

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Facultad de Enfermería

Grado en Enfermería

Trabajo de Final de Grado

“El papel de enfermería en la promoción y adherencia a la Lactancia Materna y sus beneficios para la salud”

Estudiante: Alejandra Villa Pérez.

Tutora: Aroa Delgado Uria.

Santander, mayo 2025.

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/directo no son responsables del Contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	4
ABSTRACT	4
LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS.....	5
INTRODUCCIÓN.	6
Estado actual y justificación.	6
METODOLOGÍA.....	8
Objetivos.	8
Estrategia de búsqueda bibliográfica.	8
DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULO.....	10
CAPÍTULO 1:	11
Antecedentes/relevancia histórica de la LM.	11
Anatomía de la mama, fisiología de la lactancia y hormonas implicadas.	12
Clasificación de la Lactancia Materna.	14
CAPÍTULO 2:	16
Beneficios de la lactancia materna en la salud de la madre y del recién nacido.	16
Beneficios de la lactancia materna en la salud del recién nacido	16
Beneficios de la lactancia materna en la salud de la madre	17
Contraindicaciones de la Lactancia Materna.	18
Factores que dificultan el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.....	19
CAPÍTULO 3:	22
Estrategias para la promoción de la lactancia materna.	22
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFÍA.....	28
ANEXOS	30

RESUMEN

La lactancia materna es un tipo de alimentación infantil que suple las necesidades nutritivas del lactante. Es la recomendada de manera exclusiva durante los seis primeros meses de edad, por diferentes organizaciones sanitarias a nivel mundial.

Siendo, no solo un alimento ideal para el bebé por sus diferentes componentes, sino también por los efectos positivos que produce en la salud de la madre, actúa como barrera protectora contra diversas enfermedades; además, de asegurar un desarrollo cognitivo, inmunológico y fisiológico óptimo del lactante. También supone una reducción de costes sanitarios.

La incidencia en el inicio y continuidad de la LM en España, se halla por debajo de la tasa ideal de la OMS; esto se produce por factores internos relacionados con propia práctica del amamantamiento, como consecuencia de una mala técnica, y también, por factores externos relacionados con la madre, como sociales, familiares, económicos y laborales.

Es por ello, que los profesionales de la salud y especialmente los profesionales de enfermería, debemos de ser capaces de promocionar y favorecer la adherencia materna a este tipo de alimentación, además de mantener una actualización y formación constante en nuevos conocimientos relacionados con la lactancia materna, que nos permita proporcionar una correcta y completa Educación sanitaria amplia y efectiva. Todo ello con el objetivo final de que las mujeres dispongan de la capacidad de decidir llevar a cabo esta alimentación para sus bebés y cual es la mejor manera de hacerlo.

Palabras clave: Lactancia Materna, Promoción de la Salud, Educación Sanitaria.

ABSTRACT

Breastfeeding is a type of infant feeding that meets the infant's nutritional needs. It is recommended exclusively for the first six months of life by various health organisations around the world.

It is not only an ideal food for the baby because of its various components, but also because of the positive effects it has on the mother's health, acting as a protective barrier against various diseases, as well as ensuring optimal cognitive, immunological and physiological development of the infant. It also reduces health care costs.

The incidence of initiation and continuation of BF in Spain is below the WHO ideal rate; this is due to internal factors related to breastfeeding practice itself, as a consequence of poor technique, and also to external factors related to the mother, such as social, family, economic and work-related factors.

For this reason, health professionals, and especially nursing professionals, must be able to promote and encourage maternal adherence to this type of feeding, as well as keep constantly updated and trained in new knowledge related to breastfeeding, which allows us to provide correct and complete health education that is both comprehensive and effective. All of this with the final objective that women have the capacity to decide to carry out this type of feeding for their babies and the best way to do it.

Keywords: Breastfeeding, Health Promotion, Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

- **LM:** Lactancia Materna.
- **LME:** Lactancia Materna Exclusiva.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **UNICEF:** Fondo Internacional de Emergencias de las Naciones Unidas para la Infancia.
- **ENS:** Encuesta Nacional de Salud.
- **RN:** Recién Nacido.
- **AP:** Atención Primaria.
- **APS:** Atención Primaria de Salud.

INTRODUCCIÓN.

Estado actual y justificación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y El fondo Internacional de Emergencias de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), dentro de la Estrategia global para la alimentación del lactante y el niño pequeño, para su óptimo desarrollo y crecimiento, recomiendan iniciar la LM en la primera hora de vida y mantenerla de manera exclusiva durante los 6 primeros meses de vida. Además de conservarla junto a la alimentación complementaria hasta los dos años.¹⁶⁾¹⁹⁾

A pesar de los múltiples beneficios que presenta la LM a corto y largo plazo en la salud de la madre y del recién nacido ¹⁹⁾, las cifras de inicio y conservación de la LME hasta los seis meses de vida, concretamente en España se encuentran por debajo de las recomendaciones de la OMS y Unicef (50%)²⁵⁾.

Los datos más recientes reflejan que la duración media de la LM en España es de aproximadamente seis meses.²⁵⁾ Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2017, el 73,9% de los recién nacidos en España recibían lactancia materna durante las primeras seis semanas de vida; sin embargo, esta cifra disminuye progresivamente; al tercer mes solo el 66,5% continuaba siendo amamantado, y al sexto mes la proporción descendía hasta el 46,9%. (ver Anexo 1) ¹⁸⁾²⁵⁾

Cuando se analiza específicamente la lactancia materna exclusiva (LME), los porcentajes son aún más bajos. De acuerdo con la ENS de 2012, solo el 28,5% de los lactantes mantenía LME hasta los seis meses.¹⁶⁾ Esta cifra descendió preocupantemente en la ENS de 2017, alcanzando apenas un 12,5,1% lo que evidencia una tendencia a abandonar precozmente esta práctica recomendada por la OMS y otros organismos de salud. A nivel global, se observa una disparidad significativa entre regiones. Las tasas más altas de LME se registran en el sur de Asia con un 60 % y en el este y sur de África, con un 57%. Entre 1995 y 2015, se produjo un aumento considerable en estas regiones: un 14% en África subsahariana y un 28% en el sur de Asia, lo que refleja una mejora en la promoción y el apoyo a la LM en contextos de bajos ingresos.²⁵⁾

No obstante, los datos recopilados por UNICEF en 2016 indican que a nivel mundial, solo 2 de cada 5 niños, es decir un 43% continúan siendo amamantados a los seis meses de vida, lo que pone de manifiesto la necesidad de reforzar las estrategias de promoción, protección y apoyo a la LM, especialmente en países desarrollados como España. ²⁵⁾

La LM aporta numerosos beneficios tanto a corto como a largo plazo para la salud del binomio madre-bebé. La composición única de la leche materna proporciona los nutrientes esenciales para un adecuado desarrollo del sistema inmunológico del recién nacido, al tiempo que lo protege frente a enfermedades virus y bacterias, lo que contribuye significativamente a reducir la morbilidad infantil. Diversas investigaciones han demostrado que la LM favorece el desarrollo, reflejado posteriormente en un mayor rendimiento académico y mejores resultados en pruebas de inteligencia.

En cuanto a la madre, la lactancia también tiene un impacto positivo en su salud. Desde el punto de vista psicológico, amamantar reduce el riesgo de padecer depresión posparto y ansiedad. Fisiológicamente, facilita la involución uterina tras el parto y contribuye al espaciamiento natural entre embarazos a largo plazo se ha relacionado con un menor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer, como el de mama y ovario.

A pesar de los múltiples beneficios que ofrece la LM, existen numerosas barreras que dificultan el inicio y mantenimiento de la misma. Se debe destacar como barrera principal el escaso

conocimiento sobre el proceso de lactancia por parte de la mujer, lo que le conduce a una situación de estrés y ansiedad que ponen en riesgo el mantenimiento de la LM.

De esta manera, el inicio y conservación de la LME, está determinado por diversos factores socioculturales, económicos, laborales, por la atención posparto inmediata, las características del parto y los cuidados posparto que reciben influyen enormemente en la decisión de las mismas. 19)

Entre los factores que favorecen el inicio de la LME son: la experiencia previa de la LM con anteriores hijos y el apoyo por parte de la pareja.18) Sin embargo, aquellos que disminuyen el inicio de la LME son; los embarazos múltiples, el uso de la epidural y los partos prematuros.

El papel de la enfermería adquiere una posición relevante. Es la encargada de proporcionar información clara y verídica acerca de la LM antes, durante y posterior al embarazo. La educación realizada en el hospital tras el parto adquiere gran importancia en la durabilidad de la LM en el tiempo. 18)

Por ello, desde el personal de enfermería se deben aplicar estrategias y métodos que favorezcan la ayuda a madres que presenten obstáculos o dudas durante el proceso de lactancia 19). Pudiendo, ser una de ellas la incorporación de la matrona en la planta de obstetricia, como figura única y para la LM 19)

Motivada por mi rotatorio en la planta de maternidad decidí escoger la LM como tema principal para mi trabajo final de grado. Durante mi estancia en esta unidad, pude conocer de primera mano los retos y barreras a los que se enfrentan tanto las madres como los profesionales de enfermería. Somos un referente para las mujeres en esta materia, desde la AP hasta los hospitales, donde la educación y cuidados sanitarios impartidos a cada mujer, pueden cambiar el rumbo de esta práctica. Además, fui realmente consciente de la relevancia a nivel mundial de salud pública, donde la promoción por parte del personal especializado, puede adquirir un papel importante en la prevención de enfermedades a corto y largo plazo en el binomio materno-infantil.

