



Región de Murcia
Consejería de Salud



PROTOCOLO DE CONTENIDO DE LA CONSULTA EN LA SEMANA 28 DE GESTACIÓN



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.

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

AUTORA

Noelia Pardo Martínez. Matrona. Centro de Salud San Antón (Cartagena).
Francisca Postigo Mota. Matrona. IBCLC. Subdirección general de Cuidados y Cronicidad.
Esther Martínez Bienvenido. Matrona. IBCLC. Hospital General Universitario Santa Lucía.

REVISIÓN

Laura Martínez Pulido. Matrona. Centro de Salud Puente Tocinos.



Revisado y validado por la Comisión Regional de Lactancia Materna:

Mª Ángeles Castaño Molina (Área I)
Esther Martínez Bienvenido (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 Mª 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	Noelia Pardo Francisca Postigo Ester Martínez	Laura Martínez	Comisión Regional Lactancia Materna	17/10/2025	Creación Documento



ÍNDICE

1.- GLOSARIO DE ABREVIATURAS	6
2.- INTRODUCCIÓN	6
3.- RESUMEN DE LA EVIDENCIA Y JUSTIFICACIÓN	7
4.- PROFESIONALES A QUIÉN VA DIRIGIDO	8
5.- POBLACIÓN DIANA	9
6.- OBJETIVOS.....	9
7.- PROCEDIMIENTO	10
8.- REGISTRO	18
9.- BIBLIOGRAFÍA	19
10.- ANEXOS.....	23



1.- GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ABM: Academy of Breastfeeding Medicine

AEP: Asociación Española de Pediatría

CPP: Contacto Piel con Piel

DM: Diabetes mellitus

GALM: Grupo de apoyo a la lactancia materna

GPC: Guía de Práctica Clínica

HTA: Hipertensión Crónica

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

LM: Lactancia Materna

OMS: Organización Mundial de la Salud

PIAM: Plan Integral de Atención a la Mujer

PIS: Presión Inversa Suavizante

RN: Recién nacido

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

2.- INTRODUCCIÓN

Desde hace años, el Servicio Murciano de Salud (SMS) viene trabajando el Programa de los primeros 1000 días de vida. Los 1000 primeros días de vida es un periodo de fundamental importancia, en el que se nos brinda la oportunidad de mejorar la salud de la población a corto y largo plazo, disminuyendo el riesgo de enfermedades no transmisibles y las entidades asociadas a ellas.

Uno de los pilares fundamentales en los primeros mil días de vida es la lactancia materna, base del desarrollo físico, emocional y el neurodesarrollo de las personas.



Por otro lado, el SMS está trabajando por conseguir la acreditación IHAN para sus hospitales y centros de salud. La IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia) es una asociación sin ánimo de lucro promovida por la OMS y UNICEF para animar a las salas de maternidad, centros de salud y unidades neonatales españolas a adoptar prácticas que protejan, promuevan y apoyen el parto humanizado y la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

3.- RESUMEN DE LA EVIDENCIA Y JUSTIFICACIÓN

La OMS así como la AEP recomiendan alimentar de forma exclusiva con lactancia materna a los lactantes hasta los 6 meses de vida y hasta los 2 años o más junto con alimentación complementaria. La OMS refiere que la lactancia materna es una de las formas más eficaces de garantizar la salud y la supervivencia de los niños. La leche materna es el alimento ideal para los lactantes. Es segura y limpia y contiene anticuerpos que protegen de muchas enfermedades propias de la infancia. Además, suministra toda la energía y nutrientes que una criatura necesita durante los primeros meses de vida, y continúa aportando hasta la mitad o más de las necesidades nutricionales de un niño durante la segunda mitad del primer año, y hasta un tercio durante el segundo año.

El servicio de salud de la región de Murcia con el fin de conseguir la acreditación IHAN se ha propuesto aplicar las recomendaciones de la Dirección General de Salud Pública de la Unión Europea, la OMS y UNICEF, contenidas en su declaración conjunta “Protección, Promoción y Apoyo de la lactancia Materna” y cumplir con los “siete pasos para una feliz lactancia natural” propuestos por la IHAN para los centros de salud, cuyo tercer paso es “Informar a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y como llevarlo a cabo”.

