



Región de Murcia
Consejería de Salud



PROTOCOLO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA E INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



Promueve y edita:

© Región de Murcia
Consejería de Salud
Servicio Murciano de Salud

Creative Commons License Deed



La obra está bajo una licencia Creative Commons License Deed.

Se permite la libertad de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las condiciones de reconocimiento de autores, no usándola con fines comerciales. Al reutilizarla o distribuirla han de quedar bien claros los términos de esta licencia.

Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.

Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.

©Autores: Servicio Murciano de Salud

©Diseño y maquetación: Servicio Murciano de Salud.

1ª Edición: Octubre 2025.

COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Irene Marín Marín. Directora General de Atención Hospitalaria.

Josefa Marín Hernández. Directora General de Atención Primaria.

María Jesús Ferrández Cámara. Subdirectora General de Atención Sanitaria y Continuidad Asistencial.

Alfonso Saez Yanguas. Subdirector General de Atención Primaria y Urgencias, Emergencias sanitarias 061.

Juan Manuel Lucas Gómez. Subdirector General de Cuidados y Cronicidad.

COORDINACIÓN TÉCNICA

Beatriz Garnica Martínez. Pediatra. Coordinadora Regional de Pediatría.

M^a del Rocío Pérez Crespo. Pediatra. Responsable de la IHAN del SMS.

Francisca Postigo Mota. Matrona. IBCLC. Subdirección general de Cuidados y Cronicidad

María Dolores Hernández Gil. Pediatra. Coordinación Regional de Pediatría.

Carmen Martínez Moreno. Pediatra. Coordinación Regional de Pediatría.

Esperanza Jiménez García. Enfermera. Coordinación Regional de Pediatría.

M^a Isabel Lorca Sánchez. Auxiliar Administrativo. Coordinación Regional de Pediatría.

AUTORA

Alicia Conesa Agüera. Matrona. Centro de Salud Cartagena-Este.

Equipo de Coordinación Regional de Pediatría. Servicio Murciano de Salud.

REVISIÓN

Jorge Serrano Carrasco. Matrn. Centro de Salud Yecla-Oeste.

Carmen Ballesteros Meseguer. Matrona. Centro de Salud de San Andrés.



Revisado y validado por la Comisión Regional de Lactancia Materna:

M^a Ángeles Castaño Molina (Área I)
Esther Martínez Bienvenido. Matrona (Área II)
David Harillo Acevedo (Área III)
Rosario López-Sánchez Sánchez (Área IV)
Mónica Hernández Martínez (Área V)
Aurora Tomás Lizcano (Área VI)
Yolanda López Benavente (Área VII)
Juana M^a García García (Área VIII)
Encarnación Hernández Torres (Área IX)

HISTÓRICO DE VERSIONES

Versión #	Elaborada por	Revisado por	Aprobada por	Fecha aprobación	Justificación nueva versión
1.0	Alicia Conesa	Jorge Serrano Carmen Ballesteros	Comisión Regional Lactancia Materna	17/10/2025	Creación Documento



ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	6
2.- LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA	7
3.- VALORACIÓN MATERNA	9
4.- VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	10
5.- TÉCNICAS DE APOYO A LA LACTANCIA	13
6.-SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA Y PLAN DE CUIDADOS	20
7.- INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	21
8.- PLATO PARA COMER SALUDABLE	27
9.- MÉTODO BABY WED LEADING	27
11.- BIBLIOGRAFÍA	32

1.- INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos son la esperanza del futuro de la humanidad, y garantizar su crecimiento y desarrollo saludable es una prioridad fundamental para todas las sociedades.

Esta etapa de la vida es la más vulnerable, ya que enfrenta riesgos de morbilidad y mortalidad que son prevenibles y tratables, por lo que es crucial asegurar un inicio óptimo que garantice la continuidad del desarrollo cerebral desde las etapas prenatales y promueva el potencial humano de cada niño (1)

A lo largo de la historia, la lactancia materna ha sido crucial para la supervivencia de la humanidad incluso en condiciones adversas. Se considera un acto fisiológico e instintivo, arraigado en la herencia biológica de los seres humanos y otros mamíferos. Durante los primeros meses de vida, y especialmente para los recién nacidos, la leche materna es el único alimento necesario.

La importancia de la lactancia materna se extiende a todas las esferas de la vida, incluyendo lo biológico, lo psicológico y lo social. La epigenética ha demostrado que las señales recibidas durante el desarrollo embrionario, fetal y del lactante, a través de la leche materna, inducen respuestas adaptativas que favorecen el desarrollo de características fenotípicas adecuadas para el entorno en el que se prevé que vivirá la descendencia. Además, se ha comprobado que la lactancia materna reduce los niveles de obesidad y otras enfermedades crónicas. Pese a que existen múltiples factores que influyen en el crecimiento y desarrollo, la lactancia materna es fundamental para garantizar un desarrollo saludable en todas sus dimensiones: biológica, psicológica y social (2).

La lactancia materna, reconocida como fundamental para la salud infantil, enfrenta desafíos a nivel global. A pesar de los esfuerzos de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses sigue estando por debajo de lo recomendado.

En 2012, la Asamblea Mundial de la Salud (WHA) aprobó el objetivo global de nutrición de aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad al menos al 50% para el año 2025. Datos recientes indican que sólo alrededor del 40% de los lactantes a nivel mundial son amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses. Este escenario destaca la necesidad de examinar las estrategias empleadas por el personal de obstetricia en diversos contextos para mejorar las tasas de lactancia materna (3).



2.- LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Las recomendaciones actuales nos indican la importancia de implementar desde los centros de salud un programa estructurado que fomente y apoye la lactancia materna. Los sanitarios necesitamos conocer técnicas de apoyo a la lactancia materna. Pues el apoyo y el acompañamiento, especialmente durante la primera semana, se relacionan con el amamantamiento a largo plazo (4). Asimismo, dicho apoyo necesita de prácticas que promuevan el amamantamiento desde una mirada integral.

La visita de la madre y el recién nacido a la consulta de lactancia de Atención Primaria requiere, más si cabe, observar a la paciente como una unidad integrada, no como partes anatómicas o funcionales aisladas. En la lactancia, la UNIDAD es en realidad una DIADA, dos personas (más en partos múltiples) y por tanto un complejo sistema de sistemas.

Elaborar la historia clínica de lactancia tiene ciertas peculiaridades ya que nos encontramos ante una madre en un momento de vulnerabilidad. Es conveniente tener bien estructurada la entrevista a realizar y habilidades de comunicación a la hora de recabar la información para poder asegurar que tanto la madre como el bebé están recibiendo el apoyo adecuado para conseguir una lactancia exitosa.

