

Revisión crítica de la Escala de Evaluación de la Lactancia Materna LATCH. Un estudio cualitativo

Critical review of the LATCH Breastfeeding Assessment Tool. A qualitative study

Carlos Saus-Ortega¹

¹Matrona. Escola d'Infermeria La Fe. Valencia

RESUMEN

Objetivo: Describir las percepciones de los profesionales de la salud sobre las limitaciones de la Escala de Evaluación de la Lactancia Materna LATCH.

Metodología: Estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico descriptivo. Se llevaron a cabo, entre marzo y mayo de 2019, entrevistas a 22 profesionales de la salud que desempeñaban su actividad principal en unidades de hospitalización posparto. Se tomaron notas de las entrevistas, que se analizaron para identificar las limitaciones de la escala.

Resultados: Los profesionales identificaron que todos los ítems de la escala LATCH eran indicadores basados en la evidencia, adecuados para la valoración de la lactancia materna, aunque cuestionaron la relevancia y la pertinencia de su observación/evaluación durante el ingreso hospitalario posparto. Asimismo, indicaron que es necesario determinar los momentos más oportunos para llevar a cabo las evaluaciones, y sugirieron revisar el sistema de puntuación para no mermar la confianza de las madres.

Conclusiones: Este estudio proporciona un valioso proceso reflexivo sobre la escala LATCH, que pone de manifiesto que la versión actual de este instrumento no satisface plenamente a los profesionales entrevistados en su aplicación durante el ingreso hospitalario posparto.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Lactancia materna, periodo posparto, pesos y medidas, observación, investigación cualitativa.

ABSTRACT

Objective: To describe health professionals' perceptions of the limitations and strengths of the LATCH Breastfeeding Assessment Scale.

Methodology: Qualitative study with a descriptive phenomenological approach. Between March and May 2019, interviews were conducted with 22 health professionals who performed their main activity in postpartum hospitalization units. Notes were taken of the interviews that were analyzed to identify the limitations and strengths of the scale.

Results: The professionals identified that all items on the LATCH scale were adequate evidence-based indicators for the assessment of breastfeeding, although they questioned the relevance and appropriateness of their observation/assessment during postpartum hospital admission. They also indicated the need to determine the most appropriate times to carry out the assessments and suggested revising the scoring system so as not to undermine mothers' confidence.

Conclusions: This study provides a valuable reflective process on the LATCH scale that shows that the current version of the instrument does not fully satisfy the professionals interviewed in its application to the early postpartum period.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Breast feeding, postpartum period, weights and measures, observation, qualitative research.

Introducción

La protección, promoción y apoyo de la lactancia materna (LM) es una tarea muy importante para los profesionales de la salud durante el periodo posparto temprano¹. Identificar durante este periodo a las parejas madre-hijo con dificultades de lactancia o en riesgo de problemas que requieran un mayor apoyo y seguimiento es un gran desafío². Para facilitar esta labor se han desarrollado múltiples herramientas (BREAST, LATTM, LATCH, MBA y MIBPT) que evalúan la conducta/actitud/habilidad de la diada madre/hijo lactante durante el ingreso posparto². Sin embargo, los procesos de desarrollo de estas herramientas no siempre han seguido procedimientos científicos rigurosos y pueden no estar basados en la evidencia³. En general, se han presentado como una mezcla de comportamientos infantiles (estado de alerta, agarre), características maternas (tipo de pezón, independencia) o aspectos técnicos de la LM (posición, apego, deglución audible)⁴.

En 1994, Jensen et al.⁵ desarrollaron la escala LATCH con el fin de evaluar los comportamientos complejos e interactivos que ocurren entre una madre y su recién nacido mientras aprenden a amamantar durante la hospitalización posparto. Esta herramienta incluye 5 ítems (*latch*, *audible swallowing*, *type of nipple*, *comfort*, *hold*) con una escala de respuesta que oscila de 0 a 2 puntos, donde las puntuaciones más altas indican una LM más eficaz⁵. La escala LATCH fue desarrollada por enfermeras expertas en maternidad, pero no se ha comunicado ninguna prueba formal de la validez de su contenido⁶; además, existe controversia sobre la fiabilidad y la validez de esta herramienta⁶. En 2008, Báez et al.⁷ validaron la escala LATCH al español; en dicho trabajo no se describió el proceso de adaptación transcultural y sus ítems fueron traducidos como: coger, deglución audible, tipo de pezón, comodidad/confort (pecho/pezón) y mantener colocado al pecho.

