Anexo 4. Lactancia materna

Objetivos

Establecer la estrategia que debe seguirse para fomentar, proteger y promover el amamantamiento materno y para unificar criterios de atención en el marco del Plan de Salud Infantoadolescente.

Destinatarios

Equipos de atención pediátrica de la atención primaria.

Población diana

Familias y lactantes.

Periodicidad

En todas las visitas individuales del Programa de Salud Infantoadolescente y en consultas a demanda hasta que el niño deje de tomar leche materna.

Justificación

La leche materna es el alimento ideal para el bebé, el más natural y adaptado a sus necesidades. Como parte del proceso reproductivo, la leche materna cambia de composición y de volumen para adaptarse a las necesidades del bebé, ya que contiene las proporciones óptimas de nutrientes, vitaminas y agua que necesita durante toda la etapa de lactancia. También contiene factores que favorecen la digestión y la maduración de la mucosa intestinal; gran cantidad de agentes inmunológicos, hormonas y factores de crecimiento; enzimas que ayudan a digerir las grasas; proteínas humanas que evitan el desarrollo de fenómenos de sensibilización alérgica; sustancias anticancerígenas, etc.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, del Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Ayuda Urgente a los Niños (UNICEF), de la Asociación Americana de Pediatría y del Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría son **dar de mamar exclusivamente leche materna hasta los seis meses y prolongar la lactancia junto con otros alimentos hasta los dos años o más y/o hasta que la madre y el hijo deseen.**

La leche materna es el alimento fundamental durante el primer año de vida de todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los enfermos, salvo rarísimas excepciones [anexo 5, "Lactancia artificial"]. La Organización Mundial de la Salud reconoce que más del 97 % de las mujeres son fisiológicamente capaces de dar el pecho de forma satisfactoria. Prácticamente todas las madres pueden amamantar siempre que tengan información exacta y apoyo de la familia, de la comunidad y del sistema de atención sanitaria. También deberían tener acceso a la asistencia especializada, como agentes de salud calificados, asesores especializados y consultores en lactancia acreditados, que aumenten su confianza, mejoren las técnicas de alimentación y prevengan o solucionen los problemas de amamantamiento.

El equipo de pediatría debe actuar de esta forma:

- Empoderar a las mujeres respecto a sus derechos como tal, como madres y como proveedoras de apoyo a la lactancia materna y de información a otras mujeres.
- Dar apoyo a la lactancia materna como norma de alimentación de lactantes y de niños pequeños.

- Poner énfasis en los riesgos de la alimentación artificial y en sus consecuencias para la salud y para el desarrollo a lo largo del ciclo de la vida.

No obstante, la decisión última sobre cómo alimentar al niño debe tomarla su madre, pero el equipo de pediatría ha de proporcionar a la madre y al padre suficiente información sobre las ventajas de la lactancia materna.

El fracaso de la lactancia materna es multifactorial: la bibliografía lo atribuye a los nuevos estilos de vida, a la pérdida de la cultura del paso de información sobre lactancia de madre a hija y a la falta de formación de algunos profesionales. Esta falta de cultura social y médica sobre la lactancia materna hace que la madre no encuentre el apoyo familiar ni sanitario necesario para adquirir suficiente seguridad y experiencia para instaurar una lactancia satisfactoria. Cualquier llanto del niño se interpreta como "pasa hambre" o "no tiene suficiente leche" y por eso se añaden suplementos con sucedáneos de leche de madre. Suplementar de forma rutinaria a los recién nacidos no tiene el soporte de las recomendaciones actuales, con algunas excepciones [anexo 5, "Lactancia artificial"]. Esta práctica tan habitual, que se hace casi de forma rutinaria, tiene consecuencias negativas para la lactancia materna, ya que se reduce el número a veces que el niño mama, cuya consecuencia es que disminuye la producción de leche materna.

El peso del niño es solo un aspecto del desarrollo y de la evolución, y no ha de ser el condicionante único para indicar que se introduzca sucedáneo de leche de madre. Las curvas de crecimiento que deben utilizarse son las de la Organización Mundial de la Salud para niños amamantados; debe valorarse el trazado de la curva de crecimiento más que el propio percentil y, sobre todo, el estado de salud del niño.

Estos son los objetivos de esta guía:

- Proporcionar a los profesionales información basada en la evidencia científica de manera que puedan aclarar las dudas y solucionar los problemas que aparezcan durante la lactancia materna, y dar apoyo.
- Darles a conocer la importancia de la lactancia materna y cuáles son los factores que influyen en el inicio y en el mantenimiento de la lactancia.

Ventajas de la lactancia materna

Para el bebé

- Los bebés alimentados con lactancia materna presentan menos incidencia y/o gravedad de diarreas, enterocolitis necrotizante en los prematuros, infecciones respiratorias, infecciones urinarias, otitis medias y eccema atópico, y menos obesidad durante la adolescencia.
- La lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida se ha asociado a tasas significativamente más bajas de asma y de dermatitis atópica en la población infantil.
- Según numerosos estudios (no ensayos clínicos aleatorizados), parece que la lactancia materna proporciona un efecto protector contra la muerte súbita del lactante, la diabetes *mellitus* insulinodependiente, la enfermedad de Crohn, las colitis ulcerosas, la patología alérgica y los linfomas.
- Se ha observado una mejor respuesta inmunitaria (tanto humoral como celular) a la vacunación en bebés alimentados con leche materna en comparación con los alimentados con leche artificial.
- La lactancia materna refuerza los vínculos afectivos entre madre e hijo, lo que contribuye a su maduración psicoemocional.

- En diversos estudios se informa de un efecto positivo de la lactancia materna en la evolución cognitiva del niño. Asimismo, favorece la aparición del vínculo materno y el afecto del niño hacia la madre, lo que facilita la relación entre ambos.
- Disminuye el índice de hospitalizaciones y de mortalidad infantil, sobre todo en los países en vías de desarrollo. UNICEF calcula que en el mundo se podrían prevenir un millón y medio de muertes infantiles si se practicara la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida.
- La leche materna tiene muchas y demostradas ventajas nutricionales respecto a la leche de vaca. El efecto beneficioso de la lactancia materna aumenta cuanto más prolongada es su duración.
- Protege de problemas de la boca a causa del trabajo de la mandíbula y de los músculos de la cara durante la succión. Se observa que hay menos maloclusiones y caries dental.
- Además, tranquiliza al bebé, la ayuda a dormir, le da seguridad, le calma el dolor...

Para la madre

- En el posparto inmediato favorece la expulsión de la placenta y una involución uterina más rápida, gracias a la liberación de oxitocina generada por la succión del bebé durante la lactancia materna.
- Se produce menos sangrado y se retrasa la menstruación, por lo que se ahorra hierro y se compensan de forma fisiológica las pérdidas que se han producido durante el parto.
- Se recupera mejor el peso que la madre tenía antes del embarazo.
- La remineralización ósea después del parto es más rápida y eficaz a causa del cambio metabólico de la madre durante la lactancia.
- Se han descrito menos crisis depresivas puerperales o su aparición más tardía.
- En mujeres premenopáusicas se ha constatado la protección ante algunos tipos de cáncer de mama y de ovario.
- Estimula los vínculos afectivos con el bebé.
- Representa un gasto económico menor.
- Amamantar es cómodo y la leche no necesita preparación, se lleva a todas partes, siempre está a la temperatura adecuada...
- Genera mayor satisfacción en la madre por el hecho de dar al bebé la mejor alimentación, la más natural.