Desde atención primaria debemos asegurar la primera revisión del recién nacido a los 2-4 días tras el alta hospitalaria, ya que hay evidencia de que el apoyo precoz, después del alta de maternidad y a través de los servicios de salud, consiguió lactancias duraderas a las 4 semanas y a los seis meses de evaluación. (5)

No todas las dificultades de la lactancia son medibles y cuantificables pues muchas de ellas se relacionan con aspectos motivacionales, culturales, miedos, dolor... y otras son provocadas por técnicas injustificadas. La mayoría de las dificultades se sortean si se vuelve al “piel con piel” o se propone el “amamantamiento dirigido por el lactante” reeditando así la secuencia de comportamientos innatos que deberían haberse promovido en los primeros momentos del recién nacido.

Cuando no es posible hacerlo, las técnicas ofrecen un recurso para un afianzamiento dirigido por el entorno. La técnica va mucho más allá de las diferentes posiciones y el agarre, tiene que ver también con conceder tiempo y espacio para el acople efectivo, constatar una succión profunda con ritmo sostenido, adecuada transferencia de leche...y mucho más.

La valoración adecuada de la lactancia requiere realizar una buena anamnesis de la madre y del recién nacido, así como la observación de una toma completa en Atención Primaria, lo cual es esencial para comprobar que existe una adecuada transferencia láctea y diagnosticar la causa de las dificultades si las hubiese, por lo que debe ser realizada por un profesional cualificado en la primera visita. La guía NICE recomienda observar una toma dos veces durante la primera semana de vida para establecer una lactancia materna exitosa (6). Asimismo, esta evaluación estará estandarizada y registrada.

De forma que, en nuestras consultas de Atención Primaria, sean prioridad el **apoyo y la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida**. Así como la **introducción de alimentación complementaria adecuada, sana, segura y accesible a partir de entonces junto con el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años como mínimo**. Ofertando a partir de eso momento alimentos ricos en hierro y zinc con carnes como primera opción y explicando claramente a las madres que la sustitución de tomas de pecho por leche de fórmula no es necesaria ni recomendable para cubrir adecuadamente las necesidades nutricionales de su bebé. **Toda esta información se dará a las madres en los talleres de lactancia y en las revisiones del Programa de Atención al Niño y al Adolescente del SMS (PANA) que tienen lugar antes de los 4 meses de vida** (revisión de la diada madre-bebé, del recién nacido, a los 2 meses y a los 4 meses). El profesional que realiza la revisión en el centro de salud (pediatra y/o enfermera pediátrica) registrará en el formulario de dicha revisión que ha dado esta información a las familias.



Figura 1: Programa de Atención al Niño y al Adolescente del Servicio Murciano de Salud

3.- VALORACIÓN MATERNA

Una valoración integral ayuda a identificar y solucionar problemas de lactancia, garantizando una experiencia positiva tanto para la madre como para el bebé.

1. Anamnesis materna:

- Edad
- Historia médica y psicosocial de la madre.
- Medicación.
- Cirugías previas.
- Embarazos previos.
- FMN.
- Anticoncepción.
- Apoyo familiar/social.
- Estudios/empleo.

2. Historia gestacional/parto:

- Control del embarazo: Patologías, medicación...
- Inicio del parto y finalización del parto.
- Semanas de gestación.
- Inicio del piel con piel.
- Toma de antibióticos durante el embarazo, parto y/o puerperio.
- Historias previas de amamantamiento: satisfactorias Vs Negativas
- Recibió información previa de lactancia.
- Recoger el momento e historia de la primera puesta al pecho y durante la estancia hospitalaria.
- Si hay suplementación: cómo, cuándo y por qué.
- Estado físico y emocional de la madre durante la hospitalización.

3. Estado emocional:

- Preguntar directamente cómo se siente.
- Preguntar acerca del apoyo con el que cuenta.
- Cómo está viviendo su lactancia.
- Cuál es su deseo y/o expectativas respecto a la lactancia.

4. Estado físico y mamario:

Protocolo de apoyo al mantenimiento de la lactancia materna exclusiva e introducción de la alimentación complementaria - Fecha de elaboración: Octubre 2025

- Temperatura.
- TA y FC.
- Altura uterina.
- Dolor o malestar en mamas, pezones o cualquier otro lugar del cuerpo.
- Inspección visual de los pechos antes y después de la toma: examinar las mamas y pezones para valorar el estado de la piel, si hay ingurgitación, grietas, mastitis, cambio en la coloración o forma del pezón...
- Palpación: para valorar la consistencia (blandos, firmes, duros) y poder detectar nódulos, áreas de dolor...
- Cómo y cuándo se dio la lactogénesis II.

4.- VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

La valoración del recién nacido en atención primaria tras el parto o ante una visita de lactancia por complicaciones es crucial para asegurar que el bebé se encuentra en buen estado de salud y poder detectar cualquier problema que pueda necesitar atención inmediata.

Antes de iniciar la valoración del RN, se les preguntará a los padres por el nombre de su bebé y se les solicitará permiso para la valoración física:

1. Periodo neonatal inmediato y APGAR.

2. Factores de riesgo neonatal y estado durante la hospitalización: prematuridad, ingreso en neonatología/UCI, hipoglucemias...

3. Estado físico general:

- Tono muscular, simetrías y actividad del bebé.
- Temperatura.
- Color y aspecto de la piel.
- Hidratación: mucosas, fontanelas...
- Reflejos: Moro, de succión y búsqueda, presión palmar y plantar...

- Boca, cuello, cara: Examinar cuando hay que descartar anquiloglosia y/o problemas musculoesqueléticos que pueden afectar a la lactancia materna.

4. Estado de eliminación:

Los neonatos amamantados en exclusiva deben ir aumentando el número de micciones y deposiciones a medida que transcurren los días de vida. Los padres deben conocer los patrones esperados de evacuación.

Las deposiciones meconiales negras no suelen estar presentes más allá del tercer día de vida si el neonato se alimenta adecuadamente (7).

Las deposiciones del lactante amamantado con 5 días de vida suelen ser líquidas amarillentas oro. (8)

El número de deposiciones sirve como parámetro inicial en neonatos amamantados en el 1 mes de vida ya que a partir del 2 mes de vida pueden mantenerse frecuentes o pueden pasar varios días sin defecar, pierde valor como parámetro de utilidad en la evaluación del crecimiento. (7)

Los uratos, más allá del tercer día de vida, pueden ser debidos a poca transferencia de leche, dificultades de lactancia y el crecimiento debe ser controlado (7).

- Preguntas a realizar en consulta sobre Deposiciones y micciones:
 - Número en las últimas 24 horas.
 - Aspecto (coloración, consistencia).
 - Cantidad.
- Valorar estado del pañal en consulta.

