

Cómo ayudar a las madres con obesidad a conseguir sus objetivos de lactancia materna



A. Martínez Rubio¹, B. Gil Barcenilla²

¹Pediatra. CS de Camas. Sevilla. Grupo PrevInfad

²Pediatra. Directora del Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía

PUNTOS CLAVE

- Cada vez vamos a encontrar más gestantes y nuevas madres con exceso de peso en las consultas.
- La obesidad en la gestación aumenta los riesgos para la salud de las mujeres y los bebés.
- Las mujeres con obesidad tienen dificultades específicas para dar el pecho, que se suman a las que pueden afectar a otras madres. Conviene conocerlas para prevenirlas y afrontarlas.
- Dar el pecho puede ayudar a la madre a bajar de peso. Especialmente si además se la ayuda a mejorar sus hábitos de alimentación y actividad física.
- Alcanzar los objetivos de lactancia materna puede incrementar la sensación de autoeficacia de las madres con exceso de peso.
- Se puede ayudar a disminuir el riesgo de obesidad en los hijos de madres con exceso de peso si se promueve la LM, un estilo de alimentación responsivo y hábitos saludables en las familias.
- Los profesionales de la salud deben evitar la estigmatización de las personas con exceso de peso.
- Para alentar los cambios de hábitos, es importante mostrar respeto por la persona, para lo que es útil el enfoque de entrevista motivacional.

CASO CLÍNICO

Primera visita de un recién nacido de ocho días de vida en una consulta de Atención Primaria.

Se trata del primer hijo de una madre de 29 años con obesidad evidente. Mide 170 cm y supera los 100 kilos de peso. Su índice de masa corporal (IMC) es mayor de 34. El embarazo ha sido normal, controlado en el centro. Sin complicaciones, excepto por la curva de glucemia alterada desde el segundo trimestre, que requirió insulino terapia. El bebé ha pesado 3780 g al nacer. Hubo que hacer cesárea porque el parto no progresaba. El bebé ha perdido 400 gramos desde el nacimiento. Tiene ictericia leve. La madre está preocupada. Le abruma la cantidad de consejos contradictorios que recibe sobre la lactancia (“Dale otra vez, ¿no ves que llora?”; “No le des tan pronto que le vas a empachar”). Su madre no le dio de mamar. La otra abuela del niño amamantó solo la cuarentena. Todo parece una carrera de obstáculos. El bebé llora a menudo y nunca parece satisfecho.

EL PROBLEMA EN NUESTRO MEDIO

En las últimas décadas, la obesidad (OB) ha aumentado su prevalencia en todas las edades. Por eso es lógico que cada vez haya más mujeres con exceso de peso en la gestación (Tabla 1).

En la actualidad hay pruebas claras de que la lactancia materna (LM) se asocia con mejores resultados en salud, tanto en países de baja renta como en los industrializados¹, tanto para los bebés como para las propias mujeres. Por esta razón se debe ayudar a iniciar y mantener la lactancia en todas las mujeres, ya que se obtienen beneficios a nivel individual y desde el punto de vista de la salud pública.

Pero también se sabe que existen muchas barreras para lograr éxito en la LM. Entre ellas, el nivel cultural¹ (Tabla 2). Amamantan por menos tiempo las mujeres de clases bajas o nivel

Tabla 1. Prevalencia de obesidad (IMC > 30) en mujeres gestantes según varios estudios

País o zona	Autor	Año	Porcentaje de obesidad
Australia	Callaway	2006	34'
Gran Canaria (España)	Bautista Castaño	2006	17,1
EE. UU.	Kim	2007	22
Reino Unido	Heslehert	2007	20
Queensland (Australia)	Watson	2008	22
EE. UU.	Herring	2010	28,9
Reino unido	UK Guidelines	2010	16-19,8
EE. UU.	Aviran	2011	18-35
Andalucía (España)	Melero Canela''	2013	13,6

'Incluye todos los subgrupos de exceso de peso, desde sobrepeso a obesidad mórbida.