Técnica correcta de lactancia materna

Un buen inicio de la lactancia materna empieza en el posparto inmediato. Se recomienda el contacto piel con piel inmediata e ininterrumpidamente después del parto para favorecer el inicio de la lactancia materna, ya que la succión es el estímulo natural más potente para la producción y la salida de la leche. La clave para mantener la lactancia materna es el vaciado frecuente de los pechos y la succión del pezón y de la aréola.

Las tomas frecuentes y la sensación de hambre que a veces aparecen en las primeras semanas suelen preocupar a la familia, pero son necesarias para la formación y la producción adecuada de leche: lo normal es que el bebé haga 8-12 tomas cada día, de forma que no debe estar más de seis horas sin comer. Hay estudios que asocian el uso de tetinas y de chupetes con el hecho de abandonar la lactancia materna antes de tiempo, ya que pueden interferir en la mecánica de succión. Aunque no se ha demostrado la relación causal, se recomienda no usarlos hasta que no esté instaurada la lactancia materna.

La lactancia materna siempre debe ser a demanda: es decir, dar de mamar cada vez que el bebé lo pida y durante el tiempo que quiera de cada pecho. No hay que esperar a que llore: si está despierto y busca el pecho, hay que dárselo. El llanto suele ser un indicador del hambre; pero cuando el niño ya está irritable, a veces dificulta el amamantamiento. La duración de las tomas la determina el propio niño; por tanto, el ideal es esperar a que se suelte espontáneamente. No respetar este tiempo y marcar normas fijas haciendo uso del reloj puede interferir negativamente en la alimentación.

La leche materna se adapta siempre a las necesidades del bebé; incluso en los casos de niños prematuros, la composición de la leche es diferente, con más contenido de proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico. El calostro, que dura de tres a cinco días, es una leche más espesa y amarillenta, y tiene muchas propiedades antiinfecciosas. Hacia el cuarto o el quinto día, coincidiendo con la subida de la leche, se produce la leche de transición (más blanca y líquida) hasta la tercera semana, cuando aparece la leche madura, más rica en calorías.

La composición de la leche cambia incluso a lo largo de la mamada: al principio es más líquida y dulce, rica en hidratos de carbono y agua, y al final es más espesa y amarga, rica en grasa y pobre en agua. Esta grasa provoca la saturación del hambre y es importante para el desarrollo correcto del niño. Por tanto, es importante vaciar el primer pecho antes de pasar al otro, sin poner límite de tiempo (unos bebés necesitan más tiempo que otros). Al principio es frecuente que el bebé solo quiera mamar de un pecho; en la toma siguiente hay que ofrecerle el otro.

Observación de una toma

Los lactantes saben engancharse solos si se les da tiempo y se les deja mostrar sus instintos; a esto se le llama “agarre”.

1. Buena postura:
   - La madre demuestra conocimientos de las posturas que favorecen un buen agarre.
   - La madre y el bebé están cómodos y se observa interacción durante y después de la toma.
2. Buen agarre:
   - Se recomienda que el bebé esté frente al pecho y con el pezón a la altura de su nariz, no de su boca.
   - La cabeza y el cuerpo tienen que estar alineados.
   - El bebé ha de tener la boca muy abierta y el labio inferior hacia fuera cuando mama.
   - La aréola inferior debe estar más dentro de la boca que la superior.
   - La toma no tiene que doler.
   - No deben oírse ruidos de chupeteo y el pezón no ha de escapársele.
   - Al terminar la toma, el pezón no debe presentar signos de compresión ni estar deformado.
3. Transferencia adecuada de leche:
   - Las succiones son profundas, mantenidas y el bebé hace pausas no muy largas.
   - Las mejillas están hinchadas o llenas cuando mama.
   - La deglución es audible y/o visible.
   - Se recomienda empezar la toma por el pecho más lleno. Cuando el bebé suelta espontáneamente el pecho hay que ofrecerle el otro.
   - Cuando haya terminado, el bebé soltará el pezón espontáneamente y se quedará relajado y satisfecho.
   - La madre puede experimentar efectos del reflejo de eyección, como contracciones uterinas, aumento del loquios, goteo del otro pecho durante la toma, sed, relajación o sueño.

Valoración del bebé

- Las señales como bostezos, movimientos oculares, chupeteos, búsqueda y chuparse los puños demuestran la disposición del bebé para comer.
- Signos de buena hidratación: mucosas húmedas, conjuntivas brillantes, piel elástica y turgente.
- Buena coloración de la piel, que no presenta excesiva ictericia.
- Si el bebé no hace deposiciones, puede indicar que la ingesta calórica no es suficiente.
- Si el bebé hace pocas micciones o son rojas o de color amarillo intenso después del tercer día de vida, puede indicar que la ingesta no es correcta y que puede haber riesgo de deshidratación.

Tabla 1. Patrón adecuado de micciones y deposiciones.

Edad	Micciones	Deposiciones
1 día	1 o más (transparentes o de color amarillo pálido)	1 o más (meconio)
2-3 días	2-3 (transparentes o de color amarillo pálido)	1 o más (meconio o deposiciones de transición, de color marrón o verde)
3-5 días	3-5 (claras o de color amarillo pálido)	3-4 (deposiciones de transición, líquidas y de color amarillo)
5-7 días	4-6 (transparentes o de color amarillo)	3-6 (de color amarillo y normalmente líquidas)
7-28 días	Frecuentes, 6 o más (claras o de color amarillo pálido)	5-10 (de color amarillo)

Control del peso

- Si en los primeros cuatro días la pérdida de peso es superior al 7 %, es necesario hacer controles de peso hasta que el aumento ponderal sea correcto. Ello no implica suplementar con fórmula a todos los bebés; lo más importante es hacer una valoración individualizada.
- El peso de nacimiento debe recuperarse en los primeros quince días.
- Se considera una ingesta adecuada si el bebé aumenta 20-35 g al día a partir del cuarto día.
- Para hacer el seguimiento del crecimiento del bebé, la *Guía de práctica clínica sobre lactancia materna* recomienda utilizar las curvas de la Organización Mundial de la Salud y aconseja usar la escala de evaluación de lactancia materna (LATCH), la ficha para la observación de la toma de la Unión Europea o la ficha del Manual para la Capacitación en la Consejería de Lactancia Materna de la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, que se pueden extraer del anexo 8 de la *Guía de práctica clínica sobre lactancia materna* [véase la bibliografía].

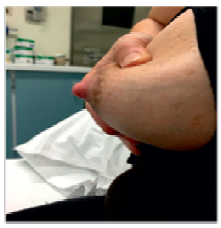
Lactancia correcta

Figura 1. Posición correcta y agarre.

La cabeza del bebé apunta en la dirección del pecho.

Agarre

Taza de café



Sándwich

Figura 2. Fijación al pecho.