Fecha de recepción: 21/01/2019. Fecha de aceptación: 09/08/2019.

Correspondencia: Carlos Saus-Ortega. Escola d'Infermeria La Fe. Valencia. Correo electrónico: saus_car@gva.es

Aunque la escala LATCH no dispone de pruebas formales de validez del contenido, en nuestro medio es ampliamente utilizada en el periodo posparto temprano (<5 días de vida), en lactantes a término y sanos. Por todo ello, en un esfuerzo por mejorar la escala LATCH, en este estudio se llevó a cabo una revisión crítica de dicha escala con el objetivo de describir las percepciones de los profesionales de la salud sobre las limitaciones de ésta.

Metodología

Diseño

Se utilizó un diseño cualitativo con un enfoque fenomenológico descriptivo, mediante entrevistas semiestructuradas individuales. Este enfoque se ha descrito como apropiado para llevar a cabo este tipo de estudio⁸.

Participantes

Se incluyeron matronas y enfermeras de unidades de hospitalización posparto, que evaluarán en su práctica clínica díadas madre-hijo lactantes y que contarán, al menos, con 3 años de experiencia. El reclutamiento fue en bola de nieve a partir de 2 enfermeras y 3 matronas expertas en LM, que ofrecieron un listado de teléfonos y correos electrónicos de otras profesionales. El reclutamiento finalizó con la saturación de los datos.

Las participantes fueron informadas verbalmente de los objetivos del estudio y de su carácter voluntario, así como de la confidencialidad de los datos. La aceptación de participación fue considerada como aprobación del consentimiento informado.

Recolección de datos

Entre marzo y mayo de 2019 se realizaron 22 entrevistas por videollamada (WhatsApp® o Skype®), con una duración aproximada de 30 minutos. Se llevaron a cabo entrevistas individuales, dado que no fue posible ajustar los horarios de las profesionales para llevar a cabo grupos de discusión. Asimismo, se eligió el formato de videollamada para facilitar la participación. Las entrevistas no fueron grabadas por voluntad expresa de la mayoría de las participantes.

Cinco días antes de cada entrevista, se envió a las participantes un correo electrónico o un mensaje de WhatsApp® que incluía un enlace de Google Forms® con las siguientes variables: sexo (hombre/mujer), país de origen (España/otro), profesión (enfermera/matrona), situación laboral (activa/parada/jubilada), experiencia en unidades de posparto (en años), acreditación IBCLC (sí/no), uso habitual de la escala LATCH (sí/no) y un documento anexo en pdf con la escala LATCH.

El guion de las preguntas que se emplearon en las entrevistas se presenta en la tabla 1. Fueron desarrolladas por el autor de este estudio y revisadas por 5 profesionales expertas en LM, las cuales hicieron algunas sugerencias que fueron incluidas para asegurar que se abordaran todos los puntos clave.

Todas las entrevistas fueron llevadas a cabo por el investigador principal, que tomó notas de las respuestas emitidas por cada participante para cada pregunta. Como estrategias de validez, se buscó cumplir los siguientes criterios: 1) dependencia (lectura de las notas a las participantes); 2) credibilidad (validación del contenido de las notas como «adecuado» por las participantes [en 5 ocasiones se hicieron correcciones menores]), y 3) auditabilidad (conservación de las notas y transferibilidad [participantes de diferentes unidades])⁹.

Tabla 1. Guion de preguntas para las profesionales de la salud entrevistadas

1. ¿Conoces la escala de evaluación de la lactancia materna LATCH? ¿La utilizas habitualmente en tu práctica diaria?
2. ¿Consideras que es una escala adecuada para valorar a las díadas madre-hijo lactantes durante el ingreso hospitalario posparto? ¿Por qué?
3. ¿Te parece fácil de usar?
4. ¿Crees que tiene una extensión adecuada?
5. ¿Consideras que le sobra o le falta algún aspecto relevante que sea importante valorar? ¿Cambiarías alguna cosa de ella? ¿Introducirías algo nuevo o eliminarías algún ítem?
6. ¿Te parece que algún ítem es difícil de evaluar o de entender?
7. Como la escala ha sido diseñada para valorar la interacción de la díada lactante, incluye ítems maternos e infantiles ¿Crees que esto es adecuado?
8. ¿Qué opinas sobre su sistema de evaluación y puntuación?
9. ¿Qué es lo que más te gusta de ella? ¿Y qué es lo que menos te gusta de ella?