METODOLOGÍA.

Objetivos.

Objetivo principal:

- Analizar el papel de los profesionales de enfermería en la promoción y adhesión a la lactancia materna y su impacto en la salud materna y neonatal.

Objetivos secundarios:

- Determinar la incidencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida a nivel estatal y mundial.
- Describir los beneficios de la lactancia materna en la salud de la madre y del neonato, centrado en los efectos a corto y largo plazo.
- Describir las diferentes estrategias de Enfermería para el fomento de la lactancia materna durante los seis primeros meses de vida.

Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Con este trabajo académico se pretende realizar una revisión bibliográfica sobre el papel de la enfermería en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna y las repercusiones en la salud de la madre y del neonato.

Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Dialnet, Pubmed, Scielo y Cochrane; por otro lado, también se ha hecho uso de la información reportada por algunos documentos oficiales del Ministerio de Sanidad, INE (Instituto Nacional de Estadística) y la Asociación Española de Pediatría (AEP), para aportar al presente trabajo de un mayor rigor científico.

La búsqueda de los artículos en las diferentes bases de datos científicas, que han sido empleados en el trabajo, se ha realizado durante los meses de abril de 2025 y mayo de 2025. Se seleccionaron los Descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH), a través de la cual se obtuvieron diferentes resultados (Tabla 1).

Tabla 1: Descriptores MesH y DeCs.		
Palabras del lenguaje natural	MeSH	DeCS
Enfermería	Nursing	Enfermería
Lactancia Materna	Breastfeeding	Lactancia materna
Maternidad	Maternity	Maternidad
Apoyo a la lactancia	Breastfeeding support	Apoyo a la lactancia
Cuidado/atención de Enfermería	Nursing care	Atención de Enfermería
Promoción de la Salud	Health Promotion	Promoción de la Salud
Riesgo para la Salud	Health Risk	Riesgo a la Salud
Incidencia	Incidence	Incidencia
Prevalencia	Prevalence	Prevalencia
Factores de riesgo	Risk Factors	Factores de riesgo
<i>Fuente: elaboración propia</i>		

Una vez finalizada la búsqueda, se seleccionaron aquellos artículos que se adecúan más a los objetivos del trabajo y se establece la ecuación de búsqueda a través de combinar estos descriptores con los diferentes operadores booleanos: ``AND`` y ``OR``

Con el objetivo de concretar al máximo el número de artículos, se han establecido los siguientes límites en la búsqueda. En primer lugar, se ha filtrado aquellos artículos cuya especie fueran humanos; en relación al idioma los artículos en español y/o en inglés estaban incluidos; los textos deben de aparecer completos y ser gratuitos. Por último, la fecha de publicación, incluye los últimos cinco años (2019-2025), exceptuando 3 artículos que se encuentran fuera del límite temporal, ya que su contenido enriquece la revisión bibliográfica y aportan relevancia y evidencia científica al tema elegido, además se ha incluido algún artículo que referencia el papel de la enfermera en la promoción y adhesión a la LM, para lo cual tampoco se ha tenido en cuenta el año de publicación. Todo ello con la finalidad de poder contextualizar adecuadamente el tema a tratar.

En relación a los criterios de inclusión, se establece un espacio temporal que comprende los años 2019-2025, empleando de manera excepcional 3 artículos que se encuentran fuera del límite temporal, ya que su contenido enriquece la revisión bibliográfica, en los que se explica el papel de la enfermera en la promoción y adhesión a la LM, y por lo tanto; permiten contextualizar el tema elegido.

Con respecto a los criterios de exclusión, se encuentran aquellos artículos cuyo acceso no era gratuito y no se podía acceder al documento completo, así como los artículos duplicados.

Se obtuvieron un total de 350 artículos, los cuales, tras aplicar los diferentes criterios de inclusión y exclusión, así como filtros, se redujeron a 100 artículos; posteriormente, tras realizar una

lectura se descartaron 65 artículos y se obtuvo un número final de 25 artículos en los que se ha basado el presente trabajo.

DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS.

Esta revisión bibliográfica, se ha desarrollado en tres capítulos bien diferenciados:

- **El Capítulo 1:** describe la historia de la LM destacando la figura de las nodrizas; además se explica la anatomía básica de la mama así como, la fisiología y las hormonas implicadas en la lactancia. Por último, se describe la clasificación de los tipos de lactancia según la Guía de Buenas Prácticas Clínicas de la RNAO.
- **El Capítulo 2:** describe los beneficios de la práctica de la LM en la salud del neonato y de la madre y corto plazo, se indican cuáles son las contraindicaciones absolutas de la LM, además de explicar las barreras que condicionan el inicio y mantenimiento de la misma.
- **El Capítulo 3:** describe el papel de enfermería en la promoción de la LM, la importancia de la extracción de leche materna, así como la técnica adecuada de amamantamiento y las posiciones más indicadas para cada madre e hijo. Por último, se explica el papel de la IHAN para el establecimiento de una lactancia exitosa en todo el mundo

CAPÍTULO 1:

Antecedentes/relevancia histórica de la LM.

4)7)13)

La historia de la LM está fuertemente ligada a la historia de la humanidad, siendo una práctica tan antigua como la misma. Se remonta a épocas prehistóricas, cuando la única opción de alimentación para el bebé era la LM, y que no solo representaba una fuente de nutrición para él, sino que era una vía para fortalecer el vínculo afectivo entre madre e hijo.

Algunas de primeras piezas relacionadas con la LM han sido halladas en Europa. Estos objetos son similares a recipientes con boquilla elaborados exclusivamente para la alimentación de los lactantes alrededor del 2000 AC, lo que evidencia una preocupación incipiente por la nutrición del bebé.

Por otro lado, en el periodo de Mesopotamia se desarrolla un escrito, el código de Hammurabi, redactado en el 1800 AC, el cual, contenía las primeras regulaciones acerca de la figura de las nodrizas, por las que se sugería alimentar al RN con leche materna durante un tiempo mínimo de 2 años y un máximo de 4 años, lo que manifiesta la importancia de esta práctica para un óptimo desarrollo del lactante.

En cambio, es en el año 1500 AC, cuando se redacta el Papiro de Ebers; un documento que comienza a dar mayor relevancia a la LM y al cuidado de los recién nacidos. Ebers, fue la persona que dio a conocer diferentes técnicas para estimular el pecho y favorecer por lo tanto la producción de leche, a través de infusiones como las de espinas de pez gato, además de explicar posturas para amamantar y prácticas higiénicas para proteger al niño de enfermedades durante el periodo de lactancia.

Durante el periodo de la Edad Antigua, comprende las tres civilizaciones de Egipto, Grecia y Roma, la LM era un factor clave para el óptimo desarrollo del bebé. Es en esta primera, Egipto, el lugar donde las clases más altas de la sociedad (faraones), tenían un papel muy importante ya que eran los que decidían de manera muy selecta quienes iban a ser sus nodrizas, y por lo tanto no solo por ser las encargadas de alimentar a sus hijos, sino también por qué su salud y carácter tenía una influencia directa en ellos.

En Grecia, Sorano de Éfeso, un médico muy influyente en la ginecología y la pediatría de la época, tuvo un papel muy relevante durante el puerperio de la mujer, cuya recomendación principal fue que las nodrizas serían las encargadas de alimentar a los RN y no las madres que habían tenido un parto más complicado. Es en este periodo histórico en el que las nodrizas adquieren mayor importancia, y serían las familias de clases más altas las que adquirirían aún más prestigio al contar con este servicio. Además, Sorano de Éfeso, fue la figura que dictó que la lactancia debía de durar unos 2-3 años y sería el destete y la dentición los eventos más importantes de la vida del infante.

Sin embargo, en la Antigua Roma, dar el pecho estaba relacionado con un envejecimiento prematuro y con el deterioro de las mamas. Es por ello que las nodrizas, eran las mujeres encargadas de alimentar a los niños a cambio de recibir dinero, lo que puso de manifiesto la evidente ausencia del vínculo afectivo madre-niño. Durante esta época eran los maridos de las nodrizas quienes recibían este dinero al considerarse que era el hombre el más perjudicado ante el desgaste de su mujer. Esto se tradujo en que el papel de la nodriza pasó a convertirse en un trabajo y estilo de vida con el que ganarse un sueldo, incluso abandonando a sus hijos para poder alimentar a otros bebés. Por otro lado, estas mujeres debían de tener unas características muy concretas; se requería juventud y, por lo tanto, tener una edad entre los 25 y 30 años, debía de tener un carácter cariñoso y su producción de leche debía de ser elevada. Fueron precisamente

los romanos, quienes divulgaron las primeras leyes de protección del niño, siendo el tutor legal el encargado de que éste recibiese una adecuada alimentación.

