

Telemedicina como herramienta de apoyo a la lactancia: telelactancia

Telelactation: a telehealth tool to support breastfeeding

Elvia I. Badell-Madrid, Carlos E. Hernández-Rivero y Francisco E. Cárdenas-Rojas

Recibido 14 de agosto 2022 / Enviado para modificación 22 diciembre 2022 / Aceptado 30 diciembre 2022

RESUMEN

En las décadas de 1970 y 1980, la televisión nos presentó un futuro en el que se mostraban por primera vez trabajos de escritorio remoto, videollamadas, videoconferencias e incluso teleconsultas. Las que eran situaciones futuristas han devenido actuales. Esto se manifestó en los últimos dos años con la pandemia de la COVID-19, cuando la necesidad del distanciamiento social dio paso a la virtualidad de forma cotidiana en nuestras vidas.

A raíz de esta situación, se diseñó una herramienta de consulta remota conocida como telemedicina dirigida a aquellos pacientes cuyas patologías no son emergencias y requieren atención a distancia.

La telelactancia entró dentro de estos parámetros para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna (LM) desde el tercer trimestre del embarazo hasta el inicio de esta. El desarrollo de las vacunas contra el SARS-CoV-2 y la infección previa por la COVID-19 en la humanidad han permitido generar inmunidad en un gran porcentaje de la población, lo cual ha reducido las tasas de mortalidad global, situación que le da predominio a las visitas presenciales.

A pesar de lo dicho anteriormente, en esta nueva normalidad se mantendrá la virtualidad. Quizás no en porcentajes tan altos como durante la pandemia, pero no tan bajos como en tiempos pre-pandemia.

La telelactancia puede ser utilizada como una herramienta extraordinaria para promover, proteger y apoyar la LM en lugares remotos de difícil acceso o en casos en los que la asistencia médica no sería posible.

Palabras Clave: Lactancia materna; pandemia de COVID-19, COVID-19, telemedicina y telesalud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

TV shows presented to us in the 1970s and 1980s a future where remote desk jobs, video calls, video conferences, and even tele-consultations were shown for the first time. This same future has now come to fruition, as it has manifested itself in the last two years thanks to the COVID-19 pandemic. The need for social distancing gave way to virtuality becoming an everyday part of our lives.

During this time, a remote consultation tool known as Telehealth was designed for patients whose pathologies were not emergencies and required remote attention.

Telelactation falls within these parameters, as it is aimed at protecting, promoting, and supporting breastfeeding from the third trimester of pregnancy to early lactation. The development of SARS-CoV-2 vaccines, as well as previous COVID-19 infections among mankind, allowed for immunity to be generated in large percentages of the population. This efficiently reduced global mortality rates and caused in-person visits to still prevail. However, despite this, the new normal will maintain virtuality.

Perhaps not to the same high percentages as during the pandemic, but not as low as pre-pandemic times.

Telelactation can be used as an extraordinary tool to promote, protect, and support breastfeeding in remote places with difficult access or in cases where medical attendance would not be possible.

EB: MD. Pediatra Puericultor. Experta en Lactancia Materna, Universidad Francisco de Vitoria. Madrid, España.

elvirenebadell@hotmail.com

CH: MD. Pediatra Puericultor. Director Médico, C.P.I. Dr. Carlos Hernández Acosta C.A. Venezuela.

drhernandezacosta@gmail.com

FC: MD. Residente Asistencial de Pediatría y Puericultura C.P.I. Dr. Carlos Hernández Acosta, C.A. Venezuela. MD. Residente en el Ambulatorio Tipo II Las Amazonas. Estado Bolívar. Venezuela

fecardenasr@gmail.com

Key Word: Breastfeeding; lactation; COVID-19 pandemic; telemedicine, telehealth (source: MeSH, NLM).

La leche humana (LH) es el alimento ideal desde la primera hora después del nacimiento, de forma exclusiva hasta los seis meses de edad y con alimentación complementaria hasta los dos años o más, lo cual cubre las necesidades nutricionales del niño (1).

La LM es el diálogo biológico donde el niño transmite sus necesidades a la madre y ella responde adecuando la cantidad y composición de la leche. La LH es el “patrón de oro” inimitable por sus características especiales y por el vínculo afectivo que representa junto al amamantamiento, más allá de su composición (1).

