ene
revista de enfermería

evidencia en cuidados

Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia
www.evidenciaencuidados.es

FOMENTO Y APOYO AL INICIO, EXCLUSIVIDAD Y LA CONTINUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA PARA RECIÉN NACIDOS, LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

[EVIDENCIA COMENTADA]

ENE PRE-PRINT

BREASTFEEDING-PROMOTING A SUPPORTING THE INITIATION, EXCLUSIVITY AND CONTINUATION OF BREASTFEEDING FOR NEWBORNS, INFANTS AND YOUNG CHILDREN

M. Pilar Rodríguez-Soberado

Enfermera. Gerencia de Atención Especializada Medina del Campo-HMC (Valladolid)

RESUMEN

Referencia del documento de práctica clínica basada en la evidencia:

Registered Nurses´ Association of Ontario. Breastfeeding-Promoting a Supporting the Initiation, Exclusivity and Continuation of Breastfeeding for Newborns, Infants and Young Children. Third Edition.Toronto.2018. Disponible en:

https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/BPG_Lactancia_Materna.pdf

Palabras clave: Lactancia materna, apoyo al inicio temprano de la lactancia materna, práctica basada en la evidencia, guías de práctica clínica

Introducción

Las recomendaciones de esta guía de buenas prácticas (GBP) son coherentes con las *"Metas Mundiales 2025"* sobre lactancia materna (LM) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que recomienda la LM exclusiva hasta los 6 meses y LM continua hasta los 2 años [(1)].

Esta Guía es una herramienta para las buenas prácticas y ayudar en la toma de decisiones a las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares que trabajan con los lactantes y sus familias, en la promoción, apoyo y asesoramiento de la LM exclusiva, en entornos sanitarios y comunitarios. La Guía esta traducida en la página de CCEC®/ BPSO® en España. Disponible en: https://www.bpso.es/guias-de-buenas-practicas/.

Queda fuera del ámbito de actuación de la guía: la LM en neonatos prematuros <34 semanas de gestación o enfermos, lactantes gemelares o de parto múltiple y lactantes con síndromes clínicos. Tampoco aporta información referente al uso compartido de leche materna.

La propuesta inicial fue incluir en la guía solamente revisiones sistemáticas, por la abundante evidencia existente sobre LM. Sin embargo, la ausencia de este tipo de estudios para dar respuesta a la pregunta de investigación número cuatro *"¿Cuáles son las prácticas, los programas y las políticas óptimos para que las instituciones sanitarias y la comunidad en general, incluidos los lugares de trabajo, apoyen la lactancia materna inicial, exclusiva y continuada?"*, condicionó la inclusión de 4 estudios primarios. La evaluación de la calidad es de moderada a alta en 32 de las 34 referencias.

En el neonato amamantar es un acto instintivo, pero en la madre el amamantamiento presenta un componente cultural y precisa de aprendizaje. La ayuda, apoyo y asesoramiento de los profesionales y los pares es fundamental para ese aprendizaje. Según la OMS, políticas sanitarias que faciliten estas intervenciones incrementarían las tasas

actuales de inicio de LM en la primera hora de vida (44%), LM exclusiva hasta los 6 meses (40%), y niños con lactancia hasta los dos años (45%).

Objetivos

Describir los resultados de la recomendación para fomentar el inicio de la LM en la primera hora de vida del neonato, o cuando la díada lactante esté clínicamente estable, de la GBP de la LM de la RNAO.

Esta recomendación da respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué intervenciones o programas usados por las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares son efectivos para aumentar el inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna?

La recomendación seleccionada es:

2.2 Fomentar el inicio temprano de la LM en la primera hora desde el nacimiento o una vez que la díada lactante este clínicamente estable, a través de intervenciones perinatales multicomponentes (Nivel de evidencia Ia):

- Educación prenatal

- Asistencia inmediata al postparto a pie de cama

ENE PRE-PRINT

Métodos, fuentes de datos

Para valorar la solidez, metodología y la calidad de la evidencia se utilizó AMSTAR (Assensing the Methodological Quality of Sistematic Reviews) para las revisiones sistemáticas y CASP (Critical Appraisal Skills Program) para los estudios primarios. Cuando se precisó consultar otras GBP para fundamentar la recomendación o la discusión de la evidencia se utilizó el instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation), excluyéndose las de baja calidad. La calidad de la evidencia varía de fuerte a moderada para todas las preguntas de investigación, excepto para la pregunta cuatro que incluye dos estudios de baja calidad al ser estos realizados en un contexto canadiense. Se contó con un panel de expertos.

