

REVISTA PARA CUIDADOS EN LA
UCIN Y DURANTE LA MATERNIDAD

01 2025

Comienzos

Una llamada a los equipos de primera intervención

Guías clínicas para
un apoyo proactivo a
la lactancia

Presentamos la nueva generación

La innovadora tecnología
de Magic InBra™

Un buen cuidado

Soluciones para la lactancia con
base científica

medela 

Turning Science into Care



Dedicados a la lactancia

Desde hace más de 60 años, Medela impulsa la lactancia y la extracción de leche materna a través de la ciencia, la investigación, la formación y soluciones innovadoras.

Para reforzar este enfoque y garantizar la alineación con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Medela ha realizado un cambio fundamental en su cartera de productos.

A fecha de 1 de julio de 2025, Medela ha cesado la fabricación y venta globales de biberones, tetinas y chupetes, tras el cese de todas las acciones publicitarias en junio de 2023. Estos pasos reflejan nuestro compromiso firme y a largo plazo con los principios del Código de la OMS y con la protección y promoción de la lactancia materna en todo el mundo.

Esta decisión, liderada por el presidente Michael Larsson y el director general Thomas Golücke, y respaldada plenamente por el Consejo de Administración y la Dirección del Grupo, reafirma la misión de Medela de promover la lactancia en todo el mundo. Al retirar productos que podrían estar incluidos en el ámbito del Código de la OMS, Medela refuerza su colaboración con comunidades de investigación y apoyo a la lactancia materna.

Empoderando a las madres, las familias y los profesionales sanitarios

Seguimos centrados en apoyar a las familias en favor de la lactancia materna en todo el mundo, garantizando que cualquier bebé tenga acceso a la leche materna (la mejor nutrición posible para estos primeros pasos en la vida), persiguiendo este objetivo con claridad, cuidado y dedicación. Como parte de este compromiso, empoderaremos a los profesionales sanitarios, las madres y las familias con nueva información aportada por la investigación sobre lactancia, formación sobre la materia, y soluciones innovadoras en extracción de leche y cuidado del pecho. Estos esfuerzos están concebidos para apoyar, proteger y promocionar la lactancia materna, y también para afrontar retos tales como lograr un suministro de leche completo y permitir una lactancia directa satisfactoria.



Descubre más acerca de nuestro firme compromiso con el Código de la OMS, la justificación estratégica de esta decisión y los momentos clave en nuestro viaje de transición.

Índice

02 Dedicados a la lactancia

Compromiso total con el Código de la OMS

04 Una llamada a los equipos de primera intervención

Aspectos destacados de las guías clínicas para un apoyo proactivo a la lactancia

14 Descubriendo la magia

Presentamos la nueva generación de extractores de leche de uso personal

18 Un buen cuidado

Guía rápida de soluciones para la lactancia con base científica

Productos Medicinales Medela, SL

C/ Pujades, 51-55 Box 13, 08005 Barcelona
Tel. +34 933205969, E-mail: info@medela.es
www.medela.es

Edición y texto:

Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG

Diseño gráfico: www.ruheundsturm.de, Munich

Imprime: OFFSET INFANTA, S.L.U, C/ Cirerols, 82, 08940 Cornellà de Llobregat, Barcelona

Fuentes de imágenes:

Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG; Adobe Stock: 306877583, 430354398, 441151372, 550895316, 168123422, 21748861, 251572501

Una llamada a los equipos de primera intervención

Guías clínicas para un apoyo proactivo a la lactancia

Las tasas de lactancia siguen siendo subóptimas: menos del 50 % de los bebés recibe una alimentación exclusiva de leche materna durante los primeros 6 meses.¹ Aunque intervienen múltiples factores, una mesa redonda de enfermeras matronas, liderada por una doctora especializada en lactancia, subrayó que para mejorar tanto la lactancia exclusiva a corto plazo como la duración a largo plazo es clave la identificación temprana y la gestión de factores de riesgo de la madre y el bebé. Se identificaron los factores de riesgo más relevantes que pueden alterar la lactancia fisiológica normal² y se desarrollaron guías clínicas para orientar a los profesionales sanitarios en el apoyo a la lactancia y la atención a las familias.³

1 Una brecha en las directrices

Garantizar que madres y bebés cumplan sus objetivos personales de lactancia es esencial en el posparto. Sin embargo, no siempre existen protocolos adecuados que orienten a los profesionales sanitarios. En la actualidad, existen directrices clínicas para ayudar a madres lactantes sanas a establecer un suministro óptimo de la leche materna.⁴⁻⁶ La Organización Mundial de la Salud también ha publicado directrices clínicas para la atención de recién nacidos pequeños, enfermos y prematuros⁷, mientras que el Modelo de 10 Pasos de Spatz⁸, implantado internacionalmente, ha demostrado sólidos resultados clínicos. Sin embargo, las madres con factores de riesgo conocidos que dan a luz a bebés presumiblemente sanos pueden tener alto riesgo de no alcanzar una producción completa de leche, ya que con frecuencia quedan fuera de los protocolos hospitalarios actuales. Por ejemplo, un estudio transversal reciente⁹ confirmó que las tasas de inicio y continuidad de la alimentación con leche de la propia madre a las 12 semanas fueron sensiblemente menores en los prematuros tardíos en comparación con otras edades gestacionales.

Hasta la fecha, no se han publicado directrices de práctica clínica que aborden de forma específica la asistencia a madres con factores de riesgo que afecten al proceso fisiológico de la lactancia, ni a aquellas que encuentran dificultades para iniciarla durante su estancia hospitalaria. Como consecuencia, es posible que estas madres no reciban el apoyo necesario para alcanzar un volumen de leche adecuado dentro del periodo crítico de la activación secretora. Se requieren planes de lactancia personalizados para identificar y apoyar a estas madres desde el inicio. La estrategia reactiva de intervenir únicamente cuando surgen problemas está condenada al fracaso, puesto que el retraso de la activación secretora tiene repercusiones que afectan a todo el proceso de la lactancia. De hecho, un retraso de más de 72 horas en la activación secretora posparto se asocia con pérdida de peso neonatal excesiva, conducta de lactancia subóptima al día 7, mayor suplementación con fórmula y menor duración de la lactancia.¹⁰⁻¹⁴