''Datos no publicados. Comunicación personal.

educativo inferior, precisamente las capas sociales en las que más prevalencia hay de OB. Y los estudios clínicos y epidemiológicos muestran que en las mujeres con OB las tasas de inicio de la LM son menores y la suprimen más tempranamente que las mujeres de peso normal².

PREGUNTAS QUE NOS PLANTEAMOS

- Parece que esta mujer, como otras, tiene dificultades para la lactancia. ¿Cuáles son las barreras más frecuentes para el amamantamiento en la población general?
- Esta madre, además, tiene OB. ¿Existen dificultades específicas para el amamantamiento en las mujeres con OB?

- ¿Qué estrategias podemos utilizar para ayudar a las madres con exceso de peso de nuestra consulta a que consigan sus objetivos de lactancia?

1. ¿Cuáles son las barreras más frecuentes para el amamantamiento en la población general?

Algunos de los factores que influyen en el éxito o fracaso de la LM se pueden agrupar en varias categorías, según vemos en la **Tabla 2**: variables demográficas y sociales, factores biológicos, características actitudinales y prácticas hospitalarias^{3,4}.

Dan más el pecho las mujeres con mayor nivel académico y laboral. Y las de raza caucásica más que las de otras etnias (aunque este factor a menudo se confunde con el de clase social).

Dentro de los factores biológicos, tanto la presencia de obesidad materna como el consumo de tabaco se asocian

Tabla 2. Factores que influyen en la duración de la lactancia materna

Tipo de variable	Contribuyen a favor	Contribuyen en contra
Sociodemográficas	Mayor edad de la madre Mayor nivel educativo Mayores ingresos	Mujeres de raza negra (en EE. UU.) Tiempo de aculturación (en personas inmigrantes) Participación en programas de beneficencia (que ofertan fórmula)
Sociales	Mayor duración de la baja maternal Apoyos legales a la lactancia materna Facilidad para uso de extractores de leche en el trabajo Apoyo de otras personas significativas: la pareja, las abuelas	Retorno de la madre al trabajo Algunos tipos de trabajo
Biológicas		Consumo de tabaco Obesidad materna (obesidad preconcepcional y postnatal)
Actitudes	Sensación de autoeficacia y autoconfianza Actitudes maternas hacia la lactancia materna Expectativas sobre la duración de la propia lactancia materna	
Prácticas hospitalarias	Inicio precoz de la lactancia materna (las 2 primeras horas) Madre y bebé comparten habitación Dar solo lactancia materna (evitar suplementos) Que el hospital participe en la IHAN Pediatras que estimulan a conseguir mejores objetivos de LM	Pediatras u hospitales que recomiendan suplementos

IHAN: iniciales de la llamada Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños, en inglés Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI). En la versión española, actualmente las siglas han cambiado un poco de significado: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.

negativamente con las probabilidades de inicio de la LM y la duración de la misma.

En la sociedad persisten mitos y creencias que la dificultan. Los conocimientos de los profesionales de la salud no siempre están actualizados. Sus actitudes y algunas rutinas hospitalarias también pueden suponer barreras a la LM, especialmente en los primeros días. Y si no se resuelven a tiempo las dificultades que surjan en el proceso del amamantamiento, la madre lo interrumpirá.

2. ¿Existen dificultades específicas para el amamantamiento en las mujeres con obesidad?

La respuesta es afirmativa y se barajan razones anatómicas o fisiológicas, aspectos médicos, factores socioculturales y psicológicos, que podemos ver reflejados en la [Tabla 3](#)^{2,3,5,6}. Algunas pueden tener relación con la menor intención de lactar en las mujeres con OB^{2,6}, pero también con su pertenencia a estratos sociales más deprimidos.

Las mujeres con exceso de peso, al igual que las que fuman, tienen menos intención de amamantar. Es posible que influya un cierto rechazo a hablar de su peso, a mostrar partes de su cuerpo o a amamantar en público⁷.

