

Aspectos y consideraciones sobre la lactancia materna y el rol de la enfermería

Lic. Janine A. Sommer^o

RESUMEN

Son conocidos los innumerables beneficios de la lactancia materna y el impacto positivo que tiene el apoyo continuo a las madres con información acertada y basada en la evidencia. Los profesionales de la salud tienen un rol fundamental y una responsabilidad implícita a la hora de dedicarse a la atención neonatal y materno-infantil. Muchos tienen conocimientos insuficientes y necesitan adquirir actitudes y habilidades para poder llevar a cabo este soporte. Cada vez son más las madres que amamantan y requieren apoyo sostenido para lograr una lactancia exitosa.

En este artículo se tratará el tema del liderazgo de enfermería para prestar cuidados de calidad, gestionar programas de prevención y tratamiento, además de cuidados de la salud dentro de las organizaciones, hospitales, comunidades, escuelas o empresas.

Palabras clave: *lactancia materna, neonatos, enfermería neonatal.*

ABSTRACT

The innumerable benefits of breastfeeding and the positive impact of continued support for mothers with accurate and evidence-based information are known. Health professionals have a fundamental role and implicit responsibility when they address neona-

tal and maternal and child care. Many of them have insufficient knowledge and need to acquire attitudes and skills to be able to carry out this support. More and more mothers are breastfeeding and require sustained support to achieve successful breastfeeding. This article will address the issue of nursing leadership to provide quality care, manage prevention and treatment programs, as well as health care within organizations, hospitals, communities, schools or companies.

Keywords: *breastfeeding, infants, neonatal nursing.*

INTRODUCCIÓN

Las mujeres necesitan un apoyo efectivo para poder amamantar en el tiempo. Esto desencadena una creciente necesidad de capacitación en lactancia para el personal de salud que acompaña este proceso. El acceso al conocimiento, tiene un efecto positivo en el compromiso de los profesionales en el sostén a las mujeres que amamantan. Para desempeñar este papel tan importante, es necesario que el conocimiento sea adecuado y completo, es decir, que abarque todas las aristas con respecto a la lactancia, desde la comprensión del proceso fisiológico, los diferentes métodos de la alimentación infantil, combinando actitudes de empatía, comunicación efectiva, provisión de información clara y habilidades prácticas.¹

^o Licenciada en Enfermería. Especialista en Informática en Salud. Hospital Italiano de Buenos Aires. Consultora Internacional en Lactancia Materna IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant).

Correspondencia: janine.a.sommer@gmail.com

Recibido: 3 de enero de 2019.

Aceptado: 7 de agosto de 2019.

¿Por qué la capacitación en lactancia materna (LM) es importante para las enfermeras y enfermeros, y para todos los profesionales de la salud? La pregunta la responden la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Centro de Control de Infecciones (CDC): la LM exclusiva es la mejor opción nutricional para el recién nacido (RN) y para la madre.² También pueden nombrarse los innumerables beneficios que tiene la leche humana (LH) para los niños; sin embargo, en este trabajo se ha preferido tratar el tema desde el rol que posee la enfermería especializada en los cuidados de las mujeres y los niños, como referentes de programas que facilitan, apoyan y protegen la lactancia materna en diferentes escenarios.

DESARROLLO

Rol de enfermería en lactancia

En ámbitos laborales

La enfermera laboral o enfermera ocupacional, como se conoce en Estados Unidos, cumple el rol de diseñar e implementar programas que mejoran la salud, el bienestar de los empleados y la prevención de enfermedades y lesiones. Las enfermeras de salud ocupacional toman decisiones independientes y pueden actuar eficazmente como enlaces entre empleadores y empleados para garantizar la satisfacción de las necesidades de ambos. Están especialmente calificadas para crear, implementar, promover y administrar programas de lactancia en el lugar de trabajo en pequeñas o grandes corporaciones.