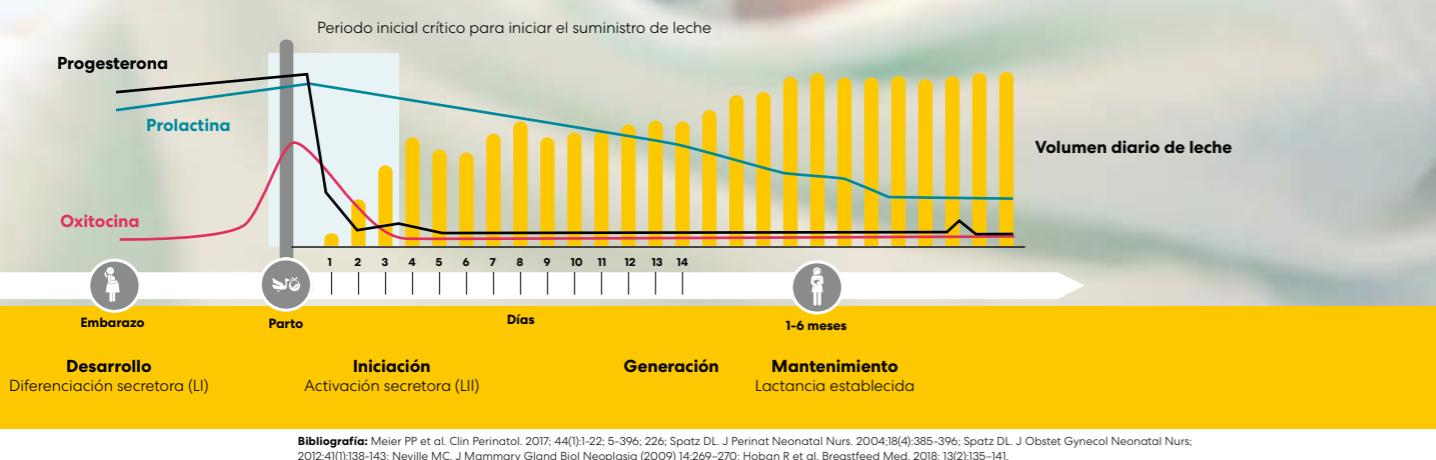
“Esperar a ver qué pasa”

no es una opción

Las mujeres que presentan un retraso en la activación secretora tienen un 60 % más de probabilidades de interrumpir la lactancia a las 4 semanas después del parto.¹⁵

Aprovechando ese periodo crítico

Los cambios hormonales que se producen tras el parto, junto con la estimulación temprana y eficaz del pecho, son factores clave para lograr una activación secretora satisfactoria.



2

El tiempo importa

Las dos primeras semanas tras el parto son decisivas para establecer y mantener a largo plazo un buen suministro de leche. Sin embargo, el periodo para iniciar con éxito la lactancia es aún más breve: las primeras 72 horas. El motivo de que este periodo sea tan crítico es el cambio en el desarrollo de la glándula mamaria que se produce bajo el control hormonal (endocrino), y que provoca cambios muy significativos en los días posteriores al nacimiento del bebé. Durante el embarazo, la secreción de leche comienza aproximadamente en la semana 20; sin embargo, los altos niveles de progesterona inhiben la producción completa de leche hasta después del parto, cuando los cambios hormonales desencadenan la activación secretora.^{16,17} Tras el parto, se produce una rápida disminución de los niveles de progesterona, facilitada por la expulsión de la placenta. Cuando los niveles de progesterona disminuyen, la prolactina queda libre para promover la activación secretora. Esto favorece el cierre de las uniones estrechas de los lactocitos, sellando los alvéolos para que la leche permanezca en su interior y no se filtre hacia los tejidos circundantes. Cada episodio de succión, cada estimulación regular del pezón y la areola,

ya sea a través de la lactancia o la extracción, envía al cerebro de la madre el mensaje de que tiene que "producir prolactina".¹⁷

Aquí también entra en juego la oxitocina. Tras estimular las contracciones durante el parto, sus niveles se mantienen elevados en los primeros días para preparar la interacción de la lactancia. La succión del bebé provoca pulsos de oxitocina necesarios para la eyeción de la leche disponible a lo largo de toda la lactancia.

Así, durante este periodo, la estimulación regular y una extracción de leche eficaz son fundamentales para activar la producción de leche materna. Existen factores de riesgo – hormonales, glandulares o derivados de una extracción deficiente por dificultades de succión del bebé – que pueden alterar este proceso y deben identificarse y gestionarse de forma proactiva. Por ello, el apoyo y la preparación de las futuras madres durante el embarazo, tanto mediante la identificación de posibles factores de riesgo como a través de planes de lactancia dirigidos a lograr una activación secretora a tiempo, constituyen un requisito previo para el éxito de la lactancia a largo plazo.

El apoyo a la lactancia debe comenzar durante el embarazo

La Prof.ª Viktoria Vivilaki, presidenta de la Asociación Europea de Matronas, es una firme defensora de las mesas redondas en las que se debaten todas las novedades a favor del apoyo proactivo a la lactancia. Y tiene muy claras sus expectativas de cara al futuro.

¿Por qué es tan importante el apoyo a la lactancia proactiva?

La gestión proactiva de la lactancia desempeña un papel fundamental en su éxito. La iniciación temprana y el apoyo estratégico en centros y clínicas de maternidad tienen un impacto significativo en la producción de leche a largo plazo y en la confianza de las madres. En algunos países europeos, las tasas de lactancia materna siguen disminuyendo, lo que hace imprescindible establecer un marco de actuación basado en la evidencia para mejorar los cuidados perinatales.

¿Cuándo se debería empezar a dar apoyo?

El apoyo a la lactancia debe comenzar durante el embarazo e inmediatamente después del parto. Este apoyo debe considerarse una parte integral de la atención perinatal, y no un servicio opcional. También resulta fundamental establecer expectativas realistas y abordar de forma adecuada las inquietudes que puedan surgir. Las recomendaciones planteadas ponen especial énfasis en directrices estructuradas y proactivas para prevenir los retos de las primeras etapas de la lactancia, especialmente en las madres con riesgo de lactogénesis retardada. Con este enfoque se reducen los suplementos innecesarios y aumentan las probabilidades de éxito en la lactancia.

¿Cómo deben aplicar las matronas estas recomendaciones en su día a día?