Las mujeres con obesidad tienen más probabilidades de cancelar o retrasar citas para actividades preventivas como revisiones ginecológicas o mamografías. Esto puede ser consecuencia de que, en los servicios sanitarios, al igual que en el conjunto de la sociedad, también se han documentado actitudes negativas (estigmatización por el peso) hacia los pacientes con obesidad⁸.

El hecho de que haya más riesgo de complicaciones durante la gestación (diabetes, hipertensión ...) y en la etapa perinatal (distocias, cesárea, partos complicados...), así como mayores probabilidades de que el feto tenga problemas (malformaciones,

macrosomía, hipoglucemias, retraso del crecimiento intrauterino, etc.) o precise ingreso en cuidados intensivos neonatales^{3,9} son factores que probablemente dificultarán el inicio de la LM.

Aspectos de tipo práctico, como el tamaño excesivamente grande de mamas y pezones pueden hacer más difícil el agarre del bebé².

Una vez establecida la LM, además de las dificultades comunes, es decir, las que pueda tener cualquier otra madre, parece que el hecho de que cuando las mamas no son vaciadas en las tomas, la leche no evacuada funciona como factor inhibidor local¹⁰.

Como puede deducirse, las complicaciones médicas y las condiciones sociodemográficas que confluyen en mujeres en edad fértil con obesidad funcionan como variables de confusión a la hora de analizar el porqué de los peores resultados de amamantamiento en esta población¹¹.

3. ¿Qué estrategias podemos utilizar para ayudar a las madres con exceso de peso a conseguir sus objetivos de lactancia?

3.1. Etapa preconcepcional

Es deseable que la LM recupere un papel central, natural y normativo en la crianza ante los ojos de toda la sociedad. Ya que la LM es lo “natural”, la lactancia artificial debería ser considerada una excepción que, además, no está exenta de riesgos, aunque hasta ahora se hayan minimizado.

Todos los jóvenes deberían llegar a la edad de planificar tener hijos con ideas claras sobre sus ventajas y algunos conocimientos básicos sobre la técnica.

La consulta de planificación familiar y la preconcepcional son buenos momentos para indagar acerca de los conocimientos, actitudes y expectativas con respecto a la LM.

Tabla 3. Posibles factores que contribuyen a menores tasa de inicio y duración de la lactancia materna en mujeres con obesidad

Factores anatómicos o fisiológicos	Retraso en la lactogénesis (“subida de la leche”) Menor sensibilidad a la prolactina Dificultades prácticas para el agarre y para conseguir una buena postura Exceso de grasa en las mamas, que puede limitar el flujo de leche
Aspectos médicos	Complicaciones de la diabetes gestacional Complicaciones del síndrome de ovario poliquístico (que causa retraso en la lactogénesis o baja producción de leche) Complicaciones obstétricas y del postparto Complicaciones del bebé
Factores socioculturales	Mayor probabilidad de pertenecer a grupos socioeconómicamente desfavorecidos (el bajo nivel social es un determinante crucial para acortar la duración de la LM)
Factores psicológicos	Insatisfacción con la imagen corporal y mayor preocupación acerca de su cuerpo Sentirse incómodas al amamantar en público Mayor riesgo de depresión posparto

Se debe ofrecer información clara acerca de las ventajas de la LM para la salud de la madre y la de sus futuros bebés, ya que previene numerosas enfermedades. Para que lo puedan poner en práctica, conviene explicar aspectos básicos de la técnica.

Estas consultas son también un momento óptimo para reforzar los estilos de vida saludables –particularmente los relativos a alimentación equilibrada y ejercicio físico– o para iniciar un proceso de cambio para alcanzarlos. En el caso de mujeres con obesidad se debe informar sobre los riesgos de la misma, plantear la conveniencia de bajar de peso antes de la gestación y ofrecer apoyo para ello⁵.

3.2. Durante la gestación

En general se considera que en este periodo las mujeres son muy receptivas a los consejos de salud.