EDAD	MICCIONES esperadas	DEPOSICIONES esperadas
1º día	Al menos 1 (puede haber uratos)	Al menos 1, meconio
2º día	Al menos 2 (puede haber uratos)	Al menos 2, meconio o transicional
3º día	Al menos 3, no puede haber uratos a partir de este día	Al menos 3, color transicional
4º día	Al menos 4	Al menos 3, color transicional
5º día	Al menos 5	Al menos 3, amarillas oro

5. Evolución del Peso:

Estudios internacionales muestran que la pérdida de peso esperada difiere sustancialmente según la vía de nacimiento y que la pérdida de peso $>10\%$ no es tan infrecuente, así como que los amamantados estén por debajo del peso al nacer a los 10-14 días de vida. Los nacidos por cesárea demoran más tiempo en recuperar su peso al nacimiento que por parto.(9)

Por lo tanto, no debería tomarse el peso aislado como único indicador de crecimiento:

- Peso al nacimiento.
- Peso actual.
- Gráficas de la OMS (La progresión de las medidas en el tiempo tiene un valor mayor que cualquier medida aislada en un momento concreto).

6. Comportamiento:

- Cómo se encuentra entre las tomas durante el día y la noche (contento, tranquilo, dormido, irritado...).
- Cómo se encuentra al inicio y durante las tomas, y al terminarlas:
 - Activo, ojos abiertos al inicio
 - Luego se relaja y duerme

Es importante conocer las señales de hambre del recién nacido ya que el llanto es un indicativo tardío de hambre y da lugar a más dificultades a la hora de engancharse adecuadamente al pecho. Un bebé recién nacido, simplemente porque se despierte ya seguramente desee mamar, o cuando mueve la cabeza de un sitio a otro, o cuando se pone las manos en las mejillas, o cuando empiezan a babear o a hacer movimientos con la boca. Esto son señales de hambre. Si el bebé empieza a llorar le costará mucho más agarrarse adecuadamente, mostrándose nervioso, conllevando riesgo de a tragar aire, con las molestias que esto puede ocasionar.

- Es necesario también conocer el comportamiento del bebé cuando hay problemas en la lactancia:
 - Tomas eternas, bebé dormido, llora al soltar el pecho
 - Tomas breves y muy frecuentes, con gran frustración
 - Apenas duerme durante el día.
 - Duerme muchas horas por la noche.

- Rechaza el pecho, pero no quiere estar en otro sitio.
- Llanto frecuente, “cólicos”, “sólo quiere brazos”, “es muy quejica”

En la fisiología del amamantamiento tenemos que tener en cuenta que el recién nacido debe realizar una serie de movimientos para obtener la leche de su madre, para esto está provisto de reflejos como el de coordinación entre succión, respiración y deglución. Esta coordinación se inicia a las 34 semanas de gestación, siendo dependiente del grado de maduración. El bebé que ha cumplido 37 semanas puede tener bajo peso y debilidad en la succión, y con una coordinación que no esté completa. (10).

5.- TÉCNICAS DE APOYO A LA LACTANCIA

Llamamos técnicas de apoyo a la lactancia al conjunto de observaciones, procedimientos, recursos e intervenciones que requieren de una habilidad para facilitar tomas efectivas en el bebé, desde el empoderamiento de la mujer y la familia.

Una buena técnica favorece un buen acople, evita el dolor, logra un buen vaciado de las mamas y previene, a medio plazo, la escasa producción como causa más frecuente de destete. (11) La mejor técnica es observar y favorecer. Para esto, contamos con el piel con piel y el amamantamiento dirigido por el lactante, en posición de crianza biológica o reclinada. Hay que ~~darle mucha~~ **dar** importancia al agarre espontáneo después del parto, y no solo en el momento del nacimiento, ya que puede ser una buena técnica ante problemas de agarre en cualquier momento. Puede suponer el éxito de las lactancias.

Asimismo, es esencial evitar durante la consulta ~~son~~ todos aquellos comentarios o frases que hagan aumentar la inseguridad de la madre, tales como: “el niño se queda con hambre”, “no tienes leche”, etc y reforzar a la madre para aumentar la confianza su lactancia con comentarios que destaquen los aspectos que son evaluados positivamente.

Los sanitarios debemos prestar especial atención a las madres fumadoras, obesas, adolescentes, partos gemelares, cesáreas, y/o con niños prematuros, menores de 2.500 gr. o alguna patología que dificulta la lactancia, ya que son las que requieren más ayuda y consejos del personal de sanitario para tener éxito en la lactancia materna. Igualmente, se debe valorar con mayor cuidado a las



madres que presenten algún tipo de patología que pueda afectar a la producción láctea, como es el caso de diabetes, hipotiroidismo severo...(12) (13)

Como toma de contacto debemos presentarnos de manera cálida y profesional, (si no conocíamos a la madre de forma previa) y referirnos por su nombre tanto a la madre como al bebé. Debemos destacar la importancia de un ambiente tranquilo y privado.

Lo primero a preguntarle sería cómo se encuentra y cómo está viviendo su lactancia. El relato de su parto es muy importante y si no lo relata a lo largo de la consulta le pediremos que lo relate si lo desea.

Existen guiones estandarizados sobre la historia clínica de la lactancia materna que nos pueden resultar de ayuda a los profesionales de la salud para recabar toda la información (ANEXO 1).

Durante la consulta apuntaremos sólo los datos más relevantes, pues es importante evitar las posibles barreras de comunicación. Se aconseja mantener el contacto visual, posicionarse a la misma altura de la madre, establecer un contacto físico apropiado y un adecuado uso del tiempo a la vez que una escucha activa y validación de sus sentimientos. Cuando la entrevista avance puede que necesitemos realizar preguntas más concretas y cerradas para conseguir algún dato que pueda ser importante.

Tras la recogida de datos se debe realizar una exploración visual del pecho previa a la toma (presencia de grietas, ingurgitación mamaria...) y una observación de la boca del bebé (valorar posible anquiloglosia, paladar hendido, etc).

Los profesionales de la salud debemos sentirnos cómodos a la hora de observar y valorar una toma de lactancia materna ya que nos dará información específica y nos ayudará a formular un plan de cuidados y resolver, si lo hay, el problema.

La ficha para observación de la toma de la Unión Europea (ANEXO 2) puede ayudar a identificar si la causa de las dificultades es debido a la posición al agarre o a la escasa transferencia de leche.