Las matronas desempeñan un papel fundamental en el apoyo a la lactancia. La implantación pasa por una formación sistemática en lactancia, que asegure prácticas estandarizadas y basadas en la evidencia, así como por un acompañamiento presencial en las primeras horas tras el parto, a fin de garantizar una correcta colocación y un agarre óptimo. Igualmente, es esencial asegurar que las matronas realizan un seguimiento cercano tras el alta hospitalaria. Aquí, la colaboración entre profesionales es fundamental. El trabajo coordinado para identificar precozmente a las madres en riesgo permite garantizar un apoyo inmediato y continuado.

Prof.ª Viktoria Vivilaki
Presidenta de la
Asociación Europea
de Matronas



3 Una evaluación correcta

Los expertos distinguen entre factores de riesgo maternos preexistentes y aquellos que surgen durante el parto o que afectan de manera específica al bebé. En algunas madres, el inicio de la lactancia resulta complicado debido a factores de riesgo frecuentes y, en muchos casos, no modificables, como la diabetes¹⁸⁻²⁰, un IMC elevado²¹⁻²⁴, el síndrome del ovario poliquístico (SOPQ)^{25,26}, el parto prolongado²⁷⁻²⁸, el parto por cesárea^{29,30} o la hemorragia posparto.^{31,32} Estos factores pueden retrasar la activación secretora y plantear dificultades a la hora de alcanzar el volumen crítico de leche de 500 ml/día el día 14.^{33,34} El riesgo es igualmente elevado si los factores de riesgo derivan de un parto prolongado o de una cesárea inesperada. Si el bebé nace con bajo peso³⁵⁻³⁷ o presenta alguna anomalía facial (p. ej., fisura palatina)³⁸ y no puede estimularse o alimentarse eficazmente, el proceso de la lactancia también puede verse afectado.

También hay que prestar especial atención a las mujeres con hipoplasia glandular.³⁹⁻⁴¹ En resumen, cuantos más factores de riesgo estén presentes, mayor será el desafío, y más crucial será identificarlos y evaluarlos de forma temprana durante la atención prenatal. A partir de estas evaluaciones, se debe diseñar un plan de lactancia perinatal personalizado que准备 a las familias y oriente los cuidados. Contar con un plan sólido marca la diferencia. Documentar las preferencias de suplementación y compartir las con el equipo encargado del parto garantiza la continuidad de la atención. Tras el nacimiento del bebé, el contacto piel con piel temprano, la lactancia directa y la extracción manual del calostro son pasos fundamentales. Si la lactancia se retrasa o resulta ineficaz, se debe iniciar de inmediato la extracción hospitalaria para estimular el pecho y proteger el suministro de leche.^{2,3}

Factores de riesgo maternos

Enfermedades/trastornos

Diabetes¹⁸⁻²⁰
Obesidad²¹⁻²⁴
Síndrome del ovario poliquístico^{25,26}
Trastornos tiroideos⁴²

Medicación/tratamiento

Después de la quimioterapia⁴³
Después de la radioterapia⁴⁴
Fármacos que inhiben la lactancia⁴⁵⁻⁴⁷

Preocupaciones sobre el pecho

Hipoplasia glandular³⁹⁻⁴¹
Intervención quirúrgica mamaria^{48,49}
Piercing en el pezón⁵⁰
Anomalías de los pezones^{14,51}

Otros factores

Fecundación asistida⁵²
Inducción del parto^{53,54}
Primiparidad^{14,23,55}

Factores de riesgo del parto y del bebé

Parto

Parto prolongado/estresante^{27,28}
Cesárea^{29,30}
Hemorragia posparto^{31,32}

Bebé

Edad gestacional^{56,57}
Bajo peso al nacer³⁶⁻³⁷
Anomalías faciales (p. ej., labio leporino/fisura palatina)³⁸

Posparto

Separación de la madre y el bebé^{58,59}
Retraso o interrupción del contacto piel con piel^{60,61}
Retraso de la primera toma de pecho^{62,63}

Prácticas de alimentación y extracción

Lactancia infrecuente (<8 veces en 24 horas)⁶⁴
Extracción infrecuente (<5 veces en 24 horas)⁶⁵
Otro suplemento distinto a la leche de la propia madre (LPM)⁶⁶





4 La intervención correcta

El apoyo constante y práctico es clave, y la intervención adecuada también depende de los factores de riesgo identificados. En la mesa redonda internacional se definieron dos guías clínicas (véase página 12) para orientar los cuidados, incluyendo un enfoque específico para mujeres con tejido glandular insuficiente,² que tienen pocas probabilidades de alcanzar un suministro completo de leche. Las intervenciones quirúrgicas en el pecho, ya sea para aumentarlo o reducirlo, están entre las operaciones cosméticas más populares a nivel mundial.

Gracias a un mejor conocimiento del funcionamiento de la mama durante la lactancia y a los avances en técnicas quirúrgicas, son muchas las mujeres que pueden dar el pecho incluso después de una intervención quirúrgica de este tipo. No obstante, estas intervenciones pueden afectar la producción de leche: cuanto más tejido glandular productor de leche se extrae, mayor es la probabilidad de que la mujer no logre^{48,49} alcanzar un suministro de leche completo. El tratamiento del cáncer de mama también suele incluir cirugía – mastectomía total o parcial –, quimioterapia y radioterapia.^{43,44}

Estos tratamientos pueden eliminar, cicatrizar u obstaculizar el tejido mamario funcional, afectando la capacidad de producir leche. Y aunque la lactancia sigue siendo posible tras radioterapia o quimioterapia, con frecuencia el suministro de leche se reduce debido al impacto sobre el tejido productor de leche.

Algunos casos clínicos han demostrado que, con un enfoque estructurado y proactivo, incluso madres de alto riesgo pueden lograr el éxito en la lactancia. Una revisión sistemática reciente reveló que 40 de 42 (95,2 %) mujeres con tejido glandular insuficiente solo pudieron ofrecer leche materna durante menos de 1 mes³⁹. Sin embargo, un caso clínico evidenció que, con intervención significativa (extracción hospitalaria y domperidona), la madre pudo suministrar unos 400 ml al día durante los primeros 6 meses del bebé.⁴¹

La formación de los profesionales sanitarios, una prioridad de primer nivel

Salomé Álvarez Rodríguez, expresidenta de la Federación de Asociaciones de Matronas de España y corresponsable del comité científico, explica cómo pretende implantar estas recomendaciones en España.

