

# Técnicas de lactancia materna. Manejo del agarre para una lactancia efectiva

## Breastfeeding techniques. Latch management for effective breastfeeding

Carlos Eduardo Araque Sanguinetti

### RESUMEN

*La parte más importante de una lactancia materna exitosa es el agarre. Existen técnicas específicas de lactancia que se pueden utilizar al sujetar al bebé al pecho. La posición en la que se sostiene el lactante también es crucial. Cuando se obtiene una buena posición y agarre, la lactancia materna puede ser una experiencia maravillosa. No importa cuán desafiante pueda ser la lactancia materna al principio, con mucha paciencia y mucha práctica, llegará el día en que la lactancia materna se convertirá en lo natural.*

**Palabras clave:** *Lactancia materna, agarre, técnicas de lactancia.*

### SUMMARY

*The most important part of successful breastfeeding is latching. There are specific breastfeeding techniques that can be used when holding the baby to the breast. The position in which the infant is held is also crucial. When you get a good position and latch on, breastfeeding can be a wonderful experience. No matter how challenging breastfeeding may be at first, with a lot of patience and a lot of practice, the day will come when breastfeeding will become natural.*

**Keywords:** *Breastfeeding, latching, latching on, breastfeeding techniques.*

El agarre es la forma en que el lactante toma el pezón y areola en su boca para succionar, es absolutamente el aspecto más importante de la lactancia. Sin un agarre adecuado, el bebé no obtendrá la leche que necesita, los senos no serán estimulados para producir más, iniciando un círculo vicioso de escasa demanda y suministro de leche. Además, el agarre incorrecto puede producir grietas en los pezones y ser muy dolorosos. El secreto para un correcto agarre es que el lactante cierre la boca sobre la areola y no solo sobre el pezón (1). Para estimular y extraer la leche del pecho, y para asegurar una adecuada provisión y un buen flujo de leche, el lactante necesita un buen agarre, para que pueda succionar de manera efectiva (2).

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.s3.10>

ORCID: 0000 0003 0323 6978

UCI Neonatal. Hospital Felipe Guevara Rojas. El Tigre, estado Anzoátegui  
Tel: 0416 6433899  
E-mail: [araquecarlos.e@gmail.com](mailto:araquecarlos.e@gmail.com)

**Recibido: 16 de agosto 2021**

**Aceptado: 6 de septiembre 2021**

La parte más importante de una lactancia materna exitosa es el agarre. Si el lactante no se agarra correctamente al pecho, la alimentación puede ser dolorosa. Existen técnicas específicas que se pueden utilizar al sujetar al bebé al pecho. La posición en la que se sostiene el lactante también es crucial. Cuando se obtiene una buena posición y agarre, la lactancia materna puede ser una experiencia maravillosa entre la madre y el bebé (1,3).

El correcto agarre y la sincronía de la mandíbula, lengua y labios generan la dinámica correcta de la succión, transformando el pezón en una estructura alargada dentro de la boca del bebé que se desplaza hacia atrás al moverse la mandíbula hacia abajo con apertura de la boca y viceversa durante el cierre de esta. Para que esto suceda se desarrolla, en forma cíclica, una presión sub atmosférica de -20 a -40 mmHg con oscilaciones de 10 mmHg. La lengua anterior se mueve como un cuerpo rígido que sigue las ondulaciones posteriores (4).

El agarre espontáneo consiste en colocar al lactante con el pezón al nivel de la nariz y el mentón apoyado en la mama. El neonato echará la cabeza hacia atrás y abrirá la boca. Es normal que necesite varios intentos para conseguir agarrar espontáneamente el pezón. No hay que apresurarse en introducir el pezón en la boca, sólo necesita ayuda si tiene dificultades.

El agarre dirigido es útil cuando no se consigue el agarre espontáneo, usando la técnica del sándwich: dar al pecho la forma ovalada de la boca del lactante, posicionar los dedos de la mano sobre el pecho, en forma de C, en el mismo sentido que los labios del bebé (en paralelo a ellos) y se presiona ligeramente. Dejar la areola libre para no interferir con el agarre. En el momento que el lactante abre la boca, la madre lo atrae hacia el pecho y dirige el pezón en dirección al pabellón de la oreja, es decir, apuntando al paladar blando. Mantener en el pecho hasta que se confirma que el adecuado agarre.

