



Facultad de Enfermería de Gijón
Centro adscrito a la Universidad de Oviedo

PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

The nurse's role in breastfeeding promotion

Alba Pera González

Tutora: Dolores Álvarez Valdés

Facultad de Enfermería Gijón
Mayo 2024



ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	2
2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	2
3. OBJETIVOS.....	3
3.1 Objetivo general.....	3
3.2 Objetivos específicos.....	3
4. METODOLOGÍA.....	4
5. RESULTADOS	6
5.1 Evolución de la lactancia materna a lo largo de la historia	6
5.2 Beneficios de la LM	9
5.2.1 Beneficios para el bebé.....	10
5.2.2 Beneficios para la madre	10
5.3 Estrategias nacionales e internacionales para el fomento de la LM	10
5.3.1 La IHAN	11
5.3.2 Guía de Buenas Prácticas Clínicas de Lactancia Materna. RNAO y BPSO	14
5.3.3 Guía de Práctica Clínica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.	15
5.4 Estrategias de las enfermeras para la promoción y mantenimiento de la LM.....	15
5.4.1 Estrategias prenatales.....	16
5.4.2 Estrategias hospitalarias	18
5.4.3 Estrategias posnatales	19
6. DISCUSIÓN	20
7. CONCLUSIONES	21
8. AGRADECIMIENTOS.....	22
9. BIBLIOGRAFÍA.....	23
10. ANEXOS.....	26
Anexo 1: Tabla Encuesta Nacional de Salud España 2017.....	26
Anexo 2: Díptico promoción LM y rutina de rondas Hospital Universitario Cabueñes	27
Anexo 3: Escala BSES-SF	27
Anexo 4: Maniobra Marmet: extracción de calostro	28
Anexo 5: Signos de hambre y buen agarre.....	29
Anexo 6: Posiciones amamantar	30

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: La lactancia materna ha sido considerada desde el inicio de los tiempos el alimento ideal para los recién nacidos. Es por ello por lo que diferentes organismos internacionales han desarrollado políticas y guías de práctica clínica para tratar que las tasas de lactancia materna sean óptimas. Las enfermeras trabajan desde los distintos ámbitos de actuación del sistema de salud y tienen una posición privilegiada para efectuar una adecuada promoción de la lactancia materna.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica de la información obtenida de diferentes páginas web de organismos oficiales, revistas sociosanitarias y grupos de apoyo a la lactancia materna, así como de la información recogida de distintas bases de datos de ciencias de la salud como PubMed, Cinahl, SciELO y Lilacs. Se han empleado un total de 33 documentos.

Resultados: Debido a los múltiples beneficios que la lactancia materna supone tanto para la madre como para el bebé, es importante que las enfermeras lleven a cabo diferentes estrategias pongan en práctica las recomendaciones establecidas por los diversos organismos nacionales e internacionales desde la etapa prenatal y durante el tiempo que dure la lactancia materna, para lograr una lactancia materna exitosa.

Conclusiones: Resulta de gran importancia incidir en la formación de las enfermeras y el resto del equipo de salud en materia de lactancia materna, para cumplir con los objetivos establecidos por los organismos internacionales y tratar de mejorar las tasas de lactancia materna.

Palabras clave: Lactancia Materna, Promoción de la Salud, Educación en Salud, Cuidados de Enfermería.

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna (LM) es considerada desde la antigüedad una de las formas más eficaces para garantizar la salud y supervivencia de los niños, así como el alimento ideal para ellos en las primeras etapas de la vida. Es una forma de alimentación natural, segura, limpia, económica y además la más beneficiosa para los recién nacidos ya que contiene anticuerpos que los protegen de numerosas enfermedades de la infancia¹.

Fue a finales del Siglo XIX con la Revolución Industrial y el desarrollo de la industria química y farmacéutica, cuando comenzó a elaborarse un alimento sustitutivo de la leche materna que en un principio llamaron leche “maternizada”, término que más tarde se sustituiría por el de “fórmulas de leche artificial” y que, con su desarrollo, tras la Segunda Guerra Mundial trajo como consecuencia el abandono de la LM hasta el punto de que en los años 60 en Estados Unidos las cifras eran casi indetectables. Dicha tendencia se replicó rápidamente en Europa Occidental y Oriental hasta llegar a los países menos desarrollados en donde como consecuencia del cambio de tendencia de alimentación, se produjo un aumento significativo de la morbilidad infantil, ya que los bebés enfermaban y muchos fallecían como consecuencia de infecciones y trastornos hidroelectrolíticos asociados al uso de fórmulas artificiales².

A finales de los años 70, y a la vista de la relación tan marcada entre la pérdida de salud de los niños y el abandono de la LM, la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a realizar

campañas de promoción de la LM con el fin de aumentar su prevalencia². En la actualidad, tanto la OMS como El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), realizan una serie de recomendaciones, entre las cuales se encuentran que la LM debería iniciarse en la **primera hora tras el nacimiento** y mantenerse de **manera exclusiva durante los primeros 6 meses de edad** y a partir de ahí, empezar a introducir alimentos complementarios al lactante mientras se sigue amamantando **hasta los 2 años o más**¹. Ambas organizaciones lanzaron en 1991 la **“Iniciativa Hospital Amigo de los Niños”**³ con el objetivo de promocionar la LM en todo el mundo por medio del cumplimiento de los **“10 pasos para una lactancia feliz”** y la aplicación del **“Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche materna”**⁴.

Con ello se ha conseguido aumentar el inicio de la LM y mejorar la salud de mujeres y lactantes, aunque las tasas de LM exclusiva distan mucho de las recomendaciones internacionales. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017, en España la LM era la forma de alimentación en el 73,9% de los lactantes durante las 6 primeras semanas, reduciéndose al 63,9% a los 3 meses, y al 39% a los 6 meses de vida⁵.

En la actualidad, existe evidencia de que el **descenso en el número de madres que dan LM** a sus hijos es debido a una **carencia de información adecuada** acerca del tema, así como un **insuficiente apoyo** por parte de los profesionales de la salud, identificándose este último, como una de las principales barreras para una adecuada promoción, instauración y mantenimiento de la LM⁶.

El consejo y apoyo proporcionado por los profesionales de la salud, especialmente por las enfermeras, tienen una considerable influencia sobre las madres en la decisión de alimentar con LM al bebé. Para implementar los conocimientos de promoción de la LM, resulta fundamental la **formación continuada** por parte de los profesionales de enfermería para adquirir la destreza y habilidades comunicativas necesarias para sensibilizar a la población sobre los beneficios e importancia de esta forma de alimentación, así como en la consecución de habilidades para su mantenimiento. Resulta además de gran importancia el **desarrollo de políticas nacionales e internacionales**, así como planes de actuación destinados a la promoción, protección y apoyo de la LM⁷.

Debido a los numerosos beneficios que supone esta forma de alimentación tanto para la madre como para el bebé y la importancia que tiene el trabajo de las enfermeras para mejorar las tasas de LM, he aprovechado la oportunidad que brinda la realización del Trabajo Fin de Grado (TFG) para examinar las estrategias y herramientas que las enfermeras tienen para fomentar la LM en el periodo prenatal y tras el nacimiento.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Analizar las intervenciones de enfermería en la promoción de la lactancia materna.

3.2 Objetivos específicos

- Conocer la evolución que ha tenido la lactancia materna a lo largo de la historia.
- Mencionar los beneficios de la lactancia materna para la salud materna y neonatal.

- Examinar las estrategias nacionales e internacionales existentes para fomentar la lactancia materna.
- Determinar las herramientas que poseen las enfermeras para promover la lactancia materna durante el periodo prenatal y tras el nacimiento.

4. METODOLOGÍA

La metodología empleada para la realización de este TFG ha sido una revisión bibliográfica llevada a cabo entre los meses de noviembre de 2023 y febrero de 2024.

En primer lugar, se ha realizado una búsqueda libre en Google Académico para enfocar el tema y posteriormente se han consultado **fuentes primarias** como la Revista Sociosanitaria Metas de Enfermería, así como páginas webs de organismos oficiales como la OMS, Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia (IHAN), UNICEF, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con el fin de encontrar información acerca de las recomendaciones internacionales acerca de la LM, los beneficios que esta forma de alimentación supone tanto para la madre como para el bebé, así como las últimas guías de práctica clínica sobre LM, y páginas web de diferentes asociaciones y grupos de apoyo a la LM existentes a nivel nacional y provincial como la Asociación “Amamantar”, Asociación Española de Lactancia Materna (AELAMA) y Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP) y Asociación Española de Pediatría (AEP), en busca de información relacionada con la LM y el trabajo, así como datos de las tasas de inicio y duración de la LM en nuestro país.

Como **fuentes secundarias**, se consultaron las siguientes bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Cinahl y Lilacs (Tabla 1). Para ello se ha empleado tanto lenguaje libre como Descriptores en Ciencias de la Salud (**DECS**) y Medical Subject Headings (**MeSH**):

- **Lenguaje libre:** promoción de la lactancia materna, papel de enfermería, tasas de lactancia materna, guías de práctica clínica.
- **DECS y MeSH:** Lactancia Materna, Promoción de la Salud, Educación en Salud, Cuidados de Enfermería, breastfeeding, health promotion, health education, nursing care, nurse’s role.
- Para combinar las palabras claves, se ha empleado **el booleano “AND”**

Con el fin de acotar el número de documentos a revisar, se han empleado **limitadores de tiempo** para obtener documentos publicados en los últimos 5 y 10 años, de **idioma** para obtener documentos en inglés y español y de **texto completo**.