Durante la pandemia de la COVID-19, los beneficios de la LM han sido comprobados exhaustivamente. Estos se manifiestan a corto y largo plazo e influyen positivamente en la salud del niño: en su óptimo crecimiento y desarrollo, en la protección contra enfermedades diarreicas y respiratorias durante los primeros 1000 días de vida (2), así como en la prevención futura de enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, cáncer, entre otras. La LM es considerada una de las intervenciones más costo-eficientes para reducir la morbilidad infantil (3-5).

Desde principios de la humanidad, todos los niños recibían LM, o, en su defecto, leche de nodrizas, las cuales han existido a lo largo de toda la historia. A partir de 1900 comenzaron a alimentar a los niños con leches de otros mamíferos, a raíz de lo cual se observó un aumento del 90 % de la mortalidad infantil. El progreso de la ciencia química hizo modificaciones aceptables de la leche de vaca para disminuir la mortalidad infantil (6).

Durante los cambios de la sociedad industrial de los siglos XIX y XX con la incorporación de la mujer al trabajo asalariado fuera de casa, la LM significó un problema. El arraigado espíritu de modernidad con falsas creencias en los avances científicos y técnicos, sumado al pensamiento feminista que veía en la lactancia artificial una liberación, llevó a una experimentación a gran escala con la forma de alimentación inicial de la especie humana. La introducción de la leche modificada de otro mamífero tuvo consecuencias devastadoras: hubo miles de niños muertos por desnutrición e infecciones. Además, se perdió la tradición de amamantar y de transmitir conocimientos a través de generaciones (7).

Por otra parte, la evolución de la especie nos llevó a la bipedestación e hizo del parto una actividad social que se presta en hospitales a partir del siglo XX y coincide con la maternidad científica que alaba el progreso y la tecnología. Se convenció a los médicos de que el cálculo y la medición hacen que lo artificial sea más perfecto que lo natural. Por lo tanto, la alimentación artificial y las prácticas de

rutina erradas dificultaron el inicio de la lactancia, pues separaron a la diada recién formada (8).

La intervención feroz de la industria de la leche ha contribuido a desarticular la diada recién formada, lo cual ha afectado profundamente la LM. Por supuesto que en ausencia materna por causas extremas y en casos muy puntuales, es necesaria la fórmula infantil, sin embargo, la acertada aparición de regulaciones legales con el Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna ha puesto a raya a la industria y nos ha brindado herramientas que nos han permitido defender la LM (9).

La experiencia nos ha mostrado que una vez que la humanidad aprendió a usar los sucedáneos de la leche humana ha sido muy difícil recuperar la LM exclusiva y prolongada. Las bajas cifras que anuncia la OMS son de 43 %, aproximadamente, a los 6 meses de vida (10).

La LM es una compleja práctica que cuenta con la participación de varios componentes inherentes a la diada recién formada:

- **Componente instintivo:** propio del recién nacido y dado por los reflejos de búsqueda, succión y deglución.
- **Componente del reflejo neuroendocrino materno:** la estimulación del complejo areola-pezones durante la succión del bebé al alimentarse estimula las hormonas hipofisarias y estas, a su vez, actúan sobre la prolactina y oxitocina para dar paso a la producción y eyección de la LH por las glándulas mamarias
- **Componente cultural:** es la técnica del arte femenino de amamantar, transferido de madre a hija y sin intervención médica. Se aprende la cultura del amamantamiento de la crianza natural (6).

Durante las últimas décadas del siglo pasado y a principios de este, la pediatría ha profundizado el estudio dedicado a la LM. Se ha formado profesionalmente a médicos y trabajadores de la salud involucrados en el trato de la madre embarazada y lactante a mejorar sus conocimientos sobre LM para dar apoyo, protección, promoción y educación a las madres con la finalidad de recuperar la crianza natural y aumentar las cifras de lactancia, haciendo más placentera esta actividad.

Dentro de las herramientas que utilizamos para promover la LM, sobre todo en lugares remotos y en circunstancias tan especiales como ha sido la pandemia de la COVID-19, la telemedicina, en especial la telelactancia, surgió como una intervención innovadora y efectiva. Es un proceso complejo que permite acercar a los asesores en LM a las madres necesitadas de asesoría e información. La telelactancia ha resultado ser un factor

de apoyo importante a la LM. Se ha mejorado la implementación exitosa en las madres atendidas, por lo cual, se plantea como un área de gran interés para el soporte de la misma (11,12,13).

TELEMEDICINA

Décadas atrás, durante nuestra infancia, veíamos con asombro cómo iba a ser la vida en el futuro. Nos fascinaba ver los cómics de la familia Sónico y de Hanna Barbera, los cuales, con el nacimiento de Súper, anticiparon lo sucedido el 31 de julio de 2022.