El contacto piel a piel inmediato ayuda a regular la temperatura corporal de los recién nacidos y los expone a bacterias beneficiosas de la piel de la madre. Estas buenas bacterias protegen a los bebés de enfermedades infecciosas y ayudan a desarrollar su sistema inmunológico (5). El contacto piel a piel inmediatamente después del

nacimiento hasta el final de la primera lactancia, tiene muchos otros beneficios. Se ha demostrado que aumenta las posibilidades de que los bebés sean amamantados, prolonga la duración de la lactancia materna y también mejora las tasas de lactancia materna exclusiva (6). La evidencia sugiere que es mejor el inicio precoz de la lactancia materna, durante las dos primeras horas de vida y que el arrastre y agarre al pecho sean espontáneos en la primera hora del contacto piel a piel. En caso de que el recién nacido no encuentre espontáneamente el pezón antes de que finalice la primera hora, un profesional entrenado debe ofrecer apoyo, con la menor interferencia posible durante la vinculación del recién nacido con la madre, pasado ese tiempo ayudarle a conseguir su primer agarre. En el caso de que el recién nacido tenga signos de búsqueda, ofrecer ayuda adicional a la madre con el agarre.

### **Agarre adecuado**

La postura de la madre y la colocación del lactante al pecho presentan muchas recomendaciones, algunas contradictorias. Lo que realmente importa es la relación entre la boca del lactante, el pezón y la areola maternas, para favorecer el agarre adecuado. Identificar cuales posturas favorecen el buen agarre permitirá ofrecer una ayuda más eficaz.

La madre puede sostener su pecho con la mano, sobre todo si la mama es grande, teniendo en cuenta que la mano o los dedos deben estar detrás de la areola para no interferir con el agarre del lactante al pecho. Es importante que la cabeza y el cuerpo del lactante estén alineados; que el lactante esté en contacto con el cuerpo de la madre, sujetado por la cabeza y el cuello, acercarlo al pecho con la nariz a la altura del pezón, evitar posturas que mantengan el cuello girado o flexionado durante la toma. En un parto por cesárea puede haber más dificultad para encontrar una postura cómoda.

### **Signos de buen agarre**

Identificar si el agarre al pecho es adecuado es importante para ayudar a las madres que lo necesiten y mejorar la postura de amamantamiento hasta conseguir un buen agarre para asegurar una

succión eficaz.

Son indicadores de buen agarre: boca abierta, menos areola visible por debajo de la barbilla que por encima del pezón, el mentón del lactante toca el pecho, el labio inferior está enrollado hacia abajo, la nariz esta libre y no hay dolor.

Si la alimentación es correcta, podemos observar en los lactantes: deglución audible, visible, succión rítmica sostenida, brazos y manos relajados, boca húmeda, pañales empapados regularmente. Y en las madres: ablandamiento de mama, sin compresión en el pezón al final de la toma, la mujer se siente relajada y soñolienta (5,7-10).

En los indicadores de mal agarre, el síntoma principal es el dolor en el pezón, generalmente porque el bebé está masticando su pezón en lugar de engullir la areola. Lo mismo ocurre si escucha chasquidos, esto indica que el bebé no se ha prendido correctamente (y probablemente solo esté chupando el pezón). A veces, el bebé está tan ansioso por succionar que se agarra a cualquier parte del pecho y continúa succionando incluso si no le sale leche, dejando un doloroso hematoma. Otros signos incluyen a su bebé quejándose, masticando, hurgando y con la boca abierta, o incluso enrojeciendo porque está muy frustrado.

### **Cómo arreglar un agarre deficiente**

Con un poco de ayuda se puede lograr. Colóquese en la posición para amamantar, luego comprima la areola entre los dedos. Roce la mejilla del bebé para estimular el reflejo de enraizamiento, lo que hace que se abra la boca, luego traiga a su bebé hasta el pecho. Cuando se prende, su boca debe cubrir el pezón y la areola, aunque puede que no la cubra toda en caso de areolas grandes, y su barbilla y nariz deben tocar el pecho con los labios hacia afuera (11).