Una de nuestras iniciativas clave es organizar talleres y seminarios para matronas y otros profesionales sanitarios. Estos eventos se centran en las mejores prácticas de apoyo a la lactancia, técnicas y gestión de los desafíos más frecuentes. Además, brindan valiosas oportunidades para compartir experiencias y analizar casos prácticos, fomentando una comunidad profesional sólida e informada.

La formación de los profesionales sanitarios es una prioridad de primer nivel. Estamos lanzando programas de capacitación para matronas, enfermeras y médicos que subrayan la importancia de la lactancia, cómo apoyar a las madres antes y después del parto y cómo gestionar situaciones complejas. Nuestro objetivo es asegurarnos de que todo el personal esté bien preparado y alineado con las prácticas actuales más recomendadas. Espero que uno de los principales efectos sea un aumento significativo de las tasas de lactancia. Al implantar las nuevas recomendaciones, podemos ayudar a las madres a superar barreras como la falta de información, el apoyo limitado y las dificultades prácticas. La aplicación de un enfoque estructurado y proactivo ya desde antes del parto puede marcar la diferencia.

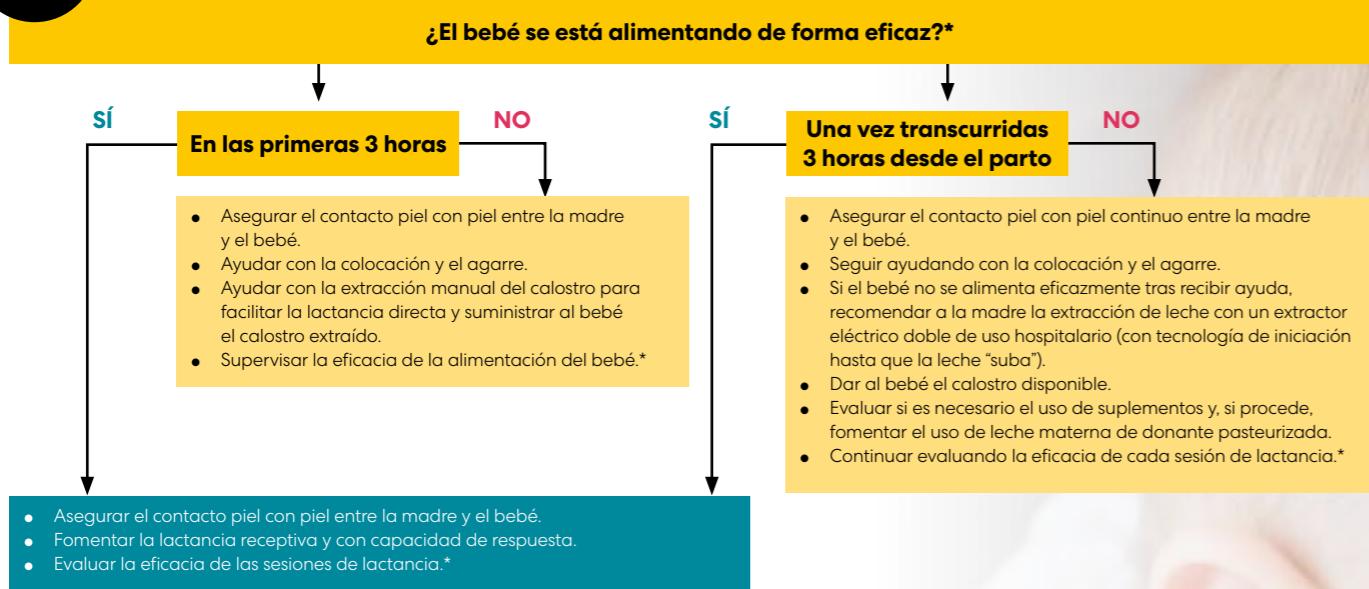
La promoción de la lactancia también ocupa un lugar central en nuestro plan. Estamos tratando de impulsar políticas que faciliten la lactancia, como bajas por maternidad adecuadas, entornos de trabajo que apoyen la lactancia y la inclusión de la lactancia en los programas de salud pública. Estas medidas son fundamentales para crear un entorno en el que las madres se sientan apoyadas y empoderadas. Gracias a estas iniciativas, buscamos desarrollar un sistema de apoyo sólido y sostenible para la lactancia en España. Mi sueño es que todas las madres, independientemente de su origen o ubicación, puedan acceder a un apoyo continuo e integral que les permita dar el pecho de forma exitosa y satisfactoria".

Salomé Álvarez Rodríguez
Expresidenta
de la Federación
de Asociaciones
de Matronas de España

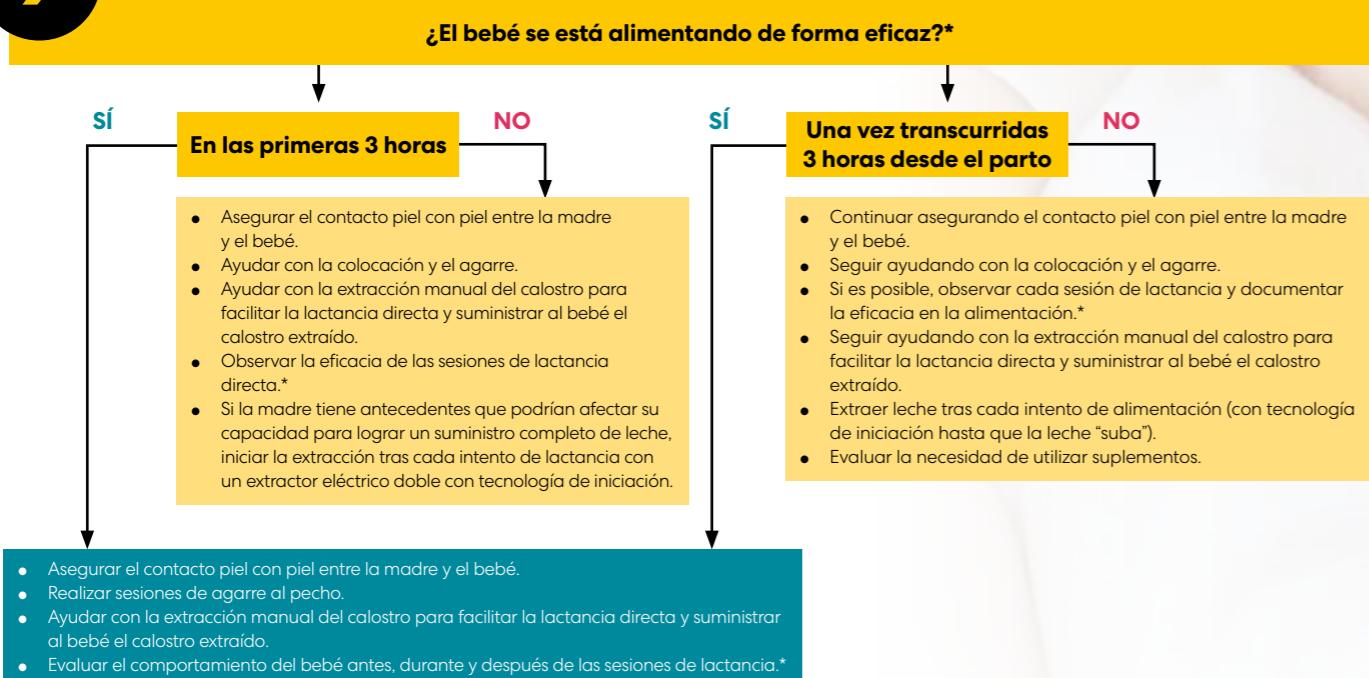
Guías clínicas para un apoyo proactivo a la lactancia