Este paso contempla el desarrollo de las medidas necesarias para que las mujeres embarazadas obtengan la formación e información que precisan para realizar una decisión informada sobre el modo en que alimentarán a sus hijos y para un establecimiento feliz de la lactancia materna en caso de que opten por ella.

La Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio sugiere ofrecer a todas las gestantes y sus parejas, la oportunidad de participar en una programa de preparación al nacimiento



con el fin de adquirir conocimientos y habilidades relacionadas con el embarazo, el parto, los cuidados del puerperio, del/la recién nacido/a y con la lactancia.

La ABM en su protocolo nº 5 aconseja que “todas las mujeres embarazadas deberán recibir información sobre las ventajas y la gestión de la lactancia para poder tomar una decisión informada sobre la alimentación del lactante y ésta debe incluir información sobre las ventajas para la madre y el niño de la lactancia materna exclusiva iniciada en la primera hora después del nacimiento. Las madres se benefician de la educación sobre la justificación y los consejos prácticos sobre la lactancia materna exclusiva. Deben subrayarse las ventajas médicas, psicosociales y sociales para la madre y el lactante y los motivos por los que se desaconsejan los suplementos de leche artificial. Esta educación es un componente habitual de la orientación previa que aborda las creencias y las prácticas individuales de forma culturalmente sensible.”

Una revisión sistemática realizada en 2016 concluye que “La educación maternal realizada por matronas desde la primera visita prenatal es un factor protector en el inicio y mantenimiento de la LM y debe incluir explicaciones sobre los beneficios que comporta y guías sencillas para resolver dudas y complicaciones.”

Las intervenciones educativas sobre LM durante el embarazo aumentan el conocimiento sobre ésta y fomentan buenas prácticas en relación con ésta y parece influir positivamente en la duración de la misma.

Los profesionales sanitarios que están en contacto con las mujeres durante el embarazo deben ser conocedores y transmisores de información sobre lactancia materna basada en la evidencia científica. Las mujeres y las familias se encuentran, especialmente, receptivas a la información durante el embarazo, por lo que las matronas pueden desempeñar un papel significativo en la promoción de la lactancia materna durante las consultas prenatales o en las sesiones de educación prenatal grupal.

5.- PROFESIONALES A QUIÉN VA DIRIGIDO

Matronas de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud.



6.- POBLACIÓN DIANA

Todas las embarazadas que acuden a la consulta de la matrona en la visita de la semana 28...

Si alguna mujer frequenta el Servicio Público de Salud, pero no acude a las consultas de la matrona y es detectada por cualquier profesional tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria, se derivará para proporcionarle una cita, preferentemente, de forma presencial.

Excepciones:

- Aquellas mujeres que tenga contraindicada la lactancia materna de forma absoluta, si bien se adecuará la información ya que hay contenidos propios de la crianza transversales a cualquier tipo de alimentación, como puede ser el contacto piel con piel.
- Aquellas mujeres que se nieguen a recibir la información.

Se deberá anotar en la historia clínica el motivo por el que no se proporciona la información.

7.- OBJETIVOS

7.1.- Objetivo general:

Aumentar las tasas de lactancia materna en la Región de Murcia.

7.2.- Objetivos específicos:

- Proporcionar una formación unificada en lactancia materna a todas las embarazadas de la Región de Murcia.
- Conseguir que el 95% de las embarazadas (que no tengan contraindicada la lactancia materna de forma absoluta) reciban formación en lactancia materna.



8.- PROCEDIMIENTO

8.1.- Cronología

La información se proporcionará durante la sexta visita de seguimiento del embarazo, contemplada en el programa de embarazo del PIAM, que se realiza durante las semanas 24-28 semanas de gestación y la séptima visita que se realiza entre las semanas 30-32. **Todas las madres deben recibir esta información antes de la semana 32.**

8.2.- Aspectos a tener en cuenta

En este protocolo se desarrollan los contenidos a tratar. Es aconsejable que la embarazada acuda, especialmente a esta visita, acompañada por aquella persona que vaya a acompañarla en el parto y los primeros días tras éste, para conocer esta información.

La información debe ser proporcionada en lenguaje comprensible en un espacio de escucha activa, valorando a la mujer de forma integral, atendiendo a su historia personal, sus creencias y aspectos socioculturales.

También, se les debe invitara acudir a las charlas de educación grupal (educación maternal/ preparación al parto), cuyo contenido está desarrollado en otro protocolo, y a los talleres de lactancia, así como a sus parejas. Si la madre está comprometida desde el embarazo con la LM y cuenta con el apoyo de su pareja y su familia, el éxito de la LM será mayor.

