



Institución: Universidad Del Sureste “Matutino”

Asignatura: Nutrición En El Embarazo y Lactancia

Tema: Lactancia Materna

Docente: Rodrigo Bravo López

Alumno(a): Sandra Ramos Solis

4°Cuatrimestre      2°Parcial

8-10-22. Tapachula Chiapas.

## ANATOMIA y FISILOGIA DE LA GLANDULA MAMARIA.

La glándula mamaria es un órgano exclusivo de la clase mammalia, con su función específica de sintetizar, secretar y proporcionar leche al recién nacido según su demanda para garantizar una nutrición, protección y desarrollo óptimo. El desarrollo de la mama durante la vida de la mujer se caracteriza por distintas fases. Comienza por la formación de la cresta mamaria y posteriormente las yemas mamarias primitivas durante la vida embrionaria, continúa con un crecimiento mínimo durante la infancia y sigue con una fase de rápido crecimiento durante la pubertad en la mujer. El desarrollo de la mama culmina durante el ciclo de embarazo y lactancia (CEL), cuando la glándula mamaria se remodela completamente y madura hasta convertirse en un órgano secretor de leche. La regresión del crecimiento inducido por el CEL comienza al iniciarse la alimentación complementaria del lactante y termina cuando la mama ha involucionado al estado de reposo. El desarrollo pleno de la mama durante la lactancia es esencial para proporcionar el volumen y la composición adecuados de leche materna para el crecimiento, la protección y el desarrollo del lactante. Las mamas son glándulas túbulo-alveolares de secreción externa, consideradas embriológicamente como glándulas sudoríparas modificadas en su estructura y función.

- Anatomía externa:

Pecho, areola y pezón

Todos los pechos son válidos para amamantar, independientemente del tamaño y la forma.

Durante el embarazo la mama alcanza su máximo desarrollo, se forman nuevos alvéolos y los conductos se dividen.

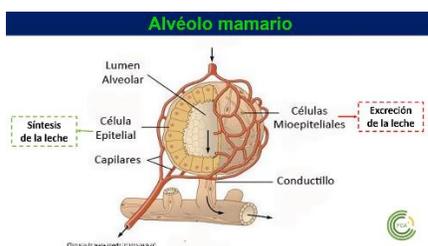
La areola se oscurece durante el embarazo, para una mejor localización por el bebé, aunque el reconocimiento también es olfativo, el recién nacido reconoce a su madre por el olor. Rodeando la areola, se encuentran los tubérculos de Montgomery. El pezón, está formado por tejido eréctil, cubierto con epitelio, contiene fibras musculares lisas. Musculatura circular, radial y longitudinal, que actúan como esfínteres controlando la salida de la leche. En el pezón desembocan los tubos lactíferos por medio de unos 15-20 agujeros, es como una criba. Todos los pezones son buenos para amamantar, se dice dar el pecho, no el pezón. Todas las estructuras de la mama

(conductos, venas, arterias, linfáticos, nervios) son de disposición radial en la mama. En el centro de cada mama hay una zona circular que recibe el nombre de areola y contiene pequeños corpúsculos denominados Tubérculos de Montgomery, que durante la lactancia producen una secreción que lubrica la piel. En el centro de cada areola se halla el pezón formado por tejido eréctil que facilita la succión.

