

# Condiciones de riesgo que afectan a la lactancia

## Activación secretora (la «bajada» de la leche)

Suele producirse entre las 24 y las 72 horas posteriores al parto. Inicia el aumento de volúmenes mayores de leche.<sup>1</sup>

## Activación secretora retrasada

Se define como una percepción materna reducida o la ausencia de percepción del llenado del pecho o pérdidas de leche  $\geq 72$  horas después del parto.<sup>1</sup>

## Complicaciones relacionadas con la activación secretora retrasada

Las mujeres que experimentan una activación secretora retrasada tienen un 60% más de probabilidades de dejar de dar el pecho a las 4 semanas.<sup>2</sup>

Más del 40% de las madres corren el riesgo de sufrir retrasos en la activación secretora.<sup>3</sup>



## Hay algunas condiciones o circunstancias que ponen a las madres en riesgo de tener una activación secretora retrasada.

Estos factores de riesgo deben analizarse antes y después de dar a luz, ya que pueden afectar negativamente a la lactancia y a la producción de leche.

### Muchos de estos factores de riesgo se pueden evaluar antes del parto:



- Obesidad materna<sup>4-6</sup>
- Diabetes<sup>1,7</sup>
- Edad materna superior a 30 años<sup>1,7</sup>
- Cirugía de reducción mamaria<sup>8</sup>
- Primiparidad: madres primerizas<sup>1,7,9</sup>
- Cesárea planificada<sup>10</sup>
- Inducción del parto (IDP): en comparación con las mujeres que tienen un parto espontáneo, es más probable que las que tienen una IDP tengan cesáreas, epidurales, episiotomías y hemorragias posparto (HPP).<sup>9,11</sup>

### Se pueden observar algunos factores de riesgo durante o después del parto:



- Cesárea programada / de emergencia<sup>10</sup>
- Parto y nacimiento estresante o prolongado<sup>3,12-14</sup>
- Estrés psicosocial / dolor<sup>1</sup>
- Hemorragia posparto (HPP)<sup>1,15</sup>
- Bebé prematuro o bebé prematuro tardío<sup>1,16</sup>
- Separación entre la madre y el lactante<sup>17</sup>
- Retraso en el primer episodio de lactancia<sup>18</sup>
- Suplementación con fórmula durante las primeras 48 horas<sup>1,9</sup>
- Dar el pecho (o extraer leche) <8 veces en 24 horas<sup>1,18,21</sup>
- Factores de riesgo adicionales: problemas de alimentación del lactante y uso excesivo del chupete.<sup>1,9</sup>

Las madres primerizas tienen un riesgo un 30-40% mayor de sufrir una activación secretora retrasada. La primiparidad materna, combinada con cualquiera de los otros factores de riesgo, hace que estas mujeres corran un riesgo mucho mayor de tener unos volúmenes de leche inadecuados.<sup>1</sup>

Es esencial tomar las medidas oportunas para minimizar el impacto de estas condiciones en la lactancia futura.



### Protocolo de lactancia estandarizado para madres en situación de riesgo que incluye:

Identificación de mujeres en situación de riesgo durante el embarazo y mejores prácticas para un apoyo eficaz a la lactancia temprana para mujeres identificadas con factores de riesgo.

**Educación a las mujeres embarazadas y a las familias sobre:**<sup>9,22,23</sup> Las diferentes fases de la lactancia, el proceso de producción de leche, los factores de riesgo asociados a la activación secretora retrasada y las mejores prácticas para garantizar unos volúmenes de leche adecuados.

**La evaluación de la lactancia prenatal debería ofrecerse a todas las mujeres:**<sup>1,22</sup> Cualquier factor de riesgo debe documentarse y comunicarse en el registro de maternidad; se debe impartir formación a la mujer embarazada y se deben mantener conversaciones acerca de la situación de esa mujer.



### Formación del personal hospitalario acerca de:

<sup>21,24</sup> Las diferentes fases de la lactancia, el proceso de producción de leche, los factores de riesgo asociados a la activación secretora retrasada, las mejores prácticas para garantizar unos volúmenes de leche adecuados, como parte del protocolo de lactancia para «madres en situación de riesgo».

### Iniciación de la lactancia:

<sup>1,18,21,25</sup> Fomentar una estimulación temprana, frecuente y óptima de los pechos, evitar retrasos en la iniciación, utilizar extractores de uso hospitalario que imitan al lactante (se ha demostrado que ayudan a las madres en riesgo a lograr volúmenes de leche adecuados cuando se produce una activación secretora retrasada).

- Para algunas madres en una situación de riesgo, puede ser necesario maximizar la estimulación del pecho y un vaciado completo del pecho mediante el uso de la extracción y la extracción manual, además de la lactancia, para que puedan conseguir unos volúmenes adecuados de leche materna.<sup>1</sup>

- Adoptar un enfoque de «esperar y ver» puede dar lugar a problemas de lactancia más tempranos.

- Las mujeres que experimentan un retraso en la activación secretora pueden ser menos capaces de mantener una lactancia exclusiva a las cuatro semanas.<sup>2</sup>

- Las condiciones de riesgo y la activación secretora retrasada deben utilizarse como marcadores clínicos para identificar a las mujeres que tienen una mayor probabilidad de tener dificultades para dar el pecho y una interrupción anticipada de la lactancia.<sup>2</sup>

Obtenga más información sobre cómo proteger el suministro de leche de las madres en situación de riesgo en [medela.com/atrisk](https://www.medela.com/atrisk).

**Bibliografía:** 1 Hurst NM. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(6):588-594. 2 Brownell E et al. J Pediatr. 2012; 161(4):608-614. 3 Nommensen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574-584. 4 Poston L et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4(12):1025-1036. 5 Rasmussen KM, Kjolhede CL. Pediatrics. 2004; 113(5):e465-71. 6 Preusting I et al. J Hum Lact. 2017; 33(4):684-691. 7 Wu J-L et al. Breastfeed Med. 2021; 16(5):385-392. 8 Kraut RY et al. PLoS One. 2017; 12(10):e0186591. 9 Dewey KG et al. Pediatrics. 2003; 112(3):607-619. 10 Hobbs AJ et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16:90. 11 Dahlen HG et al. BMJ Open. 2021; 11(6):e047040. 12 Grajeda R, Pérez-Escamilla R. J Nutr. 2002; 132(10):3055-3060. 13 Dewey KG. J Nutr. 2001; 131(11):3012S-3015S. 14 Brown A, Jordan S. J Adv Nurs. 2013; 69(4):828-839. 15 Thompson JF et al. Int Breastfeed J. 2010; 5:5. 16 Boies EG, Vaucher YE. Breastfeed Med. 2016; 11:494-500. 17 Pérez-Escamilla R et al. Am J Public Health. 1994; 84(1):89-97. 18 Salaria EM et al. Lancet. 1978; 2(8100):1141-1143. 19 Huang S-K, Chih M-H. Breastfeed Med. 2020; 15(10):639-645. 20 Furman L et al. Pediatrics. 2002; 109(4):e57. 21 Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015; 24(3):160-170. 22 Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. Am Diet Assoc. 1999; 99(4):450-454; quiz 455-456. 23 Spatz DL. MCN Am J Matern Child Nurs. 2020; 45(3):186. 24 Gavine A et al. Int Breastfeed J. 2016; 12:6. 25 Meier PP et al. J Perinatol. 2016; 36(7):493-499.