centro tanto como sea posible. La madre es la fuente de nutrición del niño y su leche tiene efectos terapéuticos. La lactancia materna es de vital importancia en una situación en la que los bebés se encuentran fuera de su entorno habitual y están enfermos, lesionados o requieren algún procedimiento médico o quirúrgico.

Cuanto más pequeño es el bebé, más esencial es que la madre y el bebé estén juntos tanto como sea posible para establecer y mantener la lactancia materna.^{16,21,46,47} Mantener juntos a las madres que amamantan y a los bebés es importante para amamantar directamente,^{38,39, 43,48} responden a las señales de alimentación,²¹ comparten la respuesta inmunitaria a los patógenos,³⁸ previenen la congestión y la mastitis,²⁹ previenen la angustia materna e infantil,^{35,49} preservan la producción de leche materna,²⁹ preservan los ritmos circadianos compartidos,³⁴ y, en última instancia, mantienen lactancia materna.^{1,2} Si tanto la madre como el bebé están hospitalizados, deben ser hospitalizados en el mismo centro y, si es posible, compartir una habitación.

Niveles de evidencia: 1–3. Fuerza de la recomendación: B.

3. Use pautas basadas en evidencia para la extracción de leche y

almacenamiento.

una. La lactancia materna directa es preferible al sacaleche o la extracción manual: Siempre que sea posible, se prefiere la lactancia materna directa al uso del sacaleches o la extracción manual de leche para aquellas parejas que normalmente amamantan directamente.^{38,39,43} una madre que está débil y debilitada por una enfermedad, especialmente si la lactancia materna ya está establecida.

Algunas madres lactantes pueden estar demasiado débiles o debilitadas para manejar un extractor de leche sin ayuda, ya que hacerlo requiere cierta preparación en cada sesión, limpieza del equipo y luego almacenamiento de la leche extraída. Esta actividad puede presentar un desafío adicional si la madre no está familiarizada con el extractor provisto, y debe haber personal capacitado disponible para demostrar su uso. Algunas madres lactantes pueden tener resultados variados con el bombeo o la extracción de leche, incluida la dificultad para lograr que baje la leche o una extracción de leche ineficiente,⁴² lo que hace que la lactancia materna directa sea especialmente importante.

Niveles de evidencia: 1–2. Fuerza de la recomendación: B. b.

Frecuencia de la extracción de leche: se debe esperar que una madre lactante amamante o extraiga leche con la frecuencia con la que normalmente amamantaría si ella y/o el niño no estuvieran hospitalizados o separados. Es importante mantener una frecuencia similar para mantener la producción de leche en curso, para evitar molestias e ingurgitación,^{29,50} y para proporcionar leche al niño.⁵¹ Un bebé <6 meses de edad alimentado exclusivamente con leche materna normalmente puede mamar de 8 a 12 veces cada 24 horas, mientras que un bebé de 6 a 12 meses puede mamar de 5 a 6 veces al día, y un bebé de 12 meses puede mamar solo de 3 a 4 veces al día.⁵² También es importante proporcionar pautas de un rango de volúmenes normales para metas de extracción de leche, típicamente 700–980 mL por día (25–35 oz) para los días 10–14 y se espera que este volumen se mantenga durante los primeros 6 meses de vida.⁵³

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de la recomendación: B. c. Tipo de

extractor de leche: Un extractor de leche eléctrico doble de grado hospitalario se considera la forma ideal de extraer leche para las madres lactantes que están separadas de sus bebés y requieren el reemplazo total de la lactancia materna por el extractor.^{40,41} Las madres que amamantan pueden tener sus propios extractores y puede preferir usarlos.

La limpieza de las piezas debe realizarse de acuerdo con las pautas basadas en la evidencia,^{54,55} y/o según las instrucciones del fabricante. Las bombas diseñadas para un solo usuario no deben ser utilizadas por más de una persona. La extracción de leche combinada con un masaje suave en los senos puede aumentar la extracción de leche.⁴⁰ Si no se dispone del bebé ni de un extractor, se puede realizar la extracción manual, pero por sí solo no es tan eficaz para extraer la leche como un extractor de leche.⁴¹ Recursos de video para la extracción manual existen y están disponibles.⁵⁶

Idealmente, una bomba manual debe estar disponible como respaldo, ya que la madre lactante no siempre puede tener acceso a una bomba eléctrica. Aunque menos eficiente, es portátil y fácil de usar, y le da a la madre más flexibilidad para extraer leche materna en caso de que necesite salir del hospital durante una hospitalización prolongada.

Si la madre estará en casa la mayor parte del tiempo, se deben tomar medidas para usar un extractor eléctrico doble en ese entorno, si es posible.

Niveles de evidencia: 1–2. Fuerza de la recomendación: A. d. Ayudas para aumentar la extracción de leche: La relajación, el calor, los masajes suaves y la música también pueden ayudar a aumentar el volumen de la leche.⁴⁰ Las imágenes, los sonidos o los olores del propio hijo pueden ayudar a provocar la bajada.²⁸ Además, es importante reducir el estrés y las distracciones a medida que tanto como sea posible.³¹ Nivel de evidencia: 2. Fuerza de la recomendación: B. e.

Almacenamiento de leche extraída: La leche humana puede almacenarse a temperatura ambiente (20–22 C, 68–72 F) hasta por 4 horas, después de lo cual debe refrigerarse.⁵⁶ Idealmente, la leche debe almacenarse en la habitación del madre lactante o niño lactante (si no está en una sala de recién nacidos) en un refrigerador. También se puede almacenar en una bolsa térmica aislada con paquetes de gel (o hielo que se reemplaza cuando se derrite), donde se puede conservar hasta 24 horas hasta que se pueda transportar a su destino deseado.^{10,57} Los protocolos de almacenamiento pueden variar de un país a otro. Toda la leche extraída debe etiquetarse con la fecha de extracción y la información de identificación del paciente, y el almacenamiento debe cumplir con las regulaciones locales o las de las organizaciones de acreditación de hospitales relevantes. La leche debe transportarse en recipientes refrigerados, como bolsas térmicas con paquetes de gel (o hielo, como ya se describió). Una vez que la leche extraída llega a su destino, debe ser refrigerada, congelada o utilizada de inmediato.

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

4. Atención de apoyo al hijo de la madre lactante.

Una madre lactante hospitalizada puede estar demasiado enferma para cuidar a su hijo aparte de amamantar, o puede no estar disponible para cuidar al bebé debido a procedimientos o pruebas. Si una madre desea continuar amamantando, un cuidador dedicado debe cuidar al bebé al lado de la cama de la madre. A menudo, la política del hospital puede exigir la presencia de un cuidador de bebés.⁵ El personal del hospital no es responsable del cuidado del bebé lactante. Como tal, serán esenciales las visitas y el alojamiento sin restricciones para una persona de apoyo para el bebé.