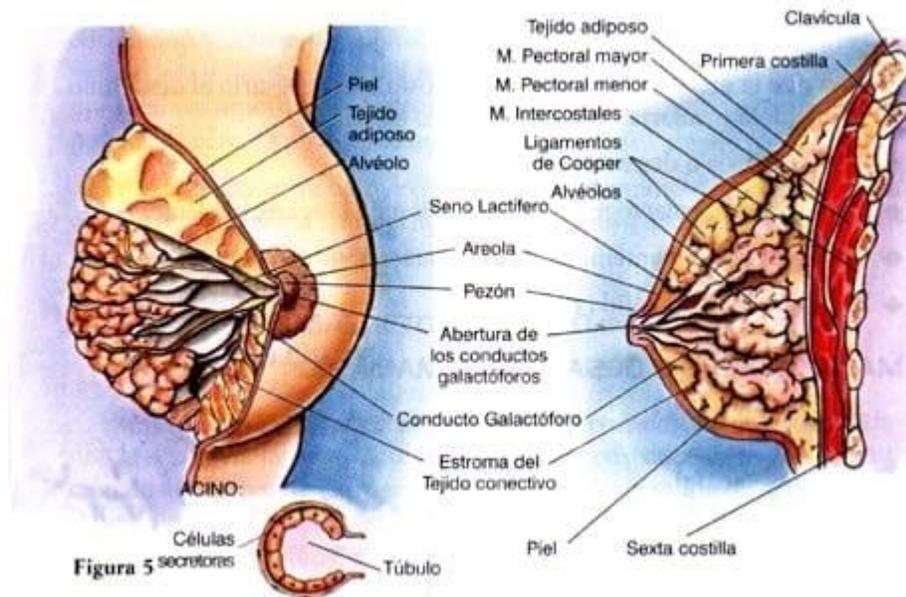
La mama está irrigada por las arterias mamarias internas y externas, recibe además vasos de algunas anastomosis de la arteria intercostal de la rama pectoral de la arteria acromiotorácica. Aunque posee las venas correspondientes, gran parte de la sangre venosa para inicialmente a venas superficiales de grueso calibre que se advierten a través de a la piel formando la Red de Haller.



- Anatomía interna: El tamaño de la mama no tiene relación con la secreción, la mayor parte es grasa. La mama contiene de 15 a 20 lóbulos mamarios, cada uno de los cuales desemboca en un conducto galactóforo independiente. Cada lóbulo se divide en lobulillos. Bajo la areola, los conductos se ensanchan formando los senos lactíferos donde se deposita la leche durante la mamada.



- Anatomía microscópica: Las ramificaciones de los conductos terminan en conductillos cada vez más pequeños, de forma arbórea y terminan en los alvéolos, donde se encuentran las células alveolares, formadoras de la leche. Dichos alvéolos están rodeados de una malla mioepitelial, la cual, al comprimirse por efecto de la oxitocina, hace salir la leche por los conductos galactóforos. El uso de pomadas, cremas, estilbestrol, concentrado de vitaminas A y D, se ha demostrado que aumentan la incidencia de lesiones en el pezón; la lanolina, las pomadas de Vit. A, y la crema protectora hidrófuga de silicona, se ha demostrado que son ineficaces en la prevención de lesiones en el pezón. El uso de sujetador para la noche es perjudicial.



## ANATOMIA DE LA BOCA DEL LACTANTE.

Los dientes empiezan a desarrollarse en el feto. Es importante una buena nutrición de la madre durante el embarazo para el desarrollo de los dientes. La dieta de la madre debe de tener cantidades adecuadas de calcio, fósforo, vitamina C y vitamina D. Ciertos medicamentos tales como la tetraciclina no debe de ser tomados por la madre mientras está embarazada ya que estos pueden causar decoloración en los dientes en desarrollo del embrión. Hay cuatro etapas principales de desarrollo del diente:

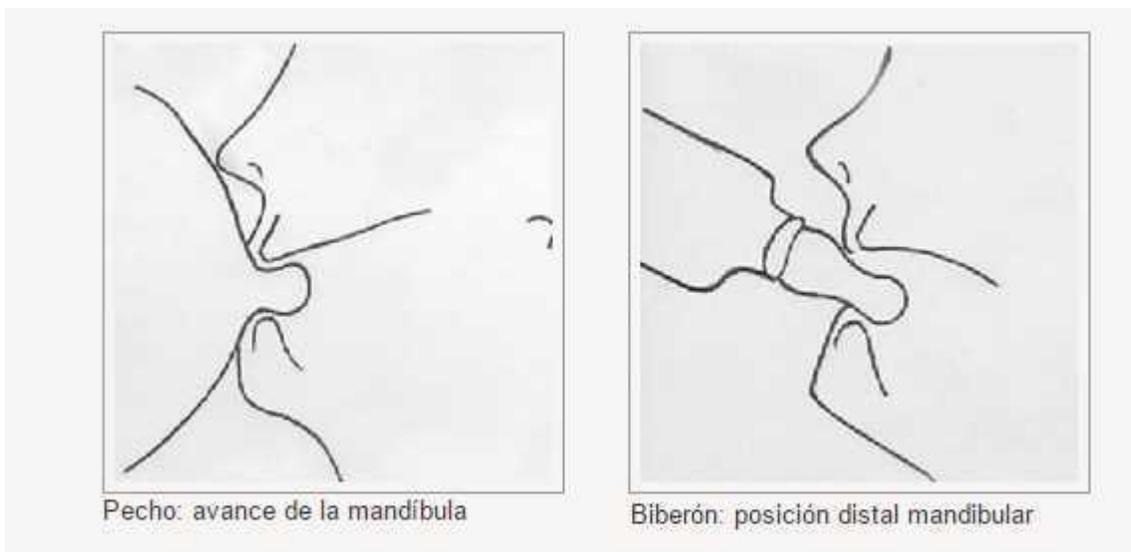
- La primera etapa inicia en el feto cerca de las seis semanas de edad. Aquí es cuando la sustancia básica del diente se forma.
- Luego, se forma el tejido duro que rodea los dientes, alrededor de tres a cuatro meses de gestación.
- Luego que el niño nace, la siguiente etapa ocurre cuando el diente sobresale de la encía.
- Finalmente, ocurre la pérdida de los dientes de bebé primarios.

La boca del niño y el pecho de la madre forman una perfecta «unidad de succión» que trabajan en forma sincronizada y armónica extrayendo la leche y permitiendo que el niño la degluta sin atragantarse. Esta unidad es la continuadora de la función nutricional que dentro del útero realiza la placenta y el cordón umbilical. El niño menor de 6 meses, la succión, la deglución y la respiración constituyen un tríptico funcional interdependiente, de cuya normalidad funcional depende en gran medida el éxito del amamantamiento. Un amamantamiento adecuado satisface la necesidad instintiva de chupar e incide significativamente en el desarrollo armónico de todas las estructuras buco-máxilo- faciales y otorrino laríngeas, evitando alteraciones de desarrollo dento-máxilo-facial, afecciones respiratorias altas y las otitis. Se revisan con bastante detalle aspectos de anatomía y fisiología de la succión- deglución en el lactante; servirán de base para reconocer lo que es un amamantamiento correcto e indicar las intervenciones y correcciones de este proceso

cuando sea necesario.



En el recién nacido, la mandíbula tiene un tamaño inferior en relación con el maxilar superior. La succión del pecho ayuda a que la mandíbula adelante su posición, dando lugar a una mejor relación entre el maxilar y la mandíbula.



Pecho: avance de la mandíbula

Biberón: posición distal mandibular

Además, esta misma succión hace que se fortalezca la musculatura masticatoria y facial, básica para el desarrollo posterior de los maxilares, este adelanto de la mandíbula no ocurre al succionar él bebe la tetina del biberón, por lo que no se fortalece la musculatura masticatoria y facial. La ejercitación de la musculatura al realizar la lactancia materna

disminuye en casi un 50% las probabilidades de tener maloclusiones dentarias futuras; estudios odontológicos recientes indican que la ausencia de lactancia materna o un periodo corto de lactancia materna están relacionados con la instauración de hábitos nocivos de succión y/o deglución, que puede conllevar a posteriores alteraciones dentales y maxilares.