Es la mujer la que finalmente decide, pero debemos ofrecer información integral basada en la evidencia científica y apoyo durante la etapa prenatal.

8.3.- Contenidos de la información a proporcionar

- Información sobre el parto natural y sus beneficios
- La importancia del contacto piel con piel inmediato tras el parto
- La importancia de la puesta precoz al pecho
- Cómo hacer un plan de parto
- La importancia de la LM para la madre y el hijo y los riesgos y costes que suponen para ambos la alimentación con sucedáneos.
- La importancia de la LME desde el nacimiento.



- La importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida
- La postura y el agarre adecuados para el éxito de la lactancia materna.
- Cómo favorecer un buen agarre al pecho del bebé
- Cómo saber si la lactancia funciona. Los signos de un adecuado aporte lácteo y qué hacer si esto no ocurre.
- La importancia de la alimentación a demanda
- La importancia de la cohabitación madre-hijo en los primeros meses
- Por qué evitar el uso de tetinas y/o chupetes al inicio/ establecimiento de la lactancia
- Información sobre los grupos de apoyo locales y cómo ponerse en contacto con ellos a la salida de la maternidad, así como el horario del taller de lactancia del centro.
- Alimentación con lactancia artificial.

Información sobre el parto natural y sus beneficios. Cómo hacer un plan de parto

Un parto natural fomenta la “ tormenta hormonal” que hace que el bebé y la madre estén más predispuestos a iniciar la lactancia materna. La madre puede elaborar un plan de parto referenciando sus preferencias con respecto al parto, nacimiento de su hijo y los cuidados posteriores, en los que puede especificar sus preferencias en cuanto a lactancia.

Se les debe hablar de aspectos claves basados en la evidencia científica, con respecto al parto, basados en la GPC del Parto Normal y el PIAM.

La importancia del contacto piel con piel inmediato tras el parto

Tras el parto, sea vaginal o cesárea, madre e hijo tienen derecho a permanecer CPP de forma inmediata e idealmente entre 50 y 120 minutos. Las maniobras o técnicas innecesarias o demorables se deben posponer. El contacto piel con piel tiene beneficios para el lactante que le facilitara su adaptación a la vida extrauterina, en la madre tiene beneficios y facilitará el inicio de la lactancia.

A los padres se les debe informar de su derecho a realizarlo.

Es importante que la mujer esté acompañada durante todo el posparto inmediato.

La madre se colocará semiincorporada, con un ángulo aproximado de 45º, en posición supina, abrazando a su hijo. El recién nacido se posicionará con las extremidades abiertas y flexionadas. La



cabeza se mantendrá ladeada y ligeramente extendida, apoyada en el pecho materno, evitando la flexión e hiperextensión del cuello. Es importante favorecer el contacto visual entre la madre y su hijo/hija y animar a la madre a interaccionar con su bebé tocándolo y acariciándolo. Es importante vigilar que la boca y nariz del bebé no se obstruyan durante el procedimiento.

Si la madre se encuentra cansada, el padre o acompañante que elija la mujer vigilará a madre e hijo estrechamente. Si la madre no se encuentra bien, puede realizar el CPP el acompañante.

Durante el periodo de CPP, la dedicación debe ser exclusiva, no se debe estar entretenido, por ejemplo, con dispositivos móviles.

Aspectos para tener en cuenta:

- La cabeza del niño debe estar ligeramente extendida y orientada hacia un lado para que la boca y la nariz no se obstruyan.
- El recién nacido debe respirar de forma regular y sus labios estar sonrosados.
- El bebé debe tener un tono muscular adecuado.

Se avisará al profesional sanitario si:

- Existe un cambio en la coloración de la piel o de los labios. No tiene importancia que las manos o los pies se muestren azulados.
- El tono muscular no es adecuado o se encuentra flácido o inmóvil.

Puede servir de apoyo un póster elaborado, que forma parte del protocolo regional de "Contacto Precoz Piel con Piel. (Anexo 1)

La importancia de la puesta precoz al pecho

Es fundamental poner al RN al pecho de forma precoz, la mayoría de los bebés haciendo CPP mamarán de forma espontánea durante la primera hora de vida; si no, se puede solicitar ayuda. El hecho de que los recién nacidos comiencen la lactancia poco después de nacer y la mantengan durante los primeros días ayudará al mantenimiento y duración de la LM.