RESULTADOS

La OMS recomienda iniciar la LM durante la primera hora de vida. El apoyo y la asistencia a las madres en el inicio del amamantamiento debe ser una práctica clínica habitual.

Fomentar el inicio temprano de la lactancia materna

El efecto de esta intervención se verá reforzado con la implantación de otras recomendaciones, entre las que merece especial mención la recomendación 2.1 de la Guía, que hace referencia al contacto piel con piel de la díada lactante.

Las intervenciones multicomponentes de enfermeras, equipo multidisciplinar y pares fomentan el inicio precoz de la LM. Iniciar estas prácticas en el periodo prenatal y continuar durante el postparto inmediato, en el entorno asistencial, domiciliario y comunitario, resultan más efectivas que intervenciones individuales en un único entorno.

Educación prenatal

Durante el embarazo son intervenciones efectivas, entre otras, para promover el inicio de la LM, el apoyo y educación mediante folletos u otros materiales escritos, asesoramiento sobre LM, visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, clases prenatales, campañas en medios de comunicación y capacitación sobre LM para las parejas y abuelas.

El asesoramiento en grupo y la educación por enfermas y el equipo interprofesional resultaron ser intervenciones efectivas para promover el inicio de la LM.

Asistencia inmediata al postparto a pie de cama

Las madres lactantes deben recibir apoyo y asistencia para iniciar la LM, independientemente del modo de parto (vaginal o cesárea), en la primera hora, previo consentimiento y estabilidad clínica de la díada (paso cuatro de los Diez Pasos para una lactancia exitosa que se recoge en el documento de la IHAN). La demora en el inicio de la LM por cesárea puede condicionar dificultades con la LM y mayor probabilidad del uso de leche de fórmula.

Las principales intervenciones que deben realizar los profesionales a pie de cama, referidas en la literatura, se encuentran descritas en la Guía. El profesional adoptará una actitud positiva, empática y tranquilizadora, ayudando a la madre a conseguir una postura cómoda y relajada, animando el acercamiento de la díada lactante, informando de cuáles son las señales de hambre del neonato y evitando, a priori, intervenciones innecesarias como son el agarre manual o la limitación de los movimientos de las manos del neonato en busca del pecho materno.

La valoración de las necesidades de cada díada lactante permitirá detectar factores de riesgo para el inicio temprano de la LM, entre los que merecen especial men-

ción la administración previa de opioides para el dolor, las molestias maternas tras una cesárea y la actitud y apoyo de la pareja o familiares.

COMENTARIO

Pese a la utilización de las herramientas AMSTAR y CASP para valorar los estudios incluidos, esta Guía no debe estar exenta de una evaluación crítica de la calidad, mediante AGREII, antes de decidir su implantación en una Institución concreta. Aunque su elaboración sigue estrictamente los pasos señalados, se comete un claro sesgo de selección por idioma de publicación lo que puede, además, condicionar la aplicabilidad de las medidas en otros entornos o significar costes adicionales en otros sistemas sanitarios.

La discusión de la evidencia en cada recomendación se estructura en cinco apartados: resumen de la evidencia (moderada a fuerte), beneficios y daños, valores y preferencias (la escasa investigación confiere valor a las decisiones del panel de expertos, determinadas por su contexto socio-sanitario), notas prácticas y, recursos y apoyos. Esta Guía no utiliza el sistema GRADE (grading of recommendations, assessent, development and evaluation) para separar la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación, método consensuado a nivel internacional y mayoritariamente aceptado por instituciones que elaboran GBP.

Esta nueva edición, que modifica la versión revisada en 2007, no incorpora grandes cambios; resalta la importancia de la coordinación de las intervenciones realizadas o apoyadas por las enfermeras, el equipo interprofesional y los pares. Las recomendaciones serán más efectivas si se inician en el periodo prenatal y continúan durante el periodo postnatal; son aplicables en los distintos entornos asistenciales y comunitarios en el sentido más amplio, incluyendo el entorno laboral.

La evidencia asegura que la LM mejora los resultados en salud materno-infantil, a corto y largo plazo; sin embargo, las tasas mundiales de LM exclusiva siguen siendo bajas, especialmente entre los países desarrollados y de ingresos más altos, considerándose uno de los principales problemas de salud pública [1]. Políticas Sanitarias con intervenciones educativas y formación de profesionales es el primer paso para el desarrollo de intervenciones multicomponentes y la creación de entornos que apoyen la LM. Es necesario identificar prácticas efectivas con un enfoque holístico centrado en la díada lactante, teniendo en cuenta factores fisiológicos y/o psicológicos, el apoyo familiar y el entorno sociocultural, factores determinantes en la actitud, intención y autoconfianza de las mujeres en el amamantamiento [2].