### LECHE MATERNA: GALACTOGENESIS y GALACTOPOYESIS

La leche materna tiene más anticuerpos y más de 45 factores bióticos, como enzimas digestivas, hormonas, factores inmunitarios y factores de crecimiento; la promoción de la lactancia materna casi universal ha tenido una función importante en la mejoría de la salud infantil, ya que fomenta la nutrición óptima y la protección contra infecciones frecuentes de la infancia.; además favorece la separación entre un parto y otro. La leche materna es un líquido vivo, los lactantes reciben nucleótidos beneficiosos, macrófagos, leucocitos, linfocitos, etc. Todo lo cual los protege de diarreas, alergias, infecciones de oído, enterocolitis necrosante y neumonía.

- Lactancia materna libre demanda: Es la alimentación que recibe el niño o niña durante las primeras semanas de vida y se caracteriza por no poner horarios entre mamadas ni tiempo para el amamantamiento, A medida que el niño/a crece, se ajustan la demanda del bebé y la producción de leche a un tiempo entre mamadas de tres horas en el día y de una a dos mamadas en la noche.

**GALACTOGENESIS:** Es la producción de leche, que se inicia normalmente en los últimos meses de embarazo y en el postparto inmediato. Aunque la prolactina es la promotora de la lactancia, existen hormonas coadyuvantes necesarias para que se establezca la secreción (STH o Somatotropina, Corticoides y ACTH). Lo anterior muestra como al desaparecer la placenta e iniciarse la succión del seno comienza la Lactogénesis.

La eyección se produce a través del siguiente mecanismo: Alrededor de los alvéolos y conductos lactíferos existen fibras musculares que contraen y comprimen los alvéolos haciendo que la leche contenida en su interior pase al sistema de conductos. Estas fibras musculares son estimuladas y se contraen por la acción de la hormona Oxitocina liberada en el lóbulo posterior de la hipófisis; comienza la secreción de

calostro. En el inicio de la galactogénesis se involucran glucocorticoides, insulina, tiroxina y somatotrofina hipofisiaria.

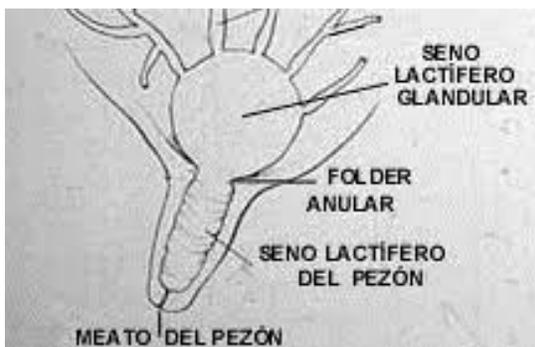
- GALACTOPOYESIS: Es la mantención de la producción de leche.
- Está depende de hormonas de la madre. No obstante, es importante que exista un buen vaciamiento de la mama.
- El dolor al amamantar dificulta el vaciamiento, si queda leche en la mama, disminuye la producción.
- Casi el 80% de la capacidad de la mama se llena en las primeras 2 horas. Luego se detiene la producción.
- La lactancia se establece durante las primeras 4 semanas, llegando a un promedio de 700 cc al día, que se mantienen durante el periodo de lactancia exclusiva.

#### LIBERADOR DE PROTEINA EYECTO LACTEO DE ERECCION y PROTRUSION DEL PEZON y REFLEJO DE REGURGITACION AREOLAR.

El reflejo de descenso estimula la liberación de la leche de las mamas. Los estímulos de la succión pasan de los nervios al hipotálamo que responde mediante la liberación de oxitocina de la parte superior de la hipófisis. La oxitocina causa contracción de las células mioepiteliales que rodean al celular secretoras, como resultado, la leche es liberada a través de los conductos a los senos galactóforos. Con lo cual queda disponible para el niño; hay otros estímulos: como el llanto del bebé, la excitación sexual y pensar que, en el amamantamiento, que también producen el descenso de la leche y su salida de las mamas. En la areola la primera reacción que tiene al momento de darle pecho al bebé sufre gritas a los lados donde empieza a sangrarle a la madre el pezón y para ellas es muy doloroso, hay veces que las madres ya no quieren amamantar al bebé por esa misma situación que sufren.