Es sabido que la mayoría de las mujeres toma la decisión de amamantar o no en etapas precoces de la gestación. Por eso conviene explorar las creencias o mitos que puedan suponer barreras. Hay que preguntar a la futura madre sobre sus intenciones acerca de la forma de alimentar al bebé. Lo mejor es hacerlo por medio de preguntas abiertas (ejemplos en la [Tabla 4](#)).

Conviene asegurar un enfoque respetuoso del exceso de peso evitando la estigmatización y realizando las mediciones de forma privada. Es importante controlar la ganancia de peso a lo largo de la gestación ayudando a la mujer embarazada a establecer objetivos de alimentación saludable y de práctica de actividad física y vigilar eventuales comorbilidades^{5,12}.

Conviene investigar si la madre cree que tener obesidad supone alguna ventaja o por el contrario alguna dificultad añadida a la hora de amamantar.

Una exploración somera de las mamas puede servir para tranquilizar acerca del tamaño de las mismas, la forma de los pezones o cambios que se hayan producido en ellas en relación con la producción de leche y se les alentará sobre su propia capacidad.

Se deberá ofrecer información básica sobre las ventajas de dar el pecho para la salud de madre y bebé, así como el modo en que contribuirá a su propia salud (recuperación del útero, menos sangrado...) y cómo la LM facilita la pérdida de peso después del parto (se considera que aproximadamente se consumen 300 kcal al día para producir leche para un bebé sano) y también está relacionada con menor riesgo de síndrome metabólico¹³.

Se deben explicar los aspectos básicos de la técnica: postura, agarre, dar a demanda, etc., así como algunos trucos para manejar sus mamas en caso de ser muy voluminosas. Por ejemplo: utilizando un pañuelo suave anudado al cuello para sujetar y levantar la mama, dejando las dos manos libres. También es importante ayudarlas a elegir un sujetador del tamaño adecuado¹⁴.

Se debe incluir a la pareja en la discusión y el consejo. Y es conveniente usar de forma complementaria algún soporte escrito o visual, así como proponer algunas otras fuentes de información y recursos externos, como los grupos de apoyo a la lactancia más cercanos¹⁵.

3.3. En la maternidad

El momento del parto puede estar dificultado por algunas de las complicaciones que a veces se asocian en mayor medida con la obesidad. En este caso, el personal de salud debe tener en cuenta los deseos de la madre acerca de dar el pecho y

Tabla 4. Ejemplos de preguntas abiertas para tratar diferentes temas relacionados con la lactancia materna en mujeres con exceso de peso

Tema	Ejemplos
Sobre sus intenciones con respecto de la alimentación del bebé	<p>“La mayoría de las madres ya han pensado en cómo alimentarán a su hijo, aunque este no haya nacido. ¿Qué es lo que has pensado tú?”</p> <p>“Dar el pecho es fácil y natural, pero como muchas mujeres nunca lo han visto hacer, a menudo tienen dudas sobre si podrán dar el pecho a sus hijos o no. Cuéntame cómo lo ves tú”</p> <p>“A lo mejor has hablado de la lactancia materna con alguna amiga que ya ha tenido algún bebé. Cuéntame qué aspectos te han llamado más la atención... ¿Te gustaría saber algo más sobre ello?”</p>
Sobre su propia capacidad para amamantar	<p>“Cuéntame qué es lo que piensas o sientes cuando otras mujeres hablan de lo bonito que es dar el pecho”</p> <p>“Cuéntame qué es lo que piensas o sientes cuando otras mujeres hablan de lo difícil o trabajoso que es dar el pecho”</p> <p>“Cuéntame qué has leído sobre la LM o sobre la crianza. Y aprovecha para comentar las dudas que tengas”</p>
Sobre sus creencias acerca del impacto que puede tener la obesidad en la LM	<p>“A lo mejor te has preguntado en algún momento si los pechos grandes son mejores o peores para dar de mamar. ¿Tú qué opinas?”</p> <p>“¿Qué ventajas para amamantar crees que puedes tener por el hecho de que tus pechos sean grandes?”</p> <p>“¿Qué dificultades crees que puedes tener para amamantar a tu bebé por el hecho de que tus pechos sean grandes?”</p>
Sobre cómo se desarrolla la LM en su caso	<p>“¿Cómo os va al bebé y a ti con la LM?”</p> <p>“Cuéntame en qué posturas estás más cómoda para amamantar a tu bebé”</p> <p>“Cuéntame qué trucos has ido aprendiendo en estos días”</p>