Vimos a Súper, el padre, haciendo teletrabajo desde casa a través de una pantalla plana de TV. A Ultra, su esposa, tomando clases online para ejercitarse.

En las décadas de 1970 y 1980 vimos a Cometín, el hijo menor de la familia Sónico, asistiendo enfermo al médico de manera virtual, quien a través de la gran pantalla de televisión lo fue examinando y le indicó tratamiento médico de manera remota: eso es teleconsulta.

Ese futuro nos alcanzó y es hoy, cuando gracias a la pandemia de la COVID-19, aprendimos muchas cosas sobre comunicación, trabajo y medicina a distancia.

Sabemos de:

- **Videoconferencias y clases online:** estas se dictan a través de varias plataformas como Zoom, Google Meet, Ve-see, Google Hangouts, Skype, Microsoft Teams u OoVoo. Todas estas han sido usadas con éxito a lo largo de estos dos años para realizar trabajo y educación remota, lo cual ha permitido resguardar nuestras vidas
- **Videollamadas:** WhatsApp, FaceTime, Telegram (14). Las videollamadas son muy comunes entre los venezolanos debido a la migración forzada, pues les han permitido estrechar y mantener sus lazos de afectividad a pesar de la distancia y el tiempo.
- **Teletrabajo o trabajo remoto:** trae consigo enormes ventajas, ya que disminuye los costos operativos. No necesitas oficina para trabajar, trabajas desde casa. Evitas el desplazamiento en vehículos propios o en transporte público. Tampoco hay gasto de ropa de trabajo. Pero, por otra parte, y como gran desventaja, no socializas, no hay contacto personal y disminuye la actividad física (15).
- **Telemedicina:** es una herramienta esencial de uso imprescindible durante la pandemia. Es una estrategia sanitaria que complementa, mas no reemplaza el acto presencial de la atención de la salud (11). Puede ser utilizada como segunda opinión en un caso clínico. No debe utilizarse en consultas de urgencias ni emergencias (16,17), ni en casos graves o complejos (18). No debe utilizarse en primeras visitas sin información previa del caso (19). Ni debe usarse en casos de comunicación de información sensible. La Telemedicina

amerita buena conectividad (estable y rápida). Se debe utilizar un dispositivo que garantice que el profesional y el paciente puedan verse y oírse durante la teleconsulta (17,20,21).

Estudios recientes realizados durante la pandemia muestran resistencia de los médicos a la Telemedicina y las causas podrían ser las siguientes:

- Falta de pago, de los pacientes por el servicio (15). Esta es una consulta donde se hace un ejercicio clínico como en cualquier otra y genera gastos debido al tiempo invertido por el médico en realizarla
- Falta de infraestructura, equipos, software y problemas de conectividad (21). En Venezuela, la medicina pública carece de infraestructura para cubrir esta necesidad. Desde la medicina privada hay que abarcar los costos de adquisición de hardware, software y conectividad
- Falta de familiaridad con las nuevas modalidades tecnológicas por parte de los médicos (22), quienes deben actualizarse en el lenguaje tecnológico para entrar al siglo XXI. De otra manera, entrarán en el analfabetismo informático.
- Resistencia al cambio (23). Por falta de conocimientos o flexibilidad mental para adaptarse a las nuevas exigencias de esta época.
- Falta de confianza en la precisión del telediagnóstico (16). Se trabaja de la misma forma que en la consulta presencial: necesitamos un orden para realizar nuestro trabajo. Comenzamos con la anamnesis o interrogatorio de la enfermedad actual y los antecedentes. El examen físico podemos hacerlo con dispositivos especiales en algunos casos, en otros, solo con lo que vemos por la pantalla. Por ende, debemos utilizar escalas y scores para hacer diagnósticos.
- Facilidad para perder o retrasar diagnósticos críticos (como emergencias médicas o cáncer) (18). Es por eso que debe valorarse cuáles casos no se deben atender por esta vía.
- Predisposición a pruebas auxiliares y prescripción de antibióticos con uso de telemedicina (16,20). Se pueden solicitar exámenes complementarios e indicar tratamiento médico específico, incluyendo antibióticos.
- Falta de interacción humana y deterioro del diálogo interpersonal que es fundamental para la relación médico-paciente (20). En muchos casos, se logra buena empatía, aun cuando no hay contacto físico.