La importancia de la LME desde el nacimiento

La OMS así como la AEP recomiendan la LME durante los primeros 6 meses de vida del lactante y hasta los 2 años o más, junto con alimentación complementaria.



La importancia de la LM para la madre y el hijo y los riesgos y costes que suponen para ambos la alimentación con sucedáneos.

La lactancia materna posee innumerables beneficios para la diada y por consiguiente, para la familia, incluso el servicios sanitario y el macrosistema, y estos beneficios son dosis acumulativo.

Por su parte, la alimentación con lactancia artificial suele relacionarse con una mayor morbimortalidad.

Se les debe explicar que, a mayor duración y exclusividad de la lactancia, más beneficios tendrá.

La importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida

Es importante no introducir alimentos diferentes a la LM antes de los 6 meses, debido a inmadurez de distintos sistemas corporales del lactante.

Aumenta el riesgo de infecciones gastrointestinales, desaceleración del crecimiento y déficit nutricional e incrementa riesgo de alergia y aumenta el riesgo de enfermedades no transmisibles.

La postura y el agarre adecuados para el éxito de la lactancia materna. Cómo favorecer un buen agarre al pecho del bebé

La madre debe estar cómoda. Puede usar una banqueta para los pies, cojines o almohadas para apoyarse. Es importante informarle de esto, ella debe serla que elija con qué postura se siente más cómoda cuando llegue el momento, no se debe adiestrar en una posición concreta. En todas las posiciones el bebé debe estar bien sujetado y estable, estabilizando la línea media.

Es útil que la matrona le muestre con un muñeco las distintas posturas y le hable de las recomendaciones para un agarre adecuado (desarrollado anteriormente) y que la madre lo repita si lo desea e incluso, se le proporcione a la madre un espejo para que vea las posturas que va adoptando.

Para favorecer el agarre, le explicaremos también como hacerlo y le podemos dar una serie de recomendaciones como: evitar jabones y perfumes en los pechos y en zonas cercanas como axilas para evitar confusión en el olfato del lactante y desarrolle su reflejo de búsqueda. También se le puede recomendar si las mamas están muy ingurgitadas, realizar PIS.



Como apoyo en el anexo 2, existe una ilustración que engloba todas las posturas y en el anexo 3, una sobre el agarre correcto.

Cómo saber si la lactancia funciona. Los signos de un adecuado aporte lácteo y qué hacer si esto no ocurre.

Le explicaremos cómo saber si la lactancia funciona durante los primeros días:

El bebé realiza entre 8-12 tomas diarias.

Las tomas se realizan sin dolor y el bebé se queda saciado. La madre notará que vacía los pechos.

Es normal que el RN disminuya su peso en los primeros días. alrededor del 5º día comienza a recuperar. Se trata de una perdida fisiológica, normal. Debe haber recuperado el peso del nacimiento a las 2 semanas tras el nacimiento.

Es interesante enseñarles alguna tabla que represente los pañales mojados y deposiciones sería normal que presenten los niños amamantados. Se adjunta una tabla como ejemplo (anexo 4).

Cuando consultar:

- Bebé adormilado, no realiza tomas, no moja pañales.
- Bebé intranquilo tras las tomas.
- Dolor durante la toma o tras ésta
- Señales de ingurgitación

La importancia de la alimentación a demanda

La lactancia a demanda fomenta un mantenimiento de la producción.

Los primeros seis meses de vida del bebé, se debe alimentar con lactancia materna exclusiva a demanda. Es decir: no se debe ofrecer agua, zumos ni ningún otro alimento que no sea LM, ya que su organismo aún no está preparado. No se debe limitar la frecuencia ni la duración de la toma.

A demanda: Se puede poner como ejemplo: “el cuerpo es una fábrica, cuanta más leche pides, más fabrica”.

Se debe ofrecer el pecho antes signos tempranos de hambre. Debemos explicarle que el bebé cuando tiene hambre comienza a moverse, despertarse. El llanto es un signo tardío de hambre.