Habitualmente la lactancia está relacionada con el trabajo de enfermería en la internación conjunta o en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) como parte de la atención integral de la enfermera perinatal o de Neonatología. Las funciones de enfermería como educadora en salud, exceden el trabajo hospitalario, y pueden incluir la escritura de políticas que promuevan un programa de lactancia para llevarse a cabo en ambientes laborales, acompañar y guiar a las madres durante su jornada laboral, lo cual colabora en la disminución del ausentismo por enfermedad del niño, favorece la satisfacción laboral y disminuye el estrés de mujeres lactantes.²

En las instituciones

Es cada vez más frecuente que en los hospitales se incorpore una enfermera con la función de apoyar las tareas relacionadas con la lactancia. A veces esta función es cubierta por técnicos capacitados. En el Hospital de Niños de Boston se creó el rol innovador de "técnico en lactancia materna" para proporcionar la

preparación de LH centralizada, utilizando una medición estandarizada de fortificadores, mediante técnica aséptica y con procedimientos operativos estándar. Para solucionar el problema del espacio reducido destinado a la tarea, se implementó un carrito de leche "móvil". El desarrollo de este papel esencial ha asegurado un control de calidad óptimo de la preparación y almacenamiento de la LH extraída. La intervención de enfermería especializada en procedimientos de identificación de la LH, en situaciones de escasez de tiempo, o estrés del personal de la UCIN, garantiza la seguridad en la manipulación y evita errores de administración favoreciendo la continuidad de la alimentación con LH.³

En los servicios de internación general

Debido al aumento de las tasas de lactancia en el mundo, se ha generado la necesidad de brindar cuidado adecuado a las mujeres lactantes internadas en período preoperatorio o convaleciente de enfermedades. Estas pacientes requieren de atención específica, especialmente debido al estrés de estar separadas de su hijo. A menudo no previeron un plan para cuidar la lactancia durante este período, y pueden correr el riesgo de complicaciones, como congestión mamaria, mastitis, disminución de la producción de leche y en consecuencia el destete no deseado.

Watson et al.,⁴ describieron el desarrollo de una política para apoyar la LM en una muestra no cuantificada de mujeres que estaban gravemente enfermas en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Incluían un estudio de caso obstétrico quirúrgico, descriptivo del manejo de la lactancia para una madre que estaba gravemente enferma, después de someterse a una cesárea con complicaciones. Llegaron a la conclusión de que la atención de mujeres lactantes con enfermedades agudas requiere estrategias específicas para que puedan ser identificadas precozmente en la internación y recibir apoyo a la lactancia.⁵

En la UCIN

Para los neonatos enfermos, con patologías quirúrgicas, prematuros o con crecimiento restringido, el uso de sustitutos de la leche materna, se asocia con un aumento de los resultados adversos a corto y largo plazo. Estos incluyen morbilidad aumentada en el RN y resultados de salud adversos en la madre. La fragilidad de estos niños, sus cambiantes necesidades nutricionales y de salud, la mayor dificultad para producir leche materna experimentada por las madres de RN internados, la ansiedad y la incertidumbre que inevitablemente provoca en las madres y la familia, la falta de políticas de apoyo, de habilidades y tiempo del

personal, puede hacer de la LM, un proceso difícil. Una consecuencia de la reciente mejora en las tasas de supervivencia de prematuros pequeños, es el creciente número de RN en unidades neonatales con necesidades complejas. La falta de alimentación con LM para estos neonatos por diferentes causas, es un problema importante y costoso que, si se aborda con éxito, tiene el potencial de contribuir a disminuir complicaciones, además de fomentar la igualdad de oportunidades de salud al comienzo de la vida en todos los niños, con costos mínimos.⁵

La falta de conocimiento de las enfermeras y las políticas hospitalarias inadecuadas de LM, son barreras críticas para el inicio exitoso de la misma. Fetrick, Christiansen y Mitchell en el año 2003, encontraron que las enfermeras bien informadas pueden influir positivamente en el inicio y duración de la LM, y que la falta de apoyo de enfermería y mensajes inconsistentes o contradictorios sobre la LM puede tener un impacto negativo en el comienzo y sostenimiento de la misma. Muchas enfermeras tienen poca o ninguna educación formal para facilitar la LM o para apoyar el mantenimiento de la lactancia de sus pacientes.⁶

