



Viernes 2 de febrero de 2018

Seminario:

Lactancia: dolor y producción escasa

Ponentes/monitores:

■ **Raúl Peiró Aranda**

*Pediatra de Atención Primaria.
Centro Mi Matrona. Málaga.*

■ **Francisco Javier Navarro Quesada**

*Pediatra de Atención Primaria. CS Lucano.
Distrito Sanitario Córdoba. Servicio Andaluz
de Salud. Centro Fase 3D Acreditación IHAN.
Miembro del Comité Evaluador de Centros
de Salud IHAN. UNICEF.*

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Peiró Aranda R, Navarro Quesada FJ. Lactancia materna: dolor y producción escasa. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 259-266.



Comisión de Formación Continua
de los Profesiones Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

Lactancia materna: dolor y producción escasa

Raúl Peiró Aranda

*Pediatra de Atención Primaria. Centro Mi Matrona. Málaga.
rpeioaranda@hotmail.com*

Francisco Javier Navarro Quesada

*Pediatra de Atención Primaria. CS Lucano. Distrito Sanitario
Córdoba. Servicio Andaluz de Salud. Centro Fase 3D Acreditación
IHAN. Miembro del Comité Evaluador de Centros de Salud IHAN.
UNICEF.*

“Rompe la quietud de este tu hogar un tirano de moco y pañal.
Si ha secado tus pechos, dime, ahora, ¿qué le das?”.

Dame un chupito de amor (fragmento). Nacho Cano
y German Coppini, 1986

RESUMEN

Muchas causas pueden generar dolor en la mama lactante y producción de leche insuficiente (hipogalactia), desde defectos de agarre y succión, hasta dolores osteomusculares por posturas inadecuadas, pasando por factores emocionales. El término **mastalgia** englobaría todos aquellos procesos que originan dolor en la mama, incluidas las mastitis. En cuanto a la **hipogalactia**, sus causas son variadas y menos conocidas, pudiendo relacionarse con la mastitis, aunque muchas veces no llega a encontrarse causa específica.

La mejor forma de abordar estos problemas de forma integral sería tener una consulta específica para lactancia, a ser posible multidisciplinar, donde interviniese el pediatra, la enfermera, la matrona, el médico de familia, otros especialistas y los grupos de apoyo a la lactancia materna de la zona.

En este taller se darán unas pinceladas de cómo orientar el problema del dolor de la mama y el de la hipogalactia, principales causas “potencialmente solucionables” de abandono precoz de la lactancia.

Uno de los objetivos marcados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es que las madres ofrezcan el pecho de forma exclusiva al menos 6 meses y que prolonguen su lactancia todo lo que niño y madre deseen. Es misión de los profesionales ayudar a que este objetivo se cumpla, solventando los problemas que surjan. El amamantamiento es un viaje incierto, único y singular, diferente de una madre a otra, de un hijo a otro, lleno de dificultades, la mayoría de ellas perfectamente superables. Contribuyamos a que la gran mayoría de las madres que desean amamantar, tengan una lactancia prolongada y exitosa. Para conseguirlo se precisa información, formación, interés, organización y una gran dosis de sensibilidad, trabajo y tesón.

PARTE PRIMERA: PECHO DOLOROSO DURANTE LA LACTANCIA. ASISTENCIA A LA MADRE CON PECHO DOLOROSO DURANTE LA LACTANCIA DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Introducción

La lactancia no debe doler. Al menos no de forma continua o recurrente. Un dolor persistente o que recurre durante el proceso de amamantamiento, debería ser siempre investigado¹. Es muy común que durante los primeros días puedan aparecer grietas en la zona del pezón por agarre defectuoso o mala técnica, que suelen desaparecer en los primeros 15 días corrigiendo posturas y mejorando el proceso de agarre (es más incomodidad que dolor) (evidencia II-2)². El dolor persistente o recurrente, que se alarga más allá de los 2 meses postparto², con o sin lesiones en el pezón, en forma de grietas, eritema, escoriaciones, con perlas de leche o sin ellas, o un dolor que persiste durante la tetada o que se acentúa al finalizar la misma, se merece una investigación profunda de sus posibles causas. Muchas veces, no podremos lograr entender qué es lo que está pasando y ese dolor que presenta la madre persistirá durante largo tiempo, a lo mejor durante toda la lactancia, lo cual puede hacer que esta abandone o que siga, aunque amamantar suponga para la madre un hecho no total-

mente placentero, convirtiéndose en un dolor más o menos crónico de difícil solución. Como en muchísimas áreas referentes a problemas aparecidos durante el amamantamiento, tales como el dolor crónico o a las mastitis infecciosas, hace falta un intenso desarrollo de la investigación en este campo. Estamos en este sentido "en pañales", puesto que lo máximo que tenemos son evidencias basadas en opiniones de expertos².