Correcta

Incorrecta

Los problemas más frecuentes derivados de una mala técnica son las grietas en el pezón, que el bebé no aumente de peso y la ingurgitación mamaria, entre otros. La observación de la toma a cargo de un profesional de la salud permitirá identificar si la madre coloca y coge al bebé incorrectamente y ayudarla a corregirlo.

La madre tiene que estar cómoda, con la espalda apoyada (ayudándose de cojines, si hace falta). Hay que recomendar que lleve solo la ropa imprescindible, a fin de que madre y bebé estén en contacto piel con piel.

Figura 3. Ejemplos de posición de lactancia.

Posición rugby

Crianza biológica con agarre Dan-Cer.*

*A partir del nombre de sus creadores, Sarah Couter Danner y Ed Cerutti

Cuidados de los pechos

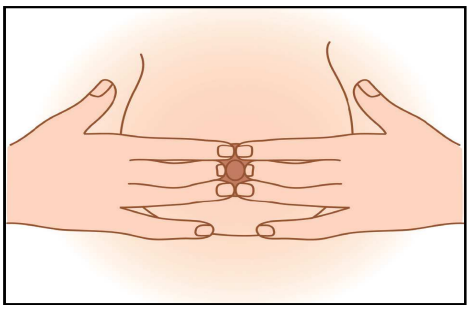
- No hay que usar sujetadores demasiado ajustados.
- Basta lavar el pezón una vez al día en la ducha diaria. No hace falta lavarlo después de cada toma porque supone eliminar la sustancia que secretan las glándulas de Montgomery (situadas en la aréola), que tiene una función protectora y lubricante.
- No hay que usar discos protectores húmedos en contacto con el pezón.
- El aire y el sol refuerzan la piel del pezón y de la aréola.
- Ante cualquier dificultad en la lactancia materna, el equipo de pediatría y la matrona deben asegurarse de que la técnica aplicada es correcta. Si observa deficiencias, debe corregirlas.

Problemas más comunes del amamantamiento

Ingurgitación mamaria

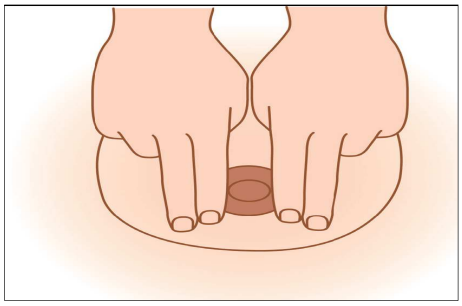
- Síntomas y signos en el pecho (suelen aparecer entre en el tercer y el quinto días, pero también puede aparecer en cualquier momento de la lactancia materna o durante el destete): dolor, inflamación, a veces fiebre, piel brillante. Lactante: está irritable y rechaza el pecho.
- Causa: puede aparecer con la subida de la leche o por un vaciado incorrecto del pecho. Horarios rígidos, retraso en la primera toma, posición incorrecta, lactante inapetente o débil, estrés, inseguridad, tensión, grietas, destete...
- Tratamiento:
  - Aplicar calor húmedo antes de las tomas y hacerse un masaje suave y de forma circular hacia la aréola (técnica de presión inversa). Entre las tomas se puede aplicar frío para reducir el dolor y la inflamación.
  - Se recomienda vaciar a menudo el pecho ingurgitado. Si es necesario, se puede vaciar un poco, manualmente o con un extractor de leche, para calmar los síntomas y reducir la tensión de la aréola, lo que facilitará el agarre al pecho.
  - Tratamiento con antiinflamatorios o analgésicos.
  - Se puede estimular la liberación de oxitocina descansando y con el contacto piel con piel para favorecer el vaciado del pecho afectado.
  - La técnica de presión inversa suavizante ayuda a mejorar la ingurgitación. Esta técnica puede aplicarla la madre o un miembro del equipo de pediatría o la matrona (siempre con su consentimiento).

Figura 4. Técnica de presión inversa suavizante.



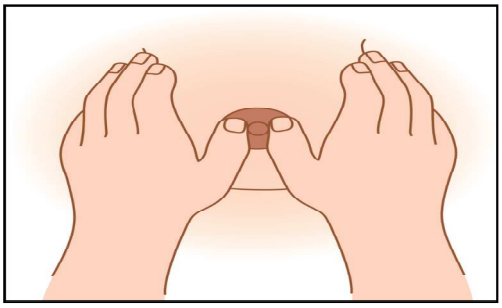
Método con dos manos en un solo paso

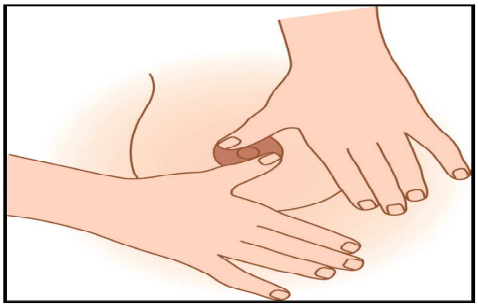
Las uñas tienen que estar bien cortadas. Deben colocarse las puntas de los dedos a los lados del pezón.



Método dos manos en dos pasos

Se colocan dos o tres dedos a los lados del pezón y se desplazan 90 °. Hay que hacer el mismo movimiento por encima y por debajo del pezón.





Método con dos dedos en dos pasos

Se tienen que colocar los pulgares en la misma altura y en los lados del pezón.

Dichos se tienen que desplazar 90 °.

Mastalgia

- Dado que el proceso de embarazo aumenta la sensibilidad de los pezones, en los primeros días es normal sentir un poco de dolor, al principio o durante la toma. No es normal un cuadro de dolor en la mama, pinchazos, ardor, escozor, calambres, ya que pueden estar asociados a lesiones en el pezón, infecciones, contracturas musculares, síndrome de Raynaud, etc., y se pueden dar tanto en la toma como después.
- Tratamiento: la actuación debe encaminarse a vaciar correctamente los pechos y a conseguir un agarre adecuado del lactante.

Obstrucción canalicular (galactocele)

- Síntomas y signos en el pecho: inflamación dolorosa causada por la acumulación de leche; zona endurecida y con trayecto sinuoso (cordón), que a menudo presenta enrojecimiento de la piel y dolor. Generalmente afecta a una sola mama, en el cuadrante superior externo.
- Causa: vaciado defectuoso.
- Tratamiento: calor antes de la toma, masaje de la zona antes, durante y después de la toma y buen vaciado del pecho. La variación de la postura del niño en las tomas puede ayudar. También se pueden prescribir antiinflamatorios o analgésicos.

Mastitis

- La mastitis es una inflamación de la mama, que puede estar asociada o no a una infección. Es más frecuente en la segunda y en la tercera semanas después del parto; la mayoría de los estudios indican que entre el 75 % y el 95 % de los casos se producen en las primeras doce semanas. No obstante, se puede presentar en cualquier momento de la lactancia.
- Síntomas y signos en el pecho: dolor en el pecho antes, durante y/o después de la toma, que no mejora aunque se haya hecho una buena valoración del agarre y se hayan corregido posibles dificultades con la lactancia materna; zonas induradas; enrojecimiento; signos inflamatorios mamarios; síntomas parecidos a un cuadro gripal; abscesos; disminución de la secreción de la leche, que suele gotear por uno o dos orificios; el niño hace tomas largas y/o frecuentes y suele dar tirones al pecho al mamar; fiebre de más de 38,5 °C; escalofríos; cefaleas.
- Causa: un agarre inadecuado que no facilita un correcto vaciado de la mama y una infección posterior; la mayoría de las infecciones son bacterianas, y entre las bacterias destacan los estafilococos, los estreptococos y las bacterias lácticas.