En la UCIN, se alienta a los padres a estar junto con sus hijos durante las 24 horas del día y participar activamente en el cuidado. En un estudio realizado en una UCIN de Noruega evaluaron el impacto sobre la autoconfianza materna y la LM. La confianza y la tasa de lactancia se evaluaron en 31 madres, donde se les ofreció habitaciones familiares especiales en la UCIN, y en 30 madres de una UCIN comparable, pero con atención tradicional sin tales instalaciones. Una semana antes del alta hospitalaria, las madres del grupo intervención se sintieron mejor informadas sobre temas de lactancia y tenían más confianza en la capacidad de interpretar las necesidades de sus hijos respecto a la alimentación. También reportaron un mayor nivel de empoderamiento. Tres meses después del alta, las madres en este mismo grupo, tenían un mayor nivel de habilidades para la interpretación de señales y los lactantes, mayores destrezas para amamantar. A pesar de la tasa similar de LM al momento del alta en ambos grupos, más lactantes en el grupo intervenido fueron amamantados tres meses después del alta.⁷ Puede afirmarse que un programa centrado en la familia en la UCIN, promueve una mayor confianza materna durante la estancia hospitalaria y 3 meses después del alta, comparada con el cuidado tradicional.⁸

En 1993, Meier et al., identificaron un modelo de intervención de enfermería en 5 instancias: en la recolección de leche materna extraída, en la alimentación con la leche materna extraída, en sesiones de ama-

mantamiento en el hospital, en el mantenimiento de la lactancia materna después del alta hospitalaria y en consultas ambulatorias adicionales en el hospital. Los autores encontraron que el modelo propuesto fue eficaz para prevenir el fracaso de la lactancia materna en la UCIN.⁸

Implicancias para las enfermeras

Los servicios que anticipan y abordan los problemas de lactancia, comprenden la importancia que tiene realizar intervenciones educativas a las madres durante la lactancia en los días posteriores al parto; y que esto tiene un efecto en la producción de leche, lo cual disminuye la probabilidad de que la lactancia fracase después del alta. Muchas de las prácticas de enfermería que han promovido significativamente la LM pueden ser intervenciones sencillas y económicas, como evitar el baño inmediato al nacimiento y promover el contacto piel a piel en sala de partos. De manera similar, las enfermeras pueden incorporar prácticas basadas en evidencia, como la expresión manual y la alimentación con cuchara, vasito u otro método alternativo, en la atención de rutina. Mirando el panorama general, hay oportunidades para construir un marco sencillo para introducir estas prácticas que pueden cambiar el juego y ampliar la efectividad de la atención de la lactancia, sin abrumar o agregar nuevas demandas en el tiempo escaso de las enfermeras.¹⁰

Sugerencias para mejorar los resultados

Se sugieren tres prácticas para mejorar los resultados. En primer lugar, adaptar la atención a las necesidades maternas y neonatales individualizadas, en lugar de proporcionar un cuidado único para todos. Segundo, ofrecer intervenciones preventivas en lugar de basadas en problemas. En tercer lugar, garantizar la atención experta y oportuna con las enfermeras de cabecera asumiendo la responsabilidad principal.

LOS CINCO PASOS

Pasos para mejorar el cuidado de la lactancia materna¹¹

Paso 1

El primer paso, es revisar o reemplazar la política de lactancia materna de un hospital genérico por uno basado en los "Diez pasos para una lactancia exitosa",¹² que cuenta con el respaldo de la Organización Mundial de la salud (OMS), del Centro de Control y Prevención

de Enfermedades (CDC)¹³, del Comité de Lactancia Materna de los Estados Unidos (USBC),¹⁴ del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, y de la Sociedad Argentina de Pediatría a nivel nacional.

Paso 2

El paso 2 es adoptar un programa enfocado y optimizado con información y competencias fundamentales tanto durante la atención prenatal, como en el primer día postparto, por tratarse de momentos claves en la decisión de las mujeres sobre cómo alimentar a su hijo. Priorizar la coherencia en los objetivos, el lenguaje y las técnicas en todos los entornos de enseñanza, ya sea a cargo de enfermeras, médicos o asesores de lactancia, tales como, clases prenatales grupales de lactancia materna, tanto ambulatorias como para pacientes hospitalizadas por embarazos de riesgo, atención personalizada junto a la cama, así como videos de enseñanza y folletos. Es necesario unificar los criterios, ya que se aborda la queja frecuente de “todo el mundo dice algo diferente”.