El papel de las nodrizas fue esencial en múltiples países de Europa, especialmente en Francia en los SXVI-XVII; sin embargo, durante la Revolución Industrial (SXVII-XIX), la LM comenzó a ser sustituida por las fórmulas artificiales, ante la creación exponencial de fábricas y la consiguiente incorporación de la mujer a la industria en la que las jornadas laborales eran muy extensas lo que las alejaba de sus hogares, dificultando la lactancia. Encontraron en este producto una alternativa ante esta nueva situación.

Posteriormente a la Segunda Guerra Mundial, se introdujeron alternativas a la LM como fórmulas a partir de agua, azúcar y leche de vaca. Es a partir de la introducción de los suplementos alimenticios y fórmulas artificiales, cuando el papel de las nodrizas empieza a decaer, siendo su desaparición a finales de los años ochenta, coincidiendo con la aparición del Sífilis y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), lo que generó el pensamiento en la sociedad de que a través de la leche se transmitían diversas enfermedades.

Es en los años 50 cuando la Lactancia Artificial comenzó a ser recomendada por la mayoría de centros sanitarios del primer mundo, nombrando este periodo como *“el periodo del destete inducido comercialmente”*. Pero es en este preciso momento, cuando la morbimortalidad infantil se elevó exponencialmente, más concretamente en los países con menos recursos, causada por infecciones relacionadas con la desinfección de los biberones. Es debido a este suceso, cuando la OMS y el país de Escandinavia, a través de campañas para la promoción de la LM a finales de los años 70, consiguen elevar su prevalencia.

En la actualidad, la LM se establece como la mejor forma de alimentación para el recién nacido, es por ello que, los profesionales de la salud tienen un papel proactivo en la promoción y adhesión a la LM, a través de la transmisión de una información clara y verídica. Son múltiples los estudios que demuestran las ventajas sanitarias, económicas y emocionales que esta práctica supone.

Anatomía de la mama, fisiología de la lactancia y hormonas implicadas.

Anatomía de la mama.

21)5)

La glándula mamaria es una estructura anatómica de carácter túbulo-alveolar y ramificada que se corresponde con los mamíferos; tiene la capacidad de sintetizar, secretar y proporcionar leche, como método de nutrición para favorecer la supervivencia de las crías una vez la madre da a luz. La maduración total de este órgano se produce en el periodo de la lactancia y durante la gestación. Tras el periodo de lactancia la mama recupera un estado de reposo (Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, 2004)

Las diferentes especies, mantienen una estructura muy análoga, en la cual la mama está formada por un parénquima glandular, alveolos, conductos y estroma de soporte; además, a nivel tisular comprende el tejido adiposo subcutáneo, el tejido epitelial conjuntivo, el interlobulillar glandular, el intraglandular y el músculo pectoral mayor.

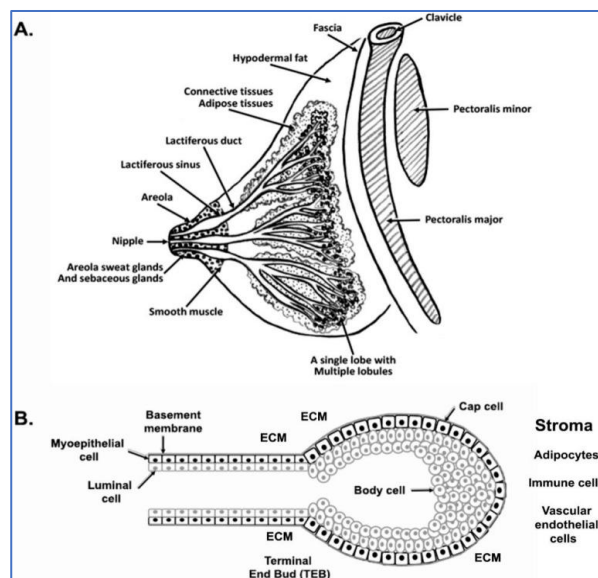
Los alveolos son estructuras con una dimensión de cavidad esférica recubiertos por células secretoras de leche y rodeados de células mioepiteliales. Los alveolos confluyen para formar lobulillos y a la combinación de 20-40 lobulillos se denomina lóbulo. Cada lóbulo está irrigado

por un conducto lactífero. La distribución de la leche comienza precisamente en los alveolos y avanza a través de los conductos, por los cuales se distribuye a las diferentes partes del pezón.

En relación a la localización de la mama, ésta, está situada a nivel vertical entre las segunda y sexta costilla, comienza en el margen lateral del esternón, avanzando hasta la línea axilar media. Comprende la parte superior de la fascia del musculo pectoral mayor y parte de la fascia del músculo serrato anterior. Además, son los Ligamentos de Cooper, formados por tejido conectivo fibroso, los encargados de mantener el soporte de la mama.

Por último, en la parte central de la cara anterior de la mama está el pezón, una estructura anatómica compuesta por fibras musculares lisas que se contraen ante estímulos mecánicos favoreciendo su erección. Es en la parte más superficial donde los conductos galactóforos salen de manera individual y coinciden en el esfínter que permite la eyección de leche. La areóla es la base del pezón que contiene las glándulas sebáceas o glándulas de Montgomery y cuya función principal es lubricar el pezón.(Figura 1).

Figura 1: Anatomía de la mama.



Fuente: Biswas SK, Banerjee S, Baker GW, Kuo CY, Chowdhury I. La Glándula Mamaria: Estructura Básica y Señalización Molecular durante el Desarrollo. Int J Mol Sci. 31 de marzo de 2022; 23(7):3883. doi: 10.3390/ijms23073883. PMID: 35409243; PMCID: PMC8998991

Fisiología de la lactancia y las hormonas implicadas.

14)24)

La denominada producción de leche materna o *lactogénesis* puede clasificarse en tres etapas bien diferenciadas.

- (a) **Lactogénesis I.** La que marca el inicio de la primera etapa; comienza durante el segundo trimestre de la gestación y se produce alrededor de las semanas 15-20 de embarazo. Este periodo, se ve impulsado por la acción de diferentes hormonas, además de preparar las mamas para la lactancia.

- (b) **Lactogénesis II, o inicio de producción de leche.** Se experimenta, en las 30-40 horas posteriores al parto. Es el periodo que se inicia tras el nacimiento y consiguiente extracción de la placenta; tras este momento, los niveles de la hormona progesterona se reducen considerablemente; esto permite que la acción de las hormonas, en especial, la prolactina aumente su producción y se de lugar a la conocida “*subida de leche*”. También, hormonas tales como la insulina, la tiroxina y la oxitocina actuarán de manera activa bajo el sistema endocrino tras dar a luz. Durante las 50-73 horas posparto la mujer sentirá las mamas llenas y tirantes.
- (c) **Lactogénesis III o Galactopoesis.** Esta última etapa se encarga de conservar la lactancia: en este caso no actúa bajo las órdenes del sistema endocrino, sino que actúa de manera autocrina, es decir cuanto mayor sea la estimulación de la mama, mayor es la producción y, por lo tanto, se adecua a la demanda del RN.

En relación a las hormonas implicadas durante la lactancia, destacamos:

- En primer lugar, **la prolactina**, secretada por la hipófisis anterior y cuya función principal es la producción de leche en los alveolos mamarios. Su producción se ve incrementada, ante estímulos como la succión del complejo pezón-areola y la extracción manual.
- **Los estrógenos**, que se encargan del crecimiento de los conductos y del sistema glandular de la mama y de estimular la secreción de la hormona prolactina, mientras que **la progesterona** se encarga del crecimiento de los lóbulos y alveolos mamarios, además de inhibir la lactancia y la secreción de leche. Ambas hormonas se producen durante la gestación y se reducen considerablemente tras el parto; sin embargo, no se reducen por completo y pasan a través de la leche materna al lactante, influyendo positivamente para la maduración pulmonar y la organogénesis fetal.
- **La oxitocina**, una hormona secretada desde la hipófisis posterior y cuya función como esencial es favorecer la eyección de leche, a través de la contracción de células mioepiteliales que facilitan la conducción de la misma en el conducto mamario y sale a través del pezón. Su producción viene dada por estímulos tales como; la succión del bebé, por el llanto, el dolor y otras situaciones.

Todas estas hormonas, actúan de manera que la madre realiza una producción de leche suficiente y adecuada a las necesidades del RN.

Clasificación de la Lactancia Materna.

9)10)

Se puede clasificar la lactancia materna en cuatro grupos bien diferenciados, siguiendo la Clasificación de Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Esta asociación, formada por profesionales y estudiantes de enfermería es la encargada de divulgar guías de Buenas Prácticas Clínicas, tales como la Guía de Lactancia Materna, a través de la evidencia, y cuyo objetivo es la estandarización de los cuidados en los diferentes sistemas de salud.

En primer lugar, establece que la Lactancia Materna Exclusiva (LME), es aquella en la que el “*el lactante recibe leche materna directamente (de la persona lactante) o indirectamente (leche extraída del pecho)*”; además, “*el lactante también puede recibir vitaminas en forma de gotas o jarabe, suplementos minerales o medicamentos*”, y por lo tanto “*no recibe ningún otro tipo de alimento líquido o sólido*”.