- Tratamiento:
  - Mantener la lactancia materna.
  - La gran mayoría de las mujeres que presentan síntomas de mastitis aguda se curan con extracciones frecuentes y eficaces. Se aconseja aplicar frío entre las tomas y un poco de calor justo antes, para facilitar la salida de la leche. Suele remitir con calor antes de las tomas, masaje, vaciado frecuente de los pechos, aplicación de frío entre las tomas y antiinflamatorios.
  - Si después de 24 h de extracciones no han mejorado los síntomas, hay que valorar el inicio de un tratamiento antibiótico si presenta inflamación, edema, calor, fiebre de más de 38,5 °C, náuseas, vómitos, cefaleas..., además de analgésicos y reposo. La *Guía de práctica clínica sobre lactancia materna* recomienda prescribir cefalosporinas de primera generación (cefalexina o cefadroxilo), o cloxacilina (durante 10-14 días); si la paciente tiene alergia a los betalactámicos, se recomienda la clindamicina. Es importante reevaluar el cuadro al cabo de 48-72 h después del inicio del tratamiento antibiótico.

Mastitis granulomatosa

Se trata de la inflamación de la glándula mamaria, poco frecuente, pero cuyo diagnóstico suele crear confusión. Generalmente afecta a mujeres en edad fértil y se puede presentar incluso algunos meses después de haber dejado de amamantar.

Habitualmente es un proceso unilateral que se manifiesta por una masa inflamatoria dolorosa (o más de una), de consistencia firme y a veces con inflamación cutánea, que casi siempre se ubica fuera de la aréola mamaria y que puede evolucionar hacia la formación de úlceras y abscesos, fistulización y/o supuraciones crónicas. En este sentido, tiene un gran potencial para deformar morfológicamente el pecho afectado.

Al examinar la zona inflamada (externamente o por medio de técnicas de imagen), se asemeja a las que se observan en las pacientes con un carcinoma de mama.

Grietas

- Síntomas y signos en el pecho: se trata de fisuras o heridas en el pecho que producen un dolor punzante y que a veces sangran. Normalmente las tomas del bebé serán largas y frecuentes, no se queda relajado después de la toma, no suelta el pecho espontáneamente, incluso puede no tener un aumento ponderal correcto.
- Causa: suelen producirse por una postura y un agarre incorrectos del niño al pecho, por ingurgitación, por lavarse demasiado el pezón, por una muy importante fuerza de succión del lactante cuando ha usado chupetes y biberones antes de tener la lactancia instaurada correctamente, por colocar los dedos en forma de V no de C a la hora de ofrecer el pecho o bien por anquiloglosia.
- Tratamiento: lo más importante es corregir la postura y el agarre del bebé al pecho, mantener la zona seca, al aire y al sol, y lavarse el pezón con la ducha diaria. Está desaconsejado usar discos absorbentes y sustancias que deban retirarse antes de dar el pecho, pues erosionan la herida cada vez que se limpia la zona. Se pueden utilizar pezoneras temporalmente cuando el dolor sea insoportable, hasta que las grietas se curen; es muy importante que las pezoneras sean del tamaño adecuado al pezón y a la boca del bebé, y es mejor retirarlas enseguida que se resuelva el problema.

Crisis transitoria de lactancia

- Síntomas y signos: el bebé pide el pecho muy a menudo de día y de noche, está más irritable y descansa poco entre las tomas; de todas maneras, al cabo de dos o tres días se normaliza la frecuencia de las tomas. Esta situación ocurre unas cuantas veces a lo largo de la lactancia; es el mecanismo que utiliza el bebé para aumentar la producción de leche. La madre notará los pechos más vacíos a causa del vaciado frecuente.
- Causa: puede ser debida a la necesidad del bebé de aumentar la cantidad de la leche que la madre produce.
- Tratamiento: hay que darle el pecho a demanda. Notar los pechos más vacíos es una situación normal después de producirse la regulación de la leche, pero no indica que la madre tenga menos leche.

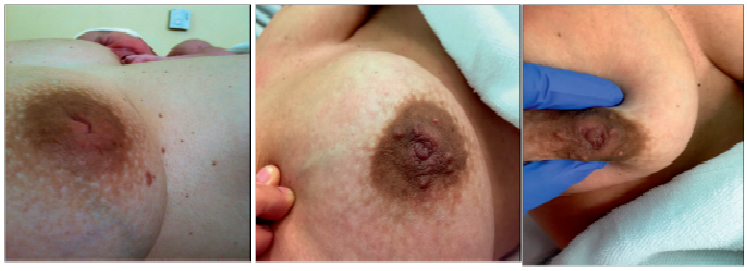
Hipogalactia

- Causa: el estrés, la falta de descanso, las preocupaciones, etc., pueden perjudicar temporalmente la producción de leche. No dar el pecho a demanda también puede ser un factor que afecte a la producción adecuada de leche. Normalmente se produce por la introducción de suplementos, que interfieren en la estimulación y la producción de leche a causa del temor que el niño pase hambre, por la falta de confianza de la madre o por alterar la frecuencia y la duración de las tomas en los casos de bebés que lloran mucho.
- Tratamiento: hay que recomendar vaciar a menudo el pecho, escogiendo la madre el método de extracción que se adapte mejor a sus necesidades, y retirar los suplementos paulatinamente. Se puede comprimir el pecho durante la toma para facilitar que salga la leche y se puede terminar de extraer la leche después de la toma y dársela al bebé si necesita suplementos.
- Si estas medidas no funcionan, se puede valorar prescribir galactogogos, pero la *Guía de práctica clínica sobre lactancia materna* no recomienda el uso de un galactagogo específico a causa de la falta de evidencia científica. Si después de hacer una valoración individualizada del problema se decide prescribir un galactagogo, la paciente debe estar informada de la duración, la eficacia y los posibles efectos adversos del tratamiento.

Pezones planos o invertidos

- No contraindican la lactancia. Antes de dar el pecho hay que estimular el pezón con un masaje. Además, el pezón sale con el estímulo de la succión. El sacaleches y la pezonera también pueden ser una solución temporal, aunque es controvertida la eficacia de las pezoneras. El contacto piel con piel y la postura de la madre medio recostada y con el bebé encima en posición prona pueden favorecer el agarre espontáneo.
- Tipo:
  - Retráctil: el pezón protruye con la succión y/o cuando la aréola se presiona suavemente entre el pulgar y el índice. Es la situación más habitual.
  - Invaginado o verdaderamente invertido: un verdadero pezón plano es aquel que no se puede estirar y que no se pone erecto cuando es estimulado o nota frío. Se puede averiguar si los pezones están verdaderamente invertidos comprimiendo suavemente la aréola a unos 2,5 cm detrás de la base del pezón. Haciendo esta maniobra, un pezón normal muestra eversión cuando se aplica una presión suave, pero un pezón invertido o fijo muestra inversión. Ello es debido a la persistencia de fibras correspondientes a la invaginación original del esbozo mamario.
- La lactancia materna, con el tiempo, puede alargar el pezón y disminuir la inversión.