Análisis de datos

Se utilizaron estadísticos descriptivos para determinar las características de las participantes. A partir de la información de las notas, se identificaron y analizaron las limitaciones de la escala LATCH que se presentaron de forma narrativa. Se establecieron tres categorías: 1) limitaciones de los ítems, 2) limitaciones del proceso de evaluación y 3) limitaciones del sistema de puntuación. El proceso de clasificación de la información requirió la lectura repetida de los datos. Igualmente, el análisis de los datos comprendió las relaciones entre categorías y las redes que se forman entre ellas.

Resultados

Las participantes, todas mujeres (n= 22), eran enfermeras (n= 16) o matronas (n= 6). Todas ellas contaban con una experiencia atendiendo a díadas madre-hijo lactantes en unidades de hospitalización posparto de una media de 4,2 (1,1) años. Todas eran españolas y estaban en activo. Una matrona tenía la acreditación IBCLC. Todas refirieron que usaban la escala LATCH habitualmente en sus servicios para observar la LM de las díadas madre-hijo durante el ingreso hospitalario posparto.

Limitaciones de los ítems de la escala

«L» («coger»)

Evaluación de las primeras tomas

Cuatro participantes indicaron que no consideraban importante la evaluación de este ítem durante la primera toma: «No veo importante el agarre en la primera toma; lo importante es que estén en contacto piel con piel vinculándose». Una matrona amplía este aspecto a las primeras tomas: «En las primeras [12-24 h] a veces es normal que no consiga un buen agarre».

Aspectos a valorar

En general, las participantes indican realizar una evaluación amplia de este ítem. Una enfermera apunta que es tan importante valorar un agarre correcto como el tiempo que tarda en conseguirlo: «Me preocupa más un niño que tarda mucho en agarrarse por su temperamento o por estar adormilado». Una matrona dijo que valoraba también el tiempo que mantiene un buen agarre: «Si se desengancha pronto, puede ser porque esté agotado o no saque nada».

«A» («deglución audible»)**Momento de evaluación**

Casi todas las participantes coinciden en que es muy difícil evaluar la deglución audible durante el ingreso hospitalario: «No se escucha nada, la cantidad de calostro que se genera no puede producir esto».

Aspectos a valorar

Tres enfermeras apuntan que se debería modificar el ítem, eliminando el término «audible»: «Es mejor fijarte en los movimientos orales o preguntarle a la madre si los ve». Otra participante abogó por eliminar este ítem: «Si no se produce este fenómeno, se ha de eliminar».

«T» («tipo de pezón»)**Característica no modificable**

Este ítem fue duramente criticado por algunas participantes por ser ésta una característica no modificable de las mujeres: «Cada mujer tiene el pezón como lo tiene, y no se ha visto que haya nada efectivo para modificarlo». «Si le dices a la madre que tiene los pezones invertidos, la preocupas y no ganas nada, no tiene por qué ir mal.»

Característica variable en el tiempo

Una enfermera comenta que el pezón (y el pecho) puede variar durante el ingreso hospitalario: «Los pezones pueden estar evertidos el primer día; pero antes del alta, con la subida de la leche, se llenan los pechos y los pezones pueden ponerse planos o invertirse, y no por ello debe ir mal, es fisiológico en ese momento».

Aspectos a valorar

La mayoría de las participantes considera no relevante evaluar este ítem. Comentan que es más conveniente evaluar la evolución de los pechos (blandos/llenos) y los pezones durante el ingreso. Otras participantes apuntan que se debería valorar incluir factores como «la flexibilidad del pezón», «la extensión de la areola» y «su apariencia tras la toma», dado que pueden ser muy importantes: «Un pezón sin flexibilidad por tensión mamaria puede dificultar el agarre y producir lesiones». En general, apuntan que se debería realizar una evaluación más amplia y completa, que incluya pecho, pezones y areolas.