Por otro lado, establece que la Lactancia Materna Predominante, es aquella en la cual, *“el lactante recibe leche materna directamente (de la persona lactante) o indirectamente (leche extraída del pecho) como fuente principal de alimentación”*. El recién nacido *“también puede recibir agua, bebidas a base de agua o zumos de frutas, así como vitaminas en forma de gotas o jarabe, suplementos minerales o medicamentos”*, de igual manera que en la LME; sin embargo, *“no recibe ningún otro tipo de alimento líquido o sólido”*.

En la Lactancia Materna (LM), *“El lactante recibe leche materna, incluyendo leche extraída del pecho, así como otros alimentos o líquidos, incluyendo leche no humana o fórmula”*.

Por último, existe la Lactancia no Materna, en la que *“el lactante recibe leche artificial (de fórmula) y/o de origen animal”*; además *“el lactante no recibe leche materna directamente (de la persona lactante) ni indirectamente (leche extraída del pecho)”*.

CAPÍTULO 2:

Beneficios de la lactancia materna en la salud de la madre y del recién nacido.

22) La LM es una práctica natural tan antigua como la historia humana. Define como meta prioritaria apoyar el bienestar físico y emocional de la madre y del RN. La leche materna satisface con precisión las demandas metabólicas del neonato, suministrando los nutrientes indispensables para un crecimiento y desarrollo óptimos. Son muchos los estudios que apoyan sus beneficios inmunológicos resaltando su papel en la protección frente a enfermedades a corto y largo plazo: además, la LM contribuye significativamente en la recuperación posparto de la madre y actúa como un factor protector frente a diversas enfermedades crónicas.23).

Beneficios de la lactancia materna en la salud del recién nacido

12)

En primer lugar, la leche materna ofrece al RN un suministro óptimo de nutrientes de la mayor calidad, los cuales son de fácil digestión y se adaptan perfectamente a sus requerimientos metabólicos.

Su estructura y composición equilibrada, no solo aseguran un correcto aporte de energía, sino que también un alto contenido de agua, lo que contribuye a mantener una adecuada hidratación en los primeros días de vida.1)23)6)

El inicio de la LM durante la primera hora de vida está directamente relacionado con una significativa disminución de la mortalidad infantil. En esta etapa inicial, el recién nacido recibe el calostro, una sustancia rica en inmunoglobulina A (Ig A), que desempeña un papel clave en el desarrollo del sistema inmunológico. Esta inmunoglobulina forma una capa protectora sobre las mucosas del tracto gastrointestinal, respiratorio y otros tejidos actuando como una barrera eficaz frente a infecciones, virus y bacterias. 1)23). Proporciona una protección pasiva al RN, ya que estos anticuerpos reflejan la exposición previa de la madre a vacunas, alérgenos y diversos antígenos del entorno, fortaleciendo así las defensas del lactante frente a agentes patógenos comunes. 1.)

Además de sus beneficios inmunológicos, la LM se ha relacionado con un mejor desarrollo neurológico. Diversas investigaciones han evidenciado que los niños amamantados presentan un desarrollo más avanzado de la sustancia blanca cerebral, lo que se traduce en un mejor rendimiento cognitivo. Como resultado, se ha observado que estos niños tienden a obtener puntuaciones más altas en pruebas de inteligencia y logran un desempeño académico superior en etapas posteriores de su desarrollo.23)

La práctica de la LME en los primeros meses de vida de los bebés tiene un gran impacto positivo en su salud, especialmente en los países de medios y bajos ingresos. En estas regiones, se estima que la LME puede reducir en un 12% el riesgo de morbilidad en lactantes, previniendo aproximadamente un millón de muertes infantiles a nivel mundial, en comparación con aquellos que no reciben este tipo de alimentación. 1)6)23)

En los países de altos ingresos, la LME también demuestra beneficios relevantes. Se ha observado una disminución del riesgo de *Síndrome de Muerte Súbita del Lactante*, especialmente gracias al efecto protector que ejerce la succión nocturna.1) Asimismo, la incidencia de enterocolitis necrosante, enfermedad inflamatoria intestinal grave que afecta principalmente a recién nacidos prematuros, se reduce en un 58-77%.23)6)

En cuanto a las enfermedades respiratorias, la LME durante los primeros cuatro meses de vida protege de forma eficaz frente al Virus Respiratorio Sincitial, reduciendo el riesgo de infección hasta en un 74%.1). Además, mantener la LME hasta los cinco meses o complementarla hasta los 23 meses se asocia con una disminución de casos de neumonía. 1)23)

A largo plazo, la LM también influye positivamente en la salud metabólica y cardiovascular. Diversos estudios relacionan la LME con una reducción del 15-30% en la prevalencia de obesidad durante la adolescencia y la adultez. Este efecto se explica, en parte, por la capacidad del lactante para autorregular la cantidad de leche que ingiere y por la composición de la leche materna, que contribuye a una ganancia de peso más lenta y controlada. Además, se ha vinculado con un menor riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares en etapas posteriores de la vida. 1)23)6)

A corto plazo, la LME se asocia con una notable reducción del riesgo de diversas patologías comunes en la infancia; por ejemplo, disminuye en un 50% la probabilidad de padecer otitis media en comparación con los niños que no son amamantados, y reduce hasta quince veces la mortalidad por neumonía, lo que refuerza su papel como medida preventiva fundamental en Salud Pública.23)1)6)

En relación con las enfermedades alérgicas, diversos estudios señalan que amamantar al menos durante los primeros cuatro meses de vida disminuye significativamente la probabilidad de desarrollar alergia a la proteína de leche de vaca a los 18 meses de edad. De forma similar, la LM prolongada ha demostrado un efecto protector frente a la enfermedad celiaca, con una reducción del riesgo de hasta un 52% cuando el lactante continúa siendo amamantado en el momento de la introducción del gluten en la dieta 1)6); asimismo, la LM se ha asociado con una menor incidencia de enfermedades inflamatorias intestinales (EII) durante la infancia. También contribuye a reducir el riesgo de malnutrición, favorece el tránsito intestinal y disminuye la incidencia de estreñimiento. A nivel bucodental, ayuda a prevenir problemas de maloclusión, ya que reduce el uso de chupetes y otros dispositivos que alteran el desarrollo oral normal 1).

Por último, se ha demostrado que los beneficios de la LM en la prevención de infecciones gastrointestinales se extiende incluso hasta dos meses después del destete. Por último, la LM durante seis meses o más, se relaciona con una disminución del 19% en el riesgo de desarrollar leucemia infantil, lo que refuerza su importancia no solo en el corto, sino también a largo plazo.1)6)

Beneficios de la lactancia materna en la salud de la madre

La LM no solo aporta beneficios al RN, sino que también tiene efectos positivos relevantes sobre la salud física y emocional de la madre, tanto a corto como a largo plazo.

De manera inmediata, el contacto piel con piel tras el parto estimula la liberación de oxitocina, una hormona clave que favorece la contracción del útero, lo que contribuye a su involución y ayuda a reducir el riesgo de hemorragia posparto. Además, los niveles elevados de oxitocina aumentan el umbral del dolor, generando una mayor sensación de bienestar durante el puerperio.1)23)

Durante la LME, la mujer atraviesa un periodo de amenorrea debido a los bajos niveles de estrógenos y progesterona, lo que disminuye la probabilidad de ovulación y, por tanto, contribuye al espaciamiento natural entre embarazos (UNICEF,2019). Éste fenómeno se conoce como el método anticonceptivo de la lactancia o método MELA.

En términos metabólicos, durante el embarazo se forman depósitos lipídicos que son utilizados en los primeros meses de lactancia como fuente de energía. Dar el pecho consume alrededor de 500 calorías diarias, lo que favorece la pérdida de peso ganado durante la gestación. La

recuperación física de la madre también tiene un impacto positivo sobre su autoestima y autoimagen.¹⁾

En relación a las enfermedades metabólicas, la acción de la oxitocina y la movilización de los depósitos grasos favorecen una mejor sensibilidad a la insulina y, por lo tanto; disminuye el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2. Además, se ha observado una reducción del 28% en el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en aquellas mujeres que practican la lactancia durante más de un año, esto se debe, a los cambios metabólicos positivos que ocurren durante la lactancia, como la pérdida de peso y el mejor perfil lipídico.¹⁾

Desde una perspectiva hormonal y ósea, la lactancia contribuye a la remineralización del calcio en los huesos, lo que se traduce en un menor riesgo de padecer osteoporosis y fracturas en comparación con mujeres que no amamantan. También se ha observado una reducción de la presión arterial, posiblemente relacionada con la acción vasodilatadora de la oxitocina durante la estimulación del pezón, lo que disminuye el riesgo de desarrollar hipertensión arterial.¹⁾²³⁾

A largo plazo, la LM presenta un efecto protector frente a diversas enfermedades crónicas. Amamantar durante más de 12 meses reduce entre un 4,3% y 7% el riesgo de desarrollar cáncer de mama, gracias a la disminución de los niveles de estrógenos que inhiben la proliferación celular. Por cada mes adicional de lactancia se reduce en un 2% el riesgo relativo de cáncer de ovario, asociado a la supresión hormonal y la amenorrea prolongada. Diferentes estudios también revelan un efecto protector frente al cáncer de endometrio.¹⁾²³⁾

A nivel psicológico, la LM se asocia con una menor incidencia de depresión posparto. La oxitocina, liberada durante la succión del pezón, no solo promueve el apego madre-hijo, sino que también regula el eje psico-neuroinmunológico, disminuyendo los niveles de cortisol y la hormona adrenocorticotropa (ACTH) lo que contribuye a reducir la ansiedad, especialmente entre la sexta y octava semana posparto.¹⁾²³⁾

Por último, la LM fortalece el vínculo emocional entre madre e hijo. La cercanía, la interacción constante y la capacidad de la madre para responder de manera más precisa a las necesidades del lactante fomentan una relación de apego segura, lo que tiene implicaciones positivas para el desarrollo emocional y social de ambos.