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

5. Proporcionar el equipo necesario.

Las instalaciones deben proporcionar un extractor de leche eléctrico doble a las madres lactantes hospitalizadas,^{40,41} si ese es el estándar de atención en las instalaciones de maternidad locales. (Los extractores eléctricos dobles son la bomba ideal para esta situación, pero es posible que no estén disponibles en todas partes del mundo). Los bebés de madres lactantes hospitalizadas requieren un lugar seguro para dormir, como un moisés o una cuna, e instalaciones para cuidar a los lactantes. se debe esperar que las madres proporcionen los mismos tipos de equipos que se encontrarían en los hospitales locales que brindan servicios de maternidad o hospitalización de bebés. Muchas camas de hospital no son propicias para compartir la cama y es posible que las políticas específicas del hospital deban abordar los detalles de sus camas de hospital para proporcionar un entorno seguro para el sueño de los bebés. Los asientos para automóviles, los cochecitos o los asientos para bebés no se consideran dispositivos para dormir seguros o adecuados.⁵⁸ Es posible que se necesite equipo para alimentar a un bebé si el bebé tiene hambre mientras la madre está fuera en una prueba o procedimiento o si el bebé no puede amamantar directamente. . En general, se recomienda que los recién nacidos que aún no han establecido la lactancia materna eviten ser alimentados con tetinas o tetinas artificiales,²¹ en lugar de utilizar la alimentación con los dedos o dispositivos como cucharas pequeñas, jeringas o la alimentación mediante nutrición suplementaria.

sistema si no puede amamantar directamente con transferencia de leche adecuada. Las familias pueden desear proporcionar su propio equipo de alimentación y otros materiales. Se les debe permitir hacerlo a menos que exista una contraindicación médica para el

madre lactante o bebé. Una báscula para bebés puede ser útil para garantizar que el bebé prospere adecuadamente mientras la madre lactante está hospitalizada, con el peso del bebé evaluado por el proveedor de atención médica del bebé o por un profesional capacitado, como el proveedor de lactancia de la madre.

Niveles de evidencia: 1–2. Fuerza de la recomendación: B.

6. Usar recomendaciones de seguridad basadas en evidencia para medicamentos, incluidos los agentes de diagnóstico radiológico.

La mayoría de los medicamentos son seguros durante la lactancia. Varios factores afectan el manejo de la medicación, incluida la edad actual y gestacional del bebé, y la cantidad y proporción de leche materna en la dieta del bebé. Se deben sopesar los riesgos de un medicamento frente a los riesgos de no amamantar para la madre y el niño, y se deben considerar medicamentos o tratamientos alternativos, si corresponde. Por lo tanto, es esencial que el personal médico conozca los recursos confiables para encontrar información sobre la seguridad de la lactancia.

Los recursos confiables pueden variar entre regiones globales, pero incluyen LactMed,⁵⁹ InfantRisk Center,⁶⁰ y e-lactancia.⁶¹ Tenga en cuenta que los medicamentos pueden afectar potencialmente al bebé y/o la producción de leche y los proveedores deben ser conscientes de ambos efectos potenciales.

El contraste yodado intravenoso y el contraste de gadolinio intravenoso no requieren la interrupción de la lactancia ni el descarte de la leche extraída.^{19,62} Sin embargo, los agentes radioactivos terapéuticos o de diagnóstico generalmente requieren la interrupción de la lactancia o la retención de la leche extraída hasta que decaiga suficiente radiactividad, dependiendo de la ⁶¹ Consulte el Protocolo n.º 31 de la ABM, "Estudios de radiología y medicina nuclear en mujeres lactantes", para obtener detalles.¹⁹ En algunos casos, se pueden usar alternativas a una prueba de diagnóstico que utiliza agentes radiactivos. Por ejemplo, se puede considerar un ecocardiograma de estrés en lugar de una prueba de estrés con radionúclidos para evaluar la isquemia cardíaca.

Las recomendaciones de medicamentos, incluidos los agentes radiológicos, deben darse de acuerdo con recursos de alta calidad.

Se debe asegurar a la madre lactante que se ha investigado la seguridad de cada medicamento administrado.^{10,63,64} Nivel de evidencia: 2. Fuerza de la recomendación: B.

7. Considere que las necesidades de líquidos pueden diferir para el lactante madre.

Las necesidades de líquidos de una madre lactante suelen ser mayores que las de una madre no lactante. Una madre que amamanta exclusivamente a un bebé de 6 meses puede estar produciendo *800 ml de leche por día, con un rango de 450 a 1200 ml por día,⁵³ mientras que aquellas que no amamantan exclusivamente pueden producir menos leche. Al calcular las necesidades de líquidos de una madre, especialmente si no se le permite comer o beber por la boca, es importante sumar estas cifras al total. Para las madres a las que se les permite beber, es importante que se les permita beber para satisfacer la sed, que es provocada por la liberación de oxitocina.

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

8. Garantizar que los bebés de madres lactantes puedan permanecer en ac ubicaciones aceptables.

una. Unidades médico-quirúrgicas y áreas perioperatorias: Es seguro para la madre lactante tener a su bebé en su

habitación con ella en una unidad médico-quirúrgica a menos que existan protocolos de control de infecciones específicos relacionados con la maternidad. la infección lo impide. Hacerlo es importante para evitar separando la díada (ver "Mantener a las madres lactantes y bebés juntos"). Si está disponible, una habitación privada. proporcionaría un ambiente tranquilo y dejaría espacio para que una persona de apoyo cuide al bebé.10 Es aceptable que un bebé esté en un área perioperatoria como bueno, a menos que existan protocolos específicos de control de infecciones relacionados a la infección materna lo impiden. Algunos hospitales pueden no permitir visitantes en las áreas perioperatorias, pero el bebé de una madre lactante y el cuidador del bebé deben considerarse excepciones.

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

b. UCI de adultos: en una UCI, hay preocupaciones adicionales sobre equipos, control de infecciones, mantenimiento de signos vitales adecuados y otros cuidados continuos de la madre lactante que pueden dificultar la presencia de un bebé. desafiante. Al mismo tiempo, la presencia de la bebé del paciente puede ayudar a calmarla a estabilizar su vital signos, e inspirar un fuerte deseo de recuperar para el por el bien de su hijo.8 Liberación de oxitocina de La lactancia materna y el contacto piel con piel con el lactante pueden tener efectos fisiológicos terapéuticos sobre la madre lactante. Por el contrario, la continua separación de una madre de su bebé puede agregar ansiedad a la ansiedad existente sobre su enfermedad crítica. Incluso una madre que no está completamente consciente puede beneficiarse de la conciencia del tacto, olor, y sonidos.8

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

9. Considere el control y la prevención de infecciones.

Los bebés que son separados de sus madres pueden ser expuesta a diferentes patógenos para los cuales la madre lactante no está produciendo anticuerpos específicos.38 De manera similar, la madre lactante será incapaz de producir leche rica en leucocitos. en respuesta directa a una infección infantil específica si la díada es separados.38 Con pocas excepciones, los bebés no requieren separación de sus madres, ni interrupción de la lactancia materna por infección.