Una publicación del Hospital de Stanford, se describe el comportamiento de las consultas presenciales y teleconsultas en las emergencias de los hospitales antes de la pandemia, desde marzo de 2019 hasta noviembre de 2020.

Observamos una importante disminución en las visitas a la emergencia y, simultáneamente, un aumento

de las consultas online (16,15). Sin embargo, no se ha observado una utilización masiva de esta herramienta que pudiera contribuir a apoyar la lactancia (24).

Comportamiento de la consulta pediátrica presencial

Al principio de la pandemia, los niños dejaron de asistir a las escuelas, guarderías y consultas médicas de control de niño sano y por enfermedades menores (16). Las madres dejaron de asistir a consultas prenatales. Fue un patrón de comportamiento mundial, pues solo atendían a los pacientes con COVID-19, quienes abarrotaron los hospitales y colapsaron los sistemas de salud más robustos en el mundo. En ese momento, los pediatras debimos desplazarlos hacia la virtualidad médica (15).

La consulta prenatal en lactancia puede ejecutarse virtualmente, así como la asesoría en lactancia después del nacimiento.

Durante la pandemia, en el caso de recién nacidos prematuros, se dejó de utilizar el Método Madre Canguro —el cual fortalece el contacto piel a piel (25)— por el riesgo de contagio de los prematuros. Esto afectó negativamente el inicio temprano de la lactancia y trajo consigo el aumento de la mortalidad infantil de 2,3 % a 4,6 % en 127 países en el mundo, la mayoría de ellos en vías de desarrollo (13).

En el período postpandemia, la virtualidad abre una ventana de oportunidades para mejorar estas prácticas y promover la lactancia educando a las madres desde la gestación (26).

Después de dos años de pandemia, se logró controlar en el mundo la alta mortalidad por el virus SARS-CoV-2 con la aplicación de 12.4 mil millones de dosis; en Venezuela se aplicaron 37,9 millones de dosis. El número de dosis completas de vacunas aplicadas en el mundo es de 62,8 % y en Venezuela el número de dosis completas aplicadas es de 50,2 %, lo cual representa un porcentaje importante de la población que está protegida, más el número de personas contagiadas por el virus.

Estos hechos permitieron al hombre volver a una nueva normalidad en la calle manteniendo medidas de bioseguridad (27).

Esto supuso el regreso a la presencialidad de las consultas pediátricas. Sin embargo, el uso de esta herramienta virtual podría mantenerse al nivel de los tiempos de pandemia (quizá no tan bajo como en la era pre-pandemia) pues parece que no va a aumentar como esperamos que lo haga a pesar de su gran utilidad para el apoyo en la lactancia (20,21).

TELELACTANCIA

La telemedicina (12) no es algo distinto a ejercer la medicina a distancia. Es la respuesta a muchos de nuestros problemas. Para nosotros los pediatras no es un concepto

nuevo: cuando usted contesta el teléfono y calma a una madre, está haciendo telemedicina. Cuando orienta a una madre amamantando sobre un problema de lactancia (por ejemplo: la madre plantea dolor y enrojecimiento de la mama, signos ambos de mastitis, y usted le recomienda el ejercicio de la lactancia y le receta analgésicos), está haciendo telelactancia.

La telelactancia o teleconsulta en lactancia o consulta remota de LM, es la interacción entre un pediatra y una madre durante el tercer trimestre de embarazo o en el periodo de amamantamiento para proporcionar asesoramiento en LM y lograr su éxito y longevidad a través de medios electrónicos (11).

La telelactancia es una forma segura y efectiva para apoyar, promover, proteger y evaluar la LM; asesorar a las madres antes de enfrentarse a esta y orientarlas hacia una feliz LM cuando presentan dificultades durante el amamantamiento (10,28). Los pediatras trabajando de forma remota apoyamos la LM en zonas donde no hay personal entrenado y en poblaciones desatendidas. Allí ofrecemos seguridad a ambos, sin interrupciones, dando apoyo a la madre a través de la tecnología, y permitiendo que interactúe virtualmente con su médico (13,29).

Las visitas de telelactancia deben abarcar todos los aspectos de la LM: el agarre y la evaluación de la lactancia a través de métodos objetivos como la Escala de Evaluación de LM de Latch (30), la transferencia de leche, el número de pañales mojados, las características de las heces (amarillas y blandas) y el control de peso (13).