Nos puede servir de apoyo la siguiente imagen (anexo 5):



Imagen tomada de: *Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.*

La importancia de la cohabitación madre-hijo en los primeros meses

El colecho ayuda al mantenimiento y duración de la LM. Se debe informar a los padres de los criterios de un colecho seguro:

- El lactante nació a término y sin problemas graves de salud.
- El lactante es amamantado en exclusiva y a demanda.
- Ninguno de los adultos que va a compartir cama con el lactante fuma.
- Ninguno de los progenitores que va a compartir cama con el lactante ha consumido alguna bebida alcohólica, drogas o medicamentos que provoquen un sueño más profundo del habitual (se incluye el cansancio extremo que puede ocurrir en el posparto inmediato).
- Ninguno de los progenitores que va a compartir la cama con el lactante sufre obesidad mórbida.
- Todos los adultos que duermen en la cama saben que el lactante comparte la cama con ellos.



- El lactante duerme siempre acostado en decúbito supino (boca arriba).
- El lactante duerme con ropa ligera y la temperatura de la habitación no es superior a 20ºC.
- La cabeza del lactante no está tapada.
- La superficie para dormir es firme y no hay en ella: Edredones, mantas, almohadones, peluches, cordones y otros elementos que puedan impedir respirar al lactante en algún momento durante la noche.
- No existen espacios por donde el lactante pueda caer o quedar atrapado.
- No debe compartir cama con otros niños y/o mascotas.

Se deben tener en cuenta los valores y preferencias de las madres que amamantan, sus dudas y preocupaciones cuando se aborda el tema del colecho y se debe ofrecer a todos los padres información de manera sistemática sobre las condiciones que favorecen un colecho seguro. Si compartir la cama no es seguro, se debe recomendar usar cunas sidecar o compartir habitación.

Se le puede recomendar la posición en C cuando duerma con un adulto como posición optima y segura para dormir. La madre duerme en el lado externo de la cama, en decúbito lateral y con el brazo que está más cercano al bebé.



Imagen tomada de: "Colecho y lactancia" Folletos para padres ABM.

Por qué evitar el uso de tetinas y/o chupetes al inicio/ establecimiento de la lactancia

La introducción temprana de chupetes o tetinas puede dar lugar a dificultades en la lactancia como el síndrome de confusión tetina-pezón. Por ello debemos recomendar, introducir el chupete a aquellas madres de bebés amamantados hasta que la LM esté establecida que suele ser alrededor del mes de vida.

Si debe ofrecer suplementos durante los primeros días de vida o hasta que esté instaurada la lactancia se recomienda otros métodos como: vaso, cuchara, dedo-jeringa, dedo-sonda o relactador. Existe una ilustración para usarla como apoyo en el anexo 6.



Información sobre los grupos de apoyo locales y cómo ponerse en contacto con ellos a la salida de la maternidad, así como el horario del taller de lactancia del centro.

Se debe fomentar que se unan a grupos de apoyo a la lactancia materna que trasmiten conocimientos adquiridos a través de la experiencia.

En la web de Murcia Salud se encuentra un listado de grupos de apoyo a la lactancia materna:

[https://www.murciasalud.es/documents/20124/54598/478172-2021.03.17-
Grupos_apoyo_a_la_lactancia_materna.pdf/78c3810c-2a67-97df-d608-
e0eae545d709?t=1636618974291](https://www.murciasalud.es/documents/20124/54598/478172-2021.03.17-Grupos_apoyo_a_la_lactancia_materna.pdf/78c3810c-2a67-97df-d608-e0eae545d709?t=1636618974291)

También se le informará de la existencia de los talleres de lactancia materna del centro y se les invitará a acudir, indicándoles día, hora y lugar.

Alimentación con lactancia artificial

La enseñanza sobre la preparación de biberones o sucedáneos únicamente está prevista para las mujeres con una contraindicación absoluta para el amamantamiento, se realizará de forma individual (Guía Fase 2D) y deberá quedar reflejado en el protocolo de información-formación a la embarazada (Guía Fase 3D).

8.4.- Material de apoyo

- Muñeco/peluche
- Espejo
- Jeringa y Sonda, relactador
- Póster para tenerlo impreso o a mano (Anexo 7)
- Tríptico de información para entregar a las embarazadas (Anexo 8)

Se les puede recomendar leer en casa la “Guía para las madres que amamantan.” Del Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna (el tríptico informativo incluye un código QR).



9.-REGISTRO

Se registrará en el protocolo de OMI “Seguimiento del embarazo”.