Se han considerado como **criterios de inclusión:**

- Que los documentos estuvieran publicados en los últimos 5 años, aunque excepcionalmente se han aceptado algunos publicados en los últimos 10 por considerarlos de interés para el trabajo.
- Que estuvieran en inglés y/o español.
- Que se centraran en el papel de la enfermera en la promoción y apoyo a la lactancia materna y que proporcionaran datos actualizados y relevantes para llevar a cabo la revisión bibliográfica.

Se han considerado como **criterios de exclusión**:

- Que los documentos abordaran el tema desde una perspectiva médica sin realizar un enfoque enfermero.
- Que los artículos estuvieran duplicados.
- Que el abordaje fuera dentro del contexto de la pandemia de COVID-19.
- La imposibilidad para acceder al documento a texto completo.
- Que los artículos trataran a cerca de bebés con patologías.

En la base de datos **Pubmed** y empleando los descriptores y booleano **“health education” AND “nursing care” AND “mothers” AND “breastfeeding”** se han obtenido 74 resultados. Tras aplicar el limitador **“últimos 10 años”** se han recuperado 10 documentos de los cuales, tras la lectura y análisis crítico a texto completo, se han seleccionado 5.

Con la ecuación **“health promotion” AND “nurse’s role” AND “breastfeeding”**, se han obtenido 104 resultados. Tras aplicar el limitador **“últimos 10 años”** se han recuperado 14 documentos de los cuales, tras la lectura y análisis crítico a texto completo, se han seleccionado 2.

En la base de datos **Lilacs** y empleando los descriptores: **educación en salud, cuidado de enfermería, madres, lactancia materna**, se han obtenido 48 resultados. Tras aplicar el limitador **“últimos 10 años”** se han recuperado 24 documentos de los cuales, tras la lectura y análisis crítico a texto completo, se han seleccionado 2.

Empleando los descriptores: **promoción de la salud, cuidados de enfermería y lactancia materna**, se han obtenido 169 resultados. Tras aplicar el limitador **“últimos 10 años”** y filtrar por idioma **“inglés y español”** se han recuperado 38 documentos. Para implementar la calidad de la información, se ha acotado la búsqueda a los últimos 5 años, obteniendo así 19 documentos, de los cuales, tras la lectura y análisis crítico a texto completo se han seleccionado 7.

En la base de datos **Cinahl** y empleando los descriptores y booleano **“health promotion” AND “nurse’s role” AND “breastfeeding”** se han obtenido 3 resultados de los cuales no se ha podido acceder a ninguno. Cambiando el descriptor **“nurse’s role”** por **“nursing”** se han encontrado 1014 resultados. Tras aplicar el limitador de **“últimos 5 años” + texto completo**, se han recuperado 67 documentos de los cuales, tras la lectura y análisis crítico a texto completo se han seleccionado 2.

Finalmente, se han empleado un total de **33 documentos** para la realización de este trabajo. De los cuales, 10 fueron artículos de revistas, 3 revisiones bibliográficas, 2 estudios descriptivos, 3 metaanálisis, 2 guías de práctica clínica, 1 estudio cuantitativo, 1 estudio descriptivo, 1 libro e información de distintas páginas web de organismos oficiales como la OMS, UNICEF, AEP, INE y grupos de apoyo de LM.

Tabla 1: Tabla resumen búsqueda en bases de datos. Elaboración propia.

BASE DE DATOS	DECS/Lenguaje Libre	LIMITADORES	N.º	TOTAL RESULTADOS	SELECCIONADOS
Pubmed	Health education AND nursing care AND mothers AND breastfeeding	Últimos años	10	10	5
Lilacs	Educación en salud, cuidado enfermería, madres, lactancia materna	Últimos años	10	24	2
Pubmed	Health promotion AND nurse's role AND breastfeeding	Últimos años	10	14	2
Cinahl	Health promotion AND nurse's role AND breastfeeding ////////////////////			3	No he podido acceder a ninguno
	Health promotion AND nursing AND breastfeeding	Últimos 5 años + texto completo		67	2
Lilacs	Promoción de la salud, cuidados de enfermería y lactancia materna	Últimos años	10	38	
		Últimos 5 años		19	7

5. RESULTADOS

La prevalencia de LM desde la antigüedad hasta nuestros días ha ido variando según el contexto histórico, las necesidades de la población, el desarrollo de la industria farmacéutica y la consiguiente aparición de la leche de fórmula y la incorporación de la mujer al trabajo entre otros.

5.1 Evolución de la lactancia materna a lo largo de la historia

En la antigüedad, la LM era considerada la única forma de alimentación posible para el niño durante los primeros años de vida, siendo esta indispensable para su supervivencia². En ocasiones, la lactancia con su propia madre no era posible bien por enfermedad o muerte materna principalmente, aunque también se daba el caso de mujeres que no querían amamantar a sus hijos, ya que consideraban que esa práctica la podían realizar mujeres de

menor rango social, para así ellas poder reiniciar un nuevo ciclo reproductivo o dedicarse a las obligaciones propias de su clase social⁸. En ambos casos el papel del amamantamiento debía ser asumido por otras mujeres de su entorno, con el fin de garantizar la supervivencia del recién nacido.

El hecho de amamantar a un hijo de otra mujer ha evolucionado en muchas sociedades como símbolo de reciprocidad, solidaridad y/o altruismo, siendo requisito indispensable que esta hubiera parido y todavía estuviera amamantando a su hijo. Este tipo de lactancia solidaria o altruista fue muy común en zonas rurales de España hasta mitad del siglo XX, mientras que en sociedades complejas donde existía una desigualdad social notable entre los miembros, había familias a las que, su poder económico les permitía contratar, obligar o solicitar a una madre que amamantara a su hijo a cambio de algún tipo de remuneración, surgiendo así la figura de las nodrizas. El hecho de poder recurrir a esta figura era una práctica que contaba con una destacada aprobación social, siendo las clases sociales altas las que más recurrían a esta forma de alimentación ya que suponía un signo de poder económico⁸.

La figura de la nodriza ha estado presente de manera frecuente a lo largo de la historia en las grandes civilizaciones como Grecia, Egipto, Mesopotamia, Roma, China o Japón, yendo su papel más allá de la alimentación del niño ya que esta era la encargada de cuidarlo, mimarlo y educarlo durante los primeros años de vida. Es por ello por lo que, los lazos afectivos establecidos entre el bebé y la nodriza han quedado reflejados en referencias de algunos personajes de la antigüedad como *Graco o Cornelio Scipión*, los cuales agasajaban más a las nodrizas que a sus propias madres debido a que fueron las primeras las que los habían cuidado como si fueran sus propios hijos, mientras que sus madres se había limitado a gestarlos durante 9 meses⁸.

Para entender la evolución de la LM y el papel que la nodriza jugaba en cada una de las civilizaciones a lo largo de la historia, se puede hablar de 3 periodos fundamentales⁹:

- **Prehistoria-cristianismo⁹:**

Ya en el año 1800 A.C, en el código de Hammurabi, estaban recogidas las regulaciones sobre las nodrizas que realizaban la labor de amamantar al hijo de otra mujer, por lo general de clases sociales altas, por dinero. El pago de los servicios que realizaba la nodriza era percibido por su marido ya que se consideraba que era él, el que resultaba perjudicado del desgaste y envejecimiento prematuro que sufría su mujer como consecuencia del trabajo desempeñado. En Egipto, era un honor practicar la LM y las nodrizas eran elegidas por el faraón y disponían de muchos privilegios. En este periodo de tiempo, se ha podido ver como la LM aparte de jugar un papel fundamental en la supervivencia del ser humano, ya que era la única forma de alimentación de la que se disponía en la época, se convirtió en un medio de subsistencia socioeconómica para las nodrizas, llegando incluso a convertirse en un símbolo de poder adquisitivo y posición social⁹.

- **Del Sigo I-Siglo XVII⁹:**

Durante este periodo de tiempo, la figura de las nodrizas seguía estando presente, las cuales solían llevar a los niños a sus casas para alimentarlos. Esto se empezó a relacionar con un

aumento de la mortalidad infantil especialmente como consecuencia de asfixia e infecciones.

Alrededor del siglo VI, varios documentos aportan cambios en las consideraciones que se tenía antiguamente de la LM, entre los que se encuentra que preferiblemente el niño debía ser amamantado con la leche de su madre a excepción de aquellas madres que por cualquier motivo no pudieran dar LM a sus hijos y tenían que recurrir por tanto a la figura de la nodriza. En estos documentos, se menciona también los diferentes métodos que las nodrizas podían emplear para alimentar a esos niños que podía ser amamantándolos ellas directamente o empleando tetillas o biberones correctamente lavados, lo cual supuso una disminución de la mortalidad por infecciones⁹.