Paso 3

Para las díadas sin factores de riesgo, hay 3 objetivos: la prendida, la producción de leche materna y los parámetros calóricos/nutricionales; esto quiere decir que las madres comprendan que es normal que las primeras tomas sean de bajo volumen, que es esperable que haya una pérdida de peso y cuáles son los indicadores de ingesta normal, como la eliminación de heces amarillas para el 4° o 5° día de vida. Todo esto permite que las madres reconozcan las diferencias entre los RN amamantados y los que se alimentan con fórmula.

Para las díadas con factores de riesgo, los objetivos siguen siendo 3, pero en diferente orden de prioridad. Se debe incentivar la extracción manual de leche para ofrecer mayor volumen y calorías a través de la alimentación con cuchara u otro dispositivo luego de cada toma al pecho, para evitar la ingesta sub-óptima y la insuficiente producción de leche. En segundo lugar, se debe lograr mantener y aumentar la producción de leche a través de la extracción manual o eléctrica y por último se debe poner énfasis en el apego para que haya una transición de la sonda al pecho lo más efectiva posible.

Paso 4

El paso 4 es requerir que cada enfermera y médico de Maternidad-Neonatología, desarrolle y demuestre las competencias básicas esenciales para enseñar este programa simplificado. En este paso se propone la capacitación continua para mejorar y actualizar conoci-

mientos y habilidades. Se incluyen responsabilidades diarias junto a la cama/cuna, participación en clases grupales y demostraciones de competencias escritas y prácticas obligatorias, así como la decisión política de los gestores sobre el nombramiento de especialistas o asesores de lactancia en los servicios. Estos profesionales podrían trasladarse a sectores de pediatría y de internación general en donde se requiera su apoyo.

Paso 5

El paso 5 es realizar rondas diarias junto a la cama con tres participantes: la madre, su enfermera perinatal o de obstetricia y el asesor de lactancia. Debe evaluarse y discutir lo siguiente:

- Parámetros nutricionales infantiles, por ejemplo, pérdida de peso, eliminación.
- Cómo, dónde y quién brindará los servicios, clases grupales, ayuda personalizada de la enfermera de cabecera con apoyo, si es necesario, del asesor de lactancia y ayudas prácticas.
- Determinación de las necesidades particulares de cada binomio posteriores al alta y la derivación al consultorio de lactancia y a grupos de apoyo de pares en la comunidad, como recursos apropiados de atención (Paso 10 de los Diez pasos para una lactancia exitosa).¹²

FORMACIÓN EN LACTANCIA

El llamado a la acción para apoyar la LM aborda específicamente el papel crucial que desempeñan las enfermeras y otros profesionales de la salud en la prestación de apoyo y atención de la lactancia basada en evidencia. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos indica específicamente que los profesionales de la salud deben tener educación y capacitación para brindar atención basada en la investigación, y apoyo a la familia que amamanta. El Comité de Lactancia Materna de los Estados Unidos ha desarrollado un conjunto de competencias básicas para los profesionales de la salud.

Actualmente se desconoce hasta qué punto los profesionales han integrado estas competencias a su práctica profesional. Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la prestación de asistencia y atención basadas en la evidencia. En 2007, Spatz et al., y sus colegas (Panel de Expertos en Lactancia Materna de la Academia Americana de Enfermería) proporcionaron recomendaciones para la integración de la capacitación sobre la LM en programas de enfermería de pregrado.¹⁵ Pocas escuelas de enfermería ofrecen cursos

completos sobre LM y manejo de la LH. Además, los programas educativos actuales sobre LM, como el curso de 20 horas de la Organización Mundial de la Salud para la Iniciativa del Hospital Amigo de la Madre y el Niño, se centran principalmente en la LM en el hospital cuando ocurre un parto normal y en la díada de lactancia sana para la madre y el RN.¹² Actualmente, en 2019, un grupo de profesionales de 36 países, del que participa Argentina, está elaborando los Diez pasos extendidos a la UCIN.¹⁶