La educación sobre lactancia debe llegar a todas las familias embarazadas de forma estandarizada y debe estar presente en todas las plataformas e inclusive la capacitación en línea o en persona con aplicaciones para teléfonos inteligentes (13,26).

Esta amplia variedad de alternativas debe ser ofrecida a las madre para que escoja la mejor opción de los medios de formación y apoyo más afines a sus necesidades (13).

Comportamiento durante la pandemia en Venezuela

En Venezuela, el acceso de los pacientes se ha vuelto cada vez más complicado por diversos aspectos:

- La crisis humanitaria compleja: esta crisis, en la que está inmersa Venezuela desde hace más de 7 años, limitó el financiamiento a la consulta por la profunda merma en el ingreso familiar y la imposibilidad de acceder a un seguro médico. Solo el 5 % de la población tiene seguro privado. El salario mínimo de un venezolano promedio es de 175 bolívares que equivale a 29.41 USD, es decir, el venezolano gana en promedio 1 USD por día al mes.
- La migración forzada: Los 6,11 millones de venezolanos que han migrado a otros países o a otras zonas geográficas de difícil acceso (arco minero) han disminuido a la

población con capacidad de pago para las consultas, pues en su mayoría era fuerza de trabajo en el país.

- La falta de gasolina: la disminución en la producción de gasolina por la debacle de la estatal petrolera ha limitado cada vez más la capacidad de desplazamiento de los pacientes debido a las estrictas regulaciones en la venta de combustible.
- La Pandemia de la COVID-19: multiplicó el efecto devastador de todas las anteriores condiciones ya existentes en Venezuela (17).

Durante la pandemia

- Los consultorios estaban vacíos, sin pacientes.
- Gran parte de los médicos estaban temporalmente incapacitados por la infección de SARS-CoV-2 debido al temor de hacer consultas con factores de riesgo asociados a sus comorbilidades. Esto se debió, especialmente, a la falta de equipo de protección personal durante el trabajo y a la dificultad de acceso a las vacunas y a las pruebas diagnósticas para descartar el virus de SARS-Cov-2.
- Los pacientes están solos en sus casas, sin supervisión médica.
- Se impuso rescatar la comunicación y así evitar la automedicación.
- Los servicios ambulatorios y el monitoreo remoto de los pacientes era una necesidad que evitaba visitas innecesarias a la emergencia (17,12,31).

Después de la pandemia, ¿qué haremos?

- Tenemos que hacer una consulta segura para ambos: pacientes y médicos.
- Ofrecer a nuestros pacientes consejería y asesoría sin que el aislamiento social ni la distancia sean un impedimento.
- Necesitamos rediseñar el modelo de servicios de salud hacia un modelo mixto.
- La Telemedicina parece ser la mejor opción (17,20,31,32).

Beneficios de la telelactancia

La telelactancia es un enfoque del siglo XXI, una estrategia en atención médica remota que va directo al consumidor (29,32). Permite que los pacientes sean evaluados de manera eficiente, con énfasis en el paciente y su auto cuarentena; acerca lugares remotos con acceso geográfico limitado; es más económico; protege pacientes y médicos de la exposición; es seguro, de fácil y rápido acceso y tiene un horario flexible que permite mantener la comunicación a cualquier hora (24 horas al día, 7 días a la semana) (15,28).

Debilidades de la telelactancia

- Dificultad para ayudar con el agarre.
- Dificultades técnicas: los consejeros no tienen las aplicaciones virtuales requeridas para el soporte remoto.
- Dificultades logísticas: pantallas pequeñas, dificultades para mostrar el agarre con un modelo de mama de tela.
- Limitaciones en la comunicación y el lenguaje corporal.
- No se pueden obtener datos exactos del peso o el crecimiento para ayudar con problemas de diagnóstico.
- Dificultad para visualizar la anatomía oral, pues se depende de una buena cámara (28).

Fortalezas de la telelactancia

- Seguridad: agendar citas virtuales con disponibilidad de los pacientes.
- Tener más de una visita virtual, según sea necesario.
- No ir a sus casas, los pacientes no se sienten cómodos recibiendo visitas debido a la COVID-19.
- Reduce el tiempo de viaje/conveniencia.
- Es mejor contar con apoyo de la telelactancia que no tenerlo.
- Hace más fácil la interacción en cuanto a las limitaciones de tiempo, cuidado de niños o viajes.
- Apoyo flexible, inmediato y continuo disponible.
- Mayor comodidad en el propio domicilio del paciente.
- Nuevas estrategias de comunicación: hemos afinado nuestras habilidades de comunicación para crear analogías visuales e imágenes sencillas para asegurar la asimilación de la información.
- La comunicación en remoto abre la puerta al uso de diferentes lenguajes y a conocer y manejar adecuadamente las técnicas de comunicación efectiva en los diferentes lenguajes (escrito, auditivo, y visual. Es una excelente herramienta desde el punto de vista comunicativo y técnico.
- Cuando estamos con nuestras madres, nos instan a ayudar y es una inclinación natural de todos brindar apoyo físico (13,28,33).

