

Experiencia de telesalud en programa lactancia materna domiciliaria durante la pandemia por COVID-19

Telehealth experience in home breastfeeding program during the COVID-19 pandemic

Dora Rativa Alberto^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9644-0582>

Jhon Camacho-Cruz^{2,3} <https://orcid.org/0000-0003-0898-9223>

Juan Diego Cruz Rojas² <https://orcid.org/0000-0002-8741-8463>

Luisa Camila Castellanos Montenegro¹ <https://orcid.org/0000-0002-6715-7059>

¹Fundación Universitaria Sanitas, Facultad de Enfermería, Grupo de Investigación Cuidado de la Salud en el contexto Individual, Familiar y Social. Bogotá. Colombia.

²Fundación Universitaria Sanitas. Facultad de Medicina, Grupo de Investigación de salud en la infancia, línea de crecimiento y desarrollo. Bogotá. Colombia.

³Clínica Pediátrica - Keralty. Bogotá, Colombia.

*Autor para la correspondencia: drativa@unisanitas.edu.co

RESUMEN

Introducción: La pandemia actual por la COVID-19 conllevó a muchos países en el mundo a decretar cuarentenas y aislamientos sanitarios para mitigar la propagación de la infección. Este tipo de aislamiento implica múltiples cambios en el modelo de atención en salud por la restricción para visitas domiciliarias en los programas de prevención y promoción de la salud.

Objetivo: Examinar la experiencia de telesalud en un programa de lactancia materna domiciliaria en Colombia.



Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura con términos MESH en Medline-Pubmed y LILACS, libros y literatura gris. Se buscaron opiniones de profesionales de la comunidad académica expertos en programas de lactancia materna domiciliaria. Se clasificaron y analizaron artículos principalmente experimentales sobre telesalud en lactancia materna.

Análisis y síntesis de la información: Se encontraron ensayos clínicos controlados y protocolos. Se describen algunos experimentos de telesalud y la experiencia de la utilización de telesalud en el seguimiento de un programa de lactancia materna en Colombia.

Conclusiones: Colombia adapta al programa de lactancia materna domiciliaria, un modelo de telesalud sincrónica por medio de videollamadas que se ofrecen por vía telefónica a las pacientes una semana después del egreso hospitalario, previo su consentimiento informado. Esta actividad la realizan enfermeras expertas en lactancia materna y cuidados perinatales con buenos resultados. Los programas de telesalud y telelactancia eliminan barreras de tiempo y distancia entre el paciente y el profesional de salud, fomentan la práctica de la lactancia materna exclusiva y mitigan el impacto de contagio por COVID-19.

Palabras clave: lactancia materna; telemedicina; telenutrición; telelactancia; programa de apoyo a la lactancia materna domiciliaria.

ABSTRACT

Introduction: The current COVID-19 pandemic led many countries in the world to decree quarantines and sanitary isolations to mitigate the spread of the infection. This type of isolation implies multiple changes in the health care model due to the restriction for home visits in prevention and health promotion programs.

Objective: To examine the experience of telehealth in a home breastfeeding program in Colombia.

Methods: A systematic literature search was conducted with MESH terms in Medline-Pubmed and LILACS, books and gray literature. The opinions from professionals in the academic community who are experts in home breastfeeding programs were sought. Mainly experimental articles on telehealth in breastfeeding were classified and analyzed.



Analysis and synthesis of information: Controlled clinical trials and protocols were found. Some telehealth experiments and the experience of using telehealth in the follow-up of a breastfeeding program in Colombia are described.

Conclusions: Colombia adapts to the home breastfeeding program, a model of synchronous telehealth through video calls, which are offered by telephone to patients, one week after hospital discharge, with their informed consent. This activity is carried out by nurses who are experts in breastfeeding and perinatal care with good results. Telehealth and telelactation programs eliminate time and distance barriers between patient and health professional, encourage the practice of exclusive breastfeeding, and mitigate the impact of COVID-19 infection.

Keywords: breastfeeding; telemedicine; telenutrition; telelactation; support program for home breastfeeding.

Recibido: 03/11/2022

Aceptado: 19/11/2022

Introducción

Debido a la pandemia por la COVID-19, ha surgido la necesidad de implementar alternativas diferentes a la atención presencial, para llevar a cabo las intervenciones de atención primaria en salud. Esto ha convertido a los métodos apoyados en tecnologías de comunicación, como la telemedicina, en las soluciones más viables para este problema.