La recomendación seleccionada presenta un nivel de evidencia Ia, aborda el inicio de la LM, como medio para promover el objetivo de la exclusividad de LM. La Guía incluye algunas de las estrategias más referidas en la literatura científica:

Intervenciones prenatales

Campañas sociales de concienciación de la importancia de la LM. Educación, información de los beneficios y asesoramiento en la LM; mediante clases prenatales, vídeos, talleres, etc., reforzada con folletos informativos. Estas intervenciones deben iniciarse durante el embarazo por profesionales de la salud o de estos con el apoyo de pares; si es posible de forma grupal y con la pareja.

Historia de LM. Valorar y registrar experiencias previas, la intención de amamantar, actitudes o conocimientos en LM, nivel de autoconfianza, preocupaciones o potenciales problemas y apoyos sociales disponibles. Esta información prenatal podría ser clave para determinar las necesidades individuales y grupales, y planificar intervenciones socio-psicológicas que influyen en cambios de comportamiento, aumentando las tasas de inicio, exclusividad y continuidad de la LM [2].

La información prenatal debe ser repetida, proactiva, adaptada culturalmente y valorando las necesidades individuales.

Intervenciones en el postparto inmediato

La primera hora de vida del neonato es una situación única; coincide el periodo sensible de la díada lactante y la interacción de ambos [3]. La separación puede condicionar que el bebé no muestre conductas nutricionales adecuadas provocando retrasos en la LM, reduciendo la autoestima y la autoeficacia de la madre con la LM, disminuyendo la duración de la LM y favoreciendo el uso de leches artificiales [4].

Las enfermeras o enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas) deben ofrecer apoyo y asesoramiento individualizado, temprano, constante y presencial para facilitar el inicio de la LM, y apoyar los comportamientos innatos del recién nacido, sus señales de hambre o sus reflejos. Estas intervenciones deben estar enfocadas a las necesidades de la díada lactante, iniciadas por el neonato, guiadas por la madre.

La evidencia sugiere el inicio temprano de la LM y el arrastre al pecho con agarre espontáneo del recién nacido, como mejor forma de iniciar la lactancia. Aunque la mayoría de los neonatos alcanzan el pecho de manera espontánea entre 20-90 minutos (5), hay algunos que no lo hacen o no succionan adecuadamente, induciendo al profesional a situar al bebé sobre el pezón y forzar el agarre, en vez mantener el rol de orientador que dispone al empoderamiento de la madre.

No hay diferencias en el nivel de glucosa en la primera, tercera o sexta hora de vida entre los recién nacidos que realizan la primera toma en la primera media hora o en la primera hora de vida y los que no [5]. Sin embargo, esta evidencia proviene de estudios de baja calidad y, por tanto, debe ser considerada como recomendación de expertos.

Por último, en la recomendación comentada comprobamos que existen lagunas en cuanto a cuál es el tiempo máximo que se puede esperar para que el recién nacido

se agarre al pecho espontáneamente antes de que el profesional inicie una ayuda activa, cuál es el tiempo máximo que se puede esperar hasta iniciar la primera toma, y la percepción y satisfacción materna en relación con el apoyo y la disponibilidad percibida en el hospital.

En conclusión, las recomendaciones se deben implantar adaptadas al contexto de los pacientes y del ámbito sanitario. Es conveniente que las instituciones y los profesionales analicen de forma crítica las recomendaciones a implantar, acuerden qué posible aplicación tienen en su entorno de práctica clínica y coordinen las intervenciones entre entornos sanitarios y comunitarios.

REFERENCIAS

1. Word Health Organization. Global nutrition targets 2025: Breastfeeding policy brief. Geneva (CH).World Health Organization.2018.[nternet. Consultado diciembre 2020] Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/

2. Davie P, Chilcot J, Chang Y-S, Norton S, Hughes LD, Bick D. Effectiveness of social-psychological interventions at promoting breastfeeding initiation, duration and exclusivity: a systematic review and meta-analysis. Health Psychology Review [Internet]. 1 de octubre de 2020 [citado 23 de diciembre de 2020];14(4):449-85. Disponible en: https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1630293

3. Widström A-M, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. Acta Paediatrica [Internet]. 2019 [citado 23 de diciembre de 2020]; 108(7):1192-204. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.14754

4. Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 23 de diciembre de 2020];58(1):1-9. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455918302766

5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [Internet] 2017 [citado el 10 de enero de 2021]-Disponible en : http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/GPC_560_Lactancia_Osteba_-compl-1.pdf