## CONTROL MATERNO DE LA SECRECIÓN LÁCTEA EN EL PEZÓN.

Es controlado por las neuronas dopaminérgicas del hipotálamo. El estímulo del pezón y de la areola produce por vía de un reflejo neuro hormonal, la inhibición de la secreción de dopamina (PIF). La cantidad de dopamina que alcanza a las células lactotropas de la hipófisis anterior determina la cantidad de prolactina secretada por ellas. El estímulo del pezón-areola inhibe la secreción de dopamina y por lo tanto permite la liberación de prolactina por la hipófisis anterior. Las drogas que impiden la síntesis de la dopamina o bloquean su acción (reserpina, fenotiazinas, metoclopramida, sulpiride) producen hiperprolactinemia, pero solo aumentarían la producción de leche cuando existe un adecuado reflejo eyecto lácteo y vaciamiento de la mama. La prolactina liberada alcanza a las células del alvéolo mamario, estimulando la secreción de la leche. La infusión de dopamina o la administración de dopaminérgicos, como la bromocriptina, reducen los niveles plasmáticos de prolactina e inhiben la secreción láctea. La introducción de alimentación complementaria significa una disminución de la frecuencia y duración de las mamadas además de un menor nivel de prolactina plasmática. Dado que se ha observado que una mayor frecuencia de mamadas aumenta la producción de leche, y que como respuesta a la succión se observa un alza de prolactina, se ha asumido que es la prolactina la que genera la mayor producción de leche. Como consecuencia de esto, se prescriben drogas que aumentan la prolactina a mujeres cuyos niños no tienen un buen incremento de peso al mamar.



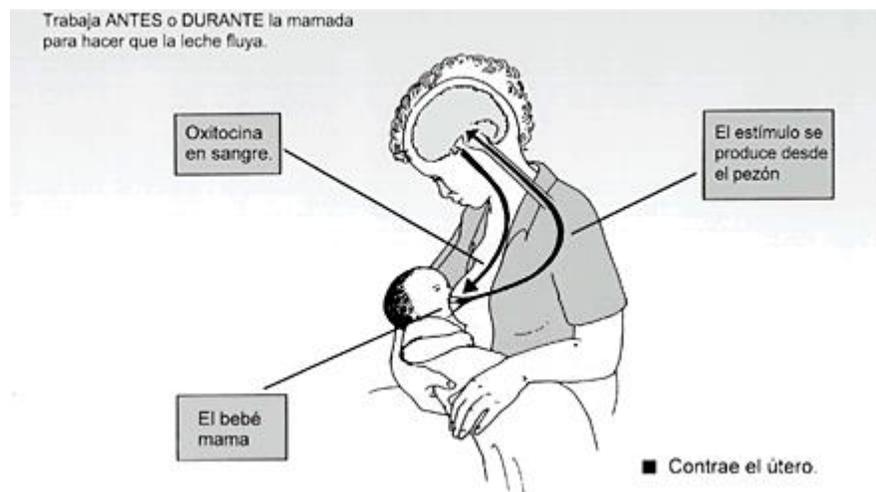
## REFLEJOS y CONDICIONES DEL NIÑO QUE FAVORECEN LA LACTANCIA.

Las glándulas mamarias empiezan a desarrollarse durante la sexta semana, en el feto, la mama se desarrolla en forma de esbozo por la acción de los estrógenos placentarios y de la suprarrenal. Solo están formados los conductos principales en el momento del nacimiento y las glándulas mamarias permanecen sin desarrollarse hasta la pubertad.

Reflejo de producción de leche: El estímulo nervioso del pezón y de la areola, produce mediante un reflejo neuroendocrino la liberación en la hipófisis de la prolactina y de la oxitocina. La succión del bebé estimula las terminaciones nerviosas de la areola que pasan el mensaje a la hipófisis que inmediatamente libera (en las células lactotropas del lóbulo anterior) la prolactina y posteriormente la oxitocina, la cual comprime la malla mioepitelial que envuelve a los alvéolos y permite la salida de la leche.