En un estudio de 1323 madres que dejaron de amamantar durante el primer mes postparto, el 29,3% señalaron la presencia de dolor y el 36,8% expresaron sensaciones como irritación, grietas en los pezones o sangrado en los mismos como la razón más importante del dolor. Muchos autores han encontrado una fuerte relación entre depresión postparto en la madre y dolor crónico asociado al amamantamiento (II-2, III)². Estos estudios sugieren que el dolor crónico asociado al amamantamiento estaría relacionado con estrés psicológico patente.

Cómo deberíamos proceder

En primer lugar, sería deseable disponer de tiempo. Lo ideal sería programar una consulta larga, al menos de 30 minutos de duración, para poder analizar detenidamente el caso. Si disponemos además de medios de comunicación virtuales a través de tecnologías 2.0, podremos hacer un seguimiento del caso y su evolución, ya sea a través del correo electrónico o Skype. En la referencia bibliográfica número 2 hay una excelente revisión sobre el dolor persistente de mama durante el amamantamiento que conviene revisar. Hace una valoración pormenorizada sobre la historia clínica y el examen físico a realizar tanto a la madre como al niño en un escenario de dolor de mama en la lactancia. Según los datos obtenidos en la historia clínica y los hallazgos exploratorios, se podría solicitar un cultivo de la leche materna o de la piel del pezón/areola si encontramos:

- Signos y síntomas compatibles con una mastitis aguda o una mastitis que no se ha resuelto con antibióticos.
- Grietas persistentes en areola, fisuras o supuración continua.

- Eritema que sugiera infección viral o fúngica.
- Dolor en la mama no acorde con los hallazgos exploratorios (aparición normal del pezón, por ejemplo).

La petición de un cultivo de la leche materna es hoy en día un tema controvertido y en revisión continua^{2,3}. Además en muchos lugares de España los Servicios de Microbiología no cuentan en su cartera de servicios con el cultivo y contaje de colonias de la leche materna, es decir, o no lo hacen, o no como deberían hacerlo. En este sentido la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica⁴, ha editado recientemente una monografía de cómo se ha de proceder a la hora de analizar un cultivo de leche materna. Según la Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) en su protocolo del año 2008, haciendo referencia a la OMS, debería únicamente pedirse un cultivo de leche materna si ante una mastitis no se observa una respuesta a los antibióticos al cabo de dos días, si hay recurrencia de la mastitis, si se trata de una mastitis adquirida en el hospital, cuando la paciente es alérgica a los antibióticos habituales o en los casos severos. En España, sin embargo, los estudios realizados por J. M. Rodríguez y colaboradores, revolucionaron el abordaje de las mastitis y las indicaciones de la realización de cultivos de la leche materna⁵⁻⁸, aunque en recientes revisiones se ha puesto en entredicho la existencia de mastitis subclínicas/subagudas tal como preconizaba su grupo de trabajo⁹.

En la UGC Lucano, Distrito Sanitario Córdoba, se ha realizado un procedimiento operativo estandarizado para la solicitud y recogida de muestras para cultivo de leche humana entre esta unidad y el servicio de Microbiología del hospital de referencia Reina Sofía de Córdoba¹⁰.