Figura 5. Pezones planos o invertidos y estimulación del pezón.



Malformaciones craneofaciales

- Las más frecuentes son la micrognacia, la macrognacia, el labio leporino y el paladar hendido. La leche materna en estos dos últimos casos es muy recomendable, ya que previene el riesgo de sufrir otitis media recurrente por alteración de la ventilación de la trompa de Eustaquio.
- En los casos de alteración de la mandíbula se pueden aplicar las maniobras de sujeción del pecho y del bebé. En el caso del labio leporino, el defecto de fusión del labio superior puede dificultar la adaptación, pero en la mayoría de los casos el pecho se adapta al defecto y lo cubre; cuando no sea así, la madre puede tapar el agujero con el pulgar. En todos los casos hay que valorar en qué posición se logra una adherencia más adecuada del pecho.

Fenómeno de Raynaud en el pezón

- Afecta al 20-22 % de las mujeres en edad fértil. Muchas veces se confunde con infecciones por hongos y se prescriben tratamientos innecesarios; por ello es muy importante hacer el diagnóstico diferencial del problema.
- Síntomas y signos: se trata de un vasoespasmo del pezón, de duración variable. Genera dolor intenso y palidez, series de vasodilatación refleja con cianosis (por falta de oxígeno) y rubor (efecto compensador).
- Causas: frío, estrés, ansiedad.
- Tratamiento: hay que evitar el frío, las drogas, la nicotina, la cafeína y los traumatismos. Debe favorecerse el ejercicio aeróbico. Es conveniente dar el pecho en una habitación caldeada y con ropa que mantenga el calor. Se pueden aprender técnicas de relajación para mantener la calma. Se pueden recomendar suplementos de magnesio, calcio, vitamina B_6 y aceite de onagra. Suele ser eficaz el tratamiento con nifedipino, compatible con la lactancia, que produce vasodilatación, pero puede provocar estos efectos adversos: cefaleas, disnea, taquicardia, edemas, hipotensión y mareos.
- Es muy importante escuchar a la paciente y aclararle todas las dudas, de forma que disminuyan la ansiedad y el miedo causados por cualquier inconveniente.

Síndrome de Down y otras situaciones con tono muscular bajo

- El amamantamiento es especialmente beneficioso en estos casos, ya que favorece el vínculo y reduce el riesgo de morbilidad asociada a problemas como las infecciones.
- El amamantamiento es posible en muchos casos, pero hay que seguir diversas estrategias para superar las dificultades derivadas de la falta o el exceso de tono, como la dificultad para succionar y deglutir y los reflejos de búsqueda. Por lo tanto, en estos casos tiene una importancia especial la técnica.
- Posiciones: la de crianza biológica o la de pelota de rugby con la maniobra de Dan-Cer.

- Si hay mucha producción de leche, debe reducirse la velocidad del flujo recostándose unos 30 ° y haciendo una suave compresión con los dedos en la zona de la aréola.
- Si no es posible, siempre existe la posibilidad de que la madre se extraiga la leche y que se la dé al bebé con una jeringa, una cucharilla, un vasito, etc.

Figura 6. Método recomendado para administrar la leche.

Anquiloglosia

[Véase el anexo 12, “Calendario quirúrgico”.]

Relactación y lactancia inducida

No hay ningún obstáculo para volver a amamantar después del destete; es decir, una mujer que ha interrumpido el amamantamiento recientemente puede volver a producir leche, incluso sin volver a quedarse embarazada. En líneas generales, para conseguir la relactación debe actuarse así:

- La madre tiene que estar muy motivada y tener apoyo de familiares, amistades o profesionales expertos en lactancia.
- Tiene que ofrecer el pecho al niño como siempre: cuantas más veces, mejor; es decir, al menos 8-10 veces al día. A veces se engancha mejor cuando está adormecido.
- Hay que procurar el contacto frecuente piel con piel.
- Hasta que la madre empiece a tener leche otra vez, los primeros días debe complementarse la nutrición con el 100 % de las aportaciones. Hay que alimentar al niño con un vasito, una cuchara o una jeringa, pero no es conveniente hacerlo con el biberón.

Cuando la madre empiece a producir leche puede ir reduciéndose el suplemento de leche de 50 cl en 50 cl cada tres días (repartidos en diferentes tomas), vigilando la ganancia ponderal del niño. La primera leche aparece entre el segundo y el sexto día, y aproximadamente la mitad de las madres que intentan la relactación son capaces de volver a amamantar al cabo de un mes.

Sin embargo, hay niños que no se enganchan al pecho. Para conseguirlo se les puede dar la leche con un relactador o ir tirándole gotitas de leche dentro de la boca (técnica de gotear); así obtendrá leche al succionar y probablemente paulatinamente vaya aceptando el pecho. La madre también puede estimularse con un sacaleches.

Si los métodos fisiológicos no son efectivos o el niño no gana peso, hay que tener presentes los métodos farmacológicos. Como hemos dicho más arriba, los fármacos que ayudan a secretar leche se llaman *galactagogos* y los más utilizados son la sulpirida (50 mg cada 8 horas durante 15 días) y la domperidona (20 mg cada 6-8 horas durante 3-8 semanas).

Las mujeres que no han estado nunca embarazadas pueden también establecer la lactancia por medio de la lactancia inducida, pero en algunos casos la cantidad de leche producida es más limitada. Las pautas que deben seguirse son las mismas descritas para la relactación por medio de la estimulación, si es posible 2-3 meses antes de iniciar el amamantamiento con el bebé.

Extracción y conservación de la leche materna

La leche materna se puede extraer y usar cuando existan circunstancias que impidan que la madre esté con el lactante. Además, el vaciado del pecho seguirá estimulando la producción de leche y así el bebé podrá disponer de todos los beneficios de la leche materna. También puede hacerse la estimulación un tiempo antes de nacer o de adoptar al bebé, con el fin de estimular el pecho.

La clave para conseguir una buena extracción es aumentar el reflejo de eyección del pecho. La responsable de este reflejo es la oxitocina, que puede estimularse con un reflejo condicionado: oír y ver al lactante y notar su olor, el calor, los masajes, el efecto de peinado, la estimulación del pezón y la relajación a la hora de la extracción.