Reflejo de búsqueda del pezón y de apertura de la boca

Permite que el niño voltee la cabeza y abra la boca afanosamente buscando el pezón cuando algo roza su mejilla o sus labios. Cuando abre su boca para buscar el pezón, la lengua se ubica aplanada en el piso de la boca para recibirlo. Es un reflejo muy activo en el recién nacido normal y en el niño pequeño. Cuando se inicia la mamada, el ideal es estimularlo tocando el labio.



Los bebés aprenden este proceso dentro del útero de sus madres, al succionar y deglutir el líquido amniótico, dicho aprendizaje se inicia a las 16 semanas de gestación, con la aparición del reflejo de deglución, y se completa más tarde, hacia las 20 semanas, con la aparición del reflejo de succión; la coordinación de ambos reflejos se produce a las 32 semanas de gestación. Por lo que los niños prematuros que nazcan antes no tendrán la capacidad de alimentarse por sí mismos; los bebés aprenden mientras crecen y maduran dentro del útero, pues se trata de un reflejo vital para su supervivencia, la coordinación de la succión y la deglución es necesaria para un buen funcionamiento de la lactancia, y la anatomía oral del bebé está diseñada para ello. La laringe del bebé está más alta que la del adulto, y va descendiendo a medida que crece, lo que hace que sus tractos respiratorio y digestivo estén más separado. Esto, a su vez, facilita la coordinación de la succión y la deglución con la respiración durante los primeros meses de vida, evitando los atragantamientos y optimizando todo proceso. También la succión es más eficaz en los lactantes, tienen los carrillos más desarrollados (los típicos “mofletes de querubín”) lo que les aporta estabilidad y favorece el sellado del pecho. Además, la cavidad oral es más pequeña y hermética que la del adulto lo que resulta imprescindible para sujetar bien el pezón y la areola dentro de la boca y mamar eficazmente, al ser la cavidad oral de menor tamaño, está ocupada por la lengua, que también tiene una posición más anterior respecto a la de los adultos. Cuando el bebé se dispone a mamar, no sólo debe abrir la boca, sino también realizar una compleja coreografía para conseguir una succión adecuada y una buena transferencia de leche. Estos movimientos son innatos, pero más adelante veremos que pueden verse afectados por determinados factores.

Cuando un bebé activa el reflejo de búsqueda (se produce al rozar sus mejillas o sus labios con cualquier objeto) ocurre lo siguiente: La lengua se sitúa encima de la encía inferior.

- La lengua protruye (sale) por encima de la encía.
- La lengua se comba formando una U.
- El maxilar inferior se eleva y dirige la areola y el pezón hacia unos milímetros más adelante del punto en el que se unen el paladar duro y el blando (punto S).
- Las succiones cortas y repetitivas activan el reflejo de eyección de la leche.



#### Tipos de succión del lactante:

Los bebés realizan dos tipos de succión: La nutritiva y la no nutritiva. La succión nutritiva es la que utilizan para comer. Se trata de una succión profunda y rítmica que suele durar unos minutos y da paso a la succión no nutritiva, la que realizan hacia el final de la toma. No obstante, si la madre tiene un reflejo de eyección de leche durante la toma y el bebé quiere más leche, volverá a realizar la succión nutritiva. La succión no nutritiva, por su parte, es superficial y rápida, y no es raro oír decir que el bebé “está usando a la madre de chupete” cuando realiza este tipo de succión, aunque es el chupete el que quiere ser una imitación del pecho, no al revés. No hay que despreciar la succión no nutritiva, ni evitarla, puesto que mientras los bebés la realizan “practican”, por así decirlo, para la succión nutritiva, y de paso van tomando pequeñas cantidades de leche rica en grasa que se acumulan en la boca. Cuando la tienen llena, la tragan, así que incluso mientras realizan este tipo de succión se están alimentando.