Las mastitis son un cuadro frecuente en la lactancia y una de las principales causas médicas evitables de abandono de la misma⁹. Sin embargo, su etiopatogenia y criterios diagnósticos, no están bien definidos. A pesar de las investigaciones actuales aun no podemos conocer a ciencia cierta el papel que juegan las bacterias en la producción de dolor crónico en la mama lactante. Tanto

Staphylococcus spp. como *Candida spp.* son encontrados en el área del pezón y en la mama de muchas mujeres sin síntomas de mastitis (II-2). Casi todos los estudios provienen de animales. Las publicaciones de J. M. Rodríguez⁶⁻⁸ añadieron luz al asunto, pero sigue habiendo enormes interrogantes. El dolor de mama debido a una disbiosis bacteriana e infección intraductal de conducto galactóforo, es debido al sobrecrecimiento bacteriano unido a la producción de un biofilm formado por bacterias y posiblemente junto con *Candida spp.* puede llevar a un proceso inflamatorio del epitelio del conducto (III).² La presencia de un dolor constante, sordo, profundo, como cuchillos afilados es característico en estos casos, así como cierto dolor a la palpación de las mamas (II-3). La salida de la leche con el reflejo de eyección puede generar dolor. Obstrucciones recurrentes ductales, ingurgitaciones, junto con fisuras en pezones pueden estar también asociados (III). Se cree que los siguientes factores pueden incidir en la producción de disbiosis y de inflamación ductal: historia de similares síntomas en lactancias previas, episodios previos de mastitis agudas, lesiones erosivas en pezones, tratamientos recientes con antibióticos o antifúngicos. Cuando sospechemos esta situación deberemos hacer un uso juicioso de los antibióticos y tomaremos muestras de leche o del área del pezón para hacer cultivo y antibiograma².

PARTE SEGUNDA: LECHE INSUFICIENTE. PRODUCCIÓN ESCASA

¿Tengo suficiente leche?

Esta pregunta se la hacen numerosas madres que deciden amamantar a sus hijos y estas dudas de la madre siempre las tenemos que escuchar y tener en cuenta. Nosotros sabemos que la inmensa mayoría de las madres son capaces de amamantar a sus bebés. Debemos transmitirles nuestro apoyo y después tratar de delimitar si existe algún problema, si el bebé está recibiendo suficiente leche o no.

Los datos que mejor se correlacionan con la ingesta son la valoración del peso y las micciones.

En cuanto a las micciones se pretende que sean más de 6 al día. La lástima es que estos datos pueden ser muy subjetivos, ya que los pañales actuales son muy absorbentes. El número de deposiciones es más valorable, sobre todo si son frecuentes y amarillentas para establecer que todo está normal. Pero que no haga deposiciones simplemente es un signo de alerta, pero no tiene por qué significar que no esté recibiendo suficiente leche.

Hay otros datos que pueden ser también señales de alarma, como que las tomas sean prolongadas, que el niño llore mucho, que quiera el pecho con mucha frecuencia, que no parezca satisfecho, que haga deposiciones escasas verdosas, que la madre no haya experimentado la subida de la leche o que no la vea salir del pecho al apretarlo. Estos datos no confirman que el niño no reciba suficiente leche, sino que nos tienen que hacer buscar un signo más fiable, como es el peso; para valorar que está ganando suficiente necesitamos al menos dos referencias. Por eso es tan importante el seguimiento estrecho si pensamos que hay algún problema.

Las referencias iniciales serían que el peso del nacimiento debe estar recuperado antes de las 2 semanas de vida y que no pierda más de un 10%. Por eso es muy importante hacer la visita en Atención Primaria lo antes posible. Idealmente en las primeras 72 horas y siempre durante la primera semana.

Para valorar si la velocidad de aumento de peso es suficiente no se pueden dar datos que sirvan como referencia a todos los niños. Tenemos a nuestra disposición las tablas de la OMS para ello. Se encuentran disponibles en www.who.int/childgrowth/standards/es/. Desde la web se pueden descargar tanto gráficas como tablas. Están en percentiles y en z score. Separadas por sexos.

Unas tablas interesantes son las tablas de velocidad de crecimiento. Ahí podemos observar la variabilidad de engorde que existe. También tenemos que valorar que los niños que nacen más grandes engordan más rápido que los niños que nacen más pequeños, que son los que muchas veces nos tienen más preocupados.

Sumando la evolución de peso y talla junto con las sensaciones maternas y el aspecto del bebé podremos tener más o menos seguridad de si todo está correcto o tenemos que hacer alguna intervención. Si finalmente decidimos que el niño no está recibiendo suficiente leche tenemos que determinar cuál es la razón. La OMS, en un documento¹¹, establece las causas recogidas en la Tabla 1.