Cómo debe manejarse el pediatra durante una consulta por telelactancia

- Durante una consulta por telelactancia el pediatra debe mostrarse accesible, cercano, empático, evitando juicios de valor.
- Debe expresarse clara y concretamente, explicando, argumentando los motivos y razones de una decisión e indicando cómo mejorar o modificar un comportamiento de forma constructiva.
- Debe verificarse si la información se ha interpretado correctamente, recapitulando, repitiéndola y finalmente comprobando si entendió de forma bidireccional (19).

Cómo es la consulta de telelactancia prenatal

- Debemos informar sobre las ventajas de la LM, las técnicas de lactancia y promover su inicio desde la primera hora de vida (5).
- Dar consejos de salud y promover hábitos saludables: acostar al bebé en decúbito supino, usar sistemas de retención infantil y evitar el tabaquismo.
- Usar asientos de seguridad en el automóvil desde el nacimiento.
- Informar sobre el uso de las vacunas para la edad del paciente.

Comprobar que la gestación se está controlando de forma adecuada y anticipar la información sobre lo que ocurrirá al momento del parto (33).

Ventajas de la consulta de telelactancia prenatal

- Fomenta la comunicación, mantiene el distanciamiento social en pandemia y acerca a las madres de lugares remotos a tener un control prenatal (31).
- Permite diagnosticar, reforzar, sugerir y modificar patrones de conducta.
- Informa sobre prácticas favorables para un parto humanizado: hora sagrada, pinzamiento tardío de cordón, apego oportuno y alojamiento en conjunto para consolidar la meta de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses (2).
- Involucra miembros de la familia buscando apoyo para la madre. La red de apoyo materno garantiza la longevidad de la lactancia(33).

Tipos de consulta de telelactancia

La telelactancia es muy amplia y puede abarcar:

- Educación pre y posnatal.
- Enseñar técnicas de posición y agarre (30).
- Evalúa la producción de leche.
- Evalúa la ganancia de peso.
- Examen de la mama.
- Educación sobre extracción de leche manual o mecánicamente.
- Preparar a la madre para regresar al trabajo (5,13,28).

Qué necesitamos para hacer una consulta de telelactancia

Para organizar una consulta de telelactancia necesitamos:

- Un mínimo de conocimientos en el uso de la tecnología, conociendo las fortalezas y las debilidades de la telelactancia y cómo debe manejarse el pediatra.
- Es indispensable que las pacientes conozcan sobre nuestro servicio de telelactancia y cómo acceder a él. Publicar cómo, cuándo, dónde ubicarlo y especificar en qué institución se está ofreciendo telelactancia para conectarse. Hay que asegurarse de que la información les llegue a todas las madres para disminuir las desigualdades.

- Es importante que las pacientes conozcan la experticia de quienes las van a atender (28).
- Tener una buena conexión a internet (robusta, rápida, estable y con un buen ancho de banda).
- Una computadora adecuada con audio, video y dispositivos de transmisión.
- Es indispensable el uso de un software diseñado para este trabajo específico.
- Usamos herramientas de conferencia como: video WhatsApp, Skype, Zoom, Google Meet, Ve-see y FaceTime que permiten la telepresencia.
- Altamente recomendable tener un teléfono inteligente en caso de que se interrumpa la conexión (14,31,33).