Las infecciones para las que está contraindicada la lactancia materna o la alimentación con leche extraída son brucelosis no tratada. (hasta que reciba tratamiento), el virus del Ébola y el herpes simple activo de un mama afectada (es aceptable alimentar o dar leche extraída) leche de un seno no afectado si todas las lesiones están cubiertas).65 Las autoridades generalmente recomiendan no amamantar o alimentación con leche extraída con infección materna en humanos T virus linfotrópico de células tipo 1 o 2, pero puede haber situaciones en las que el beneficio supere el riesgo.65,66 Las infecciones por que una paciente puede dar leche extraída pero no amamantar incluyen la varicela perinatal materna (específicamente pollo viruela) que se desarrolló dentro de los 5 días antes del parto o 2 días posparto.65 Para el VIH, la Organización Mundial de la Salud ha emitido pautas de alimentación infantil que dependen de circunstancias.67 Para la tuberculosis que no se trata o para que la madre todavía es infecciosa, dar leche extraída es seguro (si el medicamento que está tomando no está contraindicado), pero Las pautas sobre la separación varían dependiendo de si el díada vive en un entorno de bajos recursos, y si la madre es probable que tenga una infección resistente a los medicamentos.68

La lactancia materna puede continuar con la higiene respiratoria e higiene de manos con SARS-CoV-2.69 Una persona de apoyo

puede ser necesario para ayudar a cuidar al bebé si la madre está demasiado enfermo. Tenga en cuenta que algunas infecciones, incluidas formas de hepatitis viral e infecciones para las cuales el personal usa contacto precauciones tales como Clostridium difficile y enterococos resistentes a la vancomicina, no son infecciones para las cuales está contraindicada la lactancia, ni estas infecciones por lo que es necesario tomar precauciones especiales para bebés. No se esperarían otros pacientes en la unidad de hospitalización causar preocupación de contagio al bebé. Sin embargo, fuera de mucha precaución, el personal del hospital debe minimizar su manejo del bebé, excepto aquellos proveedores cuyo cuidado lo requiera (p. ej., lactancia o pediatría) proveedores).

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

10. Proporcione apoyo para la lactancia a la paciente adulta quirúrgica.

Las madres lactantes pueden someterse a cirugía programada o de emergencia. procedimientos quirúrgicos.

una. Procedimientos programados: procedimientos quirúrgicos planificados debe incluir atención al mantenimiento de la lactancia, como descrito 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 requiere preoperatorio identificación de madres lactantes; atención específica a alimentación infantil y/o extracción de leche en el área de espera preoperatoria, líquido intraoperatorio juicioso tratamiento y analgésicos no narcóticos cuando factible, y reunir a la madre y al bebé en la sala de recuperación cuando sea médicamente seguro. La madre lactante puede amamantar al bebé tan pronto como se despierte.

y alerta, ya que el anestésico ha aclarado la leche cuando ha despejado el sistema nervioso central.59 Los anestesiólogos deben estar familiarizados con la seguridad de los agentes anestésicos durante la lactancia y usar analgésicos favorecida para la lactancia (ver Protocolo ABM #15, An algesia y Anestesia para la madre que amamanta).17

Además, para procedimientos hospitalarios complejos que puede requerir intubación postoperatoria y/o cirugía estancia en la UCI, el cirujano debe coordinar con el equipo de la paciente para crear un plan de apoyo a la lactancia y minimizando las complicaciones. Este equipo incluiría, entre otros, los siguientes médicos y personal: anestesiólogos, enfermeras perioperatorias (preoperatorio y sala de recuperación), enfermeras de quirófano, intensivistas quirúrgicos, enfermeros de cuidados intensivos, enfermeros de planta, médicos especialistas en lactancia y especialistas en lactancia consultores Para pacientes que requieren un manejo intensivo de medicamentos (p. ej., pacientes trasplantados), un farmacéutico familiarizado con los recursos de medicamentos en lactancia (p. ej., LactMed,59 e-lactancia,61 InfantRisk Center60) debe ser identificado. Los proveedores de atención deben estar familiarizados con la seguridad de los antibióticos en la lactancia (ver sección "Medicamentos"). Otros perioperatorios comunes los medicamentos, como los anticoagulantes, deben revisarse de forma caso por caso. Por ejemplo, la seguridad de la heparina está establecida, pero los anticoagulantes novedosos más nuevos carecen de una seguridad clara. datos en este momento.

Otras consideraciones para el equipo incluyen lo siguiente:

Cálculo del tiempo completo estimado de separación de madre del bebé y/o extractor de leche, con atención al transporte, intubación, posicionamiento y preoperatorio

preparación. En los casos en que se espere que la separación dure más de 4 horas, se debe hacer un plan para la extracción de leche intraoperatoria.

Se debe considerar la ubicación de la incisión en relación con los senos lactantes. Por ejemplo, los procedimientos torácicos pueden requerir incisiones que podrían afectar el flujo vascular y el drenaje de un seno. Los cirujanos deben estar preparados para la vascularización robusta resultante de la mama lactante.

Si se prevén injertos artificiales (p. ej., procedimientos vasculares), se debe tener cuidado para evitar la contaminación del injerto con la leche materna.

El manejo de la UCI se describe a continuación. b.

Procedimientos urgentes o emergentes (p. ej., cirugía de trauma):

Las condiciones urgentes o emergentes que varían en agudeza desde colecistitis hasta obstrucción intestinal y trauma multisistémico representan escenarios desafiantes para el manejo de la lactancia. Como ya se mencionó, si es posible, se debe prestar atención al mantenimiento de la extracción de leche, la comprensión de la seguridad de los medicamentos durante la lactancia y la reunificación de la madre y el bebé tan pronto como sea médicamente seguro. Los cirujanos traumatólogos deben ser conscientes de que, debido a la vascularización de la mama lactante, las mujeres lactantes pueden correr un mayor riesgo de hematoma mamario en caso de traumatismo por cinturón de seguridad o bolsa de aire. Además, las mujeres pueden tener colaterales vasculares robustos a lo largo de la pared torácica y se debe prestar atención al sangrado al colocar vías centrales, tubos torácicos y otros dispositivos de intervención y/o monitoreo (consulte las secciones anteriores sobre "Medicamentos",

Mantener juntos a la madre y al bebé que amamantan" y "Extracción de leche").

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

11. Apoye inmediatamente a la madre lactante inconsciente posparto

Como ya se describió en los procedimientos urgentes o emergentes, si una madre no puede comunicarse o está inconsciente, no se puede asumir que la lactancia materna no es importante para ella o que no lo será en el futuro. Se debe esperar que su apoderado de atención médica, si tiene uno, tome las decisiones que cree que la madre tomaría por sí misma si pudiera. Además, si la madre se encuentra en el posparto inmediato y la extracción de la leche no comienza de inmediato, puede resultar difícil o imposible amamantar exclusivamente.^{51,70} Las visitas al bebé pueden requerir esfuerzos coordinados del personal de lactancia y pediatría, pero pueden en última instancia, beneficiará la recuperación inmediata del paciente, así como también beneficiará al bebé.⁸ Una madre sedada o inconsciente puede beneficiarse de la presencia de su bebé con mejoras en sus signos vitales y puede sentirse inspirada para recuperarse.⁷¹ Se deben hacer preparativos para tener un persona con experiencia realice la extracción de leche, si la madre no puede hacerlo por sí misma. La educación adecuada para el personal que atiende a los pacientes que están bombeando o que requieren asistencia para bombear debe incluir el conocimiento de la configuración de la bomba, el ajuste de la brida y los signos de daños en el pezón. El descuido de estas consideraciones puede resultar en daño anatómico significativo, dolor y posible infección.⁷² Nivel de evidencia: 2. Fuerza de la recomendación: B.