También contamos para la observación de la toma con la escala LATCH (ANEXO 3) donde se evalúa a la madre y al hijo, y recoge información referente al agarre del pecho, a una deglución audible, el tipo de pezón, la comodidad y la ausencia de dolor, así como si se precisa ayuda externa en el mantenimiento de la posición. Otra opción podría ser la ficha del Manual para la capacitación en la Consejería de Lactancia Materna de la OMS y UNICEF. (ANEXO 4)



Parámetros que indican un amamantamiento satisfactorio:

1. Posición para amamantar:

La estabilidad postural, tanto de la madre como la del bebé, es importante. La mujer debe estar cómoda y relajada. Si está sentada, debe quedar semi-reclinada hacia atrás con la zona lumbar y cuello bien apoyados, favoreciendo así la expansión pulmonar tanto de madre como de bebé.

El bebé debe estar con la cabeza y cuello alineados sobre el cuerpo de la madre, con los brazos en la línea media y con proximidad al pecho para que pueda tocarlo. En muchas ocasiones una mala posición llevará a un mal agarre.

Hay elementos determinantes para recomendar una posición u otra, como por ejemplo la ubicación del pezón, el dolor de la madre, las características del bebé... Las posiciones más usadas son las de cuna, cuna cruzada, caballito, acostada y “balón de rugby.”

Cuando se ofrece ayuda nunca se debe acercar al bebé al pecho sosteniéndolo desde la cabeza, sino de los hombros, pues su reflejo será alejarse del pecho.

2. Agarre del bebé:

El cuello del bebé debe estar ligeramente deflexionado para que la barbilla toque el pecho y la nariz quede libre. Al tocar el pezón la mejilla o el philtrum del bebé, éste buscará el pezón y abrirá la boca, consiguiendo que el pezón apunte al paladar. Así se conseguirá un agarre profundo.

En un agarre profundo se verá menos areola por debajo de la barbilla del bebé que por encima, lo que se conoce como agarre asimétrico.

Estudios muestran cómo en un agarre profundo la lengua del bebé protruye, sobrepasa las encías y aprieta el pezón contra el paladar superior ejerciendo una presión negativa. Esta presión evita que al bebé se le escape el pezón, haga chasquidos o le salgan hoyuelos. La madre no debe sentir dolor y el pezón no debe terminar deformado tras la toma. (14)

A la hora de valorar un agarre habrá que tener en cuenta el tipo de pezón de la madre, su piel, si hay cirugías mamarias previas....

No se debe realizar “la pinza” con el dedo índice y el corazón cogiendo el pezón, por riesgo de obstrucción de los conductos. Siempre que a la madre le resulte cómodo, es mejor sujetar el pecho con los dedos índice y pulgar en “forma de C” para favorecer la estabilidad y que el pezón no salga de la boca.



Hay que tener en cuenta que hay agarres que no se corresponden con todos los ítems para un “agarre correcto”, pero por mucho que veamos lo que para nosotros sería un agarre incorrecto, si la madre como el bebé evolucionan de forma correcta no es necesario modificar la técnica de agarre del pezón, lo que llamamos “la técnica de la no técnica”: si no está roto no arreglamos nada. Si la madre informase de dolor o identificásemos algún problema tanto en la madre como en el bebé, tendríamos que valorar y realizar las modificaciones pertinentes.

Resumen de lo que podemos observar en un buen agarre:

- Boca bien abierta
- Cuello del bebé alineado con el resto de su cuerpo.
- El bebé agarra gran parte de la areola.
- Barbilla pegada al pecho.
- Labios evertidos (tanto el labio superior como el inferior).
- Bebé muy pegado a su madre.

Resumen de lo que podemos observar en un agarre incorrecto:

- La boca está poco abierta.
- El bebé está tumbado boca arriba y girando la cabeza.
- Se perciben chasquidos al mamar.
- Las mejillas del bebé se hunden.
- Dolor al amamantar y grietas (son señales de un posible mal agarre).
- Ingurgitación del pecho (puede indicar que no se está vaciando bien el pecho, o hay algún otro problema).
- Ingurgitación o mastitis
- Poco aumento de peso
- Exceso de reflejo de eyección de leche (atragantamientos)
- El bebé no suelta el pecho por sí mismo

Prácticas que favorecen el agarre:

- ★ Determinadas posiciones favorecen la estabilidad y maximizan el agarre.
- ★ Evitar lavar los pechos antes y/o después de las tomas, para mantener el estímulo olfativo en el bebé.
- ★ Estimular la protrusión del pezón plano o invertido, con masajes, jeringa invertida o extractores de leche.
- ★ Favorecer la flexibilidad de la piel del seno con masajes y extracción manual y/o mecánica. “Ablanda la areola y facilita una mejor sujeción por parte del lactante”, con lo que se minimiza el dolor.
- ★ Realizar presión inversa suavizante si las mamas están congestionadas.
- ★ Sacar gotas de calostro o leche para estimular que el bebé se enganche.(15)

3. Succión y ritmo:

Al inicio de una lactada normal podemos encontrar una succión no nutritiva con succiones rápidas (unas dos por segundo), poco profundas, la mandíbula no se proyecta en forma marcada y no se escucha deglutir. La succión estimula el reflejo de eyección láctea y da paso a la succión nutritiva, que es más lenta, ya que la lengua realiza movimientos peristálticos que llevan la leche a la faringe posterior y al esófago, lo cual activa el reflejo de deglución.

Un bebé sano a término realiza entre 10 y 30 succiones seguidas de pausas de 2 a 5 segundos y hacia el final de la toma succiones muy cortas hasta que se suelta por sí solo. Durante una toma el bebé provoca varios reflejos de eyección de leche en cada pecho.

Si durante gran parte de la toma la succión ~~es~~ fuese no nutritiva, la madre presentaría molestias, lo cual puede ser debido a un agarre incorrecto o una ausencia de reflejo de eyección. En este último caso las tomas suelen ser muy largas, lo cual puede generar dolor, especialmente en la base del pezón.(14)

Técnicas para favorecer la succión y sostener el ritmo:

- ★ Ofrecer el pecho con el bebé ligero de ropa.
- ★ Mantener cerca o portear al bebé con un fular bien colocado.