### **Pezón plano o invertido**

Solo la inspección no es suficiente para determinar si el pezón es normal para amamantar, es esencial la palpación, la compresión adecuada del pezón entre el pulgar y el índice a unos dos centímetros de la base del pezón provoca la

eversión del mismo. Los pezones se hacen más eréctiles por la influencia hormonal durante el embarazo y la lactancia.

Pezones planos son los que apenas cambian su configuración tras estímulos, los pezones pseudoinvertidos son los que fácilmente son protruidos al estimularse y en reposo vuelven a su posición inicial. El pezón realmente invertido se hunde o desaparece dentro de la areola cuando se toca o aparece invertido con forma de ombligo en reposo, debido a que tiene bandas de tejido conjuntivo que lo atan a su base. Suele ser unilateral y a veces, se asocian con un menor número de conductos o anomalía de los mismos, por lo que es necesario que se verifique la transferencia adecuada de leche realizando el seguimiento del bebé.

No podemos predecir si una mujer con pezones invertidos lactará, y no debemos realizar comentarios negativos a la madre acerca de sus pezones, esto es importante en cualquier situación. En realidad, no hay forma de pezón que dificulte la lactancia, sino que esto depende más de la flexibilidad o elasticidad del complejo pezón-areola, por lo tanto bajo ningún concepto la lactancia está contraindicada en una madre con pezones invertidos, aunque conseguir un agarre correcto puede ser dificultoso.

### **Las estrategias para el manejo incluyen:**

Confiar en la capacidad de la madre para alimentar a su bebé, asesoría de grupos de apoyo para la lactancia, inicio precoz de la lactancia materna en las dos primeras horas, contacto piel con piel, el máximo de horas al día, iniciar la lactancia en el pecho del pezón invertido para aprovechar la succión más vigorosa. Facilitar la posición del lactante para favorecer el agarre. La madre, justo antes del agarre, puede pinzar suavemente la areola en su parte inferior y superior sin que los dedos obstaculicen el agarre del bebé y así favorecer al máximo la protrusión del pezón. La mano en forma de "C" y de "U" de la madre facilita el agarre del niño.

Para facilitar el agarre, asegurarse que el área de alrededor del pezón y la areola tengan flexibilidad o elasticidad antes de ofrecer al niño. Estimular con sacaleches o con la mano para que el pezón esté más eréctil antes de que

comience el agarre o bien para reblandecer el pezón y la areola. Estimular el pezón con leve rotación o mojarlo con agua fría justo antes de mamar al bebé. Extraer manualmente gotas de leche. Enganchar al lactante primero en la parte inferior del pecho, lo más lejos posible de la unión pezón-areola, ayudando así a una mayor apertura mayor de la boca (11).

Medidas complementarias sin adecuada evidencia científica de efectividad: Vacío en el pezón con jeringas, escudos formadores de pezones, chupetes, tetinas o pezoneras, ejercicios prenatales en el pezón, bandas de goma, succión marital y vacío con dedal (5). Si la lactancia requiere ser iniciada con pezoneras no debemos crear frustración, en estos casos es también importante conseguir un buen agarre y realizar seguimiento.

Una vez establecida la lactancia y el agarre es adecuado, retirar la pezonera, la madre debe sostener el pecho en forma de “C” o de “U” durante toda la toma (11).

Ante la ausencia de estudios en caso de pezones desproporcionados en relación con la boca del lactante, se realizan recomendaciones de buena práctica, basada en la experiencia clínica. Ayudar a las madres, intentar encontrar alguna postura que facilite el agarre. Si no puede conseguirse el amamantamiento, extraer la leche manualmente o con extractor de leche y administrar mediante el método de suplementación más apropiado según el caso, también se pueden utilizar pezoneras del tamaño adecuado, hasta que la cavidad oral del bebé alcance el tamaño suficiente para poder mamar. Se alentará a la madre informando que la situación se resolverá con el crecimiento del bebé (1,5).