PRIORIDADES QUE COMPITEN CON EL APOYO A LA LACTANCIA

En un estudio etnográfico institucional, las enfermeras identificaron las prioridades competitivas que influyeron en su apoyo a la LM durante el turno de la noche. Primero, reconocieron la importancia de la LM exclusiva y el cumplimiento de la medida básica perinatal obligatoria por la Joint Commission.¹⁷ También identificaron los desafíos de la segunda noche, cuando amamantar al RN, a menudo compite con la necesidad de dormir de la madre.

En este trabajo se menciona que la segunda noche los RN usualmente se vuelven muy demandantes y están en el pecho, a veces, durante toda la noche, cuando los padres sólo quieren dormir. Las enfermeras compartieron estrategias sobre cómo lidiaron con este fenómeno de la segunda noche. Una enfermera destacó la importancia de la orientación anticipada, sobre la conducta esperada de los neonatos, para preparar a la familia. Otra enfermera hizo referencia a que este es un proceso de aprendizaje para los padres y su hijo, mencionando que a veces ellos quieren dormir y el RN necesita comer, mientras otras veces, él está dormido y la madre está lista para amamantar.

La mayoría de las enfermeras en este trabajo, creían que las visitas contribuyen a complicar el trabajo de apoyo a la LM, especialmente en la segunda noche. Describieron cómo el deseo de las visitas de ver y sostener a los RN compitió con la necesidad de descanso de las madres y la necesidad de amamantarlos, especialmente en casos de cesáreas. Esto ocasiona que las sesiones de lactancia se pasen por alto, facilitando la pérdida de peso del RN ya que pasa mucho tiempo sin comer, la falta de estímulo del pecho y la consecuente disminución de producción de leche en la madre, entre otros factores que pueden ocasionar una lactancia fallida.

El nacimiento es un gran evento en la vida de una familia, pero a veces no se tiene en cuenta, en caso de

cesárea, que es una cirugía mayor. Cuando se les preguntó a las enfermeras qué se podría hacer en el turno de día, para facilitar el apoyo a la lactancia durante la noche, abogaron por implementar un tiempo reservado establecido, que permitiera a las madres y los RN descansar juntos sin interrupciones innecesarias de visitas o personal del hospital. Se deben cambiar las pautas de controles rutinarios durante la internación conjunta, que dificultan el descanso; los RN sanos no requieren de controles cada 2 horas. La internación conjunta debería ser el espacio y el momento protegido para que la díada madre-neonato se conozca, aprenda los cuidados básicos y establezca la lactancia. El tiempo de los profesionales de la salud debería destinarse a las 3 necesidades básicas del RN: contacto, alimento y vínculo, tal como afirma N. Bergman, neonatólogo experto en neurociencia perinatal: el hábitat natural del RN es el cuerpo de su madre.¹⁸

Los primeros minutos de vida marcan la primera exposición al mundo, el medio al cual debe adaptarse el RN. Es en el ambiente donde se encuentra su madre, donde puede alimentarse. El RN al nacer debe adaptarse al medio extrauterino; esto requiere de numerosos procesos de programación y modulación en su neurodesarrollo. El RN puede lidiar con estos complejos procesos si está cerca de su madre, en su hábitat, donde puede establecer un vínculo que sensibiliza a su madre para que cubra estas necesidades.¹⁹ Es esperable que algunas díadas encuentren dificultades en la lactancia tempranas y complejas, y esto requiere un tiempo de dedicación, que enfermería suele no disponer, sin descuidar a otros pacientes.

Si bien las enfermeras apreciaron tener una enfermera designada para la lactancia que trabajara por la noche, incluso su presencia no garantizó la asistencia oportuna; hubo momentos en que hasta a ella se le agotaba el tiempo asistiendo a un caso complicado.