Respecto a la lactancia materna (LM), aun no se ha demostrado la transmisión del SARS CoV-2 a través de la leche materna, lo cual ha puesto en el balance riesgo/beneficio continuar y promover la lactancia materna exclusiva (LME), siempre que esta sea posible.^(1,2) Basado en esto, la OMS ha hecho un llamado a los servicios de salud de todo el mundo, para continuar la promoción, consejería y seguimiento de la lactancia materna durante el periodo perinatal, LME en los primeros



6 meses vida y junto a la alimentación complementaria en los primeros 2 años, para lograr el cumplimiento de las metas para el 2025 establecidas por esa organización.^(3,4) Lo anterior ha llevado a la modificación de los diferentes protocolos de las instituciones de salud, con el fin de implementar estrategias no presenciales de educación, asesoría y seguimiento de la LM, como son las llamadas telefónicas, mensajes de texto y otros métodos de telesalud agrupados con el término telelactancia, que han demostrado ser efectivos en estudios previos a la pandemia.^(5,6)

El presente artículo presenta el contexto actual de la lactancia materna, algunos estudios de telelactancia en el mundo y una descripción del protocolo de telelactancia desarrollado en la Clínica Universitaria Colombia. Por lo anterior, el propósito de este trabajo fue examinar la experiencia de telesalud en un programa de lactancia materna domiciliaria en Colombia.

Métodos

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura con los siguientes términos (DeCS): “breastfeeding”; “lactation”; “Tele-counseling”; “telehealth”; “Telemedicine”; “Telelactation”. No se establecieron límites por fecha de publicación o por diseño epidemiológico, aunque se priorizaron experimentos clínicos y se realizaron restricciones de idioma a inglés y español. Las bases de datos revisadas fueron: Medline-Pubmed y LILACS y se consultó el banco de artículos ScienceDirect. Finalmente se realizó una búsqueda de literatura gris y fuentes primarias, como libros y opiniones de profesionales de la comunidad académica expertos en programas de lactancia materna domiciliaria.

Análisis y síntesis de la información

Situación de la lactancia materna en Colombia

La ONU, en su agenda para el 2030 y en el planteamiento de los objetivos de desarrollo sostenible, sugieren finalizar el hambre y garantizar a los menores de 12 meses una alimentación sana,



nutritiva y suficiente. (7) Además, reducir la mortalidad neonatal a 12 por cada 1000 nacidos vivos y la mortalidad en menores de 5 años a 25 por cada 1000 nacidos vivos.⁽⁷⁾ Para esto se requiere un esfuerzo en múltiples aspectos de la promoción y prevención de la salud infantil. Dentro de las metas mundiales de nutrición 2025, (4,8) se propone incrementar hasta al menos 50 % la tasa de LME durante los 6 primeros meses por lo cual se requiere impactar en programas que fomenten la LME.^(4,8)

Colombia en su plan decenal de lactancia materna⁽⁹⁾ intenta fortalecer el desarrollo de actividades encaminadas a la promoción, el apoyo y la protección de la LM. Dicho plan propone unas metas que aún no se han alcanzado:

- Lograr que en todo el territorio nacional la duración de la LME sea de seis meses para el 2015.
- Lograr que en Colombia la duración total de la LM sea de 24 meses para el año 2015.
- Lograr que el 100 % de los recién nacidos en Colombia que son atendidos institucionalmente sean amantados en la primera hora de su nacimiento en el 2015.⁽⁹⁾

Para presentar la situación actual de la lactancia materna en Colombia, Latinoamérica y algunos datos del mundo se muestran tres indicadores:

1. Lactancia materna en la primera hora de vida. Los datos disponibles se basan en la encuesta nacional de la situación nutricional (ENSIN) Colombia 2015.⁽¹⁰⁾ El 72,7 % de los menores de 2 años de edad recibió LM en su primera hora de vida, aumentó 16,1 % respecto al año 2010. Para Latinoamérica y el caribe 49 % inició tempranamente la LM y a nivel mundial fue del 45 %.^(10,11,12,13,14) La meta mundial es al menos 70 %, por lo cual Colombia logró la meta establecida por la OMS y la UNICEF.^(10,14)
2. Lactancia materna exclusiva (LME). En cuanto a esta lactancia, solo el 36,1 % fue alimentado exclusivamente, cerca de 1 por cada 3 niños menores de 6 meses recibió LME.
(10) Esta práctica debe ser el foco de atención para llegar a la meta internacional del 50 %

fijada por la OMS.⁽¹²⁾ Respecto a Latinoamérica y el Caribe tiene una tasa de LME para el 2015 y a nivel mundial el porcentaje de LME es del 43 %.^(10,12,13,14,15)