Los lactantes con frenillo lingual corto (anquiloglosia), es posible que no puedan extender la lengua más allá de la línea de las encías inferiores o agarrarse correctamente el pecho durante la toma, lo que puede provocar dolor en los pezones de la madre y pobre aumento de peso en el bebé (12). Afecta directamente a la lactancia materna a la hora de realizar los movimientos de protrusión y elevación de la lengua, necesarios para succión del pecho. En algunos casos produce dificultades para iniciar y mantener la lactancia, por los movimientos compensatorios que pueden repercutir en el pecho

de la madre. Se puede observar en la toma en un recién nacido con anquiloglosia: chasquidos, succión con mejillas hundidas, retrognatia, temblores en la mandíbula, entre otros. En el caso de la madre es frecuente que aparezca dolor, grietas y mastitis, como consecuencia de la dificultad en el agarre y la succión.

Los lactantes con anquiloglosia pueden tomar el pecho con normalidad y en la mayoría de los casos son asintomáticos por lo que es muy importante realizar una valoración individual de cada caso. La evidencia científica recomienda realizar una frenotomía en caso de que existan dificultades reales en la lactancia materna. Esta es un procedimiento quirúrgico simple que debe realizar un profesional con experiencia. La mayoría de las madres posterior a la frenotomía refieren una mejoría inmediata en la lactancia, aunque en otros casos puede ser más demorado (13).

Es común que las madres que amamantan presenten dolor en los pezones, y si este no se resuelve puede contribuir a la interrupción temprana de la lactancia (14). Aunque hay muchas intervenciones que se utilizan para de dolor o grietas en los pezones, no hay estudios de calidad que demuestren su eficacia. La evidencia existente es de baja calidad, y en general no hay diferencias significativas entre las intervenciones. Se recomienda identificar la causa y dar el apoyo necesario hasta conseguir una posición y agarre adecuados. Si la mujer está utilizando una crema que cree que le ayuda y se ha demostrado su seguridad para ella y para el lactante, respetar su uso, siempre y cuando no se trate de una crema que haya que retirar como por ejemplo la esencia de menta (5).

El uso de lanolina anhidra altamente purificada (HPA) para controlar el dolor asociado con el agarre, se relaciona con un aumento sustancial en la duración de la lactancia. La lanolina es muy similar a los lípidos que se encuentran dentro de la piel, particularmente en el estrato córneool manera que contribuyen a la integridad de la barrera cutánea. Es un excelente humectante y emoliente, forma una emulsión estable con agua en la piel para evitar la evaporación y retener la humedad. Además, se ha demostrado que la lanolina puede mejorar la tasa de cicatrización de las heridas cutáneas de espesor parcial al proporcionar un

ambiente de cicatrización húmedo. Aparte de la leche materna extraída, la lanolina es la única intervención que ha recibido el respaldo continuo de organizaciones de la comunidad mundial (15).

Es primordial realizar la evaluación de la toma del pecho para detectar y resolver precozmente los posibles problemas de agarre. La colocación correcta al pecho es uno de los requisitos principales para el éxito de la lactancia materna pues buena parte de los problemas que surgen al principio, se deben a una mala posición, a un mal agarre o a una combinación de ambos (16).

### **Técnicas de lactancia materna**

Una buena técnica de lactancia permite mantener la producción de leche y evita la aparición de grietas y dolor. No existe una única posición adecuada para amamantar, lo importante es que la madre esté cómoda, que el bebé esté enfrentado y pegado al cuerpo de la madre y que se agarre bien a pecho, introduciendo gran parte de la areola en su boca, para que al mover la lengua no lesione el pezón.

Se describen las distintas posturas para amamantar al bebé de manera correcta:

**Posición sentada (o posición de cuna):** Se coloca al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. La madre lo sujeta con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo, pero no muy cerca del codo para que el cuello no se flexione, lo que dificultaría el agarre. Con la otra mano dirige el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en que éste la abre, lo acerca con suavidad al pecho.

**Posición acostada:** La madre se sitúa acostada de lado, con el bebé también de lado, con su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. Cuando el bebé abra la boca, la madre puede acercarlo al pecho empujándole por la espalda, con suavidad, para facilitar el agarre. Es una posición muy cómoda para las tomas nocturnas y los primeros días de lactancia.