12. Apoyar a la madre lactante internada en psiquiatría.

Las indicaciones para que una madre lactante tenga un ingreso psiquiátrico agudo son numerosas. Sin embargo, independientemente del tipo de unidad de psiquiatría, el protocolo estándar debe ser que el equipo del hospital apoye la continuación de la lactancia, según los deseos de la paciente.

una. Contar con una política escrita o un protocolo específico de la unidad de psiquiatría para apoyar a estos pacientes. Tener una política escrita para todos los pacientes hospitalizados es importante para una lactancia exitosa y el mantenimiento de la lactancia,^{6,8} pero hacer operativo el apoyo de una madre lactante en una unidad psiquiátrica es particularmente complejo y requiere apoyo adicional del personal y supervisión del paciente.

Tener una política escrita o un protocolo específico para la unidad psiquiátrica para apoyar a estos pacientes es muy importante para mantener con éxito su lactancia.

Los protocolos en los que es posible visitar al niño también pueden ayudar a promover el vínculo entre madre e hijo y pueden mejorar el bienestar general de la madre y mejorar el apego. Las visitas deben ser una meta cuando se pueden respaldar de manera segura. (Consulte las secciones "Mantener juntos a las madres lactantes y los bebés" y "Crear una política para apoyar a una madre lactante").

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de la recomendación: B. b. Favorecer las unidades de hospitalización maternoinfantil. En todo el mundo, existe una amplia gama de tipos de unidades psiquiátricas donde las mujeres perinatales pueden recibir tratamiento para enfermedades psiquiátricas que son lo suficientemente graves como para justificar la hospitalización. Esto puede incluir una unidad psiquiátrica general, una unidad psiquiátrica que solo trata a mujeres o una unidad psiquiátrica perinatal especializada. Esta última es la mejor opción para las mujeres perinatales.⁷³ Las unidades psiquiátricas especializadas para mujeres durante el período perinatal, a menudo llamadas Unidades Maternoinfantiles (MBU), se desarrollaron por primera vez en 1948 en el Reino Unido. Actualmente, se encuentran en Bélgica, Francia, Alemania, los Países Bajos, los Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda y otras partes del mundo.^{74–76} Tratamiento de MBU para pacientes hospitalizados la formulación aborda la enfermedad mental dentro del contexto

del funcionamiento materno y con especial atención al apego materno-infantil.^{74,76–78} Es importante destacar que las unidades de hospitalización especializadas para mujeres perinatales tienen muchas más probabilidades de resultar en la preservación de la lactancia materna.⁷⁹ En los Estados Unidos, la primera unidad psiquiátrica perinatal especializada abrió en 2011. Además, a diferencia de la mayoría de las otras MBU, las unidades de psiquiatría perinatal de los EE. UU. bombas y un lugar seguro para visitar y amamantar están disponibles.⁷⁷

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de la recomendación: B. c. Contacto de apoyo de la madre con su hijo durante la hospitalización. Las MBU son ideales.⁷³ En su ausencia, las visitas deben ser un objetivo cuando se pueden respaldar de manera segura. (Consulte las secciones "Mantener juntos a las madres lactantes y los bebés" y "Crear una política para apoyar a una madre lactante"). La capacidad del niño para visitar con seguridad al paciente psiquiátrico hospitalizado dependerá de varios factores que se centran principalmente en la seguridad. Esto incluye la capacidad de la madre para interactuar adecuadamente con el niño y la disponibilidad de un entorno adecuado para las visitas de madre e hijo en la unidad psiquiátrica o cerca de ella. En muchos casos, será necesario recomendar visitas supervisadas por parte del personal para garantizar la seguridad de la interacción madre-hijo. En muchas unidades psiquiátricas, las visitas de menores están prohibidas, pero la consideración de una diada de lactancia aún debe ocurrir en un lugar separado si es posible. Por lo tanto, el objetivo debe

ser para todas las pacientes lactantes tener visitas supervisadas seguras cuando sea apropiado.

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de la recomendación: B. d. Proporcione ayuda a la madre para extraerse la leche siempre que no sea posible amamantar directamente. Un extractor de leche eléctrico doble debe estar accesible (si ese es el estándar de atención en las unidades de maternidad locales, dado que dichos extractores no están disponibles en todas partes del mundo). El personal debe estar familiarizado con el uso de tales bombas, o se debe consultar a otro personal dentro del hospital para ayudar a apoyar a la madre lactante que está hospitalizada en una unidad de psiquiatría. La leche debe etiquetarse y almacenarse como ya se indicó en un refrigerador apropiado en la unidad (ver "Extracción y almacenamiento de leche").

Uno de los desafíos de la extracción de leche en una unidad psiquiátrica es el riesgo de autolesión por parte del paciente. El tubo de un extractor de leche se considera un riesgo de ligadura porque puede usarse para intentos de suicidio por estrangulamiento. Por lo tanto, las mujeres lactantes en las unidades de psiquiatría para pacientes hospitalizados a menudo necesitarán supervisión mientras extraen leche, lo que puede percibirse como incómodo dado que esta es una actividad que las mujeres prefieren hacer en privado. Los equipos psiquiátricos deben ser conscientes de este desafío y sopesar cuidadosamente los riesgos de autolesión frente al derecho a la privacidad, el último de los cuales generalmente será el preferido por el paciente mientras se bombea.

Después de completar el bombeo, el tubo debe retirarse del posesión del paciente hasta la siguiente sesión. El uso de un extractor manual o la enseñanza de la extracción manual de leche pueden ser opciones si el uso de un extractor eléctrico representa un riesgo para la seguridad de la madre y no es posible la supervisión durante la extracción.

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de la recomendación: B. e. Ayudar con la extracción de leche si la madre no puede hacerlo. La madre lactante admitida con un diagnóstico psiquiátrico también puede ser incapaz de extraerse la leche por sí misma debido a la naturaleza de su diagnóstico. Por ejemplo, puede ser psicótica aguda, desorganizada o catatónica. Si esta es la situación, sus objetivos de lactancia deben discutirse con el apoderado de atención médica para ayudarla a apoyarla mejor durante este tiempo. Puede ser necesario que un miembro del personal de lactancia u otro miembro del personal capacitado la ayude con la extracción de leche.

Si la extracción de leche no se produce durante períodos prolongados, pueden producirse otras complicaciones relacionadas con la lactancia (consulte "Apoyo a la paciente inconsciente").

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de la recomendación: B. f. Considere la posibilidad de amamantar cuando planifique regímenes de medicamentos psicotrópicos. Una parte importante del plan de tratamiento debe ser una evaluación cuidadosa del riesgo y los beneficios de los medicamentos psicotrópicos que son efectivos y tienen el perfil de seguridad más favorable para las mujeres que amamantan. El tratamiento sólido de la enfermedad psiquiátrica es primordial y debe ser una prioridad máxima. Aunque muchos de estos medicamentos pueden considerarse seguros durante la lactancia, a veces las combinaciones de muchos medicamentos psiquiátricos pueden ser preocupantes para el niño. La seguridad de los medicamentos debe evaluarse tanto individualmente como en el contexto de su régimen completo de medicamentos, y se debe observar al niño en busca de efectos adversos. (Consulte "Medicamentos" para conocer los recursos sugeridos). Además, los medicamentos antipsicóticos

Los cationes pueden aumentar los niveles de prolactina y, por lo tanto, aumentar la producción de leche.