Los romanos comienzan a documentar las distintas enfermedades que se contagiaban con la LM, así como las medidas higiénicas que deberían emplear las nodrizas a la hora de alimentar a los bebés. También establecen el tiempo máximo durante el cual podían alimentarlos, 3 años, y alguna exclusión como la de que mujeres musulmanas y judías no podrían ejercer como nodrizas de cristianos⁹.

El descubrimiento de América y la desnutrición que sufrían niños de todo el mundo, propinó que la figura de la nodriza fuera desapareciendo poco a poco y que la inclinación hacia la idea de que las propias madres debían de ser quienes amamantaran a sus hijos fuera cada vez mayor. En estos años, comienza a considerarse la existencia del vínculo entre madre e hijo, ya que las nodrizas como bien se comentó anteriormente desarrollaban una relación muy estrecha con los niños que amamantaban. Es por ello por lo que se pensaba que, si era la madre quien alimenta a su bebé, el vínculo entre ambos sería aún mayor y ayudaría a lograr un mejor desarrollo evolutivo de ambos⁹.

- **Del siglo XVII-actualidad^{2,9,10}:**

Tras la Segunda Guerra Mundial, el desarrollo de la industria farmacéutica y consiguiente desarrollo de sustitutivos de la leche materna^{2,9}, el papel de las nodrizas cae exponencialmente hasta su completa desaparición en los años ochenta, hecho que coincide con la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Durante muchos años, la atención materno-infantil se prestaba en un ambiente donde la madre y recién nacido eran separados nada más nacer, lo cual no resultaba ser la mejor práctica para establecer un vínculo adecuado entre madre e hijo ni para fomentar la LM. Fue en la época de los 70 cuando se empezaron a centrar los cuidados en la familia, siendo la principal repercusión de este cambio en la atención, el hecho de mantener juntos a madre e hijo tras el parto¹⁰.

A finales del siglo XIX con La Revolución Industrial, se comienza a desarrollar la industria química y farmacéutica y con ello se inicia la producción de un alimento sustitutivo de la leche humana a la cual denominaron "leche maternizada" siendo el principal objetivo de este producto sustituir a la leche materna. Esta nueva moda de alimentación se expandió rápidamente desde Estados Unidos hasta Europa, llegando en último lugar a los países menos desarrollados, los cuales sufrieron en mayor medida las consecuencias negativas de este cambio de tendencia en la alimentación de los recién nacidos². A pesar de que la calidad

de las fórmulas adaptadas va mejorando día a día gracias a los avances de los investigadores de las distintas casas comerciales, aun no alcanza a la de la leche materna en diferentes aspectos como son los antiinfecciosos y afectivos entre otros².

A lo largo de la historia ha habido una evolución en cuanto al pensamiento acerca de la LM y el ser humano, pasando esta de ser un medio de supervivencia para los recién nacidos, a uno de subsistencia económica para las nodrizas que recibían una compensación por el servicio desempeñado y finalmente un factor determinante en el establecimiento del vínculo entre madre e hijo, ya que no se trata de un simple modo de alimentación, sino de un medio de caracterización y unión dentro de la especie humana⁹.

Actualmente en pleno siglo XXI, no cabe menor duda de que la LM es el alimento ideal para los recién nacidos y lactantes⁹, ya que como dice la OMS¹, es una de las formas más eficaces de garantizar la salud y supervivencia de los niños. Sin embargo, las tasas de LM continúan estando muy alejadas de las recomendaciones internacionales.

En España no existe un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la LM adecuado, por lo que los datos de los que se disponen a nivel nacional hasta día de hoy proceden en su mayoría de encuestas realizadas por personal sanitario de manera puntual que posteriormente se recogen en las Encuestas Nacionales de Salud (ENS), las cuales incluyen desde 1995 preguntas referentes a la LM¹¹. En la última encuesta realizada en el 2017¹² la LM era la forma de alimentación en el 73,9% de los lactantes durante las 6 primeras semanas, reduciéndose al 63,9% a los 3 meses, y al 39% a los 6 meses de vida¹³ (**Anexo 1**).

De todos modos, se requiere realizar una sensibilización social que informe a las familias de los beneficios que supone esta forma de alimentación tanto para la madre como para el bebé.

5.2 Beneficios de la LM

La leche materna no es solo una fuente de nutrientes que sirve para alimentar al recién nacido, sino que se trata de un fluido biológico con una composición única, que contiene más de 300 componentes conocidos hasta la fecha. Consta de aproximadamente un 87% de agua, 7% de lactosa, 3,8% de grasa y 1% de proteínas, siendo la grasa y la lactosa las que juntas aportan alrededor del 90% del contenido energético de la leche materna. Esta tiene una composición única y no estática, ya que cambia a lo largo de la toma y del periodo de lactancia para adaptarse a las necesidades fisiológicas y nutricionales del lactante¹⁴.

Es vital para el desarrollo y protección del cerebro inmaduro del recién nacido, por lo que es considerada como la mejor nutrición para todos los recién nacidos para lograr un crecimiento óptimo y adecuado desarrollo cerebral¹⁵. Cuanto más tiempo y de forma más exclusiva un recién nacido se alimenta con leche materna, más beneficios obtendrán para su salud madre e hijo¹⁶.

Además de los numerosos beneficios que supone la LM para la salud, tanto de la madre como del recién nacido, esta forma de alimentación también supone una serie de beneficios económicos tanto para las familias, sociedad, aseguradoras, empresas y programas gubernamentales. Esta también resulta ser beneficiosa para el medio ambiente, ya que no requiere de la existencia de plantas de fabricación, envasado, almacenamiento transporte ni refrigeración, además de que no genera residuos y es un recurso renovable¹⁷.

5.2.1 Beneficios para el bebé

A corto plazo, los bebés que toman leche materna tienen menos riesgo de padecer gastroenteritis, enterocolitis necrotizante, infecciones de oído, dolor tras intervenciones menores, infecciones respiratorias, síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) e infecciones urinarias^{6,15,17}.

A largo plazo, la LM reduce el riesgo de padecer asma, dermatitis atópica, enfermedades cardiovasculares, celiaquía, diabetes tipo 2, enfermedad inflamatoria intestinal infantil, obesidad y trastornos respiratorios del sueño^{6,15,17}.

El calostro, es fundamental para establecer el microbioma del intestino del recién nacido, ayudando del mismo modo a reducir el riesgo de que recién nacidos de bajo peso padezcan enterocolitis necrotizante¹⁵.

5.2.2 Beneficios para la madre

La LM también es beneficiosa para la salud de la madre. Entre los beneficios del posparto se incluye una menor pérdida de sangre, riesgo de infección y anemia, así como una mayor pérdida de peso¹⁷. Durante la succión, se produce una liberación de oxitocina que aumenta la producción de leche y reduce el estrés materno¹⁰.

Esta forma de alimentación, también se ha asociado a un menor riesgo de padecer enfermedades en etapas posteriores de la vida como pudiera ser cáncer de mama, ovario y endometrio, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico, osteoporosis, depresión postnatal, así como a la obtención de beneficios conductuales en lo que se refiere al fomento de comportamientos de respuesta materna^{14,17,18}.

Debido a los numerosos beneficios que supone esta forma de alimentación, existe una preocupación por parte de todos los organismos internacionales por promover la LM y alcanzar los objetivos planteados por la OMS¹⁹ para el año 2025 de incrementar hasta al menos un 50% la tasa de LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida.

5.3 Estrategias nacionales e internacionales para el fomento de la LM

Entre los años 1985 y 1995 las tasas de LM exclusiva experimentaron a nivel mundial un crecimiento anual medio de 2.4 puntos porcentuales, pero posteriormente, disminuyeron en la mayoría de las regiones. Los factores que contribuyen a tener unas tasas de LM exclusiva inadecuadas son fundamentalmente socioculturales, asociados a los sistemas de salud, comerciales y como consecuencia de un conocimiento deficiente de la LM¹⁹. El aumento de las tasas de LM exclusiva constituye una herramienta muy potente para mejorar la salud de la población y la economía. Para lograr la meta planteada por la OMS de incrementar al menos en un 50% la tasa de LM exclusiva en los primeros 6 meses los responsables de formular las políticas internacionales deberían priorizar las siguientes medidas¹⁹:

- Proporcionar en hospitales y centros sanitarios capacidades para respaldar la LM exclusiva, incluyendo realizar, ampliar e institucionalizar la iniciativa IHAN en los sistemas de salud.

- Proporcionar estrategias comunitarias para respaldar la LM exclusiva, incluyendo la realización de campañas de comunicación adaptadas al contexto local.
- Limitar la promoción agresiva e inadecuada de sucedáneos de leche materna, reforzando la vigilancia, cumplimiento y acción legislativa en relación con el *“Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna”*.
- Capacitar a las mujeres para practicar la LM exclusiva implantando un permiso de maternidad pagado y obligatorio de 6 meses, así como políticas que animen a las mujeres a amamantar a sus hijos en el trabajo y lugares públicos.
- Invertir en formación y generación de capacidades para la protección, promoción y respaldo de la LM exclusiva.

Surgen así una serie de iniciativas a nivel internacional, con el fin de lograr una mayor adherencia a la LM exclusiva como forma de alimentación en las primeras etapas de la vida, destacando la IHAN con el establecimiento de “Los Diez Pasos”, La Publicación de la Guía de Buenas Prácticas de la Registered Nurse’s Association Of Ontario (RNAO) y la creación del programa “Best Practice Spotlight Organization” (BPSO) y en España, la publicación por parte del Ministerio de Sanidad de la Guía de Práctica Clínica de LM.