Las expectativas de los padres con respecto al comportamiento del RN suelen colisionar con la realidad de la alimentación, los patrones de sueño del niño y su necesidad biológica de permanecer cerca de la madre y ser amamantados con frecuencia, especialmente durante la noche. El hecho que muchas madres tengan la expectativa de alimentar controlando el tiempo de 10 minutos y volver a dormir, hace que se frustren y se sientan inseguras. A veces estas premisas son alentadas por profesionales no formados en el tema. Para las madres primerizas la alimentación frecuente de sus RN podría llevar a una incertidumbre sobre su capacidad para producir suficiente leche. Es muy común oír que muchas mujeres temen que su calostro no sea suficiente. Una experiencia de lactancia negativa an-

terior, puede influir en las expectativas de una madre sobre su capacidad para amamantar, entonces simplemente asumen que no tienen leche. Las enfermeras usaron estrategias que ayudaron a los padres a sentirse empoderados, desde crear con ellos un plan por “si acaso”, para eventuales acontecimientos durante la noche sabiendo que son esperables y así disminuir la ansiedad de los padres y la frustración.²⁰

Tabla 1. Recursos para el soporte a la lactancia materna en maternidades

- Promover el compromiso con la lactancia materna exclusiva, por parte de todo el personal.
- Prohibir la administración de fórmula sin indicación documentada en la historia clínica.
- Proporcionar educación al personal sobre la evaluación y el apoyo de amamantamiento.
- Programar tiempo en la rutina diaria para que las enfermeras novatas observen el trabajo de los consultores de lactancia del servicio.
- Reconocer la importancia de las enfermeras a cargo de la lactancia materna.
- Incorporar el recurso de apoyo a la lactancia en la distribución de tareas asignadas al personal del turno de noche.
- Evaluar las políticas de alimentación del RN, acordes a la evidencia actual.

Fuente: Grassley JS, Clark M, Schleis J. An Institutional Ethnography of Nurses' Support of Breastfeeding on the Night Shift. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2015; 44(5):567-77.²

Tabla 2. Prácticas de apoyo a la LM para enfermeras del turno noche

- Ayudar a las madres a controlar el cansancio.
- Regular el ingreso de las visitas.
- Limitar las interrupciones con un tiempo de silencio designado.
- Fomentar las siestas cortas durante el día.

Adaptado de Grassley JS, Clark M, Schleis J. An Institutional Ethnography of Nurses' Support of Breastfeeding on the Night Shift. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2015; 44(5):567-77²⁰

Tabla 3. Prácticas de apoyo a la LM en la UCIN

- Promover el contacto piel a piel, inmediato, continuo y prolongado.
- Iniciar y mantener la producción de leche mediante la extracción, para establecer la lactancia lo más pronto posible.
- Disminuir el uso de sustitutos de leche materna como leche de fórmula y tetinas.
- Utilizar dispositivos alternativos como cuchara, vasito y jeringas, para la alimentación del neonato cuando la lactancia al pecho no sea posible o se requiera complementar.
- Asegurar que los padres puedan concurrir al consultorio de lactancia, además de contar con grupos de apoyo durante la internación y luego del alta.

Fuente: Maastrup R, Haiek LN, Neo-BFHI Survey Group. Compliance with the “Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards” in 36 countries. *Matern Child Nutr*. 2018 Sep 10; e12690.¹⁶

CONCLUSIÓN

La evidencia demuestra que brindar apoyo inmediato y continuo para la lactancia materna, favorece el establecimiento de una lactancia exitosa. Las enfermeras tienen un rol fundamental que les permite acompañar a las dadas durante la internación ya sea en el postparto inmediato o durante la estadía en la UCIN, para cumplir con las prácticas de apoyo y soporte a la LM.

Enfermería puede desarrollar y liderar proyectos de apoyo, salas o espacios para la extracción de leche de madres trabajadoras o estudiantes en diferentes ámbitos. Como consecuencia de que más madres amamantan, es primordial contemplar la educación y formación en lactancia para todos los profesionales de la salud que atienden a madres y niños. Es conocido lo estresante que puede ser para una madre y un RN adaptarse a los cambios que ocurren luego del nacimiento; por lo tanto, basar los cuidados de enfermería en cubrir estas necesidades de la dáda, podría tener un mayor impacto en la calidad de la atención percibida y en las tasas de lactancia materna exitosa y prolongada.