Es necesario informar a la madre de que, en las primeras veces que haga extracciones, la cantidad de leche puede ser muy poca pero que aumentará a medida que vaya haciendo extracciones. Las razones para extraer leche pueden ser estas:

- Ocasionalmente para aliviar un pecho congestionado o periódicamente para iniciar, mantener o aumentar la producción de leche.
- Para iniciar la lactancia si hay separación de la madre y del bebé, hay que empezar la extracción lo antes posible, durante las primeras seis horas después del parto y debe extraerse a menudo, cada dos o tres horas. Además, extraer el calostro ayuda a iniciar la producción de leche.
- Para mantener la producción de la leche necesaria para alimentar al bebé hay que extraerla al menos cada tres horas. El vaciado frecuente del pecho es el mejor estímulo para mantener y aumentar la producción de leche. Durante la noche hay que intentar que no pasen más de cinco horas entre cada extracción. Si la producción se reduce, la extracción nocturna de leche es esencial. Sin embargo, hay que recomendar descansos intermitentes a lo largo del día.
- Para aumentar la producción de leche hay que recomendar extracciones muy frecuentes durante unos días, por ejemplo, cada hora durante el día y al menos cada tres horas durante la noche, ya que puede ser insuficiente extraer leche pocas veces o en intervalos de tiempo largos entre cada extracción. Hay que recomendar intentar vaciar el pecho a cada extracción.
- Cuando la madre trabaja, tiene que organizar las extracciones según su horario, la distancia al puesto de trabajo y las tomas del bebé. Si es posible, también debe hacer extracciones mientras esté en el trabajo a fin de mantener la producción.

Tiempo de extracción

- Para estimular la producción de leche, hay que hacer extracciones frecuentes de cinco o diez minutos de cada pecho.
- Para aumentar y mantener la producción, hay que extraer la leche hasta que el pecho se vacíe, hasta uno o dos minutos después de que solo salgan gotitas; ello contribuirá a seguir aumentando la cantidad en las extracciones posteriores. Debe recomendarse no tardar más de veinte minutos con cada pecho, ya que es preferible extraer leche con una frecuencia mayor.
- Independientemente del método aplicado, antes de hacer la extracción hay que seguir estas pautas:

- Adoptar medidas higiénicas de las manos, de los pechos y de los accesorios del extractor mecánico, si se usa.
- Postura corporal cómoda y relajada.
- Aplicar calor húmedo en el pecho haciendo un masaje y estimular el pezón para provocar el reflejo de bajada de la leche. Pensar en el bebé o mirar alguna foto suya para ayudar.
- Hacer masaje en el pecho: *1)* masaje circular en los dos pechos sin deslizar los dedos; *2)* acariciar muy suavemente todo el pecho y *3)* sacudir el pecho suavemente con una postura inclinada hacia adelante.

Extracción manual o técnica de Marmet

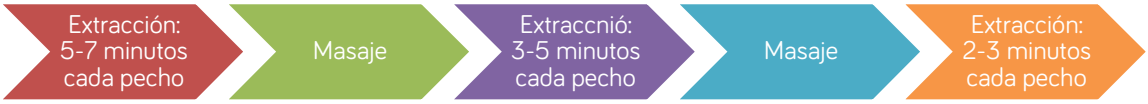
- Ventajas: favorece el contacto piel con piel y es natural, ecológica, portátil y gratuita, y menos molesta que usar algunos sacaleches.
- Técnica:
  - Masaje en el pecho con pasadas circulares, empezando desde arriba y siguiendo por el resto del pecho y haciendo movimientos en espiral hasta llegar a la aréola.
  - Hay que colocar el pulgar en la parte de encima del pecho y los otros dedos en la parte de abajo, formando la letra C, a unos 3-4 cm del pezón. O bien se puede formar la letra C con los dedos pulgar e índice a unos 3-4 cm por detrás del pezón.
  - Hay que apretar con los dedos haciendo una compresión hacia el arco costal. Si el pecho está caído o es grande, primero hay que levantarlo. Debe comprimirse el pecho entre el pulgar y los otros dedos y hacerlos rodar hacia fuera sin deslizarlos sobre la piel.
  - Es importante vaciar todas las partes del pecho; por eso la posición de los dedos debe ir cambiando.
  - La extracción tiene que hacerse con delicadeza, evitando tirones y maniobras de presión en el pecho o pezón.
  - Los primeros días se extraen gotas de calostro, que se pueden conservar en una jeringa.

Figura 7. Técnica de Marmet.

Hay que evitar que el pecho descanse sobre la mano. El movimiento que debe hacerse es hacia atrás (hacia las costillas), sin separar los dedos.

No hay que exprimir ni estirar el pecho ni deben deslizarse los dedos.

Figura 8. Procedimiento de extracción (proceso completo: 20-30 min).



Extracción con extractores mecánicos

1. Tipos de extractor (debe recomendarse el que vaya mejor a cada mujer):
   - De pera: es poco efectivo.
   - De jeringa: requiere ambas manos.
   - De palanca: es práctico y fácil de usar, ya que una mano es suficiente para manejarlo.
   - Eléctrico y manual: la potencia varía según el tamaño. No es más efectivo que uno manual, pero sí cansa menos. El tamaño de la copa ha de ser adecuado al pezón y al pecho, y antes de empezar la extracción debe estar bien colocada, para evitar complicaciones, heridas, dolor, etc., y lograr una buena estimulación del pecho y un vaciado completo.

2. Extractor de leche manual:
   - Si el extractor tiene regulador de la intensidad, es conveniente empezar por el grado más bajo.
   - Hay que recomendar primero estimular el pecho con aspiraciones cortas y rápidas, imitando la succión del bebé.
   - Hay que aconsejar que, cuando empiecen a salir las primeras gotitas de leche, las aspiraciones sean más largas. Nunca debe hacer daño.
   - Durante la extracción se puede comprimir el pecho, lo que hará que se vacíe más y que aumente la producción de leche.
   - El tiempo de extracción puede ser de 5-7 minutos por cada pecho y puede hacerse 2-3 veces en cada pecho.

3. Extractor de leche eléctrico:
   - Es conveniente empezar por el grado de intensidad más bajo, que puede incrementarse cuando la leche vaya saliendo. Es importante que la madre se sienta cómoda y que no sienta dolor.
   - El tiempo de extracción puede ser de 5-7 minutos por cada pecho y puede hacerse 2-3 veces en cada pecho.
   - Este tipo de extractor puede ser doble, de modo que se aplica en ambos pechos a la vez; eso lo hace más efectivo que los otros y el procedimiento dura menos tiempo.
   - Para lograr una extracción más eficaz y confortable hay que regular la fuerza de succión y la velocidad del extractor.
   - La postura durante la extracción ha de ser cómoda: hombros relajados y espalda y brazos apoyados.

Limpieza del sacaleches

El sacaleches se limpia con agua y jabón, de esta forma:

- Se desmontan las piezas que tengan contacto con el pecho o con la leche.
- Se lavan primero con agua fría y jabón y después con agua tibia, para retirar los restos de leche.
- Se aclaran con abundante agua limpia y se dejan secar bien al aire. En el hospital se pueden secar con gasas.
- Si hay que volver a usar el sacaleches y aún no está seco, tiene que lavarse otra vez y secarse con gasas.

Conservación de la leche

- Aunque la leche puede estar unas cuantas horas a temperatura ambiente, es recomendable refrigerarla inmediatamente después de la extracción. Si se va a mezclar la leche de diferentes extracciones en un mismo recipiente, es mejor que esté toda a la misma temperatura.
- Aunque la leche esté en la nevera y sea apta para el consumo, algunas propiedades se pierden con el tiempo.

Tabla 2. Conservación de la leche materna.