5.3.1 La IHAN

En el año 1989, la OMS y UNICEF, publicaron el documento *“Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural”*, con el fin de proponer una serie de procedimientos, que los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología deberían aplicar para apoyar la LM. En 1991, ambas organizaciones, pusieron en marcha la IHAN para tratar de alentar a los servicios de salud que prestaban servicios de maternidad y neonatología, que adoptaran “Los Diez Pasos”³.

Esta iniciativa, se centra en proteger, promover y apoyar la LM, y tiene como finalidad garantizar que las madres y recién nacidos reciban una asistencia adecuada antes y durante su estancia en los centros sanitarios, con el objetivo de establecer una alimentación óptima en los recién nacidos que favorezca su salud y desarrollo. Los centros que estuvieran plenamente adheridos a dichos pasos y adoptaran el *“Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna”* serían designados como “amigos del niño”. Existen numerosos datos científicos que demuestran que la aplicación de los “Diez Pasos”, mejora de manera considerable las tasas de LM³.

Los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural están divididos en dos bloques. El primero engloba los pasos 1a, 1b, 1c y 2 los cuales hacen referencia procedimientos de gestión, y el segundo engloba los pasos del 3 al 10 relacionados con las prácticas clínicas que se deberían llevar a cabo por el parte del personal de enfermería³:

1a: Aplicar plenamente el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna y las resoluciones conexas de la Asamblea Mundial de la Salud.

- Debido a que las familias son más vulnerables a la comercialización de sucedáneos de leche materna a la hora de decidir cómo van a alimentar al bebé, resulta fundamental que los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología cumplan

con el Código⁴, ya que la promoción de los sucedáneos de leche materna es uno de los factores que más perjudican la LM.

1b: Adoptar una política sobre alimentación del lactante formulada por escrito, que sistemáticamente se ponga en conocimiento del personal sanitario y de los padres.

- La política debe incluir una guía sobre cómo ha de ejecutarse cada una de las prácticas clínicas y asistenciales para garantizar su aplicación uniforme a todas las madres. Es importante que las prácticas clínicas definidas en los “Diez pasos” se incorporen a las políticas de los establecimientos con el fin de que se preste la atención adecuada y equitativa a todas las madres y bebés.

1c: Crear sistemas de seguimiento permanente y de gestión de datos:

- Para ello, se recomienda la utilización de una serie de indicadores recomendados para el seguimiento de las prácticas clínicas esenciales que aplican los establecimientos, de los cuales, el inicio temprano de la LM y la LM exclusiva son considerados “indicadores centinela”.

2: Velar por que el personal cuente con los conocimientos, las competencias y las aptitudes necesarias para garantizar el apoyo a la lactancia natural.

- Por medio de la formación, los profesionales de la salud podrán adquirir competencias eficaces, transmitir mensajes coherentes y aplicar criterios normativos en lo que a LM se refiere. En principio, el desarrollo de esta capacidad formativa debería corresponder al sistema nacional de formación, pero los establecimientos sanitarios, también podrán adoptar medidas correctivas que ayude al personal a fortalecer sus conocimientos y capacidades para fomentar y apoyar la LM.

3: Explicar a las mujeres embarazadas y a sus familias la importancia de la LM y su práctica.

- Toda mujer embarazada debe disponer de información básica sobre LM para poder tomar decisiones bien fundamentadas. El embarazo, es considerado un momento clave para informar a las mujeres sobre la importancia de la LM, apoyarlas en la toma de decisiones y ayudar a que comprendan que las prácticas de atención materna realizadas por los profesionales de la salud facilitan su éxito. Del mismo modo, hay que informar a las madres de que la preparación al parto tiene efectos importantes en el establecimiento de la LM.

4: Favorecer el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido entre el recién nacido y la madre, y ayudar a las madres a iniciar la LM lo antes posible tras el parto.

- El contacto piel con piel precoz, favorece el reflejo de búsqueda primitivo del recién nacido, lo cual ayuda a que este encuentre el pezón materno y succione, así como a la maduración del microbioma del recién nacido y prevención de la hipotermia. Se recomienda que el contacto piel con piel entre madre e hijo comience de inmediato, independientemente del tipo de parto, y que no se interrumpa durante al menos 60 minutos.

5: Ayudar a las madres a iniciar y mantener la LM y a afrontar las dificultades más frecuentes.

- Se debe prestar orientación emocional y motivación, transmitir información y enseñar aptitudes concretas a las madres para que puedan amamantar a sus hijos de forma eficaz, siendo una buena oportunidad la estancia en el hospital tras el parto para ayudar a la madre con los problemas que puedan surgir en relación con la LM, así como para generar confianza en su capacidad para amamantar.

6: No dar a los recién nacidos ningún alimento o líquido que no sea leche materna, salvo por indicación médica.

- El hecho de alimentar al recién nacido con cualquier alimento o líquido que no sea leche materna en los primeros días de vida interfiere en el establecimiento de la producción de leche materna, ya que estos mamarán con menos fuerza, estimulando por tanto de manera ineficaz las mamas y generando un ciclo de producción de leche insuficiente que conducirá al fracaso de la LM. Es importante alentar a las madres a que se extraigan su propia leche para estimular su producción y poder priorizar su uso.

7: Permitir que la madre y el recién nacido permanezcan juntos y se alojen en la misma habitación las 24 horas del día.

- Este es un hecho imprescindible para que la madre pueda practicar una alimentación que cumpla con las necesidades del recién nacido, así como para que esta aprenda a reconocer los signos de hambre del bebé. De este modo, se facilita el establecimiento de la LM.

8: Ayudar a las madres a reconocer los signos de hambre del recién nacido y a actuar en consecuencia.

- El hecho de enseñar a las madres a responder ante los signos de hambre y necesidad de cercanía o consuelo del bebé permite que puedan establecer una relación maternal y afectiva adecuada con el recién nacido, ayuda a que aumente la confianza en sí mismas, favorece la LM, así como el crecimiento y desarrollo del bebé.

9: Asesorar a las madres sobre el uso y los riesgos de los biberones, tetinas y chupetes.

- Es posible que el uso de biberones dificulte el amamantamiento, sobre todo si se usa de manera prolongada. El personal sanitario, también debe informar a las familias acerca los riesgos de higiene derivados de una limpieza inadecuada de los utensilios de alimentación, ya que puede facilitar la proliferación de bacterias.

10: Coordinar el alta hospitalaria de forma que los padres y sus recién nacidos sigan teniendo acceso a la asistencia y servicios de apoyo cuando lo necesiten.

- El apoyo a la LM es decisivo en los días y semanas posteriores al alta hospitalaria con el fin de detectar y resolver los problemas relacionados con la LM que se puedan presentar. La prestación de asistencia en el momento adecuado tras el alta hospitalaria es fundamental para el mantenimiento de las tasas de LM, por lo que las madres deben

ser derivadas a los servicios de atención primaria (AP) entre dos y cuatro días tras el parto y pasadas dos semanas, para evaluar la consecución de la LM.

5.3.2 Guía de Buenas Prácticas Clínicas de Lactancia Materna. RNAO y BPSO

La **RNAO**, estableció una Guía de Buenas Prácticas Clínicas de Lactancia Materna²⁰, en la que se contempla el fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la continuación de la LM para recién nacidos, lactantes y niños pequeños. En ella se recogen una serie de recomendaciones para la práctica, que las enfermeras deberían llevar a cabo para fomentar el inicio, exclusividad y continuación de la LM en distintos periodos de tiempo²⁰:

- **Desde el parto a la primera hora de vida o cuando estén clínicamente estables:**
 - Facilitar el contacto piel con piel entre madre e hijo tras el parto o cuando estén clínicamente estables.
 - Fomentar el inicio temprano de la LM, en la primera hora desde el nacimiento o una vez que la madre e hijo estén clínicamente estables, a través de intervenciones perinatales que incluyen: educación perinatal y asistencia inmediata posparto a pie de cama.
 - Apoyar a la diada lactante para lograr que la colocación, el agarre y transferencia de leche sean efectivos.
 - Apoyar una LM basada en las señales del bebé mediante estrategias como educación y apoyo y reconocimiento de las necesidades del recién nacido.

- **Desde el parto hasta los 6 meses:**
 - Enseñar como se realiza la extracción manual de leche a todas las madres antes del alta de la unidad de maternidad.
 - Implantar intervenciones individualizadas de autoeficacia en la LM durante todo el periodo perinatal para mejorar la confianza en la lactancia como: asesoramiento individualizado antes del alta de la unidad de maternidad y seguimiento tras el alta.
 - Ofrecer asistencia individualizada para fomentar o mejorar la producción de leche materna cuando proceda.
 - Facilitar la toma de decisiones informada respecto al uso del chupete.

- **Desde el embarazo y parto hasta los 6 meses:**
 - Ofrecer servicios de apoyo proactivo y continuado a la LM para abordar las necesidades individualizadas de madre e hijo.