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

13. Facilitar la lactancia materna para lactantes y niños lactantes hospitalizados.

La lactancia materna es muy importante para los bebés y niños hospitalizados. Sin embargo, la pérdida de apetito debido a la enfermedad de un niño, el ayuno para exámenes o procedimientos y la separación de la madre lactante pueden crear desafíos importantes. Si los lactantes o niños lactantes son hospitalizados, se deben hacer todos los esfuerzos posibles para permitir el acceso ilimitado a su madre lactante, cuya alimentación y necesidades básicas deben ser satisfechas. Se ha demostrado que el estrés materno de un bebé hospitalizado afecta la lactancia materna.^{4,26} Si se produce separación o pérdida del apetito del bebé, lo ideal es que la madre lactante se extraiga la leche con un extractor eléctrico doble con la frecuencia con la que el bebé mamaría normalmente, para mantener la producción de leche. y tener leche disponible para el lactante. Puede ser necesario un apoyo calificado para la lactancia (ver "Extracción de leche"). Las madres pueden necesitar tranquilidad, aliento y orientación si los volúmenes bombeados parecen bajos. El contacto piel con piel puede ayudar a facilitar la lactancia materna directa, así como a mantener los volúmenes de leche extraídos si el bebé no puede amamantar directamente.⁸⁰ Hay recursos en línea disponibles.^{81,82} Las enfermedades crónicas de los niños pueden presentar desafíos adicionales y pueden capacitación y habilidades del personal de atención, y equipo.⁴ A veces, el paciente pediátrico puede ser el hermano mayor de un lactante, y la madre lactante puede estar en el hospital con un lactante a cuestas. En estas circunstancias, se debe permitir que el lactante esté en la habitación con la madre lactante y el hermano hospitalizado, a menos que los protocolos específicos de control de infecciones lo impidan. Se debe proporcionar un lugar seguro para dormir para el bebé lactante, como un moisés o una cuna. Si la presencia del bebé lactante en la unidad no es posible debido a riesgos específicos para el bebé o limitaciones logísticas, es posible que se necesite apoyo de lactancia calificado para la madre lactante.

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

Consideraciones especiales:

a. Niños en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP): Los bebés y niños pequeños pueden ser admitidos 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 estadías prolongadas en el hospital. A menudo, estos bebés o niños, al menos inicialmente, están demasiado enfermos para amamantar y/o demasiado enfermos para recibir cualquier tipo de nutrición enteral. Además, la madre lactante puede estar demasiado abrumada con la salud del bebé o niño como para pensar en problemas relacionados con la lactancia materna.⁴ Por lo tanto, es de suma importancia que se aliente y apoye plenamente a la madre lactante para que se extraiga y mantenga la producción de leche⁸³ (ver arriba). Para mantener el suministro de leche, se debe alentar y apoyar a la madre para que se extraiga leche desde el primer contacto con el sistema médico, ya sea el departamento de emergencias o la clínica. Cuando un equipo de transporte transfiere a un bebé o niño que está amamantando de un hospital externo a una UCIP, debe haber coordinación con todos los equipos involucrados para brindarle a la madre la capacidad de completar la extracción de leche oportunamente si es necesario.

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de la recomendación: B. b. Soporte respiratorio: Alrededor de un tercio de los pacientes pediátricos que requieren intubación y ventilación mecánica pueden desarrollar algún grado de disfagia. Esto es aún más frecuente en niños <25 meses de edad.⁸⁴ Incluso si el bebé estaba amamantando antes de la admisión, la transición de regreso al seno puede ser un desafío adicional y puede requerir apoyo y orientación especializados para la lactancia.

Los bebés que estaban amamantando mucho antes de la enfermedad aguda y que aún no han vuelto a su estado basal en términos de estado respiratorio o neurológico, algunas veces requieren algún tipo de apoyo respiratorio, como una cánula nasal o una cánula nasal de alto flujo. En los niños con bronquiolitis que requieren una cánula nasal de alto flujo, los eventos adversos relacionados con la alimentación parecen ser raros, independientemente del método de alimentación.⁸⁵ La lactancia materna directa puede ser preferible ya que permite que el bebé regule mejor el flujo de leche en el pecho y también puede ayudar a calmar al lactante.²⁸ Además, la lactancia materna directa es superior a la leche extraída por otras razones ya descritas (ver "Extracción de leche").

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de la recomendación: B. c. Lactantes con enfermedades congénitas. Los recién nacidos y los bebés 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 a menudo tienen un mayor riesgo de complicaciones infecciosas, enterocolitis necrosante, dificultades de alimentación y retraso del crecimiento, por lo que la lactancia materna y la leche materna pueden ofrecerles una protección especial. Al mismo tiempo, pueden tener algunas condiciones crónicas como hipotonía, somnolencia, poco aumento de peso y otras que crean desafíos adicionales y pueden requerir apoyo y/o equipo calificado para la lactancia.⁴ Muchos bebés requieren hospitalización mientras la lactancia aún está en curso. Se está estableciendo y es posible que no pueda amamantar directamente al principio. Se debe brindar educación y atención sobre lactancia basadas en evidencia a las madres y las familias antes del nacimiento y continuar durante la hospitalización del bebé.²¹ Los bebés que pueden amamantar directamente pueden volverse clínicamente más estables mientras lo hacen, con menos estrés y necesidad de medicamentos para el dolor o la control de la presión.^{28,30} Nivel de evidencia: 2. Fuerza de la recomendación: B. d. Apoyo de lactancia para el bebé o niño quirúrgico: Es posible que los bebés que se someten a cualquier tipo de cirugía no puedan alimentarse en absoluto o que solo puedan alimentarse durante un tiempo limitado. Por lo tanto, es posible que la madre necesite extraerse leche (ver arriba y el Protocolo ABM #25, Ayuno previo al procedimiento¹⁸). Cuando un bebé de este tipo es admitido para cirugía después de que se ha establecido la lactancia, se debe facilitar y alentar la lactancia materna directa lo antes posible. Algunos de estos bebés o niños pueden tener varios tubos, vías y drenajes en el período posoperatorio inmediato. Las madres necesitarán apoyo calificado adicional para amamantar a sus bebés a fin de evitar el desplazamiento de líneas, tubos y drenajes, y se debe prestar atención al control del dolor del bebé. La transición de regreso al seno puede ser lenta. Para el cuidado de estas diadas es necesario un equipo multidisciplinario con conocimiento de todos estos aspectos.⁴

Nivel de evidencia: 2. Fuerza de la recomendación: B. e. Equilibrio estricto de líquidos y lactancia materna para bebés enfermos: los niños gravemente enfermos a menudo requieren un equilibrio de líquidos muy estricto para mantener la función de los órganos vitales, lo cual es un desafío cuando un bebé está amamantando directamente del seno. A pesar de esto, es preferible permitir y alentar al lactante a amamantar directamente en lugar de usar otros medios de alimentación que permitan una medición más precisa del volumen⁸⁶ (ver "Extracción de leche" y "Apoyo respiratorio"). Un pequeño estudio mostró que las pruebas de peso de la lactancia materna entre los bebés con cardiopatías congénitas en una unidad de cuidados transicionales cardíacos pediátricos fueron útiles para apoyar la lactancia materna y proporcionar una evaluación más precisa de la ingesta y optimizar el balance de líquidos.⁸⁷ Nivel de evidencia: 2. Fuerza de la recomendación: B.