- ★ Ofrecer el pecho en sueño liviano, con acceso ilimitado y que sea él quien dirija la búsqueda y el agarre.
- ★ Despertarlo antes de engancharlo al pecho, cambiando el pañal o de ropa.
- ★ Estimulación manual de la mama antes de la toma, para lograr rápidamente el reflejo de eyección.
- ★ Acariciar y estimular al bebé con masajes suaves.
- ★ Cambiarlo de pecho y de posición con frecuencia si se duerme.
- ★ Realizar compresión mamaria para sostener un caudal de leche que lo mantenga interesado.
- ★ Practicar masajes linguales para reafirmar o afirmar el movimiento y posicionamiento adecuado de la lengua.
- ★ Ofrecer la leche extraída con la técnica dedo-jeringa o dedo-sonda, no solo para estimular un posicionamiento adecuado sino también para valorar el movimiento peristáltico de la lengua.
- ★ Uso de relactador. Un bebé que se ha alimentado con biberón vuelve a tener confianza al pecho cuando finalmente logra alimentarse.
- ★ Quitar al bebé del pecho cuando realice una succión superficial y volver a ponerlo al pecho.
- ★ La posición de caballito con mano de bailarina (mano en forma de U sostiene la mandíbula con el pulgar y el índice), favorece el ritmo de succión y un buen acople. (15)

4. Frecuencia y duración de las tomas:

Un bebe debe alimentarse cuándo quiera y por el tiempo que quiera sin horarios (también de noche) predeterminados para su óptimo desarrollo y crecimiento. Los primeros días vigilarémos que el bebé demande el pecho y se estimule la lactogénesis II.

A los padres les crea una gran ansiedad la alta demanda durante los primeros días de vida de su bebé, por lo que pueden llegar a pensar que la leche producida por la madre es insuficiente para su bebé. Hay que informarles de que el tiempo de vaciado gástrico, cuando el bebé lacta, es de aproximadamente una hora y media; por lo tanto, las tomas frecuentes son comunes ya que incluso pueden darse antes de esta hora y media si la última toma no fue efectiva o si el bebé busca cubrir otras necesidades. (16)

Una buena frecuencia de tomas al inicio de la lactancia sería de 8 a 12 tomas al día, lo que estimula el número y la sensibilidad de los receptores de la prolactina y favorece una buena producción a largo plazo. (16)

La duración de la toma se tiene que valorar en función de la respuesta del lactante y no del tiempo transcurrido. Cada mujer tarda necesita un tiempo diferente para que se produzca el reflejo de eyección láctea.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que las tomas muy prolongadas pueden estar ocasionadas por un mal agarre, succión débil, problemas con la eyección... y estos bebés suelen dormir muchas horas o llorar con frecuencia. Además, suelen ser tener una ganancia de peso insuficiente.

5. Transferencia adecuada de leche y comportamiento madre/bebé.

Valorar una transferencia de leche adecuada puede ser complicado, ya que se pueden ver involucrados factores relacionados con neurohormonas (oxitocina, endorfinas). Una succión eficaz no asegura una buena transferencia. Podemos valorarla como positiva si:

- La deglución del recién nacido es visible y/o audible.
- El lactante muestra signos de saciedad tras la toma: suelta el pezón espontáneamente y queda relajado y satisfecho (manos y brazos relajados)
- El recién nacido tiene un buen patrón de excreción, buen aspecto general y presenta una buena ganancia de peso y talla.
- La madre se siente segura y tiene la sensación de suficiente producción de leche por lo que no precisa de suplementos de leche de fórmula.
- La madre responde a las señales de hambre de su recién nacido y lo amamanta.
- La madre amamanta sin dolor ni ningún tipo de molestia.(8)

6.-SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA Y PLAN DE CUIDADOS

Tras la valoración global, se programará una nueva visita si se considera necesario para reevaluar la lactancia según necesidades y gravedad, se indicará a la madre un plan de cuidados y si es necesario nos coordinaremos con otros profesionales de la salud para el mantenimiento y apoyo de la lactancia materna.

El plan de cuidados debe tener objetivos a corto y medio plazo, ser simple para dar seguridad a la madre y su familia y tener reevaluaciones periódicas.

Un ejemplo de actuación en la valoración y seguimiento de la lactancia eficaz en Atención Primaria sería mediante la escala LATCH:

- Si LATCH <9: valoraciones cada 24 o 48 horas o derivar a consulta de Lactancia (si existe en el Área de Salud).
- Si LATCH >9: seguimiento en consulta según necesidades.

Una opción de preguntas a realizar a la madre cuando no se puede observar la toma y es preciso que aporten información para la elaboración de la escala LATCH sería la siguiente (traducida al español Jensen, D. y colaboradores, 1994):

L	<i>¿Cómo se agarra el bebé al pecho?, ¿Lo intenta varias veces?, ¿Succiona por sí mismo o tiene que estimularlo?</i>
A	<i>¿Escucha tragar a su bebé?, ¿Con qué frecuencia o cada cuánto?</i>
T	<i>¿Sus pezones se mantienen formados o se aplanan fácilmente?</i>
C	<i>¿Tiene dolor en los pezones?, ¿Tiene grietas o ampollas?, ¿Nota el pecho muy pesado o lleno?</i>
H	<i>¿Le ayuda alguien a ponerse a su bebé al pecho?, ¿Necesita ayuda con la próxima toma?</i>

Otro ejemplo de manejo y seguimiento ante la pérdida excesiva de peso en el recién nacido es el algoritmo de la Guía de práctica clínica sobre Lactancia Materna del SNS.



Historia clínica del bebé) y/o elaborar un informe que incluya los datos de la historia clínica, los hallazgos de las exploraciones, la valoración de toma, el plan de cuidados y todo lo relevante en relación a la intervención.

El registro es importante de cara a próximas visitas y a posibles derivaciones a otros profesionales en la atención a la madre y al niño/a.

Tras finalizar la consulta, la madre debe saber dónde acudir ante la aparición de problemas y haber recibido toda la información necesaria (la cual debe ser reforzada también por escrito).

La información que las madres y familiares deben recibir en estas visitas debe ser corta, clara y pertinente sobre:

- La importancia de la alimentación a demanda.
- La importancia de la posición y el agarre adecuados al pecho.
- Cómo reconocer los signos de hambre.
- Cuáles con los signos de amamantamiento eficaces.
- Recomendaciones sobre el uso de chupete, tetinas, pezoneras...
- Signos y síntomas tanto maternos como neonatales por lo que consultar.
- Cuándo y cómo suplementar (Sonda al pecho desde recipiente, Sonda-dedo desde recipiente, Biberón, dedo-jeringa, vaso...). Sólo en los casos que sea necesario.
- Información sobre los grupos de apoyo a la lactancia en su ciudad y talleres de lactancia materna en su Centro de salud. (8)

7.- INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Una alimentación sana y equilibrada en la infancia y adolescencia es indispensable para el desarrollo adecuado tanto físico como psíquico y la reducción de enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad en la vida adulta. Los hábitos de vida saludables que se aprenden en estas edades perdurarán para toda la vida.



Durante el embarazo y la lactancia se recomienda una alimentación saludable y variada, rica en frutas y verduras.