- **Desde el embarazo y parto hasta los 2 años y más:**
 - Ofrecer información sobre LM durante el periodo perinatal y mientras continúe la LM en distintos entornos y mediante distintos enfoques incluidos aquellos adaptados a las necesidades de poblaciones vulnerables.
 - Incluir a los miembros de la familia en la formación y apoyo a la LM.

- **Durante el periodo perinatal hasta los 6 meses posparto:**
 - Ofrecer información continuada sobre LM a las enfermeras, equipo interprofesional y los pares que incorpore conocimientos teóricos y habilidades prácticas.

- **Durante el periodo perinatal hasta los 2 años o más:**
 - Implantar de forma habitual las disposiciones de la IHAN del “Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna” de la OMS en el entorno sanitario.
 - Implantar el apoyo a la LM en el lugar de trabajo, incluidos los permisos maternales y los espacios destinados a personas lactantes.

En el año 2003, se diseñó el programa el programa **BPSO** de la RNAO para apoyar la implantación de las Guías de Buenas Prácticas desarrollado por esta. El programa BPSO, en España denominado “Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados” (CCEC), promueve la implantación de guías de buenas prácticas, entre las que se encuentra la de LM. Incluye recomendaciones para la práctica, formación, el sistema sanitario y para el desarrollo de directrices que hacen posible la adaptación y actualización de los cuidados de enfermería en LM^{21,22}.

Este programa iniciado en España en 2012 consiste en convocar a instituciones que estén interesadas en implantar sus Guías de Buenas Prácticas durante 3 años, y culmina con la designación de CCEC y renovación del compromiso con las buenas prácticas y el programa. Tiene como objetivo fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento, en cualquier entorno de la practica enfermera, de buenas prácticas en cuidados, basadas en las Guías de la RNAO²².

En nuestra región y más concretamente en el área sanitaria V, el Hospital Universitario de Cabueñes, inició su candidatura como CCEC en 2019 y en la actualidad es reconocido como CCEC. En su compromiso con los cuidados basados en la evidencia, ha implantado las guías de buenas prácticas de prevención de caídas, manejo de ostomías y LM²² (**Anexo 2**).

5.3.3 Guía de Práctica Clínica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

A nivel nacional y basándose en las recomendaciones de los distintos organismos internacionales, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, editó en el año 2017 una guía de práctica clínica sobre LM²³, donde se identifican las condiciones que favorecen al inicio, instauración y mantenimiento de la LM, y recoge recomendaciones basadas en la evidencia científica para ayudar a los profesionales sanitarios a dar respuesta a los problemas que se les puedan plantear a las mujeres que deseen amamantar a sus hijos.

5.4 Estrategias de las enfermeras para la promoción y mantenimiento de la LM

El apoyo proporcionado por los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, es considerado un factor importante en el éxito de la LM⁶. Es importante que la enfermera comience a proporcionar a las mujeres educación para la salud en el periodo prenatal para así prepararlas a lograr una LM efectiva, ayudándolas en este periodo a fomentar su nivel de confianza, así como a proporcionarles conocimientos y herramientas que le serán útiles a la hora de amamantar a su bebé²⁴. Este apoyo debe continuarse en la planta de maternidad durante el ingreso hospitalario, así como por el médico de familia, la enfermera de pediatría y la matrona de AP tras el alta.

5.4.1 Estrategias prenatales

La enfermera de AP está en una posición única para promover y gestionar la LM antes de la llegada del bebé⁶. La educación prenatal es beneficiosa para preparar a las mujeres a alcanzar una LM eficaz, ya que fomenta su nivel de confianza, conocimientos y aptitudes. Las enfermeras de AP, especialmente las matronas, se encargan de guiar y asistir a las mujeres durante el embarazo, realizando educación para la salud para fomentar el establecimiento de la LM antes del parto²⁴.

La autoeficacia es crucial en la LM, y es considerado un parámetro determinante a la hora de elegir el modo de alimentación del bebé y el nivel de cumplimiento en la resolución de problemas relacionados con la LM. El estudio de Piro, et al. (2020), demuestra que la autoeficacia en la LM puede incrementarse mediante una intervención prenatal de enfermería. Para medir la autoeficacia en LM, la escala más empleada es la *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF) (**Anexo 3**), la cual es una escala unidimensional y auto cumplimentada de 14 ítems²⁵, presentados de forma positiva y precedido de la frase “yo siempre puedo”, que se puntúa mediante una escala tipo Likert de 1 a 5, siendo el 1 “nada segura” y el 5 “muy segura”. La obtención de mayor puntuación indica mayor nivel de autoeficacia para la LM.

Es esencial que las enfermeras de AP den instrucciones y aclaraciones sobre la LM y su importancia para el binomio madre-hijo durante el embarazo. La enfermera se encarga de comprender y acompañar a la mujer en las etapas del embarazo, proporcionándole información acerca de la LM durante las consultas de seguimiento, así como en las clases de preparación al parto. El papel de la enfermera en la etapa prenatal influye positivamente en la comprensión por parte de la madre acerca de la LM, a través del estímulo y apoyo que proporciona el profesional, ya que las actividades educativas y asistenciales realizadas en la consulta, tienen un mayor impacto en la adherencia a la LM²⁶.

Desde AP, se puede enseñar a las mujeres a extraerse manualmente el calostro durante el embarazo para ir almacenándolo antes del nacimiento del bebé (**Anexo 4**). El calostro es un líquido espeso, trasparente o amarillo, rico en proteínas, hormonas, vitaminas, enzimas e inmunoglobulinas y es excretado por el pecho durante el embarazo²⁷. Resulta de gran importancia enseñar a las mujeres a extraerse leche manualmente de manera eficaz, ya que de este modo se pueden superar las primeras dificultades de la LM una vez haya nacido el bebé. Ofrece ventajas tales como:

- Establecimiento más rápido de LM exclusiva en las mujeres que se han extraído calostro durante el embarazo.
- Aumento de confianza en la capacidad del cuerpo para producir cantidades adecuadas de leche materna.
- Familiarizarse con los pechos y su funcionalidad.
- Mayor confianza en la extracción manual antes del nacimiento del bebé.

Es preferible que las madres aprendan a extraerse calostro manualmente durante el embarazo, ya que en este periodo pueden dedicarle más tiempo al aprendizaje de la técnica, y lográndolo, se pueden sentir más seguras y preparadas para dar LM.

La información transmitida por el personal de enfermería de AP debe ser honesta, confiable, actualizada y realista. Es importante que, con la información proporcionada en las consultas, las mujeres comprendan la fisiología de sus pechos y confíen en la capacidad que tiene su cuerpo de proporcionar el alimento que su bebé va a necesitar. Para conseguir que estén correctamente preparadas para el inicio de la LM, la educación prenatal, aparte de basarse en explicar las ventajas que tiene la LM, debe enseñar los conocimientos e información realmente importantes como son²⁷:

- Diferencias entre el calostro y leche madura.
- Funcionamiento de la oferta y la demanda.
- Aumento de los niveles de prolactina en la noche.
- Importancia de las tomas frecuentes.
- Indicios y señales de hambre en el bebé.
- Extracción de leche manual.

Una propuesta de educación prenatal y preparación para la LM por parte de la enfermera de AP sería la siguiente²⁷:

Semana 28-34 de gestación:

- Ventajas de la LM.
- Fisiología básica de la mama y la lactancia.
- Importancia del contacto piel con piel.
- Vínculo afectivo.
- Alimentación perceptiva.
- Colecho planificado.
- Dieta saludable, posiciones de amamantamiento incluida la comodidad, agarre y apoyo.
- Sujetador de maternidad, ajuste correcto, comodidad y soporte.

Semana 36 de gestación:

- Ventajas del calostro.
- Lactogénesis I y explicación de las pequeñas cantidades que se obtienen de calostro.
- Explicación con imágenes o figuras del tamaño del estómago del recién nacido.
- Banco de calostro, incluida la explicación de recolección, almacenamiento, congelación y descongelación.
- Demostración de la extracción manual usando pechos de demostración, fotos y videos.
- Practicar la extracción manual en consulta.

Semana 38 de gestación:

- Signos de un bebé sano.
- Como reconocer que el bebé está recibiendo suficiente leche.
- Indicios de hambre.
- Tomas nocturnas.
- Tomas encadenadas.
- Brotes de crecimiento.
- Como facilitar el vínculo afectivo entre padre e hijo sin necesidad de alimentar al bebé.

- Extracción manual y mecánica con sacaleches.
- Evitar el uso de tetinas y chupetes.
- Amamantar en público.
- Apoyo a la LM, información acerca de grupos de apoyo locales.