«C» («Confort»)**Aspectos a valorar**

Algunas participantes apuntaron contradicciones a la hora de su evaluación durante el ingreso posparto, al afirmar que «El dolor al amamantar o el no estar muy cómoda puede ser normal en las primeras tomas, y esto no siempre refleja una mala técnica». Dos participantes indican que siempre se debe hacer un diagnóstico diferencial del dolor, evaluando si el dolor/incomodidad deriva de una mala técnica o de cualquier otro aspecto infantil, como un frenillo corto, o materno, como la existencia de una lesión/trauma: «Si te dice que le duele o está incómoda, primero la técnica, pero luego revisas el pezón para buscar lesiones o miras el frenillo».

«H» («mantenimiento de la posición»)**Factores asociados**

Dos matronas indicaron que ciertos factores, como el dolor, la fatiga o el sueño, pueden hacer que la madre tenga problemas

para posicionar correctamente al bebé durante toda la toma o presente una «falta de resistencia para mantener la posición» durante toda la sesión de lactancia. Recomiendan tener en cuenta estos aspectos, sobre todo en las cesáreas: «Están muy cansadas y con dolor, les pueden incomodar ciertas posturas por la cicatriz, necesitan más apoyo». Se apuntó, además, que otros aspectos se tienen en consideración indirectamente cuando se valora este ítem: «bebés envueltos en mantas», «demasiado abrigados», «lateralizados», «mal colocados», «con la cabeza girada o doblada», «bebés apoyados sobre almohadas, en la cama, sobre la madre» o «con sujeción segura/insegura».

**Limitaciones del proceso de evaluación de la escala
Evaluaciones transversales**

Diez participantes refirieron que una limitación importante de esta escala es que realiza evaluaciones transversales, de un solo momento: «Hace una radiografía de una toma concreta; sin embargo, la anterior toma puede haber sido mejor, y no tiene en cuenta el histórico». No obstante, afirman que «registrar todas las tomas observadas permite evaluar de forma gráfica el progreso de la madre y del recién nacido que están aprendiendo a amamantar».

Variabilidad interobservadores

Tres enfermeras indicaron que puede existir una variabilidad importante en función de quién utilice la escala y de si está entrenada en su uso o no: «Se lleva a cabo una evaluación subjetiva de aspectos, señales fisiológicas y comportamientos que acontecen durante la lactancia, pero esto puede ser variable en función del profesional que la realice; la mujer puede pasar de un 10 a un 7, o viceversa, sin haber cambiado nada, sólo la enfermera que observa y evalúa».

Disponibilidad de tiempo

Las participantes también hicieron referencia a que la observación de la toma suele emplear tiempo, y en muchas ocasiones no se dispone de él: «A pesar de ser una escala corta de 5 ítems, se precisan al menos 30 minutos, aunque lo ideal es sentarte al lado de la mujer y observar la toma completa para poder llevar a cabo la valoración, y esto puede requerir más tiempo, que en ocasiones no lo tienes».

Capacitación para su uso

Casi todas las participantes confirmaron que para utilizar la escala se precisa formación previa en LM: «Requiere formación y entrenamiento de las profesionales».

Escala profesional

Varias enfermeras indican que, aunque esta escala puede ser utilizada por profesionales y madres, no consideran oportuno su uso por parte de madres a modo de autoinforme durante el ingreso hospitalario (en forma de respuesta a preguntas estandarizadas para cada parámetro), debido a su falta de experiencia o conocimientos y a su situación físico-emocional en el posparto temprano: «Aunque puede ser utilizada por madres, su uso es profesional; las madres, sobre todo las primerizas, no saben autoevaluarse durante el ingreso».

Población diana

Hay unanimidad respecto a su uso con bebés a término sanos. Una enfermera indicó que no se puede utilizar en prematuros:

«En los pretérmino y en los de bajo peso, creo que no cuadra muy bien este Apgar; habría que perfilarlo más para esta población».

Momentos de observación

Otra enfermera remarca que su uso se ha establecido en el posparto temprano, pero que no se han determinado los mejores momentos para evaluar: «La empleamos en la hospitalización posparto, pero no sabemos cuál es el mejor momento para evaluar, si hacer una observación o dos al día, una por turno, una al alta, nada más nacer, cuando le va mal; debería estudiarse este aspecto para ser más operativos y evaluar cuando más se necesita».