3. Lactancia materna al año y 2 años de vida. Respecto a la LM continua al año de edad, disminuyó 5,9 % para el 2015 en Colombia y alcanzó 52,2 %.⁽¹⁰⁾ Para Latinoamérica y el Caribe fue de 53 % y a nivel mundial 74 %.⁽¹⁴⁾ Finalmente, LM continua a los 2 años de edad para el 2015 llegó a 31,6 %, Latinoamérica y el Caribe 28 % y el mundo 46 %.^(16,17,18,19,20)

Telesalud en lactancia en el mundo

Alrededor del mundo se han desarrollado y aplicado dos modalidades de telesalud, basadas en métodos de comunicación asincrónica y sincrónica.⁽⁶⁾

Telesalud asincrónica o no interactiva

La información es transmitida través de formatos de texto o de imagen, que no requiere de la presencia en tiempo real del emisor y el receptor.^(21,22) Los métodos de telesaluda sincrónica y la evidencia que los soporta, se exponen a continuación:

Servicio de mensajes de texto (SMT)

En el estudio cuasi experimental realizado por *Hong Jiangy* otros,⁽²³⁾ en cuatro centros comunitarios de salud de Shanghái, China, se tomó una muestra de 582 de gestantes < 13 semanas de gestación, de las cuales 281 fueron intervenidas y comparadas con un grupo control de 301. El grupo de intervención recibió semanalmente SMT cortos desde el tercer trimestre hasta los 12 meses postparto, con información nutricional y de LM, acorde a la semana de embarazo y edad del paciente. El grupo control recibió los servicios de salud usuales. Los resultados de la comparación entre el grupo intervenido vs. el control fueron: una duración media mayor en semanas de LME a los 6 meses de vida 11,41 semanas [IC95%: 10,25-12,57] vs 8,87 semanas [IC95%: 7,84-9,89], un menor riesgo de detención temprana de la LME HZ= 0,80; IC95%: 0,66-0,97, y una asociación significativa de la intervención con el aumento de la tasa de LME a los 6

meses OR ajustado (ORa)= 2,67; IC95%: 1,45-4,91, y el retraso en la introducción de alimentación complementaria antes de los 4 meses ORa= 0,27; IC95%: 0,08-0,94.

En el estudio aleatorizado realizado por *Wen* y otros,⁽²⁴⁾ en Nueva Gales del Sur, Australia, se tomó una muestra de 1155 gestantes en el tercer trimestre de gestación y se aleatorizaron a uno de tres grupos, dos de intervención (llamada o mensaje de texto) y uno control. Ambos grupos de intervención recibieron un folleto con información sobre lactancia materna, alimentación complementaria y puericultura, el primer grupo de intervención recibió adicionalmente llamadas telefónicas de 30-60 min de duración realizadas por una enfermera experta en lactancia, en estas llamadas se resolvían dudas de la información contenida en el folleto y se resaltaban los mensajes más importantes. El segundo grupo de intervención recibió dos SMT semanales por cuatro semanas, donde se resaltaban los mensajes más importantes del folleto. La intervención se realizó en el tercer trimestre y al 1, 3, 5, 7 y 10 mes posparto. El grupo control recibió los cuidados usuales por enfermeras en sus centros distritales. Los resultados a los 6 meses de vida fueron: en el grupo de intervención de llamadas vs grupo control, LME OR ajustado (ORa) = 1,80; IC95%: 0,83-1,13 y en el grupo de intervención de SMT vs grupo control, LEM ORa= 1,27; IC95%: 0,88-1,82. Los resultados a los 12 meses de vida fueron: en el grupo de llamadas telefónicas vs grupo control respecto a LM y dieta ORa= 1,25; IC95%: 0,91-1,72; en el grupo de SMT vs grupo control, LM y dieta ORa = 1,11; IC95%: 0,95-1,30, por otro lado, ambos grupos de intervención (llamadas y mensajes de texto) lograron resultados significativos en disminuir el uso de biberón a la hora de dormir a los 12 meses de vida con ORa= 1,73; IC95%: 1,23-2,42 y ORa=1,29; IC95%: 1,10-1,51, respectivamente.

En el estudio piloto realizado por *Patel* y otros,⁽²⁵⁾ en cuatro hospitales maternos de Nagapur, India, se tomó una muestra de 1036 gestantes, en el grupo de intervención 518 gestantes vs un grupo control de 518 gestantes. La intervención fue una llamada telefónica semanal con un experto en lactancia, nutrición y cuidados perinatales madre/lactante, más SMT diarios sobre técnicas apropiadas de alimentación del lactante, ambas intervenciones se realizaron desde el tercer trimestre hasta una semana después de los 6 meses de vida.⁽²⁵⁾ El grupo control recibió la atención médica usual. Los resultados mostraron que las tasas de inicio oportuno de la lactancia fueron

mayores en el grupo intervenido vs el grupo control, 37 % vs 24 % ($p < 0,001$), por otro lado, las tasas de LME en las primeras 24 h de vida fueron similares en ambos grupos (74 % vs 74 %, $p = 1.0$), pero fueron superiores en el grupo de intervención a la sexta semana (97 % vs 81 %), décima semana (98 % vs 78 %) y décimo cuarta semana (96 % vs 71 %), finalmente, a los 6 meses de vida (97% vs 49%, $p < 0.001$ para las cuatro visitas), demostrando una asociación significativa entre LME y la intervención realizada, ORa= 6,3; IC95%: 4,9-8,0.⁽²⁵⁾