5.4.2 Estrategias hospitalarias

Se ha demostrado que existe un efecto beneficioso sobre el inicio y duración de la LM, cuando se promueve el inicio de esta lo antes posible en el hospital tras el parto, así como al compartir habitación madre e hijo durante su estancia hospitalaria. Dentro de las rutinas hospitalarias que la enfermera debe fomentar y que favorecen el inicio de la LM se encuentran²⁸:

- **Contacto piel con piel precoz en la sala de partos:** se recomienda que todos los recién nacidos sanos sean colocados desnudos de manera inmediata tras el parto sobre el abdomen de la madre, tratando de que este contacto se mantenga sin interrupciones hasta que el recién nacido se enganche al pecho de su madre por primera vez. El contacto piel con piel inmediatamente tras el nacimiento, además favorece a la estabilidad psicológica del recién nacido, así como a la estabilización de la temperatura corporal, aumento de los niveles de glucosa en sangre y a mejorar la oxigenación de los tejidos¹⁰.
- **Alojamiento conjunto:** durante los días de hospitalización en la planta de maternidad, madre e hijo deben permanecer en la misma habitación, para así favorecer al establecimiento del vínculo materno-filial y la LM sin interrupciones. La enfermera debe mostrar su disposición para la resolución de cualquier tipo de dudas relacionadas con el agarre y posicionamiento del bebé para lograr una LM satisfactoria.
- **Evitar suplementos de biberón:** si la madre ha optado por darle LM exclusiva a su bebé como forma de alimentación, se recomienda no darle suplementos de fórmula artificial ya que el mecanismo de succión es distinto al del pezón por lo que, si se acostumbra a la tetina del biberón, luego le resultará más difícil mamar. En caso de que el bebé necesite suplementos de leche de fórmula, es preferible ofrecérselo empleando el método dedo-jeringa para que no olvide el mecanismo de succión.
- **Evitar los chupetes:** es recomendable no ofrecer el chupete al bebé hasta que la LM no este establecida de manera adecuada ya que este puede interferir en el proceso de aprendizaje de succión y en consecuencia dificultar la LM.
- **Apoyo en los periodos críticos:** uno de los motivos más frecuentes por los que las madres abandonan la LM es la producción insuficiente de leche. La hipogalactia por insuficiencia de tejido glandular o déficit de prolactina la sufren alrededor del 2% de las mujeres. La mayoría de los casos se trata de una impresión subjetiva de la madre que interpreta de manera equivocada el llanto del niño, atribuyéndolo a que se queda con hambre, o de una desmotivación materna hacia la LM que trata de justificar como un fallo en su secreción láctea. Para superar estas “crisis de hipogalactia” las enfermeras deben aconsejar a las madres que pongan al pecho al bebé de manera frecuente, que no limite la duración de cada toma y eviten el empleo de biberón. También se les recomienda que adopte una postura cómoda durante la toma, que traten de dormir cuando el niño lo haga y que se permitan períodos de descanso a lo largo del día.

La RNAO sugiere algunas estrategias para llevar a cabo por parte de las enfermeras para favorecer el inicio precoz de la LM²⁰:

- Animar a la madre a abordar el inicio de la lactancia como un acercamiento sin expectativas sobre si el recién nacido se engancha, cual es la duración o momento de la toma o el volumen de calostro ingerido.
- Ofrecer una presencia tranquilizadora y ayudar a la persona lactante a encontrar una postura en la que se encuentre a gusto.
- Evitar las instrucciones innecesarias, como enganchar manualmente al bebé al pezón mediante la manipulación del recién nacido y tejido mamario.
- Evitar envolver al recién nacido o restringirle el movimiento de las manos para fomentar su comportamiento normal de búsqueda del pecho con los movimientos de sus manos.
- Enseñar a la madre cuales son las señales de hambre del recién nacido como signo de disposición para iniciar una toma (bebé muy despierto, se lleva las manos a la boca, hace ruidos de succión, se mueve hacia el pecho y encuentra el pezón, abre por completo la boca), así como los signos de un buen agarre (**Anexo 5**).
- Valorar situaciones que afecten a la madre o hijo en las que este indicado intervenir, como pudieran ser anomalías anatómicas, nacimientos prematuros o antecedentes de cirugías de mama.
- Sugerir posturas para evitar la presión sobre el abdomen cuando la madre haya sido sometida a una cesárea, como la de “balón de rugby”. Manejo del dolor tras una cesárea para fomentar el inicio de la LM (**Anexo 6**).
- Identificar los factores de riesgo para el inicio de la LM e interrupción precoz.

5.4.3 Estrategias posnatales

El apoyo posnatal ofrecido a las familias es de gran importancia sobre todo en las primeras semanas tras el alta hospitalaria. Es fundamental que la comunicación sea fluida entre los profesionales de la salud como puede ser la enfermera, matrona, pediatra y/o ginecólogo y la familia, pudiéndose llevar a cabo a través de diferentes canales: consulta telefónica, consulta presencial, visita domiciliaria, realización de talleres de lactancia, etc. Con ello se consiguen detectar dificultades y ofrecer asesoramiento para la resolución de estas²¹.

La educación para la salud debería estar incluida en los programas de enfermería desarrollados en el puerperio, para así facilitar la incorporación de ideas, prácticas y hábitos saludables a la vida cotidiana de la mujer y contribuir a la promoción de la salud. En esta etapa, la enfermera debería recomendar a las madres que sigan una dieta sana y equilibrada basada en alimentos naturales como frutas y verduras, junto con una ingesta adecuada de agua para conseguir así una producción de leche fuerte y sana que contribuya al correcto desarrollo y salud del bebé. Es esencial que la enfermera reconozca la realidad por la que están pasando las madres, para que junto con sus conocimientos se pueda llevar a cabo un adecuado proceso de enseñanza en lo que se refiere a la LM²⁹.

Resulta de interés, que la enfermera tenga en cuenta la red de apoyo social con la que cuenta la mujer ya que, al tratarse de una fuente de apoyo para ella, se considera una buena

oportunidad para realizar acciones educativas en conjunto, que sirvan como influencia positiva en las decisiones que tome la madre durante el proceso de lactancia²⁹.

La evaluación y el apoyo de la enfermera y su equipo durante la LM son importantes para reducir el destete precoz. A partir de la identificación de las barreras para conseguir una LM exitosa tales como dificultades en el agarre y posicionamiento, la ingurgitación mamaria y fisuras del pezón, las enfermeras pueden proponer herramientas para la resolución de los problemas que dificultan la consecución de la LM³⁰.

El estudio de Souza et al. (2020)³¹, ha demostrado que la realización de una intervención educativa por parte de las enfermeras a mujeres que daban LM por medio de talleres y videos tuvo un efecto positivo en la técnica de amamantamiento, consiguiendo que la LM a los 30 días fuera mejor que no habiéndola realizado.

Resulta de gran utilidad para el afianzamiento de la LM, emplear los recursos que ofrece la comunidad como son los grupos de apoyo a la LM. En Asturias, se cuenta con las asociaciones AMAMANTAR y APROMAP^{32,33}, las cuales realizan consultas individualizadas y grupales con madres que puedan tener dificultades con la LM, así como reuniones informativas mensuales en distintas ciudades del Principado de Asturias.

6. DISCUSIÓN

Tras llevar a cabo la revisión bibliográfica, se ha podido comprobar que la LM es el mejor alimento que se puede ofrecer al bebé, tanto por los beneficios que supone para él como para la madre^{2,14,17}. Las guías de práctica clínica de la RNAO²⁰, en el ámbito internacional y la del Ministerio de Sanidad en el ámbito nacional²³, ofrece estrategias y recomendaciones que fundamentalmente las enfermeras pueden y deben aplicar en su día a día, bien sea desde AP o desde el hospital, para fomentar y promover la LM exclusiva.

A pesar de las recomendaciones nacionales e internacionales de dar LM exclusiva hasta los 6 meses de vida, según los datos de la última Encuesta de Salud^{12,13}, España se encuentra bastante lejos de alcanzar las cifras de LM exclusiva deseadas por la OMS a nivel mundial para 2025¹⁹. Es por ello, por lo que se debe seguir incidiendo en el cumplimiento de las políticas sanitarias establecidas para fomentar la LM.

Son muchos los hospitales alrededor del mundo considerados “amigos de los niños” gracias al cumplimiento de los “Diez pasos hacia una lactancia feliz” y del “Código internacional de comercialización de sucedáneos de lactancia materna”^{3,4}. Del mismo modo a nivel nacional y gracias a la implantación del programa BPSO promovido por la RNAO²⁰, son cada vez más los hospitales de España los que promueven el cumplimiento de buenas prácticas de LM²². Todo ello, ha conseguido que las tasas de LM se ven aumentadas en los últimos años.

Varios autores^{6,7}, coinciden en que la principal barrera para realizar una adecuada promoción de la LM y apoyo a las familias es debido a la falta de conocimientos y formación en la materia. Esto propicia que las madres no se sientan apoyadas ni comprendidas durante el proceso de lactancia, lo cual desemboca en que muchas no se decanten por la LM como forma de alimentación para su bebé. Es por ello, por lo que se debería incidir más desde las unidades docentes durante la formación universitaria, unidades de hospitalización, y centros de AP en

proporcionar una formación adecuada a los profesionales de la salud que van a acompañar a las mujeres y bebés en esta etapa de la vida, especialmente a las enfermeras, para que puedan enfrentar y resolver las posibles dificultades que se puedan presentar antes, durante y tras el parto en relación con la LM.

En la actualidad, a pesar de las políticas existentes a nivel nacional e internacional, existen numerosas barreras para cumplir la recomendación mundial de dar LM exclusiva durante los primeros seis meses de vida del lactante. Entre ellas destacan las siguientes²¹:

- Falta de formación del personal sanitario.
- Registros de enfermería escasos o inadecuados.
- Falta de tiempo de los profesionales para realizar un asesoramiento y apoyo adecuado de la LM.
- Baja adherencia de las familias a los programas de educación prenatal.
- Falta de aplicación del código internacional de sucedáneos.
- Duración del permiso de maternidad (16 semanas).