planificar algunas ayudas para que se logre el objetivo. Se debe tener en cuenta el plan de parto de cada mujer¹⁶.

Esto puede incluir:

- Facilitar el contacto piel con piel, aunque haya sido un parto instrumentado o una cesárea¹⁷. El contacto piel con piel facilita el apego y las conductas maternas. En el caso de una persona con obesidad extrema, puede ser necesaria ayuda para colocar al bebé. Si no es posible el contacto con la madre, se puede entregar al bebé al padre, pareja o familiar elegido.
- Facilitar la primera toma de pecho en las dos primeras horas de vida (periodo sensible)¹⁷. También para esto puede ser necesaria la colaboración de otras personas, pues en ocasiones el tamaño de las mamas hace difícil para la propia madre ver la zona de la areola.
- Evitar todas las maniobras innecesarias que dificulten el primer contacto entre madre y bebé (pesar, medir, bañar, calentar, profilaxis...)¹⁷.
- Evitar la separación innecesaria del bebé (para hacer determinaciones de glucemia, pesar, medir, realizar rutinas, etc., que deben realizarse a ser posible en la cercanía de la madre, explicando a esta la finalidad de las mismas)¹⁷.
- Proponer estrategias para minimizar el dolor del bebé ante procedimientos necesarios (punción venosa, prueba del talón, vacuna hepatitis, vitamina K...) siendo la primera a ofertar la “tetanalgesia”^{17,18}, que consiste en realizar las rutinas citadas mientras el bebé está mamando.
- Asegurar el alojamiento conjunto.
- Explicar a la madre y a su pareja los comportamientos normales del bebé durante la primera toma y cómo todos sus reflejos están encaminados a cogerse por sí solo al pecho, los movimientos de búsqueda y afianzamiento, etc.
- Revisar al menos dos veces durante la estancia hospitalaria de la madre la técnica de la LM por personal entrenado. Se puede utilizar alguna escala de observación²⁰.
- Mostrar posturas alternativas para amamantar si el exceso de peso o el volumen de las mamas así lo aconseja¹⁴.
- Explicar cuáles son las señales precoces de hambre del bebé (gira la cabeza, hace movimientos de chupeteo, abre la boca, se chupa los puños...) y animar a la madre a poner a su hijo o hija al pecho en cuanto las observe, sin esperar a que llore¹⁷.
- En caso de obesidad materna está contraindicado el colecho, pero son permitidas las cunas “sidecar”¹⁷.

Conviene asegurarse de que toda la información llega también a la pareja y personas de apoyo de la madre. También es

adecuado proporcionar folletos o información de Internet, así como el modo de contactar con el grupo de apoyo a la LM más cercano^{5,15}.

3.4. El seguimiento en Atención Primaria

Lo ideal es que el primer contacto con el equipo de Atención Primaria se realice a lo largo de la primera semana de vida para detectar y resolver cuanto antes las dificultades que puedan surgir.

Conviene indagar cómo va la lactancia mediante preguntas abiertas (Tabla 5) y mostrar interés sobre el estado de salud y ánimo de la madre.

Se debe ofrecer la oportunidad de observación de una toma por parte de alguna persona del equipo con formación adecuada.