Contraindicaciones de la Lactancia Materna.

54)

Existen una serie de situaciones concretas tales como, diversas patologías de la madre y del RN, así como determinadas condiciones fisiológicas del mismo, en las que la LM está totalmente contraindicada. Estas situaciones deben de ser valoradas de manera precisa por los profesionales para proteger la salud del binomio madre e hijo.

En el caso de madres portadoras del virus linfotrópico de células T humanas tipo I o II (HTLV-I/II) sin tratamiento, la lactancia materna está absolutamente contraindicada, tanto en forma directa como mediante la extracción de leche, debido al alto riesgo de transmisión al lactante. Asimismo, enfermedades infecciosas como la tuberculosis activa o el herpes en la mama contraindican temporalmente la lactancia. En estos casos, se debe suspender la lactancia hasta que se hayan completado al menos dos semanas de tratamiento adecuado y se confirme la remisión de la enfermedad.

En cuanto a la infección por el virus de varicela-zóster, si la madre presenta varicela entre cinco días antes del parto y dos días después, se recomienda separar al RN hasta que desaparezcan los síntomas y las lesiones cutáneas hayan cicatrizado por completo. Es preciso, evitar el contacto directo con las vesículas y los RN deben de recibir una dosis intramuscular de una inmunoglobulina específica para prevenir de complicaciones.

De la misma manera, ante la existencia de lesiones activas en la mama o alrededores, independientemente de la causa, se contraindica la lactancia hasta que la lesión se haya resuelto, a fin de evitar la exposición del bebé a posibles agentes patógenos.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sigue considerándose una contraindicación absoluta para la LM en muchos contextos, debido al riesgo de transmisión a través de la leche, especialmente cuando no se dispone de tratamiento antirretroviral efectivo o seguimiento clínico adecuado.

Por otro lado, la infección por citomegalovirus (CMV) en madres seropositivas no representa una contraindicación para la LM en RN a término, ya que la transmisión del virus a través de la leche materna rara vez provoca enfermedad sintomática en estos casos.

En el caso de madres con hepatitis B, seropositivas para el antígeno de superficie (HBsAg+) la LM no está contraindicada. El recién nacido debe recibir, de forma rutinaria al nacer la vacuna contra la hepatitis B junto con inmunoglobulina específica, lo que proporciona una protección eficaz frente al virus. Del mismo modo, las madres que padecen infección por hepatitis C, pueden amamantar sin limitaciones, ya que no existe evidencia concluyente que relacione la lactancia con la transmisión del virus al RN.

En relación al consumo de sustancias durante el periodo de lactancia, a pesar de no existir una contraindicación absoluta general, el uso de drogas tales como el cannabis y, concretamente la cocaína está totalmente desaconsejada. Esto se debe a que diferentes componentes pueden pasar a través de la leche materna y tener efectos negativos en el desarrollo neurológico del lactante. Entre algunos de los efectos negativos que producen sobre el RN, se encuentran: la somnolencia excesiva, convulsiones recurrentes, el síndrome de abstinencia, además de un retraso en el desarrollo cognitivo y motor.

Por otro lado, a las madres que son diagnosticadas de manera aguda con el virus de la influenza H1N1, deben de permanecer aisladas de sus bebés, pero pueden continuar alimentándolos por medio de LM extraída. Esto además de permitir conservar los beneficios inmunológicos de la leche evita la necesidad de realizar un contacto directo del bebé a un posible contagio.

Finalmente, los tratamientos con quimioterapia, radioterapia y otros fármacos oncológicos están absolutamente contraindicados, durante la lactancia, debido al riesgo de toxicidad para el lactante. En estos casos, debe suspenderse la lactancia mientras dure el tratamiento y hasta que el medicamento haya sido eliminado completamente del organismo materno.

Factores que dificultan el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Uno de los principales factores que dificultan el inicio y mantenimiento de la LM es la falta de información adecuada por parte de muchas madres. El desconocimiento sobre los beneficios de la lactancia, las posibles barreras que puedan surgir, las diferentes técnicas de amamantamiento y los aspectos fisiológicos tanto maternos como del recién nacido, pueden generar situaciones de inseguridad y frustración, que pueden llevar a las mujeres a no iniciar la LM o abandonarla de forma prematura.¹⁾¹²⁾

Esta carencia de conocimiento provoca a muchas mujeres a experimentar ansiedad e insatisfacción cuando aparecen dificultades, incluso aquellas que son normales y frecuentes en el proceso de lactancia, como el dolor al inicio de las tomas, las grietas, la sensación de poca producción de leche o los problemas de agarre. En algunos casos, los problemas fisiológicos del binomio madre-neonato pueden generar una percepción errónea de incapacidad para amamantar, lo que llega a poner en riesgo la continuidad de esta práctica. 1)

Además, la persistencia de mitos y creencias erróneas en torno a la LM sigue teniendo un gran impacto en la toma de decisiones. Ideas como que amamantar siempre produce dolor, que muchas mujeres no generan suficiente leche, o que la lactancia puede debilitar a la madre, siguen circulando en la sociedad, generando inseguridad, especialmente en madres primerizas. Estos mitos, sostenidos por el desconocimiento generalizado pueden condicionar negativamente la actitud hacia la lactancia incluso antes del parto.

Por lo tanto, el acceso a una información clara, basada en evidencia científica y proporcionada por profesionales experimentados y capacitados, es esencial para empoderar a la madre, ayudarla a afrontar los desafíos del proceso y promover una lactancia materna exitosa y sostenida en el tiempo.

Uno de los factores que más influye en la decisión de no iniciar o interrumpir la LM es el tiempo y esfuerzo que esta práctica requiere. *“La incorporación de la mujer a la vida laboral”* representa una de las principales barreras para la continuidad de la LME 2) En muchos casos, la lactancia es descartada incluso antes del nacimiento del bebé, debido a la previsión de dificultades para compaginarla con las responsabilidades laborales lo que lleva a las madres a introducir la lactancia artificial o complementaria. La falta de medidas de conciliación y apoyo institucional agrava esta problemática, dejando a muchas madres sin las condiciones necesarias para mantener la lactancia.1)

Actualmente, en España, las políticas públicas no promueven activamente la lactancia materna ni contemplan el amamantamiento como una necesidad básica relacionada con la Salud Pública. Tampoco garantizan las condiciones necesarias para facilitar la LME durante los primeros seis meses de vida, como recomienda la OMS. Un ejemplo claro de esta falta de apoyo institucional, es la escasa duración de las bajas por maternidad: las 16 semanas de baja, 18 semanas en caso de partos múltiples de gemelos y 20 semanas si son trillizos, imposibilita cumplir la recomendación de la OMS. Esta descoordinación entre las recomendaciones sanitarias y las políticas sociales y laborales impide que muchas madres puedan mantener la LME sin interrupciones, obligándolas a recurrir a alternativas antes de lo deseado.2) Todo ello sumado a la falta de espacios habilitados para la extracción y conservación de leche en los centros de trabajo dificultan seriamente su mantenimiento.1)

La introducción y popularización de las fórmulas artificiales ha ofrecido a muchas madres una alternativa a la lactancia. Muchas mujeres no son plenamente conscientes de cómo la lactancia materna contribuye a reducir la morbilidad infantil y a fortalecer el vínculo madre-hijo.1)

Factores como los embarazos múltiples, el nacimiento de niños prematuros ya que estos bebés pueden presentar dificultades para realizar una succión eficiente desde el inicio, el uso de la epidural, la insuficiencia de producción de leche, problemas anatómicos de la mama que dificultan el agarre o la succión y cirugías previas de los senos pueden dificultar la instauración de la LM. A estos factores se le suman las dificultades derivadas de la falta de apoyo en el círculo cercano, así como la ausencia de acompañamiento continuo y proactivo por parte de los profesionales sanitarios. En algunos casos, los profesionales ofrecen alternativas como las fórmulas artificiales antes de investigar el origen del problema, ya sea de tipo fisiológico o de otro tipo. Incluso se puede recurrir a la suplementación innecesaria o introducir la alimentación complementaria antes de los seis meses, lo que genera en muchas madres sentimientos de frustración e insatisfacción, dificultando la continuidad de la LME.1)12)

Es crucial conocer las características del parto y la atención recibida por parte del personal sanitario, ya que estos factores juegan un papel crucial en el inicio y mantenimiento de la LM.