Estado de la leche	Temperatura ambiente	En la nevera	Congelador **	Congelador ***	Congelador ****
Extraída recientemente	6-8 horas	3-5 días	15 días	3 meses	6-12 meses
Descongelada en la nevera	4 horas	24-48 horas	No se puede volver a congelar	No se puede volver a congelar	No se puede volver a congelar
Descongelada con agua caliente	Fin de la toma	4 horas	No se puede volver a congelar	No se puede volver a congelar	No se puede volver a congelar
Sobrante de la toma	Fin de la toma	Tiene que desecharse	Tiene que desecharse	Tiene que desecharse	Tiene que desecharse

- Para congelarla, es conveniente ponerla en un recipiente de plástico o de cristal o en una bolsa (sobre todo ha de ser un recipiente apto para alimentos) y tiene que enfriarse en la nevera antes de meterla en el congelador. En el recipiente debe indicarse la fecha de la extracción y la cantidad de leche.
- La leche materna extraida se puede transportar en una nevera portátil que mantenga una tempertura de 14º.

Consejos para dar la leche descongelada o sacada de la nevera

- No es necesario calentar la leche materna, pero si quiere hacerse hay que dejarla fuera de la nevera hasta que tome la temperatura ambiente y después debe ponerse el biberón con la leche en un recipiente con agua tibia o bajo el grifo de agua caliente; nunca tiene que calentarse al baño maría ni al fuego ni con el microondas. **Nunca debe hervirse**.
- Como no está homogeneizada, la grasa queda en la parte superior; basta sacudir suavemente la leche para mezclarla.
- El color, la consistencia y el olor pueden variar dependiendo de la dieta de la madre.
- Antes de probar la temperatura es conveniente agitar bien la leche para que su temperatura sea homogénea.

Extracción de leche para cultivo

- Las muestras de leche tienen que recogerse antes de iniciar el tratamiento antimicrobiano, siempre que las condiciones clínicas de la paciente lo permitan.
- Las muestras tienen que recogerse inmediatamente antes de una toma y, si es posible, después de al menos dos horas desde la toma anterior. El mejor momento de recogida es la primera toma de la mañana (de 6 a 8 h).
- Después de la toma anterior a aquella en que vayan a recogerse las muestras no debe aplicarse ningún tipo de pomada ni solución tópica (lanolina, antibiótica, antiséptica, antiinflamatoria, etc.) ni tampoco hay que usar ningún tipo de accesorio (conchas u otros) que provoque una acumulación de leche en contacto directo con las aréolas y los pezones; en caso contrario, hay que lavar estas partes del pecho con agua tibia y jabón neutro y secarlas con una toalla limpia o una toallita desechable inmediatamente antes de recoger la muestra. Debe saberse que lavar la aréola y el pezón antes de recoger las muestras no reduce la concentración bacteriana.
- Inmediatamente antes de la recogida, la paciente tiene que lavarse las manos con agua caliente y jabón (o un producto similar) y secárselas con una toalla limpia o una toallita desechable.
- La recogida de muestras de leche tiene que hacerse con extracción manual, sin la ayuda de ningún tipo de accesorio (pezoneras u otros). En ningún caso tienen que usarse bombas extractoras (sacaleches). Todos estos utensilios pueden ser una fuente importante de microorganismos ajenos a la glándula mamaria, por cómo se manipulen o por los microorganismos que contenga el agua con que se laven.
- Hay desechar las primeras gotas de leche, aproximadamente 4 o 5.
- Las muestras de leche tienen que recogerse en un recipiente de plástico estéril, de boca ancha y que no tenga escapes, que debe cerrarse correctamente; nunca hay que recoger muestras de recipientes intermedios (cuchara, biberón, vaso, botella, etc.) donde la paciente haya depositado la leche previamente.
- Si ambos pechos están afectados, hay que recoger una muestra de leche de cada uno en recipientes diferentes, empezando por el pecho que esté menos afectado.
- El volumen necesario para hacer el cultivo de una muestra de leche es de 1 ml.
- Deben transportarse las muestras al laboratorio lo antes posible. Si no se pueden enviar durante las dos primeras horas después de recogerlas, pueden conservarse en la nevera hasta 24 h. Aunque la leche actúa como crioprotector para los microorganismos, solo debe congelarse cuando el transporte al laboratorio vaya a retrasarse más de dos horas y no puedan conservarse en una nevera.
- Las muestras deben procesarse sin demora en el laboratorio y una vez procesadas pueden conservarse en una nevera durante un máximo de 48 horas, para hacer pruebas de confirmación de los resultados obtenidos, en su caso.

Notes de interés

Incorporación de la madre al trabajo e incapacidad temporal para amamantar

Si la madre se ha incorporado al trabajo hay que aconsejarle que se extraiga la leche durante el horario laboral y que después, cuando esté con el niño, le dé cuantas tomas pueda.

Si por cualquier motivo, la madre no puede temporalmente dar el pecho directamente, tiene que sacarse la leche y conservarla y dársela al bebé con una jeringa o un vasito. Si la incapacidad para

poder amamantar dura muchas horas, tiene que estimularse el pecho manualmente o con un sacaleches al menos cada tres horas, a fin de mantener la producción de leche.

Mantenimiento de la lactancia

Las tomas nocturnas ayudan a mantener la lactancia. La creencia de que la leche se retira de repente no es cierta: puede haber momentos puntuales en que la cantidad de leche disminuya, pero si se mantiene la succión vuelve a incrementarse. El dispositivo hormonal que se activa durante la lactancia tarda mucho a desaparecer, ya que los niveles de prolactina se mantienen muy altos incluso meses después del destete, de modo que es fácil de conseguir que se recupere la producción de leche después de cualquier interrupción.

Bebés con lactancia mixta

Para mantener la lactancia materna es muy importante dar primero el pecho y después el biberón, siempre sin forzar al bebé para que se lo termine. Para volver a la lactancia materna exclusiva es conveniente ir retirando el biberón paulatinamente (uno cada dos o tres días), empezando siempre por aquel del que ingiera menos cantidad, y hay que darle el pecho siempre a demanda en tiempo y frecuencia.

Hay que tener en cuenta que la introducción de biberones pone en riesgo el mantenimiento de la lactancia materna y reduce la producción de leche, y por eso el equipo de pediatría debe valorar convenientemente la necesidad de ayudas.

Destete

Es importante que el proceso de destete sea gradual, tanto para la madre como para el niño, ya que un destete drástico puede tener malas consecuencias físicas y afectivas para ambos. Siempre hay que tener en cuenta los deseos de la madre y del bebé. Hay que recomendar que el destete sea gradual, eliminando una toma cada tres o cuatro días. Si la madre sufre congestión mamaria, las compresas frías y la extracción manual sirven para aliviar el dolor.

Cuidados para la madre que amamanta

- Debe seguir una dieta variada, completa y equilibrada y tiene que hidratarse suficientemente.
- La lactancia supone para la madre unas necesidades adicionales aproximadas de unas 500 kilocalorías más de lo habitual.
- Las madres vegetarianas estrictas tienen que tomar suplementos de vitamina B_{12}.
- La madre que amamanta debe descansar lo suficiente, ya que el estrés y el nerviosismo pueden influir negativamente en la producción de leche, pero solo temporalmente. Hay que desaconsejar el consumo de alcohol y de otras drogas y recomendar el consumir moderado de bebidas como el café, el té y los refrescos de cola.