Es por ello por lo que se debe fomentar la formación continuada en materia de LM para los profesionales de la salud, en concreto las enfermeras, para aumentar las tasas de LM.

7. CONCLUSIONES

- La OMS y UNICEF establecen una serie de recomendaciones para asegurar una alimentación infantil adecuada, las cuales inciden en que la LM debería iniciarse en la primera hora tras el nacimiento y mantenerse de manera exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Con la llegada de la Revolución Industrial y el desarrollo de la industria farmacéutica, se expandió la comercialización de sustitutos de leche materna, lo cual propició que se perdiera la cultura de amamantar.
- La LM supone numerosos beneficios tanto para la madre como para el bebé a corto y largo plazo, lo cual reitera la importancia de que esta forma de alimentación sea la elegida para todo recién nacido.
- Las enfermeras son una pieza clave en la promoción de la LM, ya que su actuación no solo influye positivamente en la salud del binomio madre-hijo, sino que también contribuye a que el entorno sea más saludable y sostenible.
- La OMS, UNICEF y RNAO entre otras, han establecido programas y políticas para apoyar y fomentar la LM, y así tratar de que esta sea la forma universal de alimentación infantil.
- A nivel nacional, la Guía de Práctica clínica de LM del Ministerio de Sanidad de España, establece una serie de recomendaciones que pueden servir de ayuda a las enfermeras para asesorar de manera adecuada a las mujeres que quieran amamantar a sus hijos.

- Las enfermeras requieren una formación continuada y específica en materia de LM para poder ofrecer un apoyo y seguimiento de calidad de la LM, y resolver las dudas y complicaciones que puedan surgir durante este proceso.
- A pesar de las barreras que en ocasiones tienen las enfermeras para realizar una adecuada promoción de la LM, las intervenciones que llevan a cabo desde los distintos niveles asistenciales, tienen un impacto positivo sobre las tasas de LM.
- Las enfermeras, mediante la educación prenatal, atención intrahospitalaria, apoyo posparto y resolución de los problemas relacionados con la LM desde AP, pueden llegar a conseguir aumentar las tasas de LM exclusiva, así como su duración en el tiempo.
- Las enfermeras, desde los distintos ámbitos de actuación del sistema de salud, pueden poner en práctica diversas estrategias para fomentar la LM en la etapa prenatal y posnatal.
- Para apoyar y hacer posible una LM exitosa, se debe mejorar la preparación prenatal. Para ello, se debería implementar la formación de los profesionales de enfermería y ofrecer información a las madres acerca de la existencia de grupos de apoyo de LM.

8. AGRADECIMIENTOS

A Dolores Álvarez Valdés por guiarme durante estos meses y darme los ánimos y consejos necesarios para la realización de este trabajo.

A los profesores de la Facultad y enfermeras de los que he aprendido durante las prácticas, por hacer que cada día me enamorara más de esta profesión.

A mis padres por apoyarme y acompañarme en cada decisión que tomo en la vida y hacer posible que cumpliera mi gran sueño; ser Enfermera.

A mis abuelos por inculcarme los valores de trabajo, humildad, honestidad y empatía y quererme de manera incondicional.

A mis amigas por apoyarme en cada reto que me propongo.

A Dani por darme fuerza en los momentos de flaqueza y no soltarme.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Lactancia materna [Internet]. [citado 21 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
2. Barriuso L, De Miguel M, Sánchez M, Lapresa LB. septiembre-diciembre REVISIONES Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico Maternal breastfeeding: health factor. Historical memory. An Sist Sanit Navar. 2007;30.
3. Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología - Revisión de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño 2018 [Protecting, promoting and supporting breastfe. 2019 [citado 5 de abril de 2024];68. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326162/9789243513805-spa.pdf?ua=1>
4. ¿Qué es el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna? | Asociación Española de Pediatría [Internet]. [citado 26 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/que-es-codigo-internacional-comercializacion>
5. Martín-Ramos S, Domínguez-Aurrecoechea B, García Vera C, Lorente García Mauriño AM, Sánchez Almeida E, Solís-Sánchez G. Lactancia materna en España y factores relacionados con su instauración y mantenimiento: estudio LAYDI (PAPenRed). Aten Primaria [Internet]. 1 de enero de 2024 [citado 21 de febrero de 2024];56(1). Disponible en: </pmc/articles/PMC10520303/>
6. Webber E, Serowoky M. Breastfeeding Curricular Content of Family Nurse Practitioner Programs. J Pediatr Health Care [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 8 de enero de 2024];31(2):189-95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27553119/>
7. Río R Del, Eva DP, López García P. IMPACTO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA MATERNA. BENEFICIOS PARA EL RECIÉN NACIDO. Rev Ped Elec. 17(2).
8. Rodríguez García R. Nodrizas y amas de cría. Más allá de la lactancia mercenaria. Dilemata, ISSN-e 1989-7022, N° 25, 2017 (Ejemplar dedicado a: Mamar: mythos y lógos sobre lactancia humana), págs 37-54 [Internet]. 2017 [citado 7 de marzo de 2024];(25):37-54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6124265&info=resumen&idioma=ENG>
9. Gamboa H, Hernández Gamboa E. Genealogía histórica de la lactancia materna. Revista Enfermería Actual en Costa Rica, ISSN-e 1409-4568, N° 15, 2008-2009 [Internet]. 2008 [citado 8 de marzo de 2024];15(15):1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745761>
10. Brockman V. Implementing the Mother-Baby Model of Nursing Care Using Models and Quality Improvement Tools. Nurs Womens Health. 1 de diciembre de 2015;19(6):490-503.
11. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países | Asociación Española de Pediatría [Internet]. [citado 9 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-en-cifras-tasas-inicio-y>
12. Productos y Servicios / Publicaciones / Publicaciones de descarga gratuita [Internet]. [citado 9 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
13. ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017.
14. De Boer R, Gray D, Harris G, Sahota P, Singhal A, Upton L. Why breast milk matters. Br J Midwifery. 2 de octubre de 2023;31(10):592-6.

15. Briere CE, Lucas R, Mcgrath JM, Lussier M, Brownell E. Establishing breastfeeding with the late preterm infant in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 8 de enero de 2024];44(1):102-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25573231/>
16. Spatz DL. SPN Position Statement: The Role of Pediatric Nurses in the Promotion and Protection of Human Milk and Breastfeeding. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 1 de noviembre de 2017 [citado 10 de enero de 2024];37:136-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29122273/>
17. Breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 10 de enero de 2024];44(1):145-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25588888/>
18. Breastfeeding and optimal health outcomes for women: Breast and gynaecologi...: EBSCOhost [Internet]. [citado 15 de enero de 2024]. Disponible en: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=76e22e14-3adb-45ae-931d-5b9a7255997c%40redis>
19. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>
20. Lactancia materna | Registered Nurses' Association of Ontario [Internet]. [citado 30 de enero de 2024]. Disponible en: <https://rnao.ca/bpg/translations/lactancia-materna-guia-de-buenos-practicas-en-enfermeria>
21. Del Rio-Martínez P, López-García M, Nieto-Martínez C, Cabrera-Cabrera MA, Harillo-Acevedo FD, Mengibar-Carrillo A, et al. Aplicación y evaluación de la Guía de buenas prácticas: lactancia materna. *Enferm Clin* [Internet]. 1 de mayo de 2020 [citado 29 de marzo de 2024];30(3):168-75. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-aplicacion-evaluacion-guia-buenas-practicas-S1130862120302758>
22. Inicio - BPSO España [Internet]. [citado 8 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.bpsos.es/>
23. De G, Clínica En P, Sns EL, Saila O, De Salud D. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD.
24. Piro SS, Ahmed HM. Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: an experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 6 de enero de 2020 [citado 8 de enero de 2024];20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31906881/>
25. Andrade R. D, Bustos N. C, Brito C. H, Adasme D. N, López B. B, Parra P. C, et al. Evaluación psicométrica de la escala de autoeficacia de la lactancia materna, en una muestra chilena. *Andes pediátrica* [Internet]. 1 de julio de 2022 [citado 27 de marzo de 2024];93(4):470-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532022000400470&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Silva LS da, Leal NP da R, Pimenta CJL, Silva CRR da, Frazão MCLO, Almeida F das CA de. Contribuição do enfermeiro ao aleitamento materno na atenção básica. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online)* [Internet]. 18 de junio de 2020 [citado 12 de enero de 2024];774-8. Disponible en: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7180/pdf_1
27. Extracción manual de calostro durante el embarazo: ¿preparación para una lactancia exitosa?
28. Enfermería 21 [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?search_type=10&search_entity=&id_pub_grp=29&view=&ordenarRelevanc