Los aspectos en que se debe hacer hincapié incluyen:

- Encontrar la mejor postura para amamantar.
- Ayudar a que se sienta segura manejando sus propias mamas. Es preferible sostener el pecho con la palma de la mano en lugar de la postura con dedos “en tijera”. Se puede alzar el pecho con una bufanda o pañuelo.
- Mostrar la forma adecuada de conseguir un agarre correcto: boca abierta con labios evertidos, abarcando buen parte de areola, con mordida asimétrica para que haya más porción de mama cerca de la arcada inferior.
- Mostrar las señales de que el bebé mama bien (ver arriba) y de que ingiere suficiente leche (orina, heces, sueño y ganancia de peso).
- Explicar en qué consiste amamantar a demanda. Señalar las señales de hambre del bebé y alentar a que se atiendan precozmente sin esperar a una hora determinada ni a que el bebé llore.
- Explicar igualmente las señales de saciedad y comentar la importancia de la alimentación “responsiva” para evitar la obesidad en el bebé¹⁹.
- Orientar sobre los diferentes tipos de sacaleches y su modo de empleo. Es importante comprobar que el tamaño de la copa se ajusta al pezón de la madre. Una opción es el préstamo de extractores.
- Recordar la posibilidad de contacto con consejeras de lactancia o grupos de apoyo.
- Desaconsejar el colecho.
- Recordar una vez más todas las ventajas que la LM tiene para sus bebés y para ellas mismas.

Es importante asegurarse de que la madre cuenta con el apoyo de su pareja y/o de personas cercanas y compartir con ellas toda la información acerca de la LM y los recursos relacionados.

Se debe fomentar que tanto la madre como su pareja sostengan al bebé en brazos a menudo, no solo para amamantarlo. Se debe desmitificar la idea de que eso es “malcriar”. El bebé necesita mucho contacto, especialmente los primeros meses de vida, para ayudarlo a adaptarse a su nueva forma de vida y para realizar un correcto apego con sus progenitores, lo que le dará seguridad en sí mismo. Una alternativa práctica es el “porteo”. Tiene muchas ventajas para la madre y para el bebé.

En la **Tabla 5** se resumen los consejos generales sobre LM y aquellos más específicos en caso de obesidad materna.

En todo momento el trato debe ser respetuoso y adaptado al grado de motivación de la mujer, y se aconseja utilizar estra-

tegias de entrevista motivacional para alentar el cambio, detectar las ambivalencias y estimular la toma de decisiones.

No debe olvidarse, además, la importancia de continuar apoyando a la madre para que adopte y se adhiera a una forma de alimentación más equilibrada, y que planifique la mejor forma para aumentar paulatinamente su nivel de actividad física, con el fin de tratar de alcanzar un peso más saludable de cara a siguientes gestaciones, si las desea, y a su propia salud. En los centros de Atención Primaria se deben ofertar cursos estructurados de consejo dietético o bien se puede remitir a especialistas en nutrición y dietética^{5,11}.

Tabla 5. **Consejos relacionados con la lactancia materna, dirigidos de modo específico a mujeres con exceso de peso**

Etapa	Consejos generales sobre lactancia materna	Consejos específicos en caso de obesidad materna
Preconcepcional	Ventajas de la LM para el bebé Ventajas de la LM para la madre Recursos informativos	Amamantar ayuda a perder peso a la madre Amamantar ayuda a prevenir la obesidad en el bebé
Prenatal	Ventajas de la LM para madre y bebé Técnica de la LM (postura, agarre, a demanda...) Amamantar contribuye a la recuperación posparto	Posturas alternativas para amamantar Formas de sujetarse el pecho si es voluminoso
Perinatal	Ventajas del contacto piel con piel para la LM y para el vínculo Comportamientos normales del bebé que sirven para la LM Señales precoces de hambre en el bebé Indicadores de que hay buena transferencia de leche Recursos informativos (webs, grupos de apoyo...)	Cómo otras personas pueden ayudar para ponerse al bebé al pecho o para hacer piel con piel Desaconsejar el colecho Recomendar “tetanalgesia” si es necesario determinar glucemia capilar al bebé
Tras el alta	Contactar precozmente (primera semana de vida) con Atención Primaria para el seguimiento de la LM Indicadores en madre y bebé de que la LM funciona Ventajas del “porteo” Dieta saludable y actividad física diaria	Posturas alternativas para dar el pecho Elegir un sacaleches adecuado al tamaño del pecho Desaconsejar el colecho Dar el pecho puede ayudar a perder peso Ofertar recursos de educación nutricional y actividad física adaptada