Evaluación incompleta

Aunque la mayoría de las participantes comparten que la escala evalúa aspectos muy importantes, algunas apuntan que son insuficientes para una observación completa: «No incluye todos los aspectos deseables, como el tiempo de amamantamiento, el estado de alerta del neonato y otras cosas que valoras; haces una valoración mucho más amplia».

Versión electrónica

Otra enfermera indica que se debería trabajar en una versión electrónica de la escala: «Debería estar en la historia electrónica».

Limitaciones del sistema de puntuación de la escala Evaluación cualitativa

Algunas enfermeras refieren sentirse incómodas cuantificando el resultado de la observación y refieren buscar otras opciones cualitativas: «Es suficiente y preferible determinar si va bien/regular/mal, o tiene una técnica buena/moderada/pobre que cuantificar de 0 a 10». Una matrona indica que podría modificarse la versión coloreando las columnas de opciones de respuesta en verde/amarillo/rojo: «Una columna verde (dominio de la habilidad), una amarilla (adquiriendo la habilidad) y una roja (habilidad no adquirida), como un semáforo».

Puntuación de ítems

Una matrona comentó que no veía todos los ítems igual de importantes y que deberían puntuarse de forma distinta: «Todos los ítems no son igual de importantes y no tendrían que tener el mismo peso, la misma puntuación, al menos durante el ingreso». «No es lo mismo el tipo de pezón que el agarre.» Sin embargo, sí que hubo consenso en que, a más puntuación, se presupone una lactancia más eficaz.

Puntuación para cada momento

Indican que las habilidades para la lactancia progresan desde el nacimiento hasta el momento del alta, y que hay áreas de preocupación clínica diferentes en cada momento. Dos enfermeras dijeron que habría que diferenciar entre las puntuaciones que se otorgan el primer día y los subsiguientes, ya que otorgar una puntuación baja el primer día podía dañar la confianza de la madre para amamantar: «Una puntuación de 6 o 7 las primeras 12-24 horas puede ser normal en primerizas, no saben, pero al alta sí sería preocupante». Recomiendan evaluar por días adaptando los ítems a cada momento, y que así reflejen el comportamiento normal del recién nacido y de la madre: «Es normal que el bebé tenga sueño y no se agarre bien el primer día, y que la madre no

sepa posicionar al bebé en las primeras tomas. Obtener una puntuación de 0 o 1 el primer día en cualquier ítem puede ser normal y aceptable». Sugieren columnas diferentes que discriminen el primer día del resto o una herramienta separada para el primer día. Sin embargo, una matrona indicó que, si se producen estas adaptaciones en la escala, ésta ya no sería sensible a los cambios a lo largo del ingreso y perdería validez: «Si adapto la escala para obtener siempre un 10, es un sinsentido; las madres obtienen menos puntuación ese día porque no saben y lo hacen peor, y el segundo día lo hacen ya mejor; lo que hay que aprender es a apoyar y a decir las cosas sin minar la confianza de las madres, pero no modificar nada».

Evaluaciones positivas

Dos enfermeras comentaron que los tres niveles de evaluación que hay para cada comportamiento (0, 1 o 2) normalmente sobrestiman de forma positiva la lactancia: «Si no se observa un agarre o una posición correcta, por ejemplo, no le pones una mala puntuación, sino que ayudas a la madre, corriges la situación, y ya evalúas después otorgando una puntuación buena; debería haber una puntuación previa a la intervención y una posterior».

Discusión

Éste es el primer estudio en el que profesionales de la salud evalúan críticamente la escala LATCH. Todas las participantes se mostraron satisfechas con la escala e indicaron que es objetiva, práctica y breve para la evaluación clínica de la LM en la díada madre-hijo sano a término. En este sentido, las profesionales mayoritariamente lo compararon con un Apgar o escala formativa¹⁰. No obstante, aunque se puso de manifiesto que se trata de un instrumento fácil de cumplimentar y que su uso está ampliamente difundido entre las profesionales de la salud, se recomendó cierta formación y capacitación previa a su aplicación, aunque ello pueda delimitar su uso generalizado.