En el 2010 distintas entidades de salud del gobierno de los EE. UU. junto con distintos patrocinadores, adicionaron e implementaron al programa de control prenatal un servicio gratuito de SMT llamado Text4Baby®, el cual provee información sobre la lactancia, salud, cuidados perinatales de la gestante y el lactante.⁽²⁶⁾ Este programa a través de SMT demuestra tener impactos positivos en la lactancia a nivel prenatal y posnatal como parte del compromiso de intervenciones digitales.⁽²⁷⁾

En el metaanálisis realizado por Lee y otros,⁽²⁸⁾ basado en tres estudios realizados en Nigeria, Kenya y China, en los que se comparan intervenciones prenatales con SMT/teléfono celular vs cuidado rutinario, se determinó que la asociación de este tipo de intervenciones con el inicio de la LM en la primera hora de vida, la LME en el tercer/cuarto mes de vida y en el sexto mes de vida, fueron significativas, con un OR= 2,01; IC95%: 1,27-2,75, OR=1,88; IC95%: 1,26-2,50 y OR= 2,57; IC95%: 1,46-3,68, respectivamente.

Páginas web

En el estudio *cuasi* experimental realizado en Finlandia, por Hannula y otros,⁽²⁹⁾ en el cual se tomó una población de 705 gestantes, de las cuales 431 fueron intervenidas y comparadas con un grupo control de 274 gestantes. La intervención realizada conllevaba un seguimiento y educación intensificados en lactancia materna por parte de un equipo especializado y también se dio acceso a una página web desde la semana 20 de gestación hasta el primer año de vida del lactante, a través de la cual se brindó educación y apoyo intensificado en lactancia materna mediante artículos, fotos, videos y juegos. El grupo control recibió la educación y cuidado usual por parte de enfermería. Posteriormente se compararon la frecuencia de LME al egreso del nacimiento y se demuestra una



diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo intervenido vs el grupo control, 76 % vs 66 %, respectivamente ($p=0,0099$).

El estudio más importante con respecto a la efectividad de los programas *online* de seguimiento posparto de la lactancia, es el realizado por *Ahmed* y otros,⁽³⁰⁾ el cual se llevó a cabo en tres hospitales de los EE. UU. en los que se tomó una muestra de 106 madres en su primer día posparto, con un grupo intervención de 49 mujeres y un grupo control de 57. Al grupo intervención se le dio acceso un sistema *online* de monitoreo interactivo por 30 días, en los que tenían que registrar datos sobre su lactancia, el número de pañales/día que estaba mojando el neonato y notificar cualquier problema que la madre o el lactante presentara con respecto a la técnica de lactancia, como mal agarre, dificultad para despertar al lactante para alimentarlo, ictericia, pezones agrietados, congestión mamaria o lactancia diaria insuficiente (< 6 veces al día).

Este sistema alertaba a los investigadores y expertos cada vez que la madre registraba algún problema con la lactancia y daban resolución casi inmediata de estos; el sistema estaba programado para resolver los problemas más comunes que se presentan. Adicionalmente felicitaba a la madre cuando registraban que lactaban 8-10 veces al día. El grupo control solo recibió el seguimiento posparto convencional. Posteriormente se evaluó el patrón de lactancia (exclusivo, parcial y fórmula), con un cuestionario enviado a ambos grupos en el primer, segundo y tercer mes del posparto. Se demostró que el porcentaje de LME fue superior en el grupo intervenido vs el control, 63 % vs 40 % ($p=0,027$), 63 % vs 19 % ($p=0,0001$) y 55 % vs 19 % ($p=0,002$), respectivamente.

Aplicaciones móviles

En las revisiones sistemáticas de la literatura sobre telemedicina en lactancia, existe certeza que en la actualidad hay una gran variedad de aplicaciones móviles que proveen a las gestantes información en salud y consejería sobre el cuidado perinatal y del lactante. Esta modalidad de telelactancia goza de una amplia aceptación, uso y fácil acceso por parte de las gestantes, sin embargo, se requieren estudios adicionales que evalúen su efectividad.^(5,6,31)

Telesalud sincrónica o interactiva



la información es transmitida a través de canales de comunicación, donde el emisor y el receptor interactúan en tiempo real.^(21,22) Los métodos de telesalud sincrónica y la evidencia que los soporta, se exponen a continuación.