Para madres con riesgo de retraso en la activación secretora o disminución de la producción de leche y/o recién nacidos con riesgo de problemas en la alimentación



Para madres con probabilidad de tener un suministro de leche reducido



*La evaluación de la eficacia en la alimentación tiene en cuenta la frecuencia, la duración, la producción de heces y orina, el peso del bebé, la apariencia y la actividad del lactante, así como el estado de los pezones y el tejido mamario de la madre antes y después de las tomas. Se debe instruir a los progenitores sobre la fisiología de la producción de leche, la importancia de activar la secreción a tiempo para desarrollar un suministro sólido a largo plazo y cómo los factores de riesgo maternos o del bebé pueden afectar la obtención de un volumen adecuado.

Ejemplos de guías adaptados a partir de: Spatz DL et al J Midwifery Womens Health. 2025 Mar-Apr;70(2):343-349 3 and Slater CN,et al. Am J Matern Child Nurs. 2025 Jul-Aug;01;50(4):192-203.

Puede leer las recomendaciones completas de la mesa redonda internacional en estos dos artículos:



Descubra más sobre cómo poner en práctica el apoyo proactivo a la lactancia en nuestra formación en línea gratuita:



Para estar al día en investigación sobre lactancia, recomendamos consultar el número especial de Breastfeeding Medicine de julio de 2025, ya disponible en acceso abierto.



Bibliografía: 1 WHO, UNICEF: Global Breastfeeding Scorecard 2023. Available from: <https://www.who.int/publications/item/WHO-HEP-NFS-23-17> 2 Spatz DL et al. Nurs Womens Health. 2024 Aug;28(4):256-263. 3 Spatz DL et al J Midwifery Womens Health. 2025 Mar-Apr;70(2):343-349 3 4 Moore ER et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11:CD003519. 5 Holmes AV et al. Breastfeed Med. 2013;8(6):469-473. 6 UNICEF, WHO. Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services – the Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Licence: CC by-NC-SA 3.0 IGO. World Health Organization: 2018. 7 UNICEF, WHO. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding, The Baby-Friendly Hospital Initiative for Small, Sick and Preterm Newborns. Licence: CC by-NC-SA 3.0 IGO. WHO & UNICEF; 2020. 8 Spatz DL et al. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18(4):385-396 9 Parker L. JAMA Netw Open. 2025 Mar;8(3):e250024. 10 Huang L et al. J Nutr. 2020;150(4):894-900. 11 Chapman DJ et al. J Hum Lactat. 1999;15(2):107-11. 12 Hruschka DJ et al. J Nutr. 2003;133(8):2592-9. 13 Michel MP et al. Archives de Pédiatrie. 2007;14(5):454-60. 14 Dewey KG et al. Pediatrics. 2003;112(3 Pt 1):607-19 15 Brownell E et al. J Pediatr. 2012 Oct;161(4):608-16. 16 Hartmann BT et al. Early Hum Dev. 2007;83(10):667-673. 17 Pang WW, Hartmann PE. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2007;12(4):211-221. 18 Wu Jing-Ling et al. Breastfeed Med. 2021; 16(5):385-392. 19 Suwaydi MA et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2022; 22(1):350. 20 Longmore DK et al. Diabetologia. 2020; 63(12):2571-2581. 21 Preusting I et al. J Hum Lact. 2017;33(4):684-691. 22 Bui LM et al. Breastfeed Med. 2025. 23 Nommsen-Rivera LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574-584. 24 Poston L et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4(12):1025-1036. 25 Vankay E et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008; 87(5):531-535. 26 Joham AE et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016; 95(4):458-464. 27 Grajeda R, Pérez-Escamilla R, J. Nutr. 2002; 132(10):3055-3060. 28 Dewey KG. J Nutr. 2001; 131(11):3012S- 5S. 29 Hobbs AJ et al. BMC. Pregnancy Childbirth. 2016; 16:90. 30 Brown A, Jordan S. J Adv Nurs. 2013;69(4):828-839. 31 Thompson JF et al. Int Breastfeed J. 2010; 5:5. 32 Farah E et al. J Midwifery Womens Health. 2021; 66(5):631-640. 33 Meier PP et al. J Perinatol. 2016; 36(7):493-499. 34 Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018; 13(2):135-141. 35 Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. J Am Diet Assoc. 1999; 99(4):450-454; quiz 455-456. 36 Parker MG et al. Pediatrics. 2021; 148(5):37 Parker LA et al. J Hum Lact. 2021; 37(3):581-592. 38 Madhoun LL et al. Cleft Palate Craniofac J. 2020; 57(4):477-486. 39 Kam R et al. Breastfeed Med. 2021; 16(8):594-602. 40 Spatz DL, Miller J. J Perinat Educ. 2021; 30(1):13-18. 41 Duran MS, Spatz DL. J Hum Lact. 2011; 27(4):394-397. 42 Amino N, Arata N. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2020; 34(4):1043-1048. 43 Stopinski S et al. Breastfeed Med. 2017; 12(2):91-97. 44 Leal SC et al. Expert Rev Anticancer Ther. 2013; 13(2):159-164. 45 Anderson PO. Breastfeed Med. 2017; 12(3):128-130. 46 Hale TW. 19th edition. New York, NY: Springer publishing company; copyright 2021. 715 p. 47 Aljazaf K et al. Br J Clin Pharmacol. 2003; 56(1):18-24. 48 Kraut RY et al. PLoS One. 2017; 12(10):e0186591. 49 Schiff M et al. Int Breastfeed J. 2014;9:17. 50 Garbin CP et al. JAMA. 2009; 301(24):2550-2551. 51 Shilpa Umesh Bagal, et al. International Health Sciences & Research. 2017; 7(4):280-288. 52 Barrera CM et al. Am J Obstet Gynecol. 2019; 220(3):261.e1-261.e7. 53 Rees R, London: Pinter & Martin; 2018. (Why it matters; vol 14). 54 Dahlen HG et al. BMJ Open. 2021; 11(6):e047040. 55 Hurst NM, J Midwifery Womens Health. 2007; 52(6):588-594. 56 Bois EG, Vaucher YE. Breastfeed Med. 2016; 11(10):494-500. 57 Dong D et al. Int Breastfeed J. 2022; 17(1):6. 58 Pérez-Escamilla R et al. Am J Public Health. 1994; 84(1):89-97. 59 Eden C. J Hum Lact. 2024; 40(4):535-538. 60 Widström AM et al. Acta Paediatr. 2019; 108(7):1192-1204. 61 UNICEF. Geneva: World Health Organization; 2018. 56 Salariya EM et al. Lancet. 1978; 2(8100):1141-1143. 63 NEOVITA Study Group. Lancet Glob Health. 2016; 4(4):e266-275. 64 Huang S-K, Choi M-H. Breastfeed Med. 2020; 15(10):639-645. 65 Hoban R et al. J Perinatol. 2024;44(11):1597-1606. 66 Feldman-Winter L et al. Pediatrics. 2020; 145(4):e20183696.