14. Promover la toma de decisiones compartida

A veces, la enfermedad de una madre que amamanta le planteará una decisión difícil sobre la interrupción de la lactancia. Dependiendo de la edad del bebé y de las circunstancias de la vida de la madre, la madre puede haber estado considerando dejar de amamantar antes de enfermarse. Es importante que tenga información precisa para tomar esta decisión, particularmente sobre la seguridad de los medicamentos necesarios para tratar su enfermedad. Una paciente puede haber asumido incorrectamente que necesitaría dejar de amamantar debido a su enfermedad.

Ocasionalmente, un proveedor de atención médica puede haberle recomendado erróneamente que deje de amamantar. Las madres deben ser informadas sobre los riesgos para su propia salud y

la salud de su bebé por el cese temprano de la lactancia materna¹⁵ (o, si se desea, esto podría enmarcarse como "beneficios de continuar con la lactancia materna"). Por el contrario, una madre puede desear fuertemente continuar amamantando pero puede haber asumido que no sería posible. Otras madres pueden haber sufrido una severa disminución en la producción de leche como resultado de la separación del bebé u otras interrupciones en la extracción de leche debido a la enfermedad. Estas madres necesitarán apoyo profesional para la lactancia para reanudar la lactancia de manera segura y garantizar un aumento de peso adecuado del bebé. Sin embargo, es importante que la decisión de las madres se tome con una explicación completa de los riesgos y beneficios para la madre y el bebé, y con acceso al apoyo profesional disponible para la lactancia cuando sea necesario.

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

Resumen

Apoyar a una madre lactante o a un bebé o niño lactante durante una hospitalización es importante y puede ayudar en su recuperación, especialmente de una enfermedad crítica. Incluso cuando circunstancias difíciles, como la pandemia de SARS-CoV-2, hagan necesario restringir las visitas al hospital, se debe considerar seriamente la presencia de una persona de apoyo para la madre que le permita mantener la proximidad con el niño. Siempre que sea posible, la atención debe brindarse en el mismo establecimiento para la madre lactante y el niño lactante y, por lo tanto, los establecimientos deben trabajar para adaptar su infraestructura para apoyar adecuadamente a las familias que amamantan.

Áreas para futuras investigaciones

Debido a que se ha publicado poco sobre este tema, se agradecería que se publicaran más relatos de experiencias, incluidas políticas de muestra y series de casos.

Referencias

1. Courtois E, Thibault P. [Impacto de la hospitalización de un bebé durante la lactancia: investigación madre-hijo]. *Investigación de Enfermería* 2010;102:50–58.
2. Heilbronner C, Roy E, Hadchouel A, et al. Interrupción de la lactancia materna durante la hospitalización por bronquiolitis en niños: una encuesta telefónica. *BMJ Pediatr Open* 2017;1:e000158.
3. Bartick MC, Valdés V, Giusti A, et al. Resultados maternos e infantiles asociados con prácticas de maternidad relacionadas con COVID-19: El estudio de madres COVID. *Amamantar Med* 2021;16:189–199.
4. Hookway L, Lewis J, Brown A. Los desafíos de los niños amamantados médicamente complejos y sus familias: una revisión sistemática. *Matern Child Nutr* 2021:e13182.
5. Simon JA, Carabeta M, Rieth EF, et al. Cuidado perioperatorio de la paciente lactante. *AORN J* 2018;107:465–474.
6. Rieth EF, Barnett KM, Simon JA. Implementación y organización de un programa de lactancia perioperatoria: Un estudio descriptivo. *Amamantar Med* 2018;13:97–105.
7. Asociación Australiana de Lactancia Materna. Lactancia y hospitalización. Asociación Australiana de Lactancia Materna. 2017. <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/breastfeeding-and-hospitalization> (consultado el 29 de enero de 2021).
8. Watson J, Hermann S, Johnson B. Desarrollo de una política para apoyar la lactancia materna en mujeres hospitalizadas y gravemente enfermas. *Salud de la mujer de enfermería* 2013;17:188–196.
9. Dumphy D. El paciente quirúrgico que amamanta. *AORN J* 2008;87:759–766; prueba 767–770.
10. Wenner L. Atención a la madre lactante en áreas médico quirúrgicas. *Medsurg Nurs* 2007;16:101–104.
11. Shanahan H, Ashton J. Mujeres lactantes admitidas en la guía clínica hospitalaria V3.1. Truro, Reino Unido: NHS Royal Cornwall Hospitals, 2020.
12. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Lactancia materna en el siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efectos de por vida. *Lancet* 2016;387:475–490.
13. Bartick MC, Jegier BJ, Green BD, et al. Disparidades en la lactancia materna: Impacto en los resultados y costos de la salud materna e infantil. *J Pediatr* 2017;181:49–55 e46.
14. Walters DD, Phan LTH, Mathisen R. El costo de no amamantar: resultados globales de una nueva herramienta. *Plan de Políticas de Salud* 2019;34:407–417.
15. Haiek LN, LeDrew M, Charette C, et al. Toma de decisiones compartida para la alimentación y el cuidado infantil durante la pandemia de la enfermedad por el virus de la corona 2019. *Matern Child Nutr* 2021: e13129.
16. Hernández-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, et al.; Academia de Medicina de Lactancia Materna. Protocolo clínico ABM #7: Modelo de política de maternidad que apoya la lactancia materna. *Amamantar Med* 2018;13:559–574.
17. Reece-Stremtan S, Campos M, Kokajko L, et al. Protocolo clínico ABM #15: Analgesia y anestesia para la madre que amamanta, revisado en 2017. *Breastfeed Med* 2017; 12:500–506.
18. Academia de Medicina de Lactancia Materna. Protocolo clínico ABM n.º 25: ayuno previo al procedimiento para lactantes: directrices "NPO". *Amamantar Med* 2012;7:197–202.
19. Mitchell KB, Fleming MM, Anderson PO, et al. Protocolo clínico ABM #31: Estudios de radiología y medicina nuclear en mujeres lactantes. *Amamantar Med* 2019;14:290–294.
20. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, et al. Lactancia materna subóptima en los Estados Unidos: resultados y costos de salud materna y pediátrica. *Matern Child Nutr* 2017;13:3–6; Fe de erratas en *Matern Child Nutr* 2017:2013(2012):null.
21. Organización Mundial de la Salud. Directriz: Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Establecimientos: Prestación de Servicios de Maternidad y Recién Nacidos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2017.
22. Colaizy TT, Bartick MC, Jegier BJ, et al. Impacto de la lactancia materna optimizada en los costos de la enterocolitis necrosante en lactantes de peso extremadamente bajo al nacer. *J Pediatr* 2016; 175:100–105 e102.
23. O'Connor DL, Gibbins S, Kiss A, et al. Efecto de la leche humana de donante suplementaria en comparación con la fórmula para prematuros en el desarrollo neurológico de los lactantes de muy bajo peso al nacer a los 18 meses: un ensayo clínico aleatorizado. *JAMA* 2016;316: 1897–1905.
24. Khan J, Vesel L, Bahl R, et al. Momento del inicio de la lactancia materna y exclusividad de la lactancia materna durante el primer mes de vida: efectos sobre la mortalidad y morbilidad neonatal: una revisión sistemática y un metanálisis. *Matern Child Health J* 2015;19:468–479.
25. Gyamfi A, O'Neill B, Henderson W. Experiencia de lactancia negra/ afroamericana: dimensiones culturales, sociológicas y de salud a través de una lente de equidad. *Amamantar Med* 2021;16:103–111.
26. Foligno S, Finocchi A, Brindisi G, et al. La evaluación del estrés de la madre durante la hospitalización puede influir en la tasa de lactancia: Experiencia en departamentos intensivos y no intensivos. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:1298.
27. Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, et al. Liberación de oxitocina materna posparto por parte de los recién nacidos: Efectos del masaje y la succión de las manos infantiles. *Nacimiento* 2001; 28: 13–19.
28. Moberg K. de Uvna. Efectos de la oxitocina en madres y bebés durante la lactancia. *Infantil* 2013;9:201–206.
29. Boss M, Gardner H, Hartmann P. Lactancia humana normal: Cerrando la brecha. *F1000Res* 2018;7:F1000 Facultad Rev-801.
30. Uvna's-Moberg K, Ingemar A, Magnusson D. La psicobiología de la emoción: El papel del sistema oxitocinérgico. *Int J Behavioral Medicine* 2005;12:59–65.
31. Dewey KG. El estrés materno y fetal se asocia con alteración de la lactogénesis en humanos. *J Nutr* 2001;131:3012S–3015S.
32. Vetulani J. Separación materna temprana: un modelo de roedor de depresión y una condición humana predominante. *Representante de Pharmacol* 2013;65:1451–1461.
33. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Comité sobre fetos y recién nacidos, Grupo de trabajo sobre el síndrome de muerte súbita del lactante. Sueño seguro y cuidado piel con piel en el período neonatal para recién nacidos a término sanos. *Pediatría* 2016;138: e20161889.
34. Jonas W, Bisceglia R, Meaney MJ, et al. El papel de la lactancia materna en la asociación entre la sintonía de cortisol materna e infantil en el primer año posparto. *Acta Paediatr* 2018;107:1205–1217.
35. Crenshaw JT. Práctica de nacimiento saludable #6: Mantenga juntos a la madre y al recién nacido. Es mejor para la madre, el recién nacido y la lactancia. *J Perinat Educ* 2019;28:108–115.
36. Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, et al. Volumen y frecuencia de las tomas y contenido de grasa de la leche materna a lo largo del día. *Pediatría* 2006;117:e387–e395.
37. Johnson HM, Mitchell KB. Flemón de la lactancia: una entidad clínica distinta que afecta a las mujeres que amamantan dentro del espectro de mastitis-absceso. *Mama J* 2020;26:149–154.