Llamadas telefónicas

En el estudio aleatorizado realizado por *Hoddinott* y otros,⁽³²⁾ en Escocia, se escogieron 69 mujeres en una sala de posparto y se dividieron de forma aleatoria en dos grupos, después del alta hospitalaria, un grupo intervención de 35 pacientes vs un grupo control de 34 pacientes. La intervención consistía en realizar llamadas telefónicas proactivas (del equipo de apoyo en lactancia a la paciente) y reactivas (de la paciente al equipo de apoyo).⁽³²⁾ El grupo control solo esperó llamadas reactivas. En ambos grupos las llamadas se realizaron en los primeros 14 días posegreso. Los resultados en las tasas de LME a la semana 6-8 posegreso fueron pacientes que recibieron llamadas proactivas/reactivas vs pacientes que realizaron solo llamadas reactivas, 53 % vs 31 %, con un RR= 1,73; IC95%: 0,88-3,37, por esto se requieren estudios adicionales que evalúen si los contactos telefónicos son efectivos, pues estrategias anteriores fueron efectivas junto a SMT y entrega de información a las madres.⁽²⁴⁾

En estudio multicéntrico prospectivo y aleatorizado, *Fu* y otros,⁽³³⁾ en centros de salud obstetricia de Hong Kong, escogieron 724 madres lactantes primíparas y 2 excluidas posteriormente por pérdida del seguimiento, las cuales fueron aleatorizaron en tres grupos: el primero 264 mujeres que recibieron cuidados posnatales usuales; el segundo de 191 mujeres que recibieron la atención estándar más tres sesiones de apoyo en lactancia por parte de profesionales expertos intrahospitalariamente, de 30 a 45 min de duración cada una y realizadas durante las primeras 48 h posparto; el tercero grupo de 269 mujeres, recibió la atención estándar más seguimiento y apoyo de la lactancia por vía telefónica de forma semanal por cuatro semanas, de 20 a 30 min de duración, iniciando desde las 72 h posegreso. Al comparar el grupo de llamadas telefónicas vs el grupo de cuidados posnatales usuales, el de las llamadas tuvo una probabilidad significativamente mayor de continuar LM mixta al mes, 76,2 % vs 67,3 % ($p= 0,01$), OR= 1,63; IC95%: 1,10-2,41; a los 2 meses, 58,6 % vs 48,9 % ($p = 0,03$); OR= 1,48; IC95%: 1,04-2,10; y específicamente de LME al



mes, el grupo de seguimiento telefónico mostro la mejor significancia estadística, 28,4 % vs 16,9 % ($p=0,003$), OR= 1,89; IC95%: 1,24–2,90. El grupo de apoyo intrahospitalario también demostró ser superior al grupo de cuidado usual, pero los resultados no fueron estadísticamente significativos, lo mismo ocurrió al comparar el grupo de llamadas telefónicas vs apoyo intrahospitalario.

En el ensayo controlado simple, realizado por *Tahir y Al- Sadat*,⁽³⁴⁾ en Kuala Lumpur, Malasia, se estudia la efectividad del asesoramiento telefónico en LM. Se escogieron 357 madres en su posparto inmediato, las cuales se asignaron a dos grupos: el grupo intervención, de 179 mujeres, recibió atención estándar y asesoramiento telefónico dos veces al mes hasta los 6 meses postarto, el asesoramiento fue realizado por enfermeras expertas en lactancia; el grupo control, de 178 mujeres, recibió atención estándar en lactancia. Los resultados al comprar el grupo intervención vs grupo control, LME en el primer mes de seguimiento, 84,3 % vs 74,7 % ($p=0,042$) OR= 1,825 IC95%: 1,054-3,157; al cuarto mes de seguimiento, 42,0 % vs. 39,0 %, ya l sexto mes de seguimiento, 12,5 % vs. 12,0 %. En todo el seguimiento la llamada telefónica fue mejor solo al primer mes de seguimiento, sin embargo, el grupo control presentó porcentajes más altos de interrupción completa de la LM.