Alimentación complementaria

El inicio de la alimentación complementaria tiene que hacerse gradualmente, a partir de los seis meses de edad, sin forzarlo: hay que ofrecer el pecho durante el primer año y después la alimentación complementaría, ya que durante el primer año la fuente principal de alimentación debe ser la lactancia materna.

Teléfonos de interés

Associació Balear d'Alletament Matern (ABAM)

Grupo de apoyo local de amamantamiento materno

- Mallorca
  Sede central
  Tel.: 617 89 71 75 / 637 25 05 08 / 656 58 76 57
  Correo electrónico: abamlactancia@gmail.com
  Web: www.abamlactancia.org
  Twitter: @abamlactancia

  Sede de la comarca de Llevant (Grup de Lactància Mametes i Més)
  Tel.: 677 11 15 60 / 655 54 01 26
- Menorca
  Tel.: 669 85 54 47 / 606 13 51 40
  Correo electrónico: abammenorca@gmail.com
  Twitter: @abammenorca
- Ibiza
  Tel.: 650 19 55 13 / 625 65 84 22 / 687 96 32 79
  Correo electrónico: abameivissa@gmail.com
- Formentera
  Tel.: 626 90 61 49 / 670 88 25 13 / 606 61 02 68 / 628 30 56 67
  Correo electrónico: abamseuformentera@gmail.com

Fundación Banco de Sangre y Tejidos de las Islas Baleares

C/ Rosselló i Caçador, 20 (Palma)
Tel.: 971764433
Correo electrónico: infotejidos@fbstib.org
Web: www.fbstib.org/banc-de-teixits/es_llet-materna

- El Banco de Leche es un dispositivo sanitario de recogida de leche materna para procesarla, almacenarla y dispensarla a los pacientes que la necesiten.
- La leche de donante se utiliza por prescripción facultativa, fundamentalmente en el ámbito hospitalario (bebés prematuros o que han sido sometidos a alguna intervención quirúrgica, que sufren una infección o una inmunodeficiencia...).
- Puede ser donante de leche cualquier madre que esté dando el pecho, hasta los seis meses después del parto; pero dependiendo de los resultados del análisis de la composición puede valorarse ampliar ese plazo.
- En el Banco de Leche, la candidata a donante tiene que someterse a una entrevista y a un análisis antes de la donación. No pueden dar leche las mujeres fumadoras, las que toman determinados medicamentos o drogas, las que consumen alcohol, las que sufren alguna enfermedad crónica o infecciosa ni las que hayan tenido alguna conducta de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual.

Bibliografía

BAEZA, Carmela. "Dolor en la mama lactante: claves etiológicas y manejo clínico". En: *Monografías clínicas en lactancia materna*. Madrid: Centro Raíces. 2015. Disponible en: <www.centroraices.com/docs/MONOGRAFIA CLINICA RAICES 1 - DOLOR MAMA (I).pdf> [Consulta: 1 junio 2018]

COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DEL ÁREA 11 DE SALUD / HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. *Manual básico para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia*. Madrid, s/d. Disponible en: <www.aeped.es/sites/default/files/7-manualbasico12oct.pdf> [Consulta: 1 junio 2018].

CONSEJERÍA DE SALUD. *Guía de lactancia materna para profesionales de la salud*. Logroño: Gobierno de La Rioja, 2010. Disponible en: <www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf> [Consulta: 1 junio 2018].

CONSEJERÍA DE SALUD. *Guía de lactancia materna*. Palma: Gobierno de las Islas Baleares, s/f. Disponible en: <www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST335ZI101920&id=101920> [Consulta: 26 marzo 2018].

DELGADO PALACIO, Susana [et al.]. *Diagnóstico microbiológico de la infección bacteriana asociada al parto y al puerperio*. Madrid: SEIMC, 2015. Disponible en: <www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia54.pdf> [Consulta: 1 junio 2018].

Delgado S, Arroyo R , Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I). Acta Pediatr Esp. 2009; 67(2): 77-84. Disponible en: <www.researchgate.net/publication/242496218_Mastitis_infecciosas_durante_la_lactancia_un_problema_infravalorado_y_II> [Consulta: 1 junio 2018]

DEPARTAMENTO DE SALUD. *Guía de práctica clínica sobre lactancia materna*. Vitoria-Gasteiz: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, 2017. Disponible en: <www.guiasalud.es/GPC/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf> [Consulta: 1 junio 2018].

Gramage Córdoba Ll, Asins Cubells A, Chamón Moya P, Llopis Coloma C. Fenómeno de Raynaud del pezón: exposición de un caso. Matronas profesión 2016;17(3): e1-e4.

Jiménez E, Delgado S, Arroyo R, Fernández L, Rodríguez JM. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (y II). Acta Pediatr Esp. 2009; 67(3): 77-84. Disponible en: <www.grupslactancia.org/wp-content/uploads/2015/07/ACTA-PEDIATRICA-II.pdf> [Consulta: 1 junio 2018].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Declaración de Innocenti del 2005 sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna*. Florencia (Italia), 2005. Disponible en: <www.innocenti15.net/declaration_spanish.pdf> [Consulta: 1 junio 2018].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Ginebra (Suiza), 2003. Disponible en: <www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf> [Consulta: 1 junio 2018].

Pallás Alonso, Carmen Rosa; Grupo PrevInfad/PAPPS. "Promoción de la lactancia materna" [en línia]. Previnfad. 2013. <previnfad.aepap.org/recomendacion/lactancia-materna-rec> [Consulta: 1 junio 2018].

REDONDO COLLADO, David [*et al.*]. *Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna*. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2016. Disponible en: <www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2016/06/lactancia-materna-2-6-16.pdf> [Consulta: 1 junio 2018].

Rodríguez JM, Jiménez E, Merino V, Maldonado A, Marín ML, Fernández L et al. Microbiota de la leche humana en condiciones fisiológicas. Acta Pediatr Esp. 2008; 66(2): 27-3. Disponible en: <www.researchgate.net/publication/252628662_Microbiota_de_la_leche_humana_en_condiciones_fisiologicas> [Consulta: 1 junio 2018].

Recursos en la red

e-lactancia: <www.e-lactancia.org>

Autoras

- Mònica Yern Moreno, enfermera de pediatría del Centro de Salud Sant Josep de Sa Talaia
- Antonella Chiandetti, pediatra del Centro de Salud Sant Josep de Sa Talaia

Revisoras

- Clara Nieto Reguero, matrona del Hospital de Formentera
- Thaïs Puig Porras, de Associació Balear d'Alletament Matern Eivissa
- Almudena Personat Labrador, enfermera del Servicio de Prevención de la Enfermedad de la Dirección General de Salud Pública y Participación
- Margarita Navarro Mateu, matrona de área del Sector Sanitario de Llevant

Agradecimientos

- A Zoe, hija de Epi Yern y Paco Moreno
- A Sergi, hijo de Ana Ferrer y Lluís de la Osa