Técnica correcta de succión: posición cómoda y relajada, puede ser sentada o acostada de medio lado.

- Sustener al lactante con la cabeza y el cuerpo alineados frente al pecho, con la nariz del bebé frente al pezón.
- Mientras se acerca el cuerpo del lactante al pecho, debe estar pegado al cuerpo de la madre sosteniendo todo el cuerpo del lactante.
- La madre debe sostener el pecho con los dedos extendidos contra la pared del tórax, por debajo del pecho, con el dedo pulgar por encima del pecho.
- Los dedos de la madre no deben estar sobre la areola o muy cerca del pezón ya que esto interfiere con el agarre.
- La madre debe ayudar al niño a agarrar el pecho tocando los labios del lactante con el pezón, esperando hasta que abra ampliamente la boca, moviéndolo rápidamente hacia

el pecho, apuntando el pezón hacia arriba (hacia la parte superior de la boca del lactante) y colocando el labio inferior del bebé detrás del pezón, de manera que su mentón toque el pecho.

#### COMPOSICION DE LA LECHE HUMANA: CALOSTRO, LECHE DE TRANSICION, LECHE MADURA, LECHE DE PRETERMINO.

El reconocimiento creciente del valor incomparable de la leche humana, en el desarrollo y maduración del sistema nervioso, en la protección inmunológica y de diferentes patógenos, la proteína mayoritaria es la lactoferrina tiene la capacidad de ligar 2 átomos de hierro.

Lactoferrina: Desempeña un papel importante para la protección del recién nacido ante infecciones gastrointestinales, se encuentra en cantidades elevadas en el calostro la presencia de mantiene a lo largo de toda la lactancia materna. La leche humana es rica en el calostro e inmunoglobulina A, la taurina además de intervenir en la conjugación de los ácidos biliares también está presente en el sistema nervioso central.

Nucleótidos han cobrado gran importancia como promotores de las bifidobacterias a nivel de la flora intestinal mejorando la maduración y proliferación gastrointestinal; la lactosa principal carbohidrato presente en la leche materna y se sintetiza en la glándula mamaria a partir de glucosa aporta energía necesaria para el crecimiento, desarrollo del bebé también favorece a la implantación de una flora acidófila que promueve la absorción de calcio. Los lípidos aportan el 50% de calorías totales son fuente de ácidos grasos esenciales, vitaminas liposolubles; al principio la leche es más acuosa y calma la sed del niño, es rica en proteínas, vitaminas hidrosolubles y lactosa al finalizar es de color blanco con más grasa y vitaminas. Se divide en 4 etapas el proceso de la leche materna que son: el calostro, transicional, madura y pretérmino, la producción máxima de leche materna se alcanza entre el 3er y 5to mes de lactancia, fluida por factores psicológicos; después del 6to mes el volumen de producción puede mantenerse mayor a 500 ml/día hasta después de los 18 meses.

Calostro: Es la leche que se produce durante los primeros 2 o 3 días después del parto. Es producida en pequeña cantidad (40–50 ml el primer día), sin embargo, suficiente para los requerimientos del niño recién nacido en ese momento. Su color es amarillento, es rico en minerales y vitaminas liposolubles A, E y K. El calostro proporciona la importante

protección inmunológica al lactante cuando éste se expone por primera vez a los microorganismos del ambiente.

La leche de transición: Es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto. Se ha constatado que hay una importante variación individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche (Neville,1989). Los cambios de composición y volumen son muy significativos entre mujeres y dentro de una misma mujer, durante los primeros 8 días, para luego estabilizarse, la leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

Leche madura:

Se produce a partir del décimo día, con un volumen promedio diario de 700 a 800 ml. Sus principales componentes son: Agua: Representa aproximadamente el 88 a 90% y está en relación directa con el estado de hidratación; si la mujer lactante disminuye su ingesta, el organismo conserva líquidos a través de la disminución de pérdidas insensibles y orina para mantener la producción.