Videollamada

En el estudio controlado aleatorizado realizado por *Seguranyes y otros*,⁽³⁵⁾ en Cataluña, España, se tomó una muestra de 1401 gestantes, las cuales se aleatorizadas en un grupo intervención de 683 mujeres y un grupo control de 718. El grupo intervención, previo al egreso hospitalario, recibió instrucciones de cómo realizar consultas por videoconferencia o mediante una línea telefónica directa, con una enfermera obstetra, en caso de requerir ayuda durante su posparto. El grupo control recibió la atención posnatal estándar. Del grupo intervención, 40.4 % usaron videoconferencia o la línea telefónica. La frecuencia de la lactancia materna fue similar en los dos grupos (intervención 64,5 % y control 65,4 %). Como hallazgo secundario se encontró que se redujo el número de visitas al centro de salud, lo que facilitó consultar a las madres desde su hogar.



Experiencia de telesalud en lactancia materna domiciliaria

A raíz de la emergencia sanitaria generada por COVID-19 y de la necesidad de continuar con la promoción, protección y apoyo de la LM, debido a sus grandes beneficios en la salud de la madre y el lactante, la Clínica Universitaria Colombia (CUC) adapta en forma temporal al programa de lactancia materna domiciliaria, un modelo de telesalud sincrónica por medio de videollamadas. Estas videollamadas se ofrecen por vía telefónica a las pacientes, una semana después del egreso hospitalario, previo consentimiento informado para recibir o no esta intervención. Las videollamadas las realizan enfermeras expertas en lactancia materna y cuidados perinatales de la familia lactante; cada una tiene una duración de 30 a 45 min, en los cuales se lleva a cabo la educación, consejería y seguimiento de la LM por medio de una valoración integral según una lista de control (Tabla).

Al finalizar, se da la opción a la madre de participar en un taller virtual de refuerzo en posiciones y técnicas de amamantamiento, el cual también es realizado por una enfermera del grupo de lactancia

Tabla - Lista de pasos de apoyo a la lactancia materna en telesalud sincrónica

Contacto del paciente	Si	No	Observaciones
Llamada telefónica durante los primeros cinco días posegreso			
Da a conocer el objetivo de la videollamada, agenda la cita, indica el medio por el que se realizara el contacto (video llamada o plataforma zoom ®)			
Inicio de la videollamada			
Verifica recomendaciones del ministerio de salud, higiene de manos, recogida de cabello, uso de tapabocas si es el caso.			
Verifica que la usuaria en lo posible este acompañada de un familiar al momento de recibir la intervención			
Indaga signos y síntomas respiratorios en núcleo familiar cercano			
Recién nacido			
Interrogar: fecha del parto, tipo del parto, peso al nacimiento, complicaciones del parto, antecedentes médicos, alimento recibido en las últimas 24 h (LME, mixta o fórmula)			

Brinda educación en cuidados básicos del recién nacido: cuidados de piel, baño del paciente, cambio pañal, cuidados ombligo, alimentación entre otros			
Educación en signos de alarma del recién nacido			
Lactancia materna			
Inspecciona glándula mamaria, tipo de pezón			
Verifica si presentacomplejaciones tempranas del amamantamiento: congestión mamaria, dolor en el pezón, lesiones en el pezón como grietas, trauma			
Pide a la madre que muestre como realiza proceso de amamantamiento			
Realiza corrección en técnica de amamantamiento (acoplamiento boca -pezón-areola) si es el caso			
Enseña a la madre indicadores de posición y agarre			
Enseña a la madre como realizar masaje de seno, técnica de extracción manual y conservación de la leche materna			
Despeja dudas que tenga la familia lactante frente al proceso, los felicita y motiva a continuar con el amamantamiento			
Educación en signos de alarma de la madre			
Final de la videollamada			
Agendamiento taller virtual "amamantar sin dolor"			
Verifica cita: pediatría y ginecología			
Refuerza medidas de higiene de manos, uso de tapaboca, restricción visitas, limpieza superficies			
Nombre de quien realiza la videollamada			

Conclusiones

La LM tiene beneficios infinitos para la familia lactante. En tiempos de emergencia y pandemia COVID-19, se deben continuar las estrategias de promoción, prevención, protección y apoyo de LM. Dentro de estas alternativas, se plantea la telesalud y la telelactancia como el mejor aliado disponible, pues logran eliminar barreras de tiempo y distancia entre el paciente y el profesional de salud, fomentan la práctica de LME y mitigan el impacto de contagio por COVID-19. A la vez permite un seguimiento en el proceso de amamantamiento, brinda seguridad a la familia lactante



y permite resolver dudas de forma oportuna. Aunque la presencialidad tiene la ventaja de interactuar con la madre en el domicilio y permite identificar otros aspectos emocionales de la salud materna en el posparto, se debe reconocer que este es el mejor momento para implementar y evaluar diferentes métodos de telelactancia y contribuir a enriquecer la evidencia actual. Esta evidencia aun es controversial acerca de cuál tipo de telesalud es más efectiva, se requieren, por tanto, estudios adicionales que permitan evaluar su impacto con el fin de lograr mejores tasas de LME.