El mejor alimento para el bebé es la LACTANCIA MATERNA a demanda. La recomendación de la OMS, que es la que debemos dar a todas las madres, es la de mantener la Lactancia materna de forma EXCLUSIVA hasta los 6 meses de edad.

A partir de los 6 meses, tal y como indica la Asociación Española de Pediatría (18), las necesidades de nutrientes del bebé aumentan y se necesitan otros alimentos que complementen la lactancia materna.

La exposición precoz y repetida de alimentos durante estos primeros meses favorece a largo plazo la aceptación de sabores. Se debe tener en cuenta que cuando se ofrece un alimento nuevo a un niño puede ser rechazado de inicio, y puede que sea necesario repetir el proceso de ofrecimiento alrededor de unas 10 veces o más, así que se debe tener paciencia cuando un alimento determinado sea rechazado y no interpretarlo como un rechazo a ese alimento concreto, sino como parte del aprendizaje del niño con respecto a la alimentación. Recordaremos a los padres NO FORZAR al lactante si no quiere comer. Si rechaza repetidamente un alimento, se le puede sustituir por otro del mismo grupo y volver a ofrecer pasadas unas semanas.

El adulto que cuida al niño/a es el responsable de elegir el tipo de alimento y decidir cuándo, cómo y dónde come el niño, sin embargo, el niño/a es quien decide qué cantidad toma, por lo que se debe respetar su apetito, ya que con él regula la ingesta según sus necesidades en ese momento.

La introducción de los diferentes alimentos se debe realizar de forma individual, a intervalos de 3 a 5 días, no existiendo un orden preestablecido, aunque es recomendable comenzar con alimentos ricos en hierro. También va a depender de las preferencias de la familia, cultura y situación geográfica.

A continuación, tal y como recomienda la Asociación Española de Pediatría (18), se exponen los diferentes alimentos a ofrecer, teniendo en cuenta que no es preciso seguir el orden en el que aparecen:

- **FRUTAS:** se pueden ofrecer frutas trituradas o en trocitos, chafadas, o ralladas para que saboreen diferentes texturas. Cualquier fruta. El zumo de fruta no es recomendable, aunque sea natural, ya que favorece el desarrollo de obesidad y caries.
- **VERDURAS:** a partir de los 6 meses es recomendable ofrecer distintos tipos de verduras con diferentes formas de presentación (triturada, chafada, rallada, trocitos pequeños...),

excepto las espinacas, acelgas, lechuga, apio y remolacha que se recomienda ofrecer a partir del año de vida. Es preferible que las frutas, verduras y hortalizas que se ofrezcan, sean de temporada y proximidad.

No mantener a temperatura ambiente las verduras cocinadas (enteras o en puré). Conservar en frigorífico si se va a consumir en el mismo día, si no, congelar. Se pueden congelar en porciones diarias, excepto la patata.

- **CEREALES** (arroz, sémola, pasta, avena, pan,...): se pueden ofrecer de varias formas en función de la cultura y preferencias de la familia y nivel de maduración del niño/a, preferiblemente INTEGRALES. Los cereales se deben introducir en pequeñas cantidades e ir aumentando de forma gradual. No es imprescindible la utilización de cereales hidrolizados en polvo, en caso de ofrecerlos, evitar aquellos con azúcar añadido.
- **PROTEÍNA DE ORIGEN ANIMAL (Carne, pescado y huevo)**: la ración recomendada es de uno de estos alimentos al día hasta el año y medio aproximadamente, después 1-2 raciones al día. Aconsejamos pescado blanco o pescado azul pequeño (sardina, caballa, boquerón,...) prestando especial atención a las espinas. Se puede ofrecer marisco desde los 6 meses. Se debe evitar el consumo de pescado azul de gran tamaño (atún rojo, cazón, pez espada, emperador, lucio) hasta los 10 años por su contenido en metales pesados.
- **LÁCTEOS**: la leche materna sigue siendo el alimento principal a esta edad y se puede seguir ofreciendo a demanda, no es necesaria la ingesta de otros lácteos. Se puede ofrecer cantidades pequeñas de yogurt natural (no azucarado) o queso fresco desde los 9 meses. No se aconseja ofrecer leche de vaca antes de los 12 meses, debido a su efecto en la disminución de absorción de hierro, ni otros productos lácteos por el riesgo de exceso de calorías y proteínas.
- **LEGUMBRES (judías, lentejas, garbanzos...)**: a partir de los 6 meses se puede ofrecer (triturada, chafada) ya que son una fuente de proteínas e hidratos de carbono de absorción lenta, muy recomendada en una dieta equilibrada. Se puede preparar con verduras y con arroz integral.
- **FRUTOS SECOS**: se puede incluir en la dieta desde los 6 meses siempre muy bien triturados (que queden prácticamente “pulverizados”).
- **No dar sal, ni azúcar, ni miel. Evitar bebidas azucaradas** tipo zumos o infusiones.
- Como bebida, además de la leche, se recomienda ofrecer únicamente **AGUA**.



Se deben **evitar alimentos duros o con formas redondeadas por riesgo de atragantamiento**, como mínimo hasta los 5 años (frutos secos enteros, uvas enteras, olivas, tomates cherry, cerezas, manzana o zanahoria crudas...).

Se puede añadir a las comidas **ACEITE DE OLIVA** crudo.

Hay que introducir **TEXTURAS NUEVAS** (alimentos chafados, en trocitos pequeños blandos, rallado,..) a medida que el bebé esté preparado, intentando no retrasarlo más allá de los 9 meses con el fin de favorecer el desarrollo motor oral y la aceptación de alimentos.

Recomendaciones a partir de los 12 meses

A partir los **12 meses** es recomendable que el niño/a se siente en la mesa con el resto de la familia (si no se ha hecho antes) para compartir el momento de la comida, así como compartir el mismo tipo de alimentos y la misma preparación, siempre eligiendo alimentos saludables y adaptados a su desarrollo.

En función de su grado de madurez, el niño/a puede comenzar a usar los utensilios (vaso, cubiertos).

El acto de comer debe ser agradable, creándole hábitos de alimentación: sentado, sin entretenimientos (TV y otras pantallas), con horario regular, realizando al menos 5 comidas al día.

Se recomiendan incluir hábitos como el **lavado de manos** antes de comer y el **cepillado de dientes** tras la comida, que al principio los realizará con ayuda y con el tiempo los realizará con autonomía.

Continuará con lactancia materna si la tomaba, en el caso de que no, puede tomar leche de vaca entera.

El desayuno es una de las principales comidas del día. Si antes de ir al colegio, el niño no tiene apetito, es preferible evitar alimentos poco saludables y reforzar más el almuerzo, siempre con alimentos saludables.