Por último, el diagnóstico de hipogalactia representa una barrera importante para el inicio y mantenimiento de la LM. En muchos casos, se observa una escasa ganancia de peso en el

lactante lo que genera en la madre la percepción de que el bebé no está recibiendo la suficiente leche. Este sentimiento puede estar relacionado con la falta de sensación de plenitud en los senos o con la disminución de la producción de leche durante los primeros días posparto. La creencia de que existe una insuficiencia de leche materna es, de hecho, uno de los motivos más comunes para el abandono de la LM.2)

CAPÍTULO 3:

Estrategias para la promoción de la lactancia materna.

- *Lactancia Materna Exitosa*

1)17) Son muchas las mujeres que en el momento del parto tienen claro cuál será la alimentación que darán a sus bebés, por ello, es fundamental que los profesionales de la salud conozcan con anterioridad si existe una intención real de amamantar, así como cuáles son las circunstancias vitales que podrían interferir con esta práctica. Por este motivo, la educación prenatal en LM adquiere gran relevancia, ya que se demuestra un aumento de la confianza, de las habilidades y los conocimientos de las mujeres.

2) 15)16)20) En este contexto, las madres tras dar a luz, generalmente, permanecen ingresadas una media de 48 horas en el ámbito hospitalario, un lapso de tiempo muy breve, en el que la información no llega a interiorizarse y en muchas ocasiones no se pueden tratar las complicaciones de la lactancia. Además, se debe recalcar que las características del parto y los cuidados postparto que reciben las mujeres en este ámbito influyen enormemente en la decisión de las mismas.

17)19) Es por ello que desde la Atención Primaria de Salud(APS), es fundamental el papel que ejercen los profesionales de enfermería y especialmente las matronas, tanto en el periodo prenatal como durante el periodo de gestación y tras el parto; es esencial ofrecer una información clara y verídica sobre la LM, ya que cómo se ha explicado con anterioridad, la carencia de conocimientos de las mujeres en esta materia es uno de los principales factores de abandono; por otro lado, se debe incidir las falsas creencias o mitos relacionados con la LM, ya que suponen un gran factor condicionante en el inicio o mantenimiento de la misma. Se establecerá como objetivo prioritario explicar los beneficios de la LM en la salud de la madre y del RN, así como explicar las contraindicaciones absolutas para llevar a cabo esta práctica, enseñar las diferentes técnicas de amamantamiento, las técnicas de extracción de LM, la fisiología de la LM, y los cuidados de las mamas para evitar complicaciones físicas futuras. 11) El apoyo por parte del profesional de enfermería eleva exponencialmente el éxito de la LM. Esto explica la relevancia de la formación y la capacitación de los profesionales de la salud en materia de LM.

3)20) Se debe recalcar que uno de los puntos clave para conseguir llevar a cabo una LM exitosa, es realizar un buen seguimiento por parte del profesional, por ello es importante que durante la primera semana posparto desde la consulta de AP se detecten cuáles son las complicaciones que hacen peligrar la LM. Durante estas consultas, se llevará a cabo la observación de la toma por parte del personal especializado en LM; para ello se utilizan diferentes escalas de valoración, como la LATCH Breastfeeding Assesment (LATCH) y la Bristol Breastfeeding Assesment Tool (BBAT),(ver Anexo 3) en las que se valora el agarre del RN a la mama, la posición, la succión y la transferencia de leche materna. Estas escalas permiten detectar anomalías en la técnica o cualquier incidencia relacionada, para poder corregirlas precozmente. Importante destacar que la primera observación de la toma se debería de producir en la primera hora posparto.

Como conclusión a este apartado, es importante saber que el personal de enfermería debe aplicar estrategias y métodos que favorezcan la ayuda a las madres que presenten obstáculos o dudas durante el proceso de lactancia 19). Entre las estrategias planteadas, se comprueba la efectividad de la incorporación de la matrona en la planta de obstetricia como figura única y para el fomento de la LM 19).

- *Técnicas de extracción de leche materna*

1)12)20) El personal de enfermería adquiere un papel clave en la educación de las madres en el periodo perinatal, para la extracción de la leche materna con el fin de prolongar y favorecer la adhesión a la LME hasta los seis meses de edad como establece la OMS. En las diferentes consultas, se deben de explicar los beneficios de la extracción, las posibles técnicas (manual y mecánico), así como la conservación de la leche extraída.

En primer lugar, la extracción de leche, evita complicaciones en la salud de la madre; al producirse el vacío de la mama, se reduce la probabilidad de padecer mastitis y congestión mamaria. De esta manera, al vaciar los pechos de manera continua, se estimula el pecho y se favorece la producción de leche materna.

Además, la extracción facilita la reincorporación de la mujer al mundo laboral, y ofrece una mayor flexibilidad, pues pueden extraerse la leche y dejar preparados los biberones, y ser otro miembro de la familia el encargado de alimentar al bebé, lo que favorece la creación de nuevos vínculos afectivos. Es, precisamente la incompatibilidad con el trabajo uno de los principales motivos de abandono de la LM; es por ello que, son muchos los trabajos/empresas que están creando espacios que permitan a las mujeres llevar a cabo la extracción.

Por último, es realmente necesario concretar a las mujeres, aquellas situaciones en las que no puede dar de amamantar, como; en niños que se encuentran hospitalizados, niños prematuros, o contraindicaciones de la madre que impiden el contacto directo con el RN.

- *Almacenamiento.*

1)12) Según la Guía de Practicas de LM, se deben seguir unas pautas para llevar a cabo un almacenamiento seguro y eficaz, entre las que se encuentran:

- *“Puede utilizar cualquier recipiente que sea apto para uso alimenticio (envases de plástico duro, vidrio o bolsas específicas para almacenamiento de leche materna)”.*
- *“Toda la leche debe ser fechada antes de su almacenamiento”.*
- *“Almacene la leche materna en pequeñas cantidades (aprox. 60 ml) para poder descongelar solo la que el bebé vaya a tomar inmediatamente”.*
- *“La leche fresca puede juntarse con la leche congelada, siempre y cuando la primera haya sido enfriada y sea menor cantidad que la congelada, de modo que, al mezclarse, la leche fresca no derrita la capa superior de la leche congelada”.*
- *“Almacene la leche en la parte central del frigorífico o congelador, donde la temperatura es más constante”.*

Se debe destacar que el tiempo de conservación de la leche materna depende de factores como el tipo de leche y la temperatura a la que ésta se almacena.

El calostro, como primera leche que se produce tras dar a luz, puede permanecer a una temperatura ambiente, entre 27°C Y 32º, durante un espacio de tiempo de 12 -14 horas, sin que se pierdan sus propiedades.

Por otro lado, la leche madura tiene diferentes periodos de conservación de acuerdo con la temperatura a la que se mantiene; a una temperatura de 15°C puede conservarse durante un día completo; a temperaturas entre 19 y 22 ° C su duración media es de unas 10 horas, mientras que a 25°C el tiempo de conservación se reduce a 4-8 horas. Por último, si la leche se refrigera a una temperatura entre 0 y 4°C, puede conservarse de 5 a 8 días.

En lo que respecta a la congelación de la leche materna, existen diferencias importantes: si se almacena en el congelador dentro del propio frigorífico (-15°C) su tiempo de conservación es de

aproximadamente 2 semanas. En el caso de que el congelador se encuentre en un compartimento aparte y su temperatura sea de -18°C , la leche puede durar entre 3 y 6 meses. Finalmente, en un arcón congelador a -20°C , el tiempo de conservación se extiende de 6 meses a un año completo.

- **Técnica de amamantamiento.**

12) Los aspectos principales que deben valorar tanto los profesionales como la madre para poder llevar a cabo una lactancia efectiva son la postura, el agarre y la transferencia de leche.

En relación al lactante, debe ser él, el que inicie la búsqueda del pecho y por lo tanto se produzca un agarre espontáneo. Si esto supone dificultad o no se produce, entonces, será la madre quien inicia un agarre dirigido.

La apertura de la boca del bebé, debe abarcar la mayoría del pezón materno, siendo visible en mayor proporción la parte superior que la inferior de la aréola. Para ello, el labio inferior adquiere una posición evertida y ambos labios se colocan de tal forma que se crea un ángulo de 120° . Si el agarre es adecuado, las mejillas visiblemente no se encuentran hundidas, sino que adoptan una forma redondeada y se llenan al mamar. Por lo que, no se deben escuchar chasquidos al succionar, ya que sería un signo claro de que el agarre es incorrecto. Para una LM eficaz el pezón no debe deformarse, sí que adquiere una forma redondeada al dejar de succionar, tampoco ha de producir dolor en el pecho de la madre.

Cuando nombramos el término “*transferencia*” nos referimos a la leche que ingiere el lactante durante la toma. El agarre y la posición pueden ser adecuados, pero no lo es todo.

Cuando se inicia la LM, las succiones son rápidas y superficiales, ya que el flujo de leche es escaso. Una vez el reflejo de eyección se activa, las succiones son profundas y lentas. Las pausas no deben de ser muy largas.

Para que la transferencia sea efectiva, debemos de observarlo o escucharlo, no se refiere a la succión sino a la deglución del bebé. Además, la actitud del lactante es un indicador claro de la eficacia de la transferencia. Al comenzar la toma se encuentra más tranquilo, los puños están abiertos y es él, el encargado de soltar del pecho, como señal de satisfacción.

Por último, la madre ofrecerá primero el pecho que se haya vaciado menos en la toma anterior, además éste se sentirá más blando después de las tomas, ya que el bebé ha vaciado la totalidad o gran parte de la leche acumulada.