La leche de pretérmino: Contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas. Las madres de prematuros producen durante los primeros meses leche con un contenido mayor de sodio, proteínas, grasas, calorías y una concentración menor de lactosa, la lactoferrina y la IgA son más abundantes en la leche de pretérmino. La leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio, fósforo y ocasionalmente de proteína en recién nacidos de menos de 1.5 kg, por lo que estos nutrientes deben ser suplementados a través de una mezcla para prematuros que combine leche humana y fórmula para favorecer las condiciones de digestibilidad e inmunológicas de la leche humana.

## CUALIDADES INMUNOLOGICAS DE LA LECHE MATERNA.

La leche materna contiene un complejo conjunto de factores inmunes y puede ser vista como la interfaz entre el sistema inmunológico materno y del lactante, contiene nutrientes funcionales que ayudan a facilitar el microambiente necesario para el desarrollo del sistema inmune y la maduración intestinal, en consonancia con esta idea, el examen microscópico del intestino delgado fetal antes del nacimiento revela un epitelio inmaduro y escasas células linfoides. En contraste, el examen de la misma sección del intestino delgado después de que el niño ha nacido y se ha iniciado la lactancia materna revela un epitelio maduro, proliferante, con diferenciación de enterocitos y abundante tejido linfoide, además, la composición de la leche materna evoluciona con el tiempo para ayudar al niño a adaptarse al dinámico medio extrauterino. Por ejemplo, el calostro contiene múltiples factores tróficos que ayudan a la proliferación de enterocitos en comparación con la leche humana madura. Además, la composición del calostro de la leche materna prematura es diferente que la de la leche materna de término, con mayores niveles de factor de crecimiento epidérmico. Por lo tanto, la complejidad y la naturaleza dinámica de la leche materna se cree que están en sincronía con las necesidades de cambio del lactante y tienen implicaciones importantes sobre el desarrollo del sistema inmune. Las alteraciones en la interacción entre la leche materna y el sistema inmune del lactante se cree que contribuyen al desarrollo de enfermedad. Por lo tanto, la composición de los componentes inmunes de la leche materna de madres lactantes es probablemente un factor importante en la protección contra la enfermedad en los lactantes. Se pueden distinguir tres tipos bien diferenciados: el calostro, la leche de transición y la leche madura, el precalostro se encuentra acumulado en los alveolos durante el último trimestre de la gestación. En su composición predominan, mayoritariamente, exudado plasmático, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, cloro, sodio y lactosa. El calostro es un compuesto complejo y de pequeño volumen, tiene una densidad alta y está presente en el último trimestre de la gestación. Posee un bajo contenido en grasas y lactosa, para adaptarse así a las necesidades calóricas del bebé en sus primeras semanas de vida, tiene un alto contenido en inmuno-globulinas, proteínas, minerales, lactoferrina y leucocitos. La leche madura se da a partir de la tercera semana posparto, en esta tercera fase, la leche también experimenta variaciones en función de la etapa de la lactancia, la hora del día, la nutrición de la madre y la edad gestacional del bebé. Tiene más proteínas, ácido sálico, vitaminas liposolubles E, A, K y carotenos; también es superior el contenido de minerales, sodio, zinc, hierro, azufre, potasio, selenio y manganeso.

La IgA secretora (IgAs), un componente importante de la leche materna está alterada en las madres lactantes con enfermedad alérgica, la IgAs es una inmunoglobulina presente tanto en el intestino del lactante como en la leche materna que está específicamente dirigida contra los antígenos del ambiente materno. Los lactantes no son capaces de producir sus propios niveles de protección hasta casi 30 días después del nacimiento.

## BIBLIOGRAFIA

1. <https://amamantarasturias.org>.
2. <https://www.cirugiasdelamama.com>
3. <https://www.intramed.net>
4. <https://www.healthychildren.org>.
5. <https://www.bebesymas.com>