En líneas generales, hubo consenso en que el uso estandarizado de esta herramienta durante el posparto temprano está enfocado a detectar y reducir las díadas madre-hijo lactantes con riesgo de presentar problemas, así como a facilitar una práctica individualizada, diferenciada y cualificada. Además, aunque algunas profesionales refieren que es una herramienta de uso flexible, se remarca la necesidad de explorar su aplicación en niños médicamente frágiles, o con un mayor riesgo de tener dificultades para alimentarse, como prematuros o de bajo peso. Sugieren llevar a cabo evaluaciones completas y frecuentes en todos los recién nacidos que experimenten dificultades más complejas. En estudios previos se ha puesto de manifiesto que los profesionales de la salud reclaman una herramienta que evalúe objetivamente la capacidad de la díada madre-hijo para alimentarse de manera segura, eficaz y acorde a los eventos que suceden en el posparto temprano para que puedan proporcionar una atención óptima².

Las profesionales expresaron preocupación por los componentes de la escala, y algunas sugirieron cambios estructurales, como incluir nuevos ítems, modificar los existentes o incluso eliminarlos, con el fin de que se adapten mejor al período posparto temprano y capten de forma más adecuada el progreso de la LM. Algunas participantes advirtieron también que, durante la primera toma o el primer día de vida, la díada madre-hijo no debería estar sujeta a los mismos criterios de evaluación que en tomas o

días posteriores. Los futuros estudios deberían considerar las propuestas sugeridas, seguidas de pruebas psicométricas rigurosas, que verifiquen si estos ítems cubren objetivamente los temas clave que deben abordarse en una evaluación de la LM durante el ingreso posparto. La falta de una estandarización de criterios para evaluar la LM en este periodo es una limitación ampliamente referida en investigaciones previas⁴. La comunidad científica no se ha puesto de acuerdo en qué indicadores deben evaluarse y, por ello, han surgido múltiples herramientas, con componentes muy heterogéneos, para medir el mismo constructo^{3,11}.

Las participantes expresaron su preocupación por el hecho de que la escala LATCH sólo ofrece una instantánea al evaluar una sesión única de LM. Recomendaron que se estudien y establezcan los mejores momentos para llevar a cabo las evaluaciones, tal como se han establecido, por ejemplo, los mejores tiempos para el pesaje de los recién nacidos a los 0, 2, 4 y 7 días de vida¹². No obstante, la capacidad para detectar cambios clínicos se basa en su uso a lo largo del ingreso. Se remarca que es importante que los profesionales documenten los cambios en la capacidad de alimentación de la diada a lo largo del tiempo, y que evalúen así la efectividad de la intervención terapéutica que hayan llevado a cabo. Además, la mayoría de las profesionales indican realizar una evaluación de los ítems desde una perspectiva amplia, considerando a la vez otras cuestiones relacionadas con el componente evaluado en cada momento. Estiman que la herramienta permite un diálogo entre el profesional de la salud y la madre lactante, lo que lleva a una atención acogedora, integral y adaptada que, en muchas ocasiones, supera los cinco parámetros de la escala. Es interesante observar que, al igual que en estudios previos, la mayoría de las participantes consideran muy positivo que la escala incluya ítems maternos e infantiles, ya que creen que se complementan entre sí en cuanto a la amplitud y especificidad de la evaluación de la LM¹³.

Se remarca que, aunque los profesionales observan los comportamientos de lactancia, la madre es la que mejor puede informar sobre ellos. Por ello, la combinación de un informe clínico (obtenido con la escala LATCH) junto con un informe materno (obtenido con una escala de percepción materna de la eficacia de la LM, como la BBSCe¹⁴), proporcionaría una evaluación más completa, y ayudaría a guiar las discusiones entre los profesionales y las madres acerca de los problemas de alimentación. Asimismo, en cuanto al sistema de puntuación, algunas participantes proponen minimizar la importancia de otorgar una puntuación numérica durante este periodo. Aportan que una descripción cualitativa podría proporcionar una imagen menos dañina.