Calendario orientativo de incorporación de alimentos

Alimento	0-6 meses	6-12 meses	12-24 meses	>2 años
Leche materna				
Fórmulas adaptadas (en caso de no estar con LM)				
Cereales, frutas, hortalizas, legumbres, huevo, carne, pollo, pescado, aceite de oliva				
Leche entera, yogur, queso tierno (pueden ofrecerse en pequeñas cantidades a partir de los 9 o 10 meses)				
Sólidos con riesgo de atragantamiento (frutos secos enteros, manzana o zanahoria cruda, etc.)				Por encima de los 3 años
Alimentos superfluos (azúcares, miel, cacao, bollería, galletas, embutidos y charcutería)	Cuanto más tarde y en menor cantidad mejor (siempre a partir de los 12 meses)			

Imagen 12. Recomendaciones de la AEP sobre la Alimentación Complementaria (2018). Modificada de "Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia", Agència de Salut Pública de Catalunya, 2016.

Recomendaciones sobre la frecuencia de la ingesta de alimentos

Farináceos (cereales integrales)	1-2 veces al día
Frutas	Como mínimos 3 veces al día
Verduras	Como mínimo 2 veces al día*
Carnes y pescado	1-2 raciones al día
Legumbres	3-4 veces por semana
Frutos secos (siempre muy bien triturados en menores de 5 años)	Como mínimo 1 al día
Huevos	Hasta 1 al día
Leche, yogurt y queso	2-3 veces al día

No es conveniente más de una ración de espinacas y/o acelgas al día a niños/as entre 1 y 3 años. Hay que evitar espinacas y/o acelgas a niños/as que presenten infecciones bacterianas gastrointestinales.

Protocolo de apoyo al mantenimiento de la lactancia materna exclusiva e introducción de la alimentación complementaria - Fecha de elaboración: Octubre 2025

8.- PLATO PARA COMER SALUDABLE

El plato para comer saludable es una representación gráfica de la proporción de cada grupo de alimentos que se deben incluir en la comida. Se trata de una guía que se puede usar para hacer que las comidas sean equilibradas y balanceadas. Es aconsejable ponerlo en algún lugar de la cocina donde esté bien visible.

- La **fruta** y la **verdura** deben ocupar la mitad del plato.
- Los **cereales (granos) integrales** deben ocupar la cuarta parte del plato.
- La **proteína** (tanto de origen vegetal como animal: carne, pescado, huevo, legumbres, frutos secos [siempre muy bien triturados en menores de 5 años]) debe ocupar la cuarta parte del plato.



"Derechos de autor © 2011 Universidad de Harvard. Para más información sobre El Plato para Comer Saludable, por favor visite la Fuente de Nutrición, Departamento de Nutrición, Escuela de Salud Pública de Harvard, <http://www.thenutritionsource.org> y Publicaciones de Salud de Harvard, health.harvard.edu."

Protocolo de apoyo al mantenimiento de la lactancia materna exclusiva e introducción de la alimentación complementaria - Fecha de elaboración: Octubre 2025

Alimentos a evitar en la cesta de la compra:

- **COMIDA PRECOCINADA:** de ningún modo, ni congelada, ni refrigerada, etc.
- **CARNE CON MUCHA GRASA:** panceta, chorizo, salchicha, morcilla y toda pieza de carne en la que predomine la grasa.
- **EMBUTIDOS:** sal chicón, chorizo, mortadela, sobrasada, chóped, salami,...
- **ALIMENTOS CON MUCHA GRASA:** helados, mantequilla, margarina, crema de cacao o similares, chocolate blanco,...
- **ALIMENTOS CON MUCHA AZÚCAR:** cereales muy azucarados, cacao en polvo o similares, golosinas y caramelos, mermelada, membrillo, horchata, leche merengada, batidos de cualquier sabor, zumos de tetrabrik, refrescos, chocolate con leche, chocolatinas, galletas, pasteles, tartas y dulces
- **FAST FOOD (COMIDA RÁPIDA):** pizzas, hamburguesas, perritos calientes,...
- **SALSAS:** todas las salsas industriales se deben evitar.

9.- MÉTODO BABY LED WEANING

Los padres que decidan introducir la alimentación complementaria a sus hijos con el método Baby Led Weaning deben ser informados por su pediatra y/o enfermera del centro de salud de los riesgos y beneficios del método y de las precauciones que deben llevar a cabo a la hora de planificar los alimentos que se van a ofrecer y a la hora de ofrecerlos.

Para ello, el equipo de Coordinación de Pediatría del Servicio Murciano de Salud ha elaborado una hoja informativa para padres que han decidido utilizar este método. Dicha guía de apoyo se encuentra en la página de Murcia Salud dentro del Programa de los 1000 días y la información que se ofrece en ella es la siguiente:

¿Qué es el método Baby Led Weaning?

Es un método en el que, llegado el momento de iniciar la alimentación complementaria, ésta es “dirigida” por el niño/a. Es decir, el niño/a se sienta en la mesa con el resto de familia, los padres ponen a su alcance los alimentos (siempre saludables y con consistencia adecuada) y el niño/a decide qué alimentos coge y come y qué cantidad. Si el niño/a aún toma lactancia materna se ofrecerá primero el pecho y luego los alimentos sólidos.

¿Qué niños pueden alimentarse con este método?

Este método puede ser utilizado por niños/as sanos, que hayan nacido a término y con un adecuado desarrollo psicomotor, ya que precisa cierta destreza motriz que les permita mantenerse sentados y coger los alimentos con sus propias manos y que haya desaparecido el reflejo de extrusión (reflejo por el que los niños tienden a expulsar los alimentos de la boca). Esto suele ocurrir alrededor de los 6 meses.

¿Qué niños no pueden alimentarse con este método?

Este método puede no ser adecuado en niños con:

- Enfermedades degenerativas o neurológicas.
- Retraso psicomotor.
- Trastornos del espectro autista.
- Alergias alimentarias.
- Procesos intercurrentes frecuentes
- Prematuros (en función de la edad gestacional y a criterio de su pediatra).

¿Qué alimentos se pueden ofrecer?

Los alimentos que se pueden ofrecer pueden ser los mismos que come el resto de la familia, siempre que sean saludables y en la forma y consistencia adecuada para la edad del niño/a, por ejemplo, en palitos, y que sean fácilmente triturables con movimientos de la lengua contra el paladar (los padres o cuidadores pueden hacer previamente la prueba con la comida que vayan a ofrecer al niño/a). Conforme vayan creciendo se puede ir modificando la consistencia de los alimentos.

¿Qué beneficios tiene?