- **Posiciones para la lactancia.**

1) El personal de enfermería debe ser capaz de conocer e identificar la posición más adecuada para la madre y el lactante en función de las necesidades de ambos.

La OMS, establece que el cuerpo y la cabeza del niño deben estar alineados, la barriga de ambos tiene que estar en contacto, la nariz a la altura del pezón y debe estar sujeto por la cabeza y el cuello.

En este contexto encontramos las siguientes posturas (ver anexo2):

- (a) **Crianza biológica:** en esta técnica la madre se encuentra en una posición semi-recostada. El objetivo principal, es favorecer un agarre espontáneo y para ello; se coloca la cabeza del recién nacido entre las mamas, siendo él, el encargado de buscar activamente el pecho y agarrarse sin precisar de ayuda externa. Esta posición es

realmente efectiva en situaciones muy concretas tales como: cuando la madre padece dolor perineal o cuando el bebé presenta dificultades para agarrarse al pecho.

- (b) **Sentada, en posición de cuna cruzada o fútbol:** en esta posición la cabeza del RN está apoyada sobre el antebrazo de la madre y su cuello lo hace sobre su mano. El brazo de la madre corresponde al mismo lado del pecho del que está mamando. Es fundamental que la madre adquiera una postura cómoda, por lo tanto, debe de estar sentada y la espalda apoyada; incluso puede emplear dispositivos que optimicen esta práctica como almohadas y cojines. Para realizar la técnica de forma correcta, es la madre quien dirige el pecho hacia el bebé y no a la inversa.
- (c) **Acostada o tumbada:** en este caso madre e hijo están tumbados lateralmente y enfrentados. El pecho de la madre reposa sobre el colchón y el bebé mantiene la misma posición anterior. Se debe de posicionar al RN de tal manera que su nariz se encuentre a la altura del pezón materno. Esta posición es realmente útil para reducir el dolor en aquellas mujeres que han sufrido desgarros perineales y hemorroides.
- (d) **Caballito o Dancer:** se coloca al bebe a modo de “caballito” sobre el muslo de la madre y ésta coloca una mano bajo su pecho con el índice y el pulgar en forma de U sobre el mentón del bebé, mientras que la otra mano sujeta su espalda. Esta posición resulta eficaz en casos de retrognatia y patologías palatinas del lactante.
- (e) **Balón de rugby o posición invertida:** la madre emplea la mano correspondiente al lado del pecho del que está lactando, para sujetar con su antebrazo el cuerpo y la cabeza del bebé, la otra mano la puede utilizar para dirigir el agarre. El RN dirige los pies hacia la espalda de la madre. Con el objetivo de buscar la máxima comodidad para ambos se puede emplear almohadas/cojines. Esta posición es muy empleada en madres que han precisado una cesárea, ya que evita el contacto del bebé con la herida quirúrgica.

- **IHAN: “10 pasos hacia una lactancia feliz”**

8) Las primeras horas y días de vida del RN son determinantes para el establecimiento de una LM exitosa. Es en el año 1989 cuando organizaciones oficiales como la OMS y Unicef publican la Declaración conjunta de “Protección, promoción y apoyo a la Lactancia Materna”. Es por ello que, en el año 1991, la OMS y Unicef promueven la iniciativa “Hospital Amigo del Niño (IHAN)”, una iniciativa que establece como objeto principal la adopción por parte de los servicios de maternidad y neonatología de los conocidos como “Diez Pasos” para mejorar las tasas de LM a nivel mundial. Los centros sanitarios que mostraron su adherencia a los Diez Pasos, así como al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de LM, fueron designados como “amigos del niño”. La mayoría de países del mundo ya han puesto en marcha esta iniciativa, lo cual ha supuesto una mejora en la salud tanto de la madre como del bebé.

Los 10 pasos hacia una Lactancia Feliz, se pueden clasificar en dos partes; por un lado, se encuentran los procedimientos de gestión fundamentales, que incluyen los apartados 1a, 1b, 1c y 2; por otro lado, están las prácticas clínicas esenciales, que engloban los apartados 3-10.

a) Procedimientos de gestión fundamentales:

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

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

1c. *“Crear sistemas de seguimiento permanente y de gestión de datos”.*

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

b) Prácticas clínicas esenciales:

3. *“Explicar a las mujeres embarazadas y a sus familias la importancia de la lactancia materna y su práctica”.*
4. *“Favorecer el contacto epidérmico inmediato e ininterrumpido entre el recién nacido y la madre, y ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna lo antes posible tras el parto”.*
5. *“Ayudar a las madres a iniciar y mantener la lactancia materna y a afrontar las dificultades más frecuentes”.*
6. *“No dar a los recién nacido ningún alimento líquido que no sea leche materna, salvo por indicación médica”.*
7. *“Facilitar que la madre y el recién nacido permanezcan juntos y se alojen en la misma habitación las 24 horas del día”.*
8. *“Ayudar a las madres a reconocer los signos de hambre del recién nacido y a actuar en consecuencia”.*
9. *“Asesorar a las madres sobre el uso y los riesgos de los biberones, las tetinas y los chupetes”.*
10. *“Coordinar el alta hospitalaria de forma que los padres y el recién nacido sigan teniendo acceso a los servicios de apoyo y a asistencia cuando lo necesiten”.*

Por lo que se concluye que la IHAN, tiene un compromiso fundamental en favorecer una LM respetuosa, que otorgue la total autonomía de las madres, en la que se obtenga el mayor bienestar del binomio madre-RN y cuyas prácticas estén basadas en la evidencia. La adopción por parte de los diferentes organismos sanitarios de estos *“Diez Pasos”*, ha supuesto un impacto positivo en el aumento de las tasas de establecimiento y mantenimiento de la LME. Además, los profesionales de la salud, deben permanecer en una formación continua para la correcta aplicación de estos pasos y que permitan la resolución de dudas o dificultades durante el proceso de amamantamiento. Por lo tanto, la adopción de esta iniciativa por parte de los diferentes entornos clínicos supone una mejora en la salud de madres y lactantes.

CONCLUSIONES

La práctica de la LM es tan antigua como la historia de la humanidad, siendo uno de los pilares fundamentales para el desarrollo saludable del RN. Es por ello que, organizaciones como la OMS recomiendan esta forma de alimentación de manera exclusiva hasta los seis meses de edad y complementarla hasta los dos años.

Se pone de manifiesto los múltiples beneficios en la salud de la madre y del RN a corto y largo plazo. Además de satisfacer las necesidades metabólicas del RN, la leche materna proporciona los nutrientes necesarios para un crecimiento óptimo y un desarrollo inmunológico que permite protegerlo frente a infecciones, virus y bacterias reduciendo así, la tasa del *Síndrome de Muerte súbita del Lactante*. Por otro lado, la LM reduce en la madre el riesgo de padecer enfermedades crónicas y mentales. También favorece la remineralización ósea y por lo tanto reduce la probabilidad de tener osteoporosis y por lo tanto disminuye el riesgo de sufrir fracturas. Es destacable el efecto protector de la LM frente al cáncer de ovario, mama y endometrio.

Sin embargo, España aún se halla por debajo de la tasa de incidencia de la OMS en el inicio y conservación de la LME. Además, persisten barreras sociales, económicas y laborales que dificultan el inicio y mantenimiento de la misma.

Es por ello que el personal de enfermería resulta clave en la promoción y apoyo de la LM, a través de una educación sanitaria actualizada y adecuada en las diferentes etapas de la mujer. Desde la AP y los hospitales, las enfermeras valoran aspectos como la técnica de extracción de leche materna, el almacenamiento, las posiciones y posturas más adecuadas para cada mujer y niño, según sus necesidades.

Por último, desde la IHAN, se establece que tanto las unidades de maternidad y neonatología de los servicios hospitalarios a nivel mundial, adopten los “Diez Pasos”, una serie de recomendaciones donde se pongan en práctica prácticas clínicas esenciales que promuevan, protejan y apoyen esta práctica para llevar a cabo una Lactancia Feliz.