Normalmente el factor crucial para que la producción sea buena es un buen agarre. Por ello sería ideal observar una toma. Hay numerosas cosas que podemos valorar; pero lo que se trata de conseguir es que el niño succione de forma eficaz, trague y que no le duela a la madre. Tiene que entrar en la boca todo el pecho que

Tabla 1. Razones por las que un niño puede no obtener suficiente leche

Factores de la lactancia	Factores psicológicos de la madre		Estado físico de la madre	Estado del niño
	Habituales	No habituales		
Retraso en el comienzo	Pérdida de confianza	Anticonceptivos, diuréticos	Enfermedad	
Tomas infrecuentes	Preocupación, estrés	Embarazo	Malformación	
No tomas nocturnas	Aversión a la lactancia	Desnutrición grave		
Tomas cortas	Rechazo del niño	Alcohol		
Mal agarre	Cansancio	Tabaco		
Biberones, chupetes		Retención de placenta (raro)		
Tomas complementarias		Escaso desarrollo del pecho (muy raro)		

se pueda, sobre todo de la zona de debajo del pezón. Vigilar labios evertidos, con más areola visible en la parte superior que en la inferior. Barbilla bien apoyada en el pecho. Niño pegado a su madre. Pezón apunta hacia la nariz y cielo del paladar antes de intentar el enganche. La cabeza del bebé no debe estar en el hueco del codo sino en el antebrazo cuando la madre lo va a intentar enganchar. Cuando agarra, se aprecian succiones lentas profundas seguidas del ruido de la deglución. Observar que no tiene frenillo lingual. Puede haber frenillos submucosos que limitan la movilidad y que no se ven a simple vista sino explorando la base de la lengua, palpándola y elevándola.

Si finalmente todo está en orden, y el niño está engordando bien, hay que reforzar a la madre, darle confianza, darle explicación a lo que pueda estar sintiendo y realizar seguimiento para poder reafirmar la seguridad de que todo está en orden.

Si la situación de la lactancia requiere que se usen suplementos tenemos que tener en cuenta lo siguiente: hay que intentar evitar la confusión tetina-pezón. En las primeras semanas de lactancia es importante evitar todo lo posible el uso de tetinas, ya que pueden interferir en la manera en la que el niño agarra después el pecho ya que la succión es diferente y puede terminar rechazando el pecho. La suplementación siempre será tras la toma de pecho y no en vez de la toma de pecho. Puede suplementarse con la propia leche de la madre que se ha extraído, con leche de donante o con leche de fórmula.

Sería demasiado exhaustivo tratar de revisar todas las posibles soluciones a una lactancia que no está siendo exitosa. Vamos a repasar algunas que podemos llevar a cabo desde nuestra consulta.

Agarre espontáneo y posición biológica con contacto piel con piel

En ocasiones se observa que el niño es incapaz de hacer un buen agarre del pezón. Lloro, mueve la cabeza, se aparta... Puede ser debido a que tiene una confusión

tetina-pezón, a una torticolis, a dolor por un parto con fórceps, etc. Si no funciona el intentar engancharlo en distintas posiciones se debería aconsejar el agarre espontáneo y la posición biológica a través de mayor contacto piel con piel¹². La madre tiene que estar recostada, no sentada. Tiene que haber el máximo contacto piel con piel. El bebé y la madre no tienen que tener ropa de cintura para arriba. El bebé se coloca entre los dos pechos y se espera a que cabecee y busque el agarre sin sujetarlo, simplemente vigilando. La madre tiene que estar relajada. Se puede sujetar el pecho si el tamaño le ofrece algún problema al bebé. El proceso puede llevar varios minutos.

Compresión mamaria

Puede ser un consejo simple que anima a acortar la toma a un bebé dormilón que apenas succiona o que tarda demasiado en acabar la toma. También es útil si la toma es dolorosa, para acortar el tiempo de esta.