38. Hassiotou F, Hepworth AR, Metzger P, et al. Las infecciones maternas e infantiles estimulan una respuesta leucocitaria rápida en la leche materna. *Clin Transl Immunology* 2013;2:e3.
39. Riskin A, Almog M, Peri R, et al. Cambios en los constituyentes inmunomoduladores de la leche humana en respuesta a una infección activa en el lactante. *Pediatr Res* 2012;71: 220–225.
40. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Métodos de expresión de leche para mujeres lactantes. *Base de datos Cochrane Syst Rev* 2016;9:CD006170.
41. Meier PP, Patel AL, Hoban R, et al. Qué extractor de leche para qué madre: un enfoque basado en la evidencia para individualizar la tecnología de extractores de leche. *JPerinatol* 2016;36:493–499.
42. Felice JP, Geraghty SR, Quagliari CW, et al. "Lactancia materna" sin bebé: una investigación longitudinal y cualitativa de cómo las madres perciben, sienten y practican la extracción de leche humana. *Matern Child Nutr* 2017;13: e12426.
43. Felice JP, Rasmussen KM. Pechos, extractores y biberones, y preguntas sin respuesta. *Amamantar Med* 2015;10:412–415.
44. Lawrence RA. Almacenamiento de leche humana y la influencia de los procedimientos en los componentes inmunológicos de la leche humana. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88:14–18.
45. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Taxonomía de la fuerza de la recomendación (SORT): un enfoque centrado en el paciente para calificar la evidencia en la literatura médica. *J Am Board Family Pract* 2004;17:59–67.
46. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Alojamiento conjunto para la nueva madre y el recién nacido versus atención separada para aumentar la duración de la lactancia materna. *Base de datos Cochrane Syst Rev* 2016: CD006641.
47. Ng CA, Ho JJ, Lee ZH. El efecto del alojamiento conjunto en la duración de la lactancia materna: una revisión sistemática de estudios controlados prospectivos aleatorios y no aleatorios. *PLoS One* 2019;14:e0215869.
48. Fewtrell M, Kennedy K, Lukoyanova O, et al. Eficacia a corto plazo de dos extractores de leche e impacto en los resultados de la lactancia materna a los 6 meses en madres que amamantan exclusivamente: un ensayo aleatorizado. *Matern Child Nutr* 2019;15:e12779.
49. Silberman SL. Pioneros en el cuidado maternoinfantil centrado en la familia: Edith B. Jackson y el proyecto de investigación de alojamiento conjunto de Yale. *Bull Hist Med* 1990;64:262–287.
50. Lee S., Kelleher SL. Bases biológicas de los desafíos de la lactancia materna: el papel de la genética, la dieta y el medio ambiente en la fisiología de la lactancia. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2016;311:E405–E422.
51. Organización Mundial de la Salud. (2009). Alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto para estudiantes de medicina y profesionales de la salud afines. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>.
52. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Tabla 3.2. Número medio de alimentaciones de cada alimento en los últimos 7 días por edad del lactante, entre los bebés que consumieron cada alimento. A NOSOTROS Departamento de Salud y Servicios Humanos. Encuesta sobre prácticas de alimentación infantil II Sitio web. 2008. https://www.cdc.gov/lactancia materna/pdf/ifps/data/ifps2_tables_ch3.pdf (consultado el 20 de febrero de 2021).
53. Instituto de Medicina (EE. UU.), Comité sobre el estado nutricional durante el embarazo y la lactancia. 5: Volumen de leche. En: *Nutrición durante la lactancia*. Washington, DC: National Academies Press (EE. UU.), 1991.
54. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Cómo mantener limpio el kit de su extractor de leche: Lo esencial. Departamento de EE. UU. de Salud y Servicios Humanos. 2020. <https://www.cdc.gov/healthywater/higiene/healthchildcare/infantfeeding/breastpump.html> (consultado el 29 de enero de 2021).
55. Flores-Antón B, Martín-Cornejo J, Morante-Santana MA, et al. Comparación de dos métodos para limpiar los kits de recolección de leche de extractores de leche en bancos de leche humana. *J Hosp Infect* 2019;103:217–222.
56. Stanford Medicine Newborn Nursery, Morton J. Expresión manual de leche materna. Universidad Stanford. 2006. <http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breast-feeding/hand-expressing-milk.html> (consultado el 29 de enero de 2021).
57. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Correcto almacenamiento y preparación de la leche materna. Departamento de Salud y Servicios Humanos. 2020. https://www.cdc.gov/breastfeeding/recomendaciones/handling_breastmilk.htm (consultado el 29 de enero de 2021).
58. Grupo de Trabajo sobre el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. SIDS y otras muertes infantiles relacionadas con el sueño: recomendaciones actualizadas de 2016 para un entorno seguro para dormir en los bebés. *Pediatría* 2016;138:e20162938.
59. LactMed: Base de datos de medicamentos y lactancia. <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT> (consultado el 20 de septiembre de 2006).
60. Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Texas. InfantRisk Center en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Texas: Lactancia materna. Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Texas. 2021. <https://www.infantrisk.com/category/breastfeeding> (consultado el 29 de enero de 2021).
61. e-lactancia. ¿Es compatible con la lactancia? Asociación para el Fomento y la Investigación Científica y Cultural búsqueda en Lactancia Materna de Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (Organización Mundial de la Salud). 2021. www.e-lactancia.org/ (consultado el 20 de febrero de 2021).
62. Sachs HC, Comité de Drogas. La transferencia de fármacos y terapias a la leche materna humana: una actualización sobre temas seleccionados. *Pediatría* 2013;132:e796–e809.
63. Odom EC, Li R, Scanlon KS, et al. Razones para el cese de la lactancia antes de lo deseado. *Pediatría* 2013;131: e726–e732.
64. Brown A, Finch G, Trickey H, et al. 'Un salvavidas cuando nadie más le dará la respuesta': una evaluación de la Red de Lactancia Materna Servicio de Drogas en la Leche Materna. Escocia: Red de Lactancia Materna, 2019.
65. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Contraindicaciones para amamantar o alimentar con leche materna a los lactantes. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. 2019. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-specialcircunstancias/contraindications-to-breastfeeding.html> (consultado el 29 de enero de 2021).
66. Carneiro-Proietti AB, Amaranto-Damasio MS, Leal Horiguchi CF, et al. Transmisión de madre a hijo de virus linfotrópicos de células T humanas-1/2: lo que sabemos y cuáles son las brechas en la comprensión y prevención de esta ruta de infección. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2014;3 Supl 1:S24–S29.
67. Organización Mundial de la Salud. Actualizaciones sobre VIH y Alimentación Infantil. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2021.
68. Loveday M, Hlangu S, Furin J. Lactancia materna en mujeres que viven con tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2020;24: 880–891.
69. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna y COVID-19. Resumen científico. 2020. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19#:~:text=>