Con este método los niños/as se acostumbran desde el inicio a sabores y texturas diferentes y controlan su ingesta según la sensación de hambre y saciedad que tengan. Favorece su autonomía y fomenta la seguridad en sí mismo. Estimula la musculatura orofacial, motricidad fina y coordinación visiomotora. Además, favorece la interacción social y el vínculo familiar al sentarse con el resto de la familia en la mesa, lo cual junto con el resto de aspectos mencionados favorece una actitud positiva ante la comida, lo cual disminuye la ansiedad y previene la obesidad. Son niños que suelen mantener lactancias maternas más prolongadas.

¿Qué riesgos posibles presenta?

- Disminución de la ingesta de hierro.
- Atragantamiento.
- Ingesta de comida no saludable.

Para evitar riesgos presta atención a las siguientes NORMAS DE SEGURIDAD:

- El niño/a debe estar sentado.
- El niño/a siempre debe estar supervisado por un adulto.
- Se deben evitar alimentos con riesgo de atragantamiento (alimentos duros o con formas redondeadas, ver siguiente cuadro).
- Los padres deben poner especial atención en ofrecer alimentos ricos en hierro, igualmente que los niños alimentados con el método tradicional.
- Los alimentos que se ofrecen al niño/a y, en general, los de toda la familia debe ser alimentos saludables, que son los únicos que deben estar en la mesa y al alcance del niño/a.

Alimentos clasificados como alto riesgo de atragantamiento:

- Son alimentos de alto riesgo de atragantamiento, aquellos que presenten alguna de estas características:
 - Alimentos duros.

- Alimentos pequeños.
- Alimentos redondos.
- Alimentos con distintas texturas (por ejemplo, acuosos por dentro y fibrosos por fuera o con piel, como los tomates cherrys).
- Verduras crudas (zanahoria, apio, hojas de ensalada,...).
- Manzana o melocotón crudos. Cerezas, uvas, bayas, tomates cherry.
- Galletas de arroz, patatas fritas, chips de maíz.
- Frutos secos enteros y frutas secas. Guisantes y maíz.
- Caramelos y chucherías. Embutidos de carne procesada. Salchichas.
- Cualquier alimento duro o redondeado que no se puedan aplastar con la lengua contra el paladar. Los padres pueden intentar hacerlo antes de ofrecer un alimento nuevo a su hijo y comprobar que se puede aplastar de esta forma.

Alimentos clasificados como alimentos que contienen hierro:

- Carne de vaca, pollo, cordero y cerdo.
- Pescado
- Legumbres: lentejas, judías blancas, garbanzos

Alimentos clasificados como alimentos de alta energía:

- Todos los alimentos, excepto la mayoría de frutas y verduras, las galletas de arroz simples o las sopas claras.
- Frutas clasificadas como de alta energía: aguacate y plátano
- Verduras clasificadas como de alta energía: calabaza, patata y batata.

Recomendaciones en caso de atragantamiento:

La Asociación Española de Pediatría (19) recomienda:

- Mirar la boca y si vemos un objeto fácilmente extraíble lo sacaremos con el dedo en forma de gancho haciendo un barrido desde la cara interna de la mejilla.
- Si no podemos sacarlo con seguridad, giramos al niño y lo apoyamos sobre nuestro antebrazo con la cabeza sujeta con nuestros dedos y los pies colgando a la altura de



nuestro codo (a caballito sobre el antebrazo). Apoyamos el antebrazo con el niño sobre nuestras piernas con la cabeza más baja que el cuerpo y damos 5 golpes secos entre los omoplatos o paletillas con el talón de la mano. Se comprueba que el cuerpo extraño sale. Si no sale...

- Damos la vuelta al niño y comprobamos la respiración y la boca del niño. Si no hay cuerpo extraño extraíble y el niño no puede respirar continuando consciente, haremos 5 compresiones con 2 dedos en el centro del tórax (en la línea entre los 2 pezones).
- Si el niño continúa consciente y sin poder respirar bien volveremos a repetir los golpes en la espalda y posteriormente las compresiones en el pecho tantas veces como sea necesario hasta que el niño pase a respirar bien o hasta que quede inconsciente (19).

10.- BIBLIOGRAFÍA

1. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos. 2020. Organización mundial de la salud: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/newborns-reducing-mortality>
2. Novillo-Luzuriaga N., Robles-Amaya J., Calderón-Cisneros J. Beneficios de la lactancia materna y factores asociados a la interrupción de ésta práctica. Enferm Inv. 2019; 4(5)29-35
3. Alimentación del lactante y del niño pequeño. OMS Diciembre 2023
4. NICE, Postnatal care up to 8 weeks after birth, abril 2021.
5. OMS. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra.OMS,1998;p:81-98
6. Postnatal care. NICE guideline 20 abril 2021.
7. “The Breastfeeding atlas” sixth edition. Barbara wilson Clay, Kay Hoover.2017
8. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco- OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
9. Paul IM, Schaefer EW, Miller JR, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, Flaherman VJ. Weight Change Nomograms for the First Month After Birth. Pediatrics. 2016 Dec;138(6):e20162625. doi: 10.1542/peds.2016-2625. Epub 2016 Nov 9. PMID: 27940721.
10. Neu J. Gastrointestinal maturation and feeding. Semin Perinatol. 2006 Apr;30(2):77-
11. 80. doi: 10.1053/j.semperi.2006.02.007. PMID: 16731281.
12. ENDIS 2018 Uruguay: primeros resultado de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo infantil y Salud. INE. Montevideo:cohorte.2018
13. Aragon nuñez M, Rodríguez I, Díaz A. Maternidad en la adolescencia y lactancia. Rev enfermería Docente. 2015; (104):49-54
14. Baxter J, Cooklin AR, Smith J. Which mothers wean their babies prematurely from full breastfeeding? An Australian Cohort study. Acta Paediatr. 2009



15. Ramsay DT, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE: Imágenes ecográficas de la eyección de la leche en el pecho de mujeres lactantes. *Pediatría* 2004;113(2):361-367;doi:10.542/peds.113.2.361.
16. Cabo Cordoba, DÁcosta, Delfino Sosa, Hermida Calleros, MOgni Graña. Manual de lactancia materna para profesionales de la salud . 1ª ed. Bibliomedica ediciones.2024;p.231-236.
17. Lawrence RA, Lawrence RM: Lactancia materna: una guía para la profesión médica, Binomio madre-lactante, 7ª ed. Filadelfia: Ed. Saunders Elsevier. 2010; p.564-610
18. Gómez Fernández-Vegue, Marta. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la alimentación complementaria. AEPED. 2018. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
19. Asociación Española de Pediatría, Comité de Soporte Vital. Atragantamiento. AEPED. 2024. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/atragantamiento_csvaep_final.pdf