Detrás de la

magia

Las madres que se extraen leche pueden disfrutar de la comodidad y la libertad que ofrecen los extractores de leche InBra (manos libres sin cables).¹ Sin embargo, apostar por la comodidad no significa renunciar a la eficiencia, la potencia o la producción de leche. Por ello, el extractor de última generación Magic InBra™ de Medela combina un rendimiento hospitalario inigualable con tecnología innovadora para garantizar comodidad y discreción.

E

l rendimiento hospitalario va más allá de un nivel de vacío potente. Uno de sus secretos radica en el patrón de extracción: al mamar, los bebés generan vacío de forma intuitiva y rápida y lo liberan gradualmente para conseguir la máxima cantidad de leche. Symphony®, el extractor n.º 1 en hospitales a nivel mundial², ha logrado imitar con éxito este comportamiento mediante su patrón de extracción³ clínicamente probado, proporcionando el mejor equilibrio entre eficiencia y comodidad.

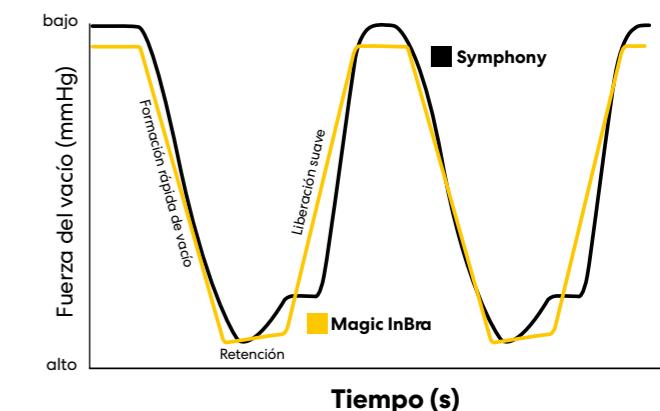
Prestaciones hospitalarias

para usar dentro y fuera de casa

Magic InBra™ es el primer extractor para uso personal que adopta este "ADN hospitalario" para una extracción altamente eficiente y cómoda: formación rápida de vacío, sujeción confortable y liberación suave que estimula la producción de leche y optimiza la comodidad de la extracción. Combinado con otras características hospitalarias que definen el éxito – embudo con ángulo de apertura de

105°, que ha demostrado extraer hasta un 11% más de leche⁴; uso del tamaño correcto de embudo y extracción con vacío máximo tolerable (VMT)⁵, y hasta un 18% más de leche gracias a la extracción doble⁶ – Magic InBra™ garantiza la continuidad en el cuidado gracias a la tecnología y funcionalidad similares entre hospital y hogar.

Patrones de extracción de Medela



Magic InBra™ de un vistazo

Rendimiento hospitalario de confianza

Basado en el modelo Symphony®, el extractor n.º 1 utilizado en hospitales de todo el mundo.²

Innovadora FluidFeel Technology™

Inspirado por el bebé. Extracción suave, incluso con niveles de vacío elevados.

Diseño anatómico ultrafino

Se adapta a la forma de la mama durante la lactancia. Embudos de 105°: hasta un 11% más de leche.⁴

Silencioso y ultra ligero

Solo 38 dB y entre los sacaleches de sujetador más ligeros disponibles, con solo 200 g.

Diseño superior transparente y modo nocturno

Para alinear fácilmente el pezón y ver el flujo de leche.

Rendimiento sensible, controlado por sensores

Cambio automático de estimulación a extracción.

Control remoto mediante la aplicación

Para controlar, registrar y ajustar el tiempo de la sesión, la configuración y el volumen estimado de leche extraída.

Limpieza y montaje fáciles

Más leche en la mitad de tiempo

+18% de leche en la mitad de tiempo, con mayor contenido energético⁶ gracias a la extracción doble.