BIBLIOGRAFÍA

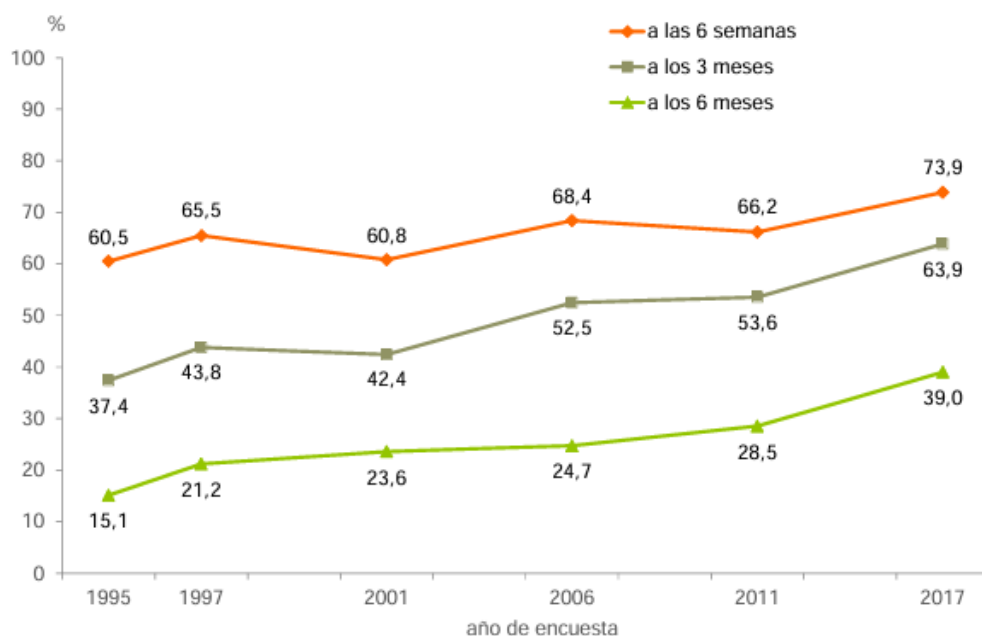
1. *Actualización en enfermería neonatal: Tomo 2.* (2023). Recuperado de <https://redliclibros.com/index.php/publicaciones/catalog/view/18/151/190>
2. Alba González García, Rubén Llada Suárez y Lucía del Fresno Marqués. Factores psicosociales, mitos y creencias asociados al abandono precoz de la lactancia materna. Percepción de los profesionales de enfermería. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2023 Nov; 11 (2): 35-49.
3. Balaguer-Martínez, J. V., Esquivel-Ojeda, J. N., Valcarce-Pérez, I., Ciriza-Barea, E., García-Sotro, C., López-Santiveri, A., & Hernández-Gil, A. (2021). Traducción al español y validación de una escala para la observación de una toma de lactancia materna: la «Bristol Breastfeeding Assessment Tool». *Anales de Pediatría (English Edition)*, 96(4), 286–293. doi:10.1016/j.anpedi.2021.04.012
4. Barriuso, L., Miguel, M. D., & Sánchez, M. (2007). Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30(3), 383–391. doi:10.4321/S1137-66272007000500007
5. Biswas, S. K., Banerjee, S., Baker, G. W., Kuo, C.-Y., & Chowdhury, I. (2022). The mammary gland: Basic structure and molecular signaling during development. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(7), 3883. doi:10.3390/ijms23073883
6. Brahm, Paulina, & Valdés, Verónica. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 88(1), 07-14. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>
7. Comisión Nacional de la Lactancia Materna. (2011). Lactancia Materna en el siglo XXI. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría*, 74(4), 137–137. Recuperado de https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492011000400001&lang=es
8. De la, P. y. A., Centros, L. N. en, & De maternidad y, Q. P. S. (s/f). GUÍA PARA LA APLICACIÓN. Recuperado el 6 de junio de 2025, de Who.int website: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326162/9789243513805-spa.pdf?ua=1>
9. del Carmen Ariza-Salamanca, M. (2020). Guía RNAO de Buenas Prácticas Clínicas en Lactancia Materna - Fomento y Apoyo al Inicio, la Exclusividad y la Continuación de la Lactancia Materna para Recién Nacidos, Lactantes y Niños Pequeños. *Ene*, 14(3). doi:10.4321/s1988-348x2020000300016
10. Edición, T. (s/f). Lactancia Materna - Fomento y Apoyo al Inicio, la Exclusividad y la Continuación de la Lactancia Materna para Recién Nacidos, Lactantes y Niños Pequeños. Recuperado el 6 de junio de 2025, de Rnao.ca website: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/BPG_Lactancia_Materna.pdf
11. Gavine, A., Shinwell, S. C., Buchanan, P., Farre, A., Wade, A., Lynn, F., ... McFadden, A. (2022). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD001141. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub6
12. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS
13. HernándezGamboa,Eduardo.Genealogía Histórica de la Lactancia Materna.Rev.Enfermería Actual en Costa Rica[en línea].2008,No.15[citado(fecha)]. Disponible World Wide Web: <https://www.revenf.ucr.ac.cr/genealogiahistorica.pdf> >ISSN 1409-4568
14. Jin, X., Perrella, S. L., Lai, C. T., Taylor, N. L., & Geddes, D. T. (2023). Oestrogens and progesterone in human milk and their effects on infant health outcomes: A narrative review. *Food Chemistry*, 424(136375), 136375. doi:10.1016/j.foodchem.2023.136375

15. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. (s/f). Recuperado el 6 de junio de 2025, de Aeped.es website: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-en-cifras-tasas-inicio-y>
16. López de Aberasturi Ibáñez de Garayo, Ayala, SantosIbáñez, Nerea, Ramos Castro, Yolanda, García Franco, María, Artola Gutiérrez, Carmen, & Arara Vidal, Isabel. (2021). Prevalencia y determinantes de la lactancia materna: estudio Zorrotzaurre. *Nutrición Hospitalaria*, 38(1), 50-59. Epub 26 de abril de 2021. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03329>
17. Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M. R., Ho, J. J., & Hakimi, M. (2016). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD006425. doi:10.1002/14651858.CD006425.pub4
18. 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*. enero de 2024; 56(1):102772. Español. doi: 10.1016/j.aprim.2023.102772. Epub 21 de septiembre de 2023. PMID: 37741187; PMCID: PMC10520303.
19. Mazo-Tomé, Pedro Luis del, & Suárez-Rodríguez, Marta. (2018). Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 75(1), 49-56. <https://doi.org/10.24875/bmhim.m18000010>
20. Pallás Alonso CR, Soriano Faura J, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, et al. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019;21:191-201.
21. Prieto-Gómez, Ruth, Aparicio-Cea, Víctor, Aguayo-Arriagada, Gonzalo, Bastidas-Valenzuela, Valentina, Moraga-Poblete, Francisca, Ottone, Nicolás E., & Saavedra-Sepúlveda, Araceli. (2023). Aspectos Morfológicos de la Mama. Una Revisión de la Literatura. *International Journal of Morphology*, 41(6), 1802-1807. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022023000601802>
22. SECCIÓN DE LACTANCIA MATERNA, Arthur I. Eidelman, Richard J. Schanler, Margreete Johnston, Susan Landers, Larry Noble, Kinga Szucs, Laura Viehmann; La lactancia materna y el uso de la leche materna. *Pediatría* marzo de 2012; 129 (3): E827–E841. 10.1542/peds.2011-3552
23. Sosa Páez, V., Kamenetzky, G., & Rovella, A. (2023). Prevalencia, beneficios y principales causas de abandono de la lactancia materna. *Psicología del desarrollo*, (4), 15–32. doi:10.59471/psicologia202366
24. Sriraman, N. K. (2017). The nuts and bolts of breastfeeding: Anatomy and physiology of lactation. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(12), 305–310. doi:10.1016/j.cppeds.2017.10.001
25. Zamora Delmás, L., Nueno Mairal, B., Gonzalo del Moral, T., Gallego Córdoba, S., Jara Villamueva, E., Vilarrasa García, M., ... Jové Ortega, E. (2023). Asesoría de lactancia materna, un nuevo enfoque. *Revista de Lactancia Materna*, 1, e30770. doi:10.14201/rlm.30770

ANEXOS

Lactancia materna exclusiva 1995-2017

Población de 6 meses a 4 años



Fuente: Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social

Anexo 2: Posiciones para amamantar

Posición en crianza biológica



Posición de cuna



Posición de rugby



Posición "caballito" "dancer"



Posición recostada de lado



Fuente: https://www.aeped.es/sites/default/files/gpc_560_lactancia_osteoba_paciente.pdf

ANEXO 3: Escala BBAT (Bristol Breastfeeding Assessment Tool.)

Tabla 1 Versión en español de la escala BBAT

	Malo	Intermedio	Bueno
POSICIÓN Bebé bien apoyado; pegado contra el cuerpo de la madre, tumbado de lado/cuello no torcido, nariz dirigida hacia el pezón, madre segura sosteniendo al bebé	Ninguno o pocos elementos logrados Necesita explicación sobre la posición	Logra algunos de los elementos Necesita algún consejo sobre la posición	Logra todos los elementos No necesita consejo sobre la posición
AGARRE Agarre positivo, boca bien abierta, el bebé logra un agarre rápido con una buena cantidad de areola dentro de la boca, el bebé permanece con un buen agarre durante toda la toma	El bebé es incapaz de agarrarse al pecho o consigue un agarre deficiente Ningún/pocos elementos logrados Necesita explicación sobre el agarre	Logra algunos de los elementos Necesita algún consejo sobre el agarre	Logra todos los elementos No necesita ningún consejo sobre el agarre
SUCCIÓN Capaz de establecer un patrón de succión eficaz en ambos pechos (succiones rápidas al inicio y luego succiones más lentas con pausas). El bebé finaliza la toma	Succión no efectiva; no patrón de succión	Alguna succión efectiva; patrón de succión no satisfactorio; coge y suelta el pecho	Logra un patrón eficaz de succión
DEGLUCIÓN Audible, regular y suave, sin chasquidos	No se oye deglutir; chasquidos	Sonido de deglución ocasional; alguna deglución ruidosa o chasquidos	Deglución audible, regular y tranquila

BBAT: Bristol Breastfeeding Assessment Tool.

Fuente: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8451322>