Al mismo tiempo se debe considerar la carga laboral que posee el personal de enfermería, que en muchas ocasiones posee más de un trabajo, dejando poco espacio protegido para la formación; se deben pensar

estrategias que permitan que enfermería participe de programas de capacitación continua dentro de su tiempo laboral que incluya acceso a material de lectu-

ra, y participación en congresos y jornadas que faciliten la actualización de estos temas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gavine A, Mac Gillivray S, Renfrew MJ, Siebelt L, et al. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *Int Breastfeed J*. 2017 Feb 2;12:6.
2. Rietz MF, Mc Cullagh MC. Why breastfeeding matters to occupational health nurses and employers. *AAOHN J*. 2010 Nov;58 (11):458-61.
3. Barbas KH. Mother's Milk Technicians. *J Hum Lact*. Aug;29(3):323-7.
4. Watson J, Hermann S, Johnson B. Developing a policy to support breastfeeding in women who are hospitalized and acutely ill. *Nurs Women's Health* 2013 Jun-Jul;17(3):188-96.
5. Rieth EF, Barnett KM, Simon JA. Implementation and Organization of a Perioperative Lactation Program: A Descriptive Study. *Breastfeed Med*. 2018 Mar;13(2):97-105.
6. Fetrick A, Christiansen M, Mitchell C. Does public health nurse home visitation make a difference the health outcomes of pregnant clients and their offspring? *Public Health Nurs*. 2003 May-Jun;20(3):184-9.
7. Wataker H, Meberg A, Nestaas E. Neonatal family care for 24 hours per day: effects on maternal confidence and breast-feeding. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2012 Oct-Dec;26(4):336-42.
8. Renfrew MJ, Craig D, Dyson L, McCormick F, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technol Assess*. 2009 Aug;13(40):1-146,iii-iv.
9. Meier PP, Engstrom JL, Mangurten HH, Estrada E et al. Breastfeeding support services in the neonatal intensive-care unit. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1993 Jul-Aug;22(4):338-47.
10. Weddig J, Baker SS, Auld G. Perspectives of hospital-based nurses on breastfeeding initiation best practices. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011 Mar-Apr;40(2):166-78.
11. Morton J, Hall JY, Pessl M. Five steps to improve bedside breastfeeding care. *Nurs Womens Health*. 2013 Dec;17(6):478-88.
12. Lopes S da S, Laignier MR, Primo CC, Leite FM. Baby-Friendly Hospital Initiative: evaluation of the Ten Steps to Successful Breastfeeding. *Rev Paul Pediatr*. 2013 Dec;31(4):488-93.
13. Grummer-Strawn LM. CDC Efforts and Leadership on Breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2010 Oct; 5(5):207-8.
14. Meek JY. Exclusive Breastmilk Feeding in Maternity Care Facilities: The United States Breastfeeding Committee Toolkit. *Breastfeed Med*. 2010 Oct;5(5):253-5.
15. Spatz DL, Froh EB, Flynn-Roth R, Barton S. Improving practice at the point of care through the optimization of the breastfeeding resource nurse model. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015 May-Jun;44(3):412-8.
16. Maastrup R, Haiek LN, Neo-BFHI Survey Group. Compliance with the "Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards" in 36 countries. *Matern Child Nutr*. 2019 Apr;15(2):e12690.
17. Hellwig JP. Supporting breastfeeding: new resources from The Joint Commission. *Nurs Womens Health*. 2011 Oct-Nov;15(5):441-3.
18. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD003519.

19. Grieco, A. Del crecimiento y desarrollo intrauterino a la exterogestación (La dialéctica de las necesidades básicas). GEA - Publicaciones del Departamento de Maternidad, [Internet]. 2012 [Acceso: 3 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.citygea.com.ar/mat_Grieco.htm
20. Grassley JS, Clark M, Schleis J. An Institutional Ethnography of Nurses' Support of Breastfeeding on the Night Shift. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015 Sep-Oct;44(5):567-77.