Detrás de la magia

Introducción a la FluidFeel Technology™

Innovación basada en la investigación para una extracción suave y eficaz

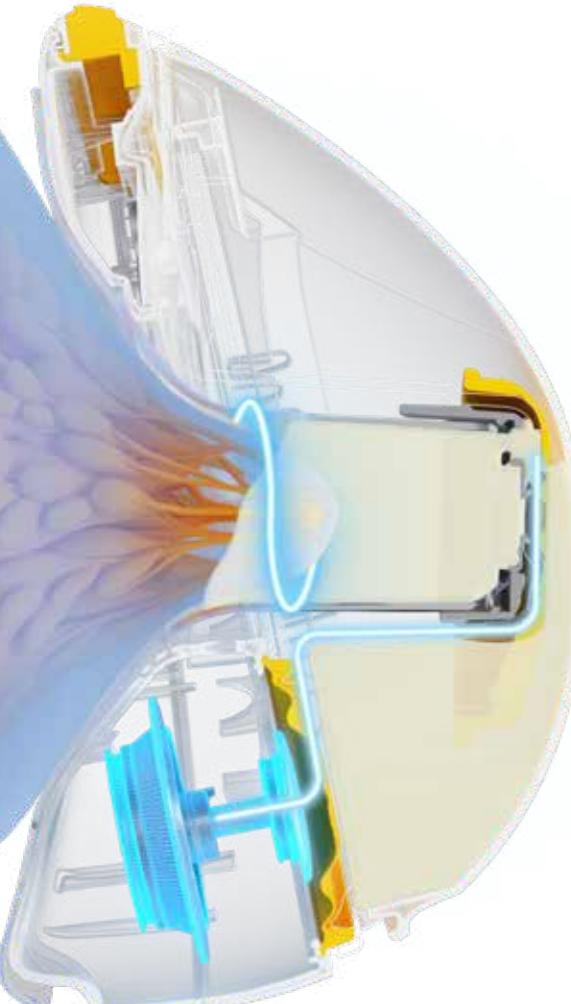
Un microentorno cercano al de la lactancia

Se sabe que la temperatura cálida alrededor del pezón tiene un efecto positivo en la extracción de leche.^{8,9} De forma intuitiva, el bebé utiliza una técnica idónea: estimula de forma eficaz el flujo de leche y, posteriormente, la extrae mediante succiones cuidadosas, pero potentes, manteniendo el pezón de la madre cómodamente rodeado por leche tibia. La sensación de calor y la aplicación del vacío son factores clave para un flujo de leche óptimo⁶ y determinan directamente la cantidad de leche que puede extraerse.⁷

Los científicos de Medela han logrado emular este proceso naturalmente eficaz. La innovadora tecnología FluidFeel™ de Medela crea una experiencia de extracción similar a la lactancia natural. Garantiza un sellado constante y suave sobre el pecho de la madre, ya que el pezón permanece continuamente rodeado de leche, creando un entorno cálido que mejora el flujo de leche.

Cambio automático de estimulación a extracción

Gracias a un sistema de doble cámara con varios sensores, la tecnología Fluid Feel™ se ha diseñado para garantizar que la madre le saque el máximo partido a cada sesión de extracción. Durante la fase de estimulación, las gotas de leche se recogen en el túnel (cámara uno); posteriormente, una vez que tiene lugar la eyeción de la leche, esta se vierte en el recipiente (cámara dos). Los sensores detectan este cambio en tiempo real y activan automáticamente la fase de extracción, tal como lo haría el bebé al pasar de succión no nutritiva a nutritiva. El momento de este cambio es crucial, ya que la primera eyeción de leche es la más potente y proporciona alrededor del 36 % de la producción total.¹⁰



Estudios muestran que las madres que utilizan extractores de sujetador prolongan la lactancia más que quienes usan extractores tradicionales.¹



En otros extractores, es la madre quien debe detectar esta eyeción de leche inicial y de cambiar manualmente el modo de extracción. Sin embargo, hasta un 21 % de las eyeciones de leche pasan desapercibidas.¹¹ Ahora, Magic Inbra™ elimina esta variante de la ecuación para que la madre pueda aprovechar al máximo la primera eyeción.

Una experiencia de extracción cómoda y tranquila

Asimismo, la nueva tecnología FluidFeel™ mejora la comodidad de la madre durante la extracción, ya que el sellado suave y continuo del extractor alrededor del pecho reduce la tensión sobre el pezón, garantizando una extracción cómoda, incluso con vacío elevado. El sistema lleno de líquido soporta la unidad motora, ofreciendo una experiencia tranquila y eficiente.

Bibliografía: **1** Colbenson GA et al. Breastfeed Med. 2022; 17(6):537-543. **2** NICU & Maternity Ward. Data available upon request. **3** Mitoulas L et al. J Hum Lact. 2002; 18(4):353-360. **4** Sakalidis VS et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020; 99(1):1561-1567. **5** Kent JC et al. Breastfeed Med. 2008; 3(1):1-19. **6** Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012; 7(6):442-447. In comparison to sequential single pumping. **7** Cannon AM et al. Early Hum Dev. 2016; 96:1-6. **8** Gardner H et al. Sci Rep. 2019; 9(1):11854. **9** Kent JC et al. J Hum Lact. 2011; 27(4):331-338. **10** Prime DK et al. Breastfeed Med. 2011; 6(4):183-190. **11** Kent JC et al. J Hum Lact. 2003; 19(2):179-186

Para más información
sobre estas tecnologías de la mano
de especialistas en lactancia y
diseñadores de producto, consulte este
seminario web en vídeo.