**Posición crianza biológica:** La madre se coloca recostada (entre 15 y 65°) boca arriba y el bebé boca abajo, en contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura permite al bebé desarrollar los reflejos de gateo y búsqueda. La

madre le ayuda a llegar al pecho ofreciendo límites con sus brazos. Esta posición es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho...).

**Posición en balón de rugby (o posición invertida):** Se sitúa al bebé por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Es importante dar sujeción al cuello y a los hombros del bebé, pero no a la cabeza, que necesita estar con el cuello un poco estirado para atrás (deflexionado), para facilitar el agarre. Es una posición adecuada para amamantar a gemelos y a prematuros.

**Posición de caballito:** El bebé se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre, con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. Esta postura es útil en casos de grietas, reflujo gastroesofágico importante, labio leporino o fisura palatina, prematuros, mandíbula pequeña (retromicrognatia) o problemas de hipotonía. En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo, a la vez que se sujeta la barbilla del bebé (17).

Otras recomendaciones acerca de las técnicas de lactancia materna:

**Lactancia a demanda:** El bebé tiene que mamar siempre que quiera. Ofrecer el pecho cuando «busque», se chupe los dedos, sin esperar a que llore.

**Para evitar ingurgitación:** comience cada toma por el pecho del que no mamó o del que mamó menos en la toma anterior.

Deje que vacíe el pecho, la leche del final de la toma tiene más grasa (más calorías).

Si el bebé está contento y no parece enfermo, toma suficiente leche.

Si moja menos de 5 pañales al día y no hace deposiciones es posible que esté tomando poca leche y debe consultar con su pediatra.

Independientemente de la postura que adopte la madre para amamantar, existen unos principios básicos que deben de ser tenidos en cuenta y que facilitan el agarre del bebé y en consecuencia, la transferencia eficaz de leche y el vaciado adecuado del pecho.

La madre debe de sentirse cómoda con la postura. La utilización de cojines o almohadas puede resultar útil. El cuerpo del bebé debe de estar en estrecho contacto con el de la madre. Cuando la madre está recostada, el peso del bebé descansa sobre el cuerpo de la madre y resulta más fácil mantener ese contacto estrecho que facilita la puesta en marcha de los reflejos en el lactante. La cabeza debe de estar frente al pecho, bien alineada con el cuerpo (el cuello no debe de estar flexionado, ni la cabeza girada). Es preferible desplazar al bebé que desplazar el pecho de la madre. El mentón debe de estar apoyado en el pecho con el pezón encima del labio superior, a la altura de la nariz. De esta forma, cuando el bebé ponga en marcha el reflejo de búsqueda y agarre el pecho, el cuello quedará en ligera hiperextensión, facilitando la coordinación succión, deglución, respiración. Es preferible favorecer el agarre espontáneo, cuando la boca del bebé esté bien abierta, acercarle al pecho y permitir que sea él quien lo agarre. Si el bebé no lo consigue, puede ser útil el agarre dirigido. Para prestar un apoyo eficaz a las madres con dificultades deberemos de tener en cuenta sus condiciones físicas y la forma y tamaño de sus pechos.

Es posible que la mayoría de los problemas de lactancia se puedan solucionar. Entonces, cuando se encuentren, no hay que rendirse. La ayuda de otros puede ser invaluable, por ejemplo, médica, el pediatra del bebé, consultora de lactancia, la pareja, otras mamás en su grupo local, amigos, familiares o cualquier otra persona en la que confíes que haya amamantado. No importa cuán desafiante pueda ser la lactancia materna al principio, con mucha paciencia y mucha práctica, llegará el día en que la lactancia materna se convertirá en lo natural (18-20).