Muchas madres afirman que el niño se pasa todo el día al pecho y que cuando lo intentan separar protesta y comienza a succionar otra vez. Ocurre que la succión no es eficaz para sacar la leche de la mama. No se escucha deglutir, las succiones son superficiales y esporádicas, con muchas pausas. Es entonces cuando hay que empezar con las compresiones. Una vez que el niño esté dejando de succionar eficazmente, la madre se agarra el pecho con la mano en forma de "C" (el pulgar por un lado y los otros dedos por el otro). La mano tiene que estar pegada a la base del pecho, es decir, a la zona costal. Cuando el bebé no esté succionando se realiza una compresión firme, pero que no sea dolorosa (como si se quisiera aplastar una hamburguesa grande para metértela en la boca). En ese momento saldrá leche y el bebé comenzará de nuevo a succionar activamente. Hay que mantener la compresión mientras lo esté haciendo. Cuando pare, soltar la compresión. En ese momento puede volver de nuevo a succionar. Cuando pare, volver a comprimir el pecho. Cuando ya no funcione la compresión de esa zona, cambiar algo la posición de la mano para drenar otras zonas de pecho.

Sistema dedo-jeringa

Este sistema es útil para niños que tienen una succión pobre, inmadura o con poca fuerza. Pueden ser prematuros, o niños que hayan perdido peso y fuerza de succión. Esta técnica intenta evitar la confusión tetina-pezón.

Se realiza con el niño incorporado, no tumbado. Se introduce un dedo limpio en la boca del bebé. Con la yema del dedo apoyada en el paladar duro, se hace una ligera palanca en la encía inferior para que el bebé tenga los labios bien evertidos y la lengua acanalada debajo de nuestro dedo para que comience el reflejo de succión. Mientras succiona se mete la punta de una jeringa entre el hueco que nos deje nuestro dedo y la comisura de la boca sobre el labio inferior: Se va introduciendo la leche poco a poco mientras el bebé succiona y se para cuando deja de succionar.

Puede haber varios problemas con este sistema. Normalmente hacen falta dos personas. Una sostiene al bebé y otra le suplementa, pero se puede recostar al bebé en unos cojines. La leche puede derramarse por la comisura porque la parte final de la jeringa no sea muy larga. Para alargar esta parte se puede adquirir el Finger Feeder®, que es un embudito de silicona, pero puede ser difícil de conseguir de manera rápida. Otra alternativa es conseguir un Abbocath®, que es el material que se emplea para canalizar una vía intravenosa, usando solo la parte flexible que se acopla a la jeringa y desechando el fiador. Nosotros los podemos tener disponibles en nuestro centro de trabajo.

Extracción de leche

Para que la leche se produzca hace falta vaciamiento de la mama y estimulación. Cuando no hay suficiente producción hay que optimizar estos dos aspectos. Si el bebé no es capaz de vaciar ni estimular bien el pecho existen las ayudas mecánicas con los sacaleches y también es posible la extracción manual.

Hay madres que encuentran más cómodo y efectivo hacer extracción de su propia leche¹³. Tiene las ventajas de ser económico y que facilita un mejor conocimiento de la madre de su propio pecho y de cómo funciona.

Previo a cualquier extracción hay que hacer un masaje que facilite la salida de la leche. Con las manos limpias, se prepara un recipiente estéril y se busca un sitio cómodo y relajado. Se masajea el pecho con movimientos circulares suaves que se dirijan desde la periferia del pecho hacia la areola. También se puede apretar el pecho con suavidad entre las dos manos desde su base en distintas posiciones para facilitar la salida de la leche a los conductos. Finalmente estimular suavemente el pezón y la areola para facilitar el reflejo de eyección.

Tras ese masaje previo comienza la extracción propiamente dicha. Con la mano en forma de "C", se coloca a unos 3 cm de la base del pezón. Normalmente suele ser fuera de la areola, a no ser que esta sea muy grande. Se comprime y se hace un movimiento de ordeño, tirando ambos dedos hacia el pezón sin deslizar la mano. Se va repitiendo el movimiento y se va rotando la mano para que se vacíen los distintos cuadrantes de la mama. El proceso puede durar unos 20-30 minutos.

Si prefiere usar un sacaleches, a la hora de aconsejar a una madre deberíamos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El sacaleches supone un gasto y hay que saber si la madre quiere realizarlo.
- Si no lo va a usar o todavía no lo tiene sería bueno aconsejarle extracciones manuales.
- Es mejor hacer extracciones cortas y frecuentes que extracciones largas y poco frecuentes.
- El sacaleches hay que usarlo cuando el niño ya no esté succionando de forma eficaz.
- Hacer un masaje previo del pecho ayuda a la extracción.