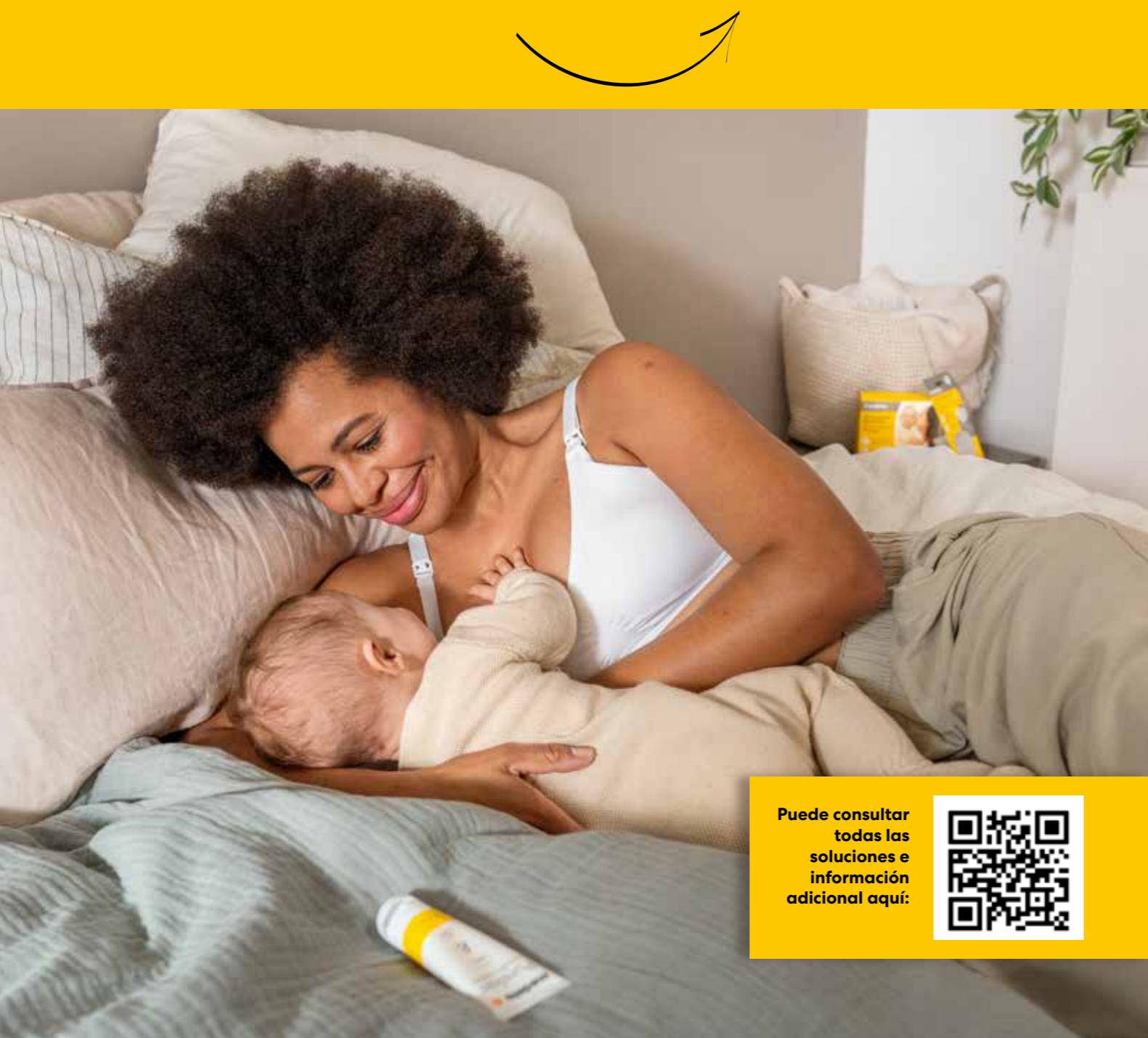


Soluciones para el cuidado del pecho

GUÍA RÁPIDA DE SOLUCIONES PARA LA LACTANCIA CON BASE CIENTÍFICA

Para las madres, la lactancia es una experiencia muy personal. Cuando surgen desafíos, las rutinas integrales de cuidado del pecho son esenciales para preservar el delicado vínculo entre la madre y el bebé.

Estos son, según nuestra experiencia, los cuatro desafíos más comunes en la lactancia y cómo abordarlos en la práctica diaria.



Puede consultar todas las soluciones e información adicional aquí:



1



PEZONES DOLORIDOS

Hasta el 97 % de las madres experimentan piel seca y pezones doloridos durante las primeras semanas tras el parto, mientras se establece el vínculo de lactancia con el bebé.¹ Mantener la piel del pezón protegida e hidratada tanto durante el embarazo como en la lactancia resulta muy beneficioso.

Purelan™ ayuda a restaurar el equilibrio natural de humedad de la piel y ofrece alivio y protección para los pezones doloridos y secos después de la lactancia. Formulada con lanolina 100 % pura de grado médico, la crema de lanolina Purelan™ cuenta con las certificaciones EcoCert y Natrue. Nutre y protege eficazmente la piel gracias a su textura rica que contribuye a mantener la hidratación y refuerza la barrera natural de la piel. Este producto es seguro para el bebé y no es necesario retirarlo antes dar el pecho.

› Otras posibles soluciones: Bálsamo orgánico para pezones, Protectores de pezón

2



PEZONES AGRIETADOS

Los problemas de agarre y el dolor pueden derivar en pezones agrietados y doloridos para muchas mujeres que dan el pecho.¹

Los **Parches de Hidrogel** son un tratamiento eficaz que proporciona alivio inmediato del dolor^{2,3} y favorece la recuperación de los pezones agrietados al crear un ambiente húmedo y cicatrizante que es beneficioso para la reparación de los tejidos dañados.⁴ Proporcionan un alivio y un frescor inmediatos para la piel dolorida o agrietada y forman una barrera protectora contra el roce y otros daños causados por la fricción.

› Otras posibles soluciones: Bálsamo orgánico para pezones, Protectores de pezón

3



DIFICULTADES DEL AGARRE

A veces el bebé puede tener dificultades para agarrarse al pecho si la lactancia es dolorosa y la madre tiene los pezones doloridos, agrietados, planos o invertidos.^{5,6}

Las **Pezoneras Contact™** proporcionan un apoyo temporal para facilitar el agarre del bebé, a la vez que protegen los pezones doloridos o agrietados y favorecen su recuperación. Su exclusiva forma recortada se ha diseñado para maximizar el contacto piel con piel, mientras que su silicona ultrafina y flexible optimiza la estimulación de los pezones.

› Otras posibles soluciones: Formadores de pezones

4



PÉRDIDAS DE LECHE

Las pérdidas de leche son habituales para muchas madres cuando la leche "baja" y se establece el suministro.⁷ Sin embargo, en algunas ocasiones pueden resultar embarazosas o incómodas.

Los **discos absorbentes**, como los **discos absorbentes ultratranspirables de Medela**, absorben y retienen la leche materna de forma discreta, protegiendo la ropa sin que se note. Gracias a su núcleo de triple capa, que absorbe 50 veces su propio peso, también protegen contra las manchas de grasa cuando se utilizan cremas para pezones como el Purelan™.

› Otras posibles soluciones: Copas recolectoras de leche, Discos absorbentes lavables Safe & Dry™

4 Desafíos