BIBLIOGRAFÍA

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387:475-90.
2. Amir LH, Donath S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007;7:9.
3. Dieterich CM, Felice JP, O’Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatr Clin North Am*. 2013; 60:31-48.
4. Thompson LA, Zhang S, Black E, Das R, Ryngaert M, Sullivan S, et al. The association of maternal pre-pregnancy body mass index with breastfeeding initiation. *Matern Child Health J*. 2013;17:1842-51.
5. Obesity in pregnancy. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline. En: Queensland Clinical Guidelines [en línea] [consultado el 16/03/2016]. Disponible en: <https://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g-obesity.pdf>
6. Lepe M, Gascón MB, Morales MEP, Cruz AJ. Effect of maternal obesity on lactation: systematic review. *Nutr Hosp*. 2011;26:1266-9.
7. Aviram A, Hod M, Yogev Y. Maternal obesity: implications for pregnancy outcome and long-term risks – a link to maternal nutrition. *Int J Gynecol Obstet*. 2011;115:S6-10.
8. Obesity, bias and stigmatization. En: Obesity Society [en línea] [consultado el 16/03/2016]. Disponible en: <http://www.obesity.org/obesity/resources/facts-about-obesity/bias-stigmatization>.
9. Watson M, Howell S. Characteristics of overweight and obese mothers in Queensland. 2009. En: Queensland Health [en línea] [consultado el 16/03/2016]. Disponible en: <http://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g-obesity.pdf>

2016]. Disponible en: <https://www.health.qld.gov.au/hstu/pdf/statbite/statbite21.pdf>

10. Martín-Calama Valero J. Fisiología de la lactancia. En: Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia Materna de la AEP (eds.). Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Panamericana; 2008. p. 61-8.

11. Kulie T, Slattengren A, Redmer J. Obesity and women's health: an evidence-based review. *JABFM*. 2011;24:75-85.

12. Centre for Maternal and Child Enquiries, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of women with obesity in pregnancy. *CMA-CE/RCOG Joint Guideline*; 2010.

13. Weight management before, during and after pregnancy. En: National Institute for Health and Care Excellence [en línea] [consultado el 16/03/2016]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph27>

14. Smith A (IBCLC). Nursing tips for the large breasted mother [en línea] [consultado el 16/03/2016]. Disponible en: <http://www.storknet.com/cubbies/breast/AS-large.htm>

15. Grupos de apoyo a la lactancia. En: IHAN [en línea] [consultado el 16/03/2016]. Disponible en: <https://www.ihan.es/grupos-apoyo/>

16. Estrategia de Atención al Parto Normal. En: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Observatorio de Salud de las Mujeres. Plan de Parto y Nacimiento [en línea] [consultado el 16/03/2016]. Disponible en: <http://www.ihan.es/cd/documentos/PlanPartoNacimiento.pdf>

17. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. En: Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud, Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo [en línea] [consultado el 16/03/2016]. Disponible en: http://www.ihan.es/cd/documentos/Estr_parto_normal.pdf

18. Saitua Iturriaga G, Aguirre Unceta-Barrenechea A, Suárez Zárata K, Zabalza Olaechea I, Rodríguez Núñez A, Romera Rivero M. Efecto analgésico de la lactancia materna en la toma sanguínea del talón en el recién nacido. *An Pediatr (Barc)*. 2009;71:310-3.

19. Thompson AL. Intergenerational impact of maternal obesity and postnatal feeding practices on pediatric obesity. *Nutr Rev*. 2013;71:555-61.

20. De Alba Romero C. Evaluación de una toma. En: Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia Materna de la AEP (eds.). Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Panamericana; 2008. p. 173-8.