Agradecimientos

A la Clínica Universitaria Colombia y al grupo Keralty por el desarrollo de un modelo de salud integral y por su constante interés por mejorar la salud infantil. A la Fundación Universitaria Sanitas por su apoyo. A la Dra. *Natalia Restrepo Centeno* y a la Dra. *Carolina Villalba Toquica* por su invaluable labor en la promoción de la lactancia materna.

Referencias bibliográficas

1. Fernández-Carrasco FJ, Vázquez-Lara JM, González-Mey U, Gómez-Salgado J, Parrón-Carreño T, Rodríguez-Díaz L. Infección por coronavirus COVID-19 y lactancia materna: una revisión exploratoria. *Rev Esp Salud Publica*. 2020 [acceso 14/06/2020];94:e202005055. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VO_L94/REVISIONES/RS94C_202005055.pdf
2. Williams J, Namazova-Baranova L, Weber M, Vural M, Mestrovic J, Carrasco-Sanz A, *et al*. The importance of continuing breastfeeding during COVID-19: in support to the WHO statement on breastfeeding during the pandemic. *European Paediatric Association*. 2020 [acceso 14/06/2020];223:234-6. Disponible en: <https://ars.epa-unepps.eu/doc/article1.pdf>



3. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected. Geneva: WHO; 2020 [acceso 14/06/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331495>
4. World Health Organization. Global Nutrition Monitoring Framework: operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025. Geneva: WHO/UNICEF; 2017 [acceso 14/06/2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259904/9789241513609-eng.pdf;jsessionid=E232E9BFE602B24DFDB69A2589E1C3C0?sequence=1>
5. Almohanna AA, Win KT, Meedya S. Effectiveness of Internet-Based Electronic Technology Interventions on Breastfeeding Outcomes: Systematic Review. J Med Res. 2020;22(5):e17361. DOI: <https://doi.org/10.2196/17361>
6. Ferraz Dos Santos L, Figueiró Borges R, Antunes de Azambuja D. Telehealth and Breastfeeding: An Integrative Review. Telemed J E Health. 2020;26(7):837-46. DOI: [10.1089/tmj.2019.0073](https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0073)
7. Naciones Unidas; CEPAL. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Objetivos, metas e indicadores mundiales. New York: Naciones Unidas; 2019 [acceso 14/06/2020]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
8. McGuire S. Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant, and Young Child Nutrition. Adv Nutr. 2015;6(1):134-5. Published 2015 Jan 15. DOI: [10.3945/an.114.007781](https://doi.org/10.3945/an.114.007781)
9. Ministerio de la Protección Social Colombia, Acción Social, UNICEF y Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. Convenio de cooperación técnica y financiera No. 233 de 2009. Colombia: Ministerio y afines; 2009.
10. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Encuesta Nacional de Situación Nutricional. Colombia: Ministerio; 2015 [acceso 14/06/2020]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/ensin_2015_final.pdf
11. UNICEF, WHO. Capture the Moment. Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. New York: UNICEF; 2018 [acceso 14/06/2020]. Disponible en:



https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018.pdf

12. Roig-Romero RM. Exclusive Breastfeeding Rates in Latin America. *Breastfeed Med.* 2015;10(6):346-7. DOI:[10.1089/bfm.2015.0068](https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0068)
13. Jones KM, Power ML, Queenan JT, Schulkin J. Racial and ethnic disparities in breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2015;10(4):186-96. DOI:[10.1089/bfm.2014.0152](https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0152)
14. UNICEF. *The State of the World's Children 2016: A Fair Chance for Every Child*, UN, New York: UNICEF; 2016. DOI: <https://doi.org/10.18356/4fb40cfa-en>
15. World Health Organization. *Global Health Observatory data repository, Child malnutrition, Exclusive breastfeeding under 6 months* Geneva: WHO; 2020. [acceso 14/06/2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.NUT1730>
16. Lutter CK, Chaparro CM, Grummer-Strawn LM. Increases in breastfeeding in Latin America and the Caribbean: an analysis of equity. *Health Policy Plan.* 2011;26(3):257-65. DOI:[10.1093/heapol/czq046](https://doi.org/10.1093/heapol/czq046)
17. United Nations Children's Fund UNICEF. *From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding every where*. New York: UNICEF; 2016 [acceso 22/08/2020]. Disponible en: <http://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeedingpractices/>
18. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países*. Madrid, España: AEP; 2017 [acceso 16/06/2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
19. Niño L. Caracterización de la lactancia materna y factores asociados en Puerto Carreño, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2014;16(4):560-71. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n4.40653>
20. Gorrita Pérez RR, Terrazas Saldaña A, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez Y. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. *Rev Cubana*