Los sacaleches aconsejables para los casos en los que se pretende aumentar la producción son los eléctricos. Los sacaleches hospitalarios pueden alquilarse. Son siempre de copa doble. Son los más potentes. Su coste aumenta al prolongar su uso. No suelen estar en disponibilidad inmediata.

Los sacaleches eléctricos dobles son de coste alto, pero también muy eficaces. Normalmente tampoco están en disponibilidad inmediata. Los eléctricos simples son más baratos, pero hay que aumentar el tiempo de extracción y se pierde algo de eficacia.

Hay distintos tamaños de copa del sacaleches. El diámetro debe ser un par de milímetros mayor que el diámetro del pezón. Si es pequeño, rozará el pezón en las paredes del embudo y dolerá y si es grande, puede obstruir la salida de leche al presionar en los conductos galactóforos de la base de la areola.

CONCLUSIONES

Toda madre con problemas en la producción de leche que desea seguir lactando requiere mucho apoyo y empatía de nuestra parte y de su entorno cercano. Planificar un seguimiento estrecho a esa familia es esencial. Y siempre hay que atender a la madre para que pueda expresar sus sentimientos. Nuestra labor de escucha y de apoyo a las decisiones que vaya tomando es esencial. Tenemos que intentar no dar un mal consejo que pueda torpedear la lactancia.

Supervisar al bebé de forma precoz es muy importante, así podremos iniciar pronto intervenciones que eviten complicaciones importantes o dejar la lactancia de forma precoz.

No estamos solos para fomentar y ayudar en los problemas de lactancia. Tenemos compañeros, matronas, asesoras, el comité de lactancia materna y los grupos de apoyo para seguir aprendiendo y poder ayudar a nuestros pequeños pacientes y a sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

- Herrero H. Propuesta de abordaje dolor y lesiones en los pezones y mama. *Med Natur*. 2008;2:200-10.
- Berens P, Eglash A, Malloy M, Steube AM. ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2016;11:46-53.
- Comité de Protocolos de la ABM. Protocolo clínico de la ABM#4: Mastitis. 2008;3.
- Delgado S, García-Garrote F, Padilla B, Rodríguez Gómez JM, Romero B. Diagnóstico microbiológico de la infección bacteriana asociada al parto y al puerperio. En: Cercenado E, Cantón R (eds.). *Procedimientos en microbiología clínica*. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC); 2015.
- Arroyo P, Mediano P, Martín V, Jiménez E, Delgado S, Fernández L, et al. Diagnóstico etiológico de las mastitis infecciosas: propuesta de protocolo para cultivo de muestras de leche humana. *Acta Pediatr Esp*. 2011;69:276-81.
- Carrera M, Arroyo R, Mediano P, Martín M, Fernández L, Marín M, et al. Lactancia materna y mastitis. Tratamiento empírico basado en la sintomatología y los agentes etiológicos. *Acta Pediatr Esp*. 2012;70:255-61.
- Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I). *Acta Pediatr Esp*. 2009;67:77-84.
- Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (II). *Acta Pediatr Esp*. 2009;67:125-32.
- Espínola-Docio E, Costa-Romero M, Díaz-Gómez M, Paricio-Talayero JM. Mastitis. Puesta al día. *Arch Argent Pediatr*. 2016;114:576-84.
- Navarro FJ, Tejero R. Solicitud y recogida de muestras para el cultivo de leche humana en caso de sospecha de mastitis. POE UGC Lucano. POE-UGC-LUMED.4-V0
- Organización Mundial de la Salud. División de Salud y Desarrollo del Niño. N.º 21, Marzo 1996. Leche

insuficiente. [Fecha de acceso 18 oct 2017]. Disponible en www.aeped.es/sites/default/files/4-leche_insuficiente.pdf

12. Svensson KE, Velandia MI, Matthiesen AS, Welles-Nyström BL, Widström AM. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. *Int Breastfeed J*. 2013;8:1.
13. Mangel L, Ovental A, Batscha N, Arnon M, Yarkoni I, Dollberg S. Higher Fat Content in Breastmilk Expressed Manually: A Randomized Trial. *Breastfeed Med*. 2015;10:352-4.