- La OMS%20recomienda%20que%20madres%20con, confirmado%20COVID%2D19 (consultado el 16 de octubre de 2020).
70. Auerbach KG, Avery JL. Relactación: Un estudio de 366 casos. *Pediatría* 1980;65:236–242.
71. Turner T. Por qué una madre de Carolina del Norte cree que un recién nacido le salvó la vida. *Noticias ABC* [Internet]. 2015. Disponible en: <https://abcnews.go.com/Health/north-carolina-mom-believes-newborn-saved-life/story?id=34836156> (consultado el 22 de agosto de 2021).
72. Eglash A, Malloy ML. Extracción de leche materna y tecnología de sacaleches. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58:855–867.
73. Wisner KL, Jennings KD, Conley B. Dilemas clínicos debido a la falta de unidades de hospitalización materno-infantil. *Int J Psychiatry Med* 1996;26:479–493.
74. Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NM. La historia de las Unidades Madre-Bebé (UMB) en Francia y Bélgica y de la versión francesa de la lista de verificación de Marce. *Arch Women's Ment Health* 2004;7:53–58.
75. Galbally M, Sved-Williams A, Kristianopolos D, et al. Comparación de unidades psiquiátricas materno-infantiles públicas en Australia: similitudes, puntos fuertes y recomendaciones. *Psiquiatría australiana* 2019; 27: 112–116.
76. Kimmel MC, Lara-Cinisomo S, Melvin K, et al. Tratamiento de los trastornos del estado de ánimo perinatales graves en una unidad de hospitalización especializada en psiquiatría perinatal. *Arch Women's Ment Health* 2016;19:645–653.
77. Meltzer-Brody S, Brandon AR, Pearson B, et al. Evaluación de la eficacia clínica de una unidad de hospitalización especializada en psiquiatría perinatal. *Arch Women's Ment Health* 2014;17: 107–113.
78. Buist A, Minto B, Szego K, et al. Unidades psiquiátricas materno-infantiles en Australia: la experiencia victoriana. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:81–87.
79. Hill R, Law D, Yelland C, et al. Tratamiento de la psicosis posparto en una unidad materno-infantil: ¿Se benefician tanto la madre como el bebé? *Psiquiatría Australas* 2019;27:121–124.
80. Vittner D, McGrath J, Robinson J, et al. El aumento de la oxitocina del contacto piel con piel mejora el desarrollo de la relación padre-hijo. *Biol Res Nurs* 2018;20:54–62.
81. Hospital de Niños de Filadelfia. Mantener su suministro de leche mientras su bebé está hospitalizado. Hospital de Niños de Filadelfia. 2021. <https://www.chop.edu/pages/main-taining-your-milk-supply-while-baby-hospitalized> (consultado el 15 de febrero de 2012).
82. Niños de Wisconsin. Lactancia materna de su hijo hospitalizado. Wisconsin para niños. 2021. <https://childrenswi.org/medical-care/neonatology/breastfeeding-resources/breastfeeding-your-hospitalized-child> (consultado el 15 de febrero de 2021).
83. Ben Gueriba K, Heilbronner C, Grimaud M, et al. Acciones simples para apoyar la lactancia pueden evitar el destete no deseado en lactantes menores de 6 meses hospitalizados por bronquiolitis: un estudio antes/ después (Bronchilact II). *Arch Pediatr* 2021;28:53–58.
84. Hoffmeister J, Zaborek N, Thibeault SL. Disfagia posterior a la extubación en poblaciones pediátricas: incidencia, factores de riesgo y resultados. *J Pediatr* 2019;211:126–133 e121.
85. Shadman KA, Kelly MM, Edmonson MB, et al. Alimentación durante la cánula nasal de alto flujo para la bronquiolitis: asociaciones con el tiempo hasta el alta. *J Hosp Med* 2019;14:E43–E48.
86. Peines VL, Marino BL. Una comparación de los patrones de crecimiento en lactantes alimentados con leche materna y biberón con cardiopatía congénita. *Pediatr Nurs* 1993;19:175–179.
87. Gregory C. Uso de pesas de prueba para bebés lactantes con cardiopatía congénita en una unidad de cuidados de transición cardíaca: un proyecto de implementación de mejores prácticas. *Sistema de base de datos JBI Rev Implementar Rep* 2018;16:2224–2245.

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

Melissa C. Bartick, MD, MS, FABM, autora principal
 Maria Teresa Hernandez-Aguilar, MD, MPH, PhD
 Nancy Wight, MD, FABM
 Katrina B. Mitchell, MD
 Liliana Simon, MD, MS
 Lauren Hanley, MD
 Samantha Meltzer -Brody, MD, MPH
 Robert M. Lawrence, MD

Comité de Protocolo de la Academia de Medicina de Lactancia Materna
 Miembros: Elizabeth Stehel, MD, Presidenta
 Lawrence Noble, MD, FABM, Presidenta de Traducciones
 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

Para correspondencia: abm@bfmed.org