- Pediatr. 2015 [acceso23/06/2020];87(3):285-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300004&lng=es.
21. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020 [acceso23/06/2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS04.pdf>
22. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Resolución número 2654 del 2019. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019 [acceso 23/06/2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20de%202019.pdf
23. Jiang H, Li M, Wen LM, Hu Q, Yang D, He G, *et al*. Effect of Short Message Service on Infant Feeding Practice: Findings From a Community-Based Study in Shanghai, China. *JAMA Pediatr.* 2014;168(5):471-8. DOI:[10.1001/jamapediatrics.2014.58](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.58)
24. Wen LM, Rissel C, Xu H, Taki S, Buchanan L, Bedford K, *et al*. Effects of Telephone and Short Message Service Support on Infant Feeding Practices, “Tummy Time,” and Screen Time at 6 and 12 Months of Child Age: A 3-Group Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 2020;174(7):657-64. DOI:[10.1001/jamapediatrics.2020.0215](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0215)
25. Patel A, Kuhite P, Puranik A, Khan SS, Borkar J, Dhande, L. Effectiveness of weekly cell phone counselling calls and daily text messages to improve breastfeeding indicators. *BMC Pediatrics* 2018;18(1). DOI:[10.1186/s12887-018-1308-3](https://doi.org/10.1186/s12887-018-1308-3)
26. Whittaker R, Matoff-Stepp S, Meehan J, Kendrick J, Jordan E, Stange P, *et al*. Text4baby: development and implementation of a national text messaging health information service. *Am J Public Health.* 2012;102(12):2207-13. DOI:[10.2105/AJPH.2012.300736](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300736)
27. Demirci JR, Suffoletto B, Doman J, Glasser M, Chang JC, Sereika SM, *et al*. The Development and Evaluation of a Text Message Program to Prevent Perceived Insufficient Milk Among First-Time Mothers: Retrospective Analysis of a Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2020;8(4):e17328. DOI:[10.2196/17328](https://doi.org/10.2196/17328)



28. Lee S, Nurmato U, Nwaru B, Mukherjee M, Grant L, Pagliari C. Effectiveness of Health interventions for maternal, newborn and child health in low-and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *J Global Health*, 2015;6(1). DOI:[10.7189/jogh.06.010401](https://doi.org/10.7189/jogh.06.010401)
29. Hannula LS, Kaunonen ME, Puukka PJ. A study to promote breastfeeding in the Helsinki metropolitan area in Finland. *Midwifery*. 2014;30(6):696-704. DOI:[10.1016/j.midw.2013.10.005](https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.005)
30. Ahmed A, Roumani A, Szucs K, Zhang L, King, D. The Effect of Interactive Web-Based Monitoring on Breast feeding Exclusivity, Intensity, and Duration in Healthy, Term Infants After Hospital Discharge. *J Obstetric, Gynecol Neonatal Nursing*. 2016;45(2):143-54. DOI:[10.1016/j.jogn.2015.12.001](https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.12.001)
31. Schindler-Ruwisch JM, Roess A, Robert R, Napolitano M, Chiang S. Social Support for Breastfeeding in the Era of mHealth: A Content Analysis. *J Hum Lactat*. 2018;34(3):543-55. DOI:[10.1177/0890334418773302](https://doi.org/10.1177/0890334418773302)
32. Hodinott P, Craig L, MacLennan G, Boyers D, Vale L. The Feeding Support Team (FEST) randomised, controlled feasibility trial of proactive and reactive telephone support for breastfeeding women living in disadvantaged areas. *BMJ Open* 2012;2:e000652. DOI:<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000652>
33. Fu I, Fong D, Heys M, Lee I, Sham A, Tarrant M. Professional breast feeding support for first-time mothers: A multicenter cluster randomized controlled trial. *BJOG*. 2014;121:1673-83. DOI:[10.1111/1471-0528.12884](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12884)
34. Tahir NM, Al-Sadat N. Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices? A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(1):16-25. DOI:[10.1016/j.ijnurstu.2012.09.006](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.006)
35. Seguranyes G, Costa D, Fuentelsaz-Gallego C, Beneit JV, Carabantes D, Gomez-Moreno C, *et al*. Efficacy of a videoconferencing intervention compared with standard postnatal care at primary care health centres in Catalonia. *Midwifery*. 2014;30(6):764-771. DOI:[10.1016/j.midw.2013.08.004](https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.08.004)

Conflicto de intereses



Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Financiación

El proyecto no recibió financiación para su realización.