#### REFERENCIAS

1. What To Expect [Internet]. New York: How to Get a Proper Breastfeeding Latch; c2020 [cited 2021 Jul 07]. Disponible en: <https://www.whattoexpect.com/poor-breastfeeding-latch.aspx>
2. OMS [Internet]. Washington: La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud; c2010 [cited 2021 Jul 27] OPS; [about 2 screens]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44310>
3. Davie P, Chilcot J, Jones L, Bick D, Silverio SA. Indicators of 'good' feeding, breastfeeding latch, and feeding experiences among healthy women with healthy infants: A qualitative pathway analysis using Grounded Theory. *Women Birth*. 2021;34(4):e357-e367.
4. Elada D, Kozlovskya P, Bluma O, Laine AF, Pob MJ, Botzerc E, et al. Biomechanics of milk extraction during breast-feeding. *PNAS*. 2014;11(14).
5. 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. Vasco-OSTEBA; 2017.
6. UNICEF [Internet]. Breastfeeding from the first hour of birth: What works and what hurts. c2018 [cited 2021 Jul 2]. Disponible en: <https://www.unicef.org/stories/breastfeeding-first-hour-birth-what-works-and-what-hurts>
7. USDA [Internet]. Steps and Signs of a Good Latch | WIC Breastfeeding; [cited 2021 Jul 2]. Disponible en: <https://wicbreastfeeding.fns.usda.gov/steps-and-signs-good-latch>
8. Medela [Internet]. Latching on the breast correctly; [cited 2021 Jul 2]. Disponible en: <https://www.medela.com/breastfeeding/mums-journey/breastfeeding-latch>
9. What to expect [Internet]. How to Get a Proper Breastfeeding Latch. c2020 [cited 2021 Jul 2]; [about 2p.]. Disponible en: <https://www.whattoexpect.com/poor-breastfeeding-latch.aspx>
10. What to expect [Internet]. Most Common Breastfeeding Problems and Solutions. c2020 [cited 2021 Jul 2]; [about 3p.]. Disponible en: <https://www.whattoexpect.com/first-year/breastfeeding/problems/>
11. What to expect [Internet]. Most Common Breastfeeding Problems and Solutions. c2020 [cited 2021 Jul 2]; [about 4p.]. Disponible en: <https://www.whattoexpect.com/first-year/breastfeeding/problems/>
12. Bourdillon K, McCausland T, Jones S. Latch-related nipple pain in breastfeeding women: the impact on breastfeeding outcomes. *British J Midwifery*. 2020;28(7):406-414.
13. Calle-Mena M, Villa-Gómez P, Arroniz-Gutiérrez M. Manejo del pezón plano o invertido para una lactancia eficaz. *Revista Electrónica de Portales Médicos* [Internet]. 2021 May [cited 2021 Jul 23];xvi(10): [about 1 p.]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/manejo-del-pezon-plano-o-invertido-para-una-lactancia-eficaz/>
14. OASH [Internet]. Getting a good latch. c2018 [cited 2021 Jul 2]; [about 1p.]. Disponible en: <https://www.womenshealth.gov/breastfeeding/learning-breastfeed/getting-good-latch>
15. Peña S, Doñate-Cuartero M, Rodríguez-Sánchez

- M, Sampietro-Palomares M, Franco-Villalba A. La anquiloglosia en la lactancia materna. *Revista Electrónica de Portales Médicos* [Internet]. 2019 Dec [cited 2021 Jul 25];xiv(24):618. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/la-anquiloglosia-en-la-lactancia-materna/>
16. Bourdillon K, McCausland T, Jones S. Latch-related nipple pain in breastfeeding women: the impact on breastfeeding outcomes. *British J Midwifery*. 2020;28(7):406-414.
  17. Tomico del Río M. Congreso en actualización pediátrica. Problemas en la lactancia materna Conference; 2020 Feb 14; En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020.
  18. Breastfeeding [Internet]. Posturas para amamantar. Técnicas de Lactancia Materna – AEP – Lactancia Materna c2020 [cited 2021 Jul 27]; [about 3p.]. Disponible en: <http://lactanciamaterna.aeped.es/breastfeeding-techniques/?lang=en>
  19. Breastfeeding [Internet]. Otras recomendaciones acerca de las técnicas de lactancia materna c2020 [cited 2021 Jul 27]; [about 1p.]. Disponible en: <http://lactanciamaterna.aeped.es/breastfeeding-techniques/?lang=en>
  20. What To Expect [Internet]. New York: How to Get a Proper Breastfeeding Latch; c2020 [cited 2021 Jul 07]. Disponible en: <https://www.whattoexpect.com/poor-breastfeeding-latch.aspx>