Una limitación de nuestro estudio es que no hemos podido triangular nuestros resultados con los de otros estudios previos. No obstante, aunque algunos podrían cuestionar la relevancia clínica de los resultados, el profundo conocimiento y entrenamiento de las participantes en el uso de la escala LATCH ha propiciado que se hayan encontrado múltiples áreas de mejora. Por otra parte, aunque la recogida de los datos fue por videollamada, esto no supuso ninguna limitación para identificar los aspectos problemáticos de la escala. Las entrevistas se realizaron de forma ininterrumpida, el día y la hora elegidos por las profesionales. Asimismo, el hecho de que no se grabaran las entrevistas y de que el análisis de las notas lo llevara a cabo un único investigador tampoco supusieron una amenaza para la validez,

ya que se han descrito y discutido ampliamente todas las sugerencias emitidas por los profesionales.

Haber hallado estos puntos controvertidos en el uso de la escala puede hacer pensar que precisa revisarse y que no puede utilizarse en la práctica clínica en su forma actual. A pesar de ello, la sólida aceptación y la satisfacción generalizada y positiva con ella hacen pensar que se trata de una herramienta apropiada si se desea obtener información sobre los diferentes aspectos de la alimentación, el proceso de interacción maternoinfantil o los estados del lactante durante la alimentación¹⁵.

Conclusiones

Este estudio proporciona una valiosa reflexión sobre la escala LATCH, que podría ayudar a mejorar el proceso de observación y evaluación de la LM durante el ingreso hospitalario posparto. Además, pone de manifiesto que la versión actual del instrumento no satisface plenamente a las profesionales entrevistadas, aunque la mayoría refiere que es de gran ayuda para la atención maternoinfantil que llevan a cabo en este periodo.

Los investigadores y los profesionales de la salud que utilizan esta escala deben ser conscientes de sus limitaciones. Nuestros hallazgos destacan la necesidad de desarrollar estudios que permitan mejorar la herramienta en su aplicación al ingreso hospitalario posparto.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization, UNICEF. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief. 2014(WHO/NMH/NHD/14.7).
2. Sartorio BT, Coca KP, Marcacine KO, Abuchaim ÉSV, Abrão ACFV. Breastfeeding assessment instruments and their use in clinical practice. *Rev Gaucha Enferm.* 2017; 38(1): e64675.
3. Hall Moran V, Dinwoodie K, Bramwell R, Dykes F. A critical analysis of the content of the tools that measure breast-feeding interaction. *Midwifery.* 2000; 16(4): 260-8.
4. Chapman DJ, Kuhnly JE. Lactation assessment tools: a qualitative analysis of registered nurses' perceptions of tool limitations and suggested improvements. *J Human Lact.* 2018; 34(4): 682-90.
5. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1994; 23(1): 27-32.
6. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017.
7. Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, Ayuso P, Sánchez Conde Al, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. *Análisis de fiabilidad.* *Index de Enfermería.* 2008; 17(3): 205-9.
8. Spencer RL. Research methodologies to investigate the experience of breastfeeding: a discussion paper. *Int J Nurs Stud.* 2008; 45(12): 1.823-30.
9. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit.* 2007; 13(13): 71-8.
10. Colman T, Devinney TM, Midgley DF, Venaik S. Formative versus reflective measurement models: two applications of formative measurement. *J Business Res.* 2008; 61(12): 1.250-62.
11. Howe T, Lin K, Fu C, Su C, Hsieh C. A review of psychometric properties of feeding assessment tools used in neonates. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008; 37(3): 338-49.
12. Boer S, Unal S, Van Wouwe JP, Van Dommelen P. Evidence based weighing policy during the first week to prevent neonatal hypernatremic dehydration while breastfeeding. *PLoS One.* 2016; 11(12): e0167313.
13. Pados BF, Park J, Estrem H, Awotwi A. Assessment tools for evaluation of oral feeding in infants less than six months old. *Adv Neonatal Care.* 2016; 16(2): 143.
14. Saus-Ortega C, Oliver-Roig A, Richart-Martínez M, Mulder P, Cabrero-García J. Validation of the Spanish version of the Beginning Breastfeeding Survey-Cumulative: a follow-up study. *J Human Lact.* 2019; 35(4): 672-82.
15. Lewallen LP. A review of instruments used to predict early breastfeeding attrition. *J Perinatal Educ.* 2006; 15(1): 26-41.