Duración de la consulta de telelactancia

- La primera consulta puede durar 45 minutos.
- Las siguientes consultas son más breves, en promedio pueden durar 25 minutos (17).
- La anamnesis es el elemento más importante en el diagnóstico y manejo del paciente.
- La E-Salud (telelactancia) es una herramienta cada vez más útil y necesaria.
- Es indispensable el uso hardware, software y conectividad de alta calidad.
- Es nuestro deber como médicos mantenernos actualizados y aprender a manejar las herramientas tecnológicas para adaptarnos a los avances.
- No habrá cobertura de salud universal sin el uso de estrategias tecnológicas.
- Deben hacerse las mejores prácticas médicas para que la telelactancia se desarrolle y consolide bajo máximos estándares de excelencia, ética, calidad, seguridad y valores que atraviesan la práctica de salud en todas sus dimensiones (34).
- Recomendamos a los tomadores de decisiones, instituciones e integrantes del equipo de salud utilizar la telelactancia como herramienta para proteger, promover e impulsar la LM y aumentar la Cobertura Universal de Salud.
- Muchas veces la gente no sabe lo que quiere hasta que se lo enseñas ♦

REFERENCIAS

1. Gonzalez HF, Carosella M, Fernández A. Riesgos nutricionales en lactantes que no reciben lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de la vida. Archivos Argentinos De Pediatría [Internet]. 2021 [citado 13 de agosto de 2022]; 119(6):582-588. Disponible en: <https://bit.ly/3pzFhGN>.
2. Izaguirre de Espinoza I, Niño EM, Aznar de Ariztoy FE. Lactancia Humana. Arch Venez Pueric Pediatría [Internet]. 2020 [citado 13 de agosto de 2022]; 83(4):69-77. Disponible en: <https://shorturl.at/frxAZ>.
3. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and