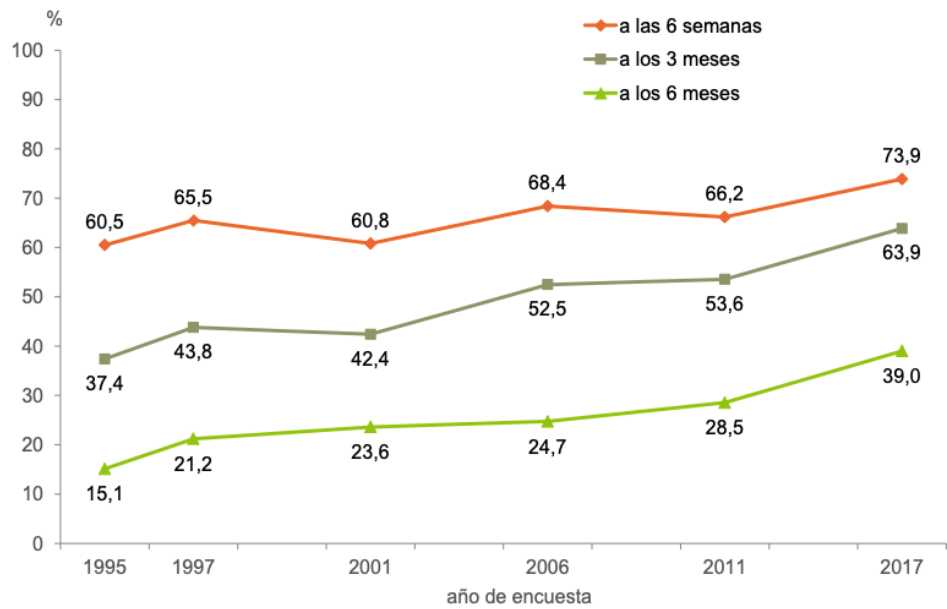
- ia=&q=LACTANCIA%20MATERNA%20periodo[5y]&ordenacion=on&option=com_encuentra&id_pub_cont=9&task=showContent_v22&id_articulo=12495
29. Dodou HD, Oliveira TDA de, Oriá MOB, Rodrigues DP, Pinheiro PN da C, Luna IT. Educational practices of nursing in the puerperium: social representations of puerperal mothers. Rev Bras Enferm [Internet]. 1 de noviembre de 2017 [citado 8 de enero de 2024];70(6):1250-8. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/wC958Snt5NnsGwySPCjhNdf/?lang=en>
 30. Emidio SCD, Dias F de SB, Moorhead S, Deberg J, Oliveira-Kumakura AR de S, Carmona EV. Conceptual and operational definition of nursing outcomes regarding the breastfeeding establishment. Rev latinoam enferm (Online) [Internet]. 2020 [citado 12 de enero de 2024];28:e3259-e3259. Disponible en:
http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100602
 31. de Souza TO, Morais TEDV, Martins C da C, Júnior J de B, Vieira GO. Effect of an educational intervention on the breastfeeding technique on the prevalence of exclusive breastfeeding. Rev Bras Saúde Mater Infant (Online) [Internet]. 2020 [citado 12 de enero de 2024];20(1):297-304. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000100297
 32. Amamantar Asturias – Asociación de mujeres de apoyo a la lactancia materna [Internet]. [citado 29 de marzo de 2024]. Disponible en:
<https://amamantarasturias.org/>
 33. APROMAP | Asociación Profesional de Matronas de Asturias [Internet]. [citado 29 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://apromap.com/>

10. ANEXOS

Anexo 1: Tabla Encuesta Nacional de Salud España 2017

Lactancia materna exclusiva 1995-2017

Población de 6 meses a 4 años



Encuesta Nacional de Salud España 2017

Fuente: Ministerio de Sanidad España

Anexo 2: Díptico promoción LM y rutina de rondas Hospital Universitario Cabueñes

Recomendaciones para el fomento y apoyo de la lactancia materna

RECOMENDACIÓN 1

Valorar el proceso de lactancia en:

- Las primeras 24 horas posparto y antes del alta de la madre, para fomentar el inicio de la lactancia materna.
- De dos a ocho días posparto, para lograr un aumento significativo del volumen de leche materna.
- A partir del noveno día posparto, para lograr que se mantenga la producción de leche mientras continúe la lactancia materna.

RECOMENDACIÓN 2

Facilitar el contacto piel con piel con el lactante inmediatamente tras el parto o cuando la madre o recién nacido estén clínicamente estables.

RECOMENDACIÓN 3

Fomentar el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora desde el nacimiento o una vez que estén clínicamente estables.

RECOMENDACIÓN 4

Lograr que la colocación, el agarre al pecho y la transferencia de leche sean efectivos.

RECOMENDACIÓN 5

Apoyar una lactancia materna basada en la correcta identificación de las señales de hambre del lactante mediante la educación y el apoyo.

RECOMENDACIÓN 6

Ofrecer formación continuada sobre lactancia materna al equipo multidisciplinar y a los padres a través de conocimientos teóricos y habilidades prácticas.

RECOMENDACIÓN 7

Enseñar cómo se realiza la extracción manual de leche antes del alta.

RUTINA DE RONDAS

Con el objetivo de fomentar y apoyar la lactancia materna de forma proactiva a las necesidades de las familias se realizará una rutina de rondas a intervalos regulares en la planta de maternidad del HUCAB

Cada cuatro horas comprobaremos en la mujer:

AGARRE AL PECHO

¿Se ajusta los labios al pecho y realiza el bebé una succión efectiva?

DEGLUCIÓN AUDIBLE

¿Se escucha algún sonido tipo chasquido a la deglución del bebé?

COMODIDAD DE LA MADRE

¿Siente dolor durante la toma?
 ¿Le ha salido algún tipo de herida como por ejemplo grietas?
 ¿Nota los pechos blandos al finalizar la toma?

NIVEL DE AYUDA

¿Ha necesitado ayuda a la hora de colocar y mantener al bebé al pecho?
 ¿Ha necesitado ayuda de algún suplemento?
 ¿Ha necesitado algún tipo de ayuda como pezoneras, dedo-jeringa, relator?

TIEMPO

¿Cada cuanto tiempo ha puesto al bebé al pecho?
 ¿Cuánto ha durado la toma?

Observación de la toma
 Ofrecer ayuda para conseguir un mejor agarre y colocación del bebé al pecho.
 Ofrecer diferentes posturas para la toma
 Evaluar el estado de las mamas, si hay ingurgitación o grietas
 Ofrecer algún tipo de analgesia si precisa
Elogiar y ofrecer apoyo emocional a la familia

Fuente: <https://matronasarea5.wordpress.com/novedades-en-el-hospital-de-cabuenes/>

Anexo 3: Escala BSES-SF

Escala BSES-SF	
1	Puedo determinar que mi hijo está recibiendo suficiente leche de mi pecho
2	Puedo enfrentar con éxito el amamantamiento global igual como he enfrentado otros desafíos en mi vida
3	Puedo darle pecho a mi hijo sin necesidad de utilizar fórmula artificial
4	Puedo asegurar que mi hijo está apropiadamente agarrado de mi pecho mientras se alimenta
5	Puedo manejar a mi gusto la situación de amamantamiento
6	Puedo manejar la situación del amamantamiento incluso si mi hijo está llorando
7	Puedo mantener el deseo de amamantar
8	Puedo dar pecho cómodamente cuando los miembros de mi familia están presentes
9	Puedo estar satisfecha con la experiencia de amamantar
10	Puedo enfrentar el hecho de que la LM me ocupará tiempo
11	Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiar al otro pecho
12	Puedo amamantar a mi hijo cada vez que lo necesite
13	Puedo cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi hijo
14	Puedo reconocer cuando mi hijo ha terminado de tomar pecho

Fuente: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532022000400470&lng=es&nrm=iso&tlng=es

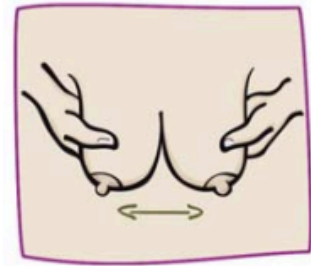
Anexo 4: Maniobra Marmet: extracción de calostro



1. Masajea



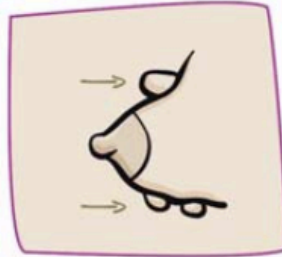
2. Frota



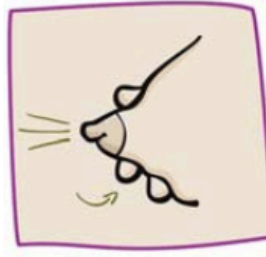
3. Sacude



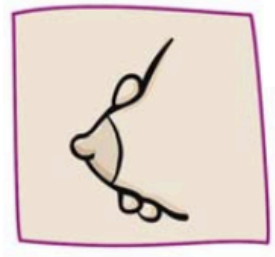
1. Coloca



2. Empuja



3. Comprime



4. Repite

Evita estos movimientos



No exprimas



No deslices



No estires

Fuente: https://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf

Anexo 5: Signos de hambre y buen agarre



Fuente: https://www.aeped.es/sites/default/files/gpc_560_lactancia_osteba_paciente.pdf



Fuente: <https://www.mamaprolactancia.com/agarre-correcto-del-pecho/>

Posición en crianza biológica



Posición de cuna



Posición recostada de lado



Posición "caballito" "dancer"



Posición de rugby