- lifelong effect. *Lancet Lond Engl* [Internet]. 2016 [citado 13 de agosto de 2022]; 387(10017):475-490. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).
4. González H, Carosella M, Fernández A. Riesgos nutricionales en lactantes que no reciben lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de la vida. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2021 [citado 13 de agosto de 2022]; 119(6):e582-e588. Disponible en: <https://shorturl.at/biwT3>.
5. Badell E, Duque DL, Martínez J, Rojas AL, Suzzarini ML. Lactancia materna en el contexto COVID-19. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría* [Internet]. 2020 [citado 13 de agosto de 2022]; 83(3):143-150. Disponible en: <https://shorturl.at/FMNZO>.
6. Rodríguez García R. Aproximación antropológica a la lactancia materna. *Antropol Exp* [Internet]. 2015 [citado 13 de agosto de 2022]; (15). Disponible en: <https://doi.org/10.17561/rae.v0i15.2620>
7. Sabater AM. Las nodrizas y su papel en el desarrollo de la sociedad española: una visión transdisciplinar. Las nodrizas en la prensa española del siglo XIX y principios del siglo XX [Internet] [Tesis]. Alicante: Universidad de Alicante; 2014 [citado 13 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/agtNP>.
8. Revista Electrónica de Portales Médicos. Evolución de la lactancia materna a lo largo de la historia. Desde el inicio de la humanidad hasta la actualidad [Internet]. Revista Electrónica de Portales Médicos.com. 2018. [citado 13 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/yDGZ8>.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Código Internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna [Internet]. OMS. 2017 [citado 13 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/>.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural [Internet]. OMS. 1998 [citado 13 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/fptGR>.
11. Ozuah PO, Reznik M. The role of telemedicine in the care of children in under-served communities. *J Telemed Telecare* [Internet]. 2004 [citado 13 de agosto de 2022]; 10(1):78-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1258/1357633042614294>.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Teleconsulta durante una pandemia [Internet]. OPS. 2020 [citado 30 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://shorturl.at/isMP0>.
13. Singh AP, Kumar VH, Panda S. Supporting Breastfeeding in 2021 and Beyond-Lessons from the Pandemic. *Pediatr Rep* [Internet]. 2021 [citado 13 de agosto de 2022]; 13(2):289-301. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/pediatric13020037>.
14. Krynski L, Ghersin S, Del Valle M, Cardigni G. Communication through electronic media in pediatrics. Use recommendations. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2019 [citado 13 de agosto de 2022]; 117(4):175-179. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.S175>.
15. Tuckson RV, Edmunds M, Hodgkins ML. Telehealth. *N Engl J Med* [Internet]. 2017 [citado 13 de agosto de 2022]; 377(16):1585-1592. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMSr1503323>.
16. Hartnett KP. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. MMWR. 2020 [citado 30 de agosto de 2020]; 69(23):699-704. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1>.
17. Hernandez Rivero CE, Hernandez Badell CR, Hernandez Badell EI, Rondon Fernandez MA. Telemedicina y COVID en Venezuela. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría* [Internet]. 2020 [citado 13 de agosto de 2022]; 83(2):52-56. Disponible en: <https://shorturl.at/iqDP2>.
18. Dorsey ER, Topol EJ. State of Telehealth. *N Engl J Med* [Internet]. 2016; 375(2):154-161. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMr1601705>.
19. Secretaría de Gobierno de Salud de Argentina. Encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las tecnologías de la información y comunicación en tiempo real [Internet]. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina. 2020 [citado 30 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://shorturl.at/gxBJZ>.
20. Reingold SM, Hadjipanayis A, van Esso D, Del Torso S, Dornbusch HJ, de Guchtenaere A, et al. COVID-19 Era Effect on Pandemic and Post-pandemic Pediatric Telemedicine Use: A Survey of the European Academy of Pediatrics Research in Ambulatory Settings Network. *Front Pediatr* [Internet]. 2021 [citado 30 de agosto de 2020]; 9:713930. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fped.2021.713930>.
21. Lee SM, Lee D. Opportunities and challenges for contactless healthcare services in the post-COVID-19 Era. *Technol Forecast Soc Change* [Internet]. 2021 [citado 30 de agosto de 2020]; 167:120712. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.120712>.
22. Kissi J, Dai B, Dogbe CS, Banahene J, Ernest O. Predictive factors of physicians' satisfaction with telemedicine services acceptance. *Health Informatics J* [Internet]. 2020 [citado 13 de agosto de 2022]; 26(3):1866-1880. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1460458219892162>.
23. Duffy S, Lee TH. In-Person Health Care as Option B. *N Engl J Med* [Internet]. 2018 [citado 13 de agosto de 2022]; 378(2):104-106. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1710735>.
24. Xie J, Prahalad P, Lee TC, Stevens LA, Meister KD. Pediatric Subspecialty Adoption of Telemedicine Amidst the COVID-19 Pandemic: An Early Descriptive Analysis. *Front Pediatr* [Internet]. 2021 [citado 13 de agosto de 2022]; 9:1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fped.2021.648631>.
25. Vila-Candel R, Duke K, Soriano-Vidal FJ, Castro-Sanchez E. Affect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact in the Maintenance of Exclusive Breastfeeding: Experience in a Health Department in Spain. *J Hum Lact* [Internet]. 2018 [citado 13 de agosto de 2022]; 34(2):304-312. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0890334416676469>.
26. Palmquist AEL, Parry KC, Wouk K, Lawless GC, Smith JL, Smetana AR, et al. Ready, Set, BABY Live Virtual Prenatal Breastfeeding Education for COVID-19. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc* [Internet]. 2020 [citado 13 de agosto de 2022]; 36(4):614-618. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0890334420959292>.
27. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Ortiz-Ospina E, et al. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations [Internet]. Our World in Data. 2020 [citado 13 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/OWY69>.
28. Schindler-Ruwisch J, Phillips KE. Breastfeeding During a Pandemic: The Influence of COVID-19 on Lactation Services in the Northeastern United States. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc* [Internet]. 2021 [citado 13 de agosto de 2022]; 37(2):260-268. <https://doi.org/10.1177/08903344211003898>.
29. Uscher-Pines L, Ghosh-Dastidar B, Bogen DL, Ray KN, Demirci JR, Mehrotra A, et al. Feasibility and Effectiveness of Telelactation Among Rural Breastfeeding Women. *Acad Pediatr* [Internet]. 2020 [citado 13 de agosto de 2022]; 20(5):652-659. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.10.008>.
30. Everitt P, Brown A. Breastfeeding – Modified Latch Assessment Tool for Babies admitted to Neonatal Intensive Care Unit or Special Care Nursery [Internet]. South Eastern Sidney Local Health District. 2020 [citado 13 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/gnCMU>.
31. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [citado 13 de agosto de 2022]; 382(18):1679-1681. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2003539>.
32. Friesen CA, Hormuth LJ, Petersen D, Babbitt T. Using Videoconferencing Technology to Provide Breastfeeding Support to Low-Income Women: Connecting Hospital-Based Lactation Consultants with Clients Receiving Care at a Community Health Center. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc* [Internet]. 2015 [citado 13 de agosto de 2022]; 31(4):595-599. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0890334415601088>.
33. Friesen CA, Hormuth LJ, Petersen D, Babbitt T. Using Videoconferencing Technology to Provide Breastfeeding Support to Low-Income Women: Connecting Hospital-Based Lactation Consultants with Clients Receiving Care at a Community Health Center. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc* [Internet]. 2015 [citado 13 de agosto de 2022]; 31(4):595-

599. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/089033441560108>.
34. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 2020 [citado 30 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://shorturl.at/fgnq9>.