Si la mujer tiene contraindica la lactancia o no desea recibir información, se anotará en la historia clínica. En el registro se puede anotar que “SI SE OFRECE LA INFORMACIÓN”, puesto que nosotras la ofrecemos.

SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO SMS 2022 (27/08/2024) - COB. DEFECT - PROHIBIDO USAR PARA ASISTENCIA (18 Años)

SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO | A PARTIR DE LA SEMANA 20 | A PARTIR DE LA SEMANA 28 |

MANIOBRAS DE LEOPOLD

PRIMERA MANIOBRA	[Input Field]	SEGUNDA MANIOBRA	[Input Field]
TERCERA MANIOBRA	[Input Field]	CUARTA MANIOBRA	[Input Field]

¿Precisa Inmunoglobulina anti - D? Sí No

¿Acepta la inmunización anti - D? Sí No

1^a dosis Ig anti - D (semana 28)

2^a dosis Ig anti - D (semana 34)

Se ofrece información detallada sobre:

Beneficios de la lactancia materna y riesgos de la alimentación de sucedáneos Sí No

Cómo realizar un plan de parto y la importancia del contacto piel con piel Sí No

Importancia de postura y agarre adecuados para el éxito de la lactancia materna Sí No

El efecto perjudicial que pueden tener las tetinas y chupetes al inicio Sí No

Alimentación a demanda y el papel del alojamiento conjunto y el colecho Sí No

Grupos de apoyo a la lactancia y talleres de lactancia y cómo contactar con ellos Sí No

Si la madre decide no amamantar, se explica como preparar los sucedáneos de la leche materna Sí No

Asistió a las sesiones sobre lactancia del programa de preparación para el nacimiento Sí No

Indicar tipo:



10.-BIBLIOGRAFÍA

1. Academy of Breastfeeding Medicine. (2019). Colecho y lactancia. [Archivo PDF].
https://abm.memberclicks.net/assets/PatientHandouts/Spanish_ABM%20Bedsharing%20Breastfeeding_Handout_Protected.pdf
2. Aguayo, J., Gómez, A., Hernández, MT., Lasarte, JJ., Lozano, MJ. y Pallás, CR. (2009). Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Editorial médica Panamericana.
3. Agüera, JJ., Ballesteros, C., Celadrán, MD., Fernández, JR., García, JM., Harillo, FD., Hernández, E., Illán, MJ., Jiménez, S., López, R., López-Sánchez, R., Navarro, I. y Rodríguez de la Vega, P. (2022). Protocolo Regional De Contacto Precoz “Piel Con Piel”. [Archivo PDF].
<https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/9184/contacto%20piel%20con%20piel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Ahmadpour, P., Moosavi, S., Mohammad. Alizadeh-Charandabi,S., Jahanfar, S. y Mirghafourvand M. (2022). Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth 22;22(1):862.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36419027/>
5. Alba, C., Aler, I., Olza, I., Blázquez, MJ., Pallás, CR., Marín, M. y Gil, A. (2011). Maternidad y Salud Ciencia, Conciencia y Experiencia. [Archivo PDF].
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>
6. Asociación Española de Pediatría. (31 de agosto de 2024). Uso del chupete y lactancia materna.
<https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactanciamaterna/documentos/uso-chupete-y-lactancia-materna>
7. Blair, P., Ball, H., McKenna, J., Feldman-Winter, L., Marinelli, K., Bartick, M. and the Academy of Breastfeeding Medicine. (2019). Bedsharing and Breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #6, Revision 2019. [Archivo PDF].
<https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/Protocol%20%236%20-%20English%20Translation.pdf>
8. Cabo,E., D'Acosta, L., Delfino, M., Hermida, N. y Mogni, A. (2024). Manual de lactancia materna para profesionales de la salud. Bibliomédica Ediciones.
9. Ekström, A. y Nissen, E. (2006). “A Mother’s Feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care”. Pediatrics 118 (2): 309–314.



<https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/118/2/e309/68992/A-Mother-s-Feelings-for-Her-InfantAre?redirectedFrom=fulltext>

10. FHI 360. (31 de agosto de 2024). Alive & Thrive. Women and children benefit from Good nutrition. <https://www.aliveandthrive.org/en>
11. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01
12. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía para las madres que amamantan. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
15. Guise, J.-M. (2003). The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. Annals of Family Medicine, 1(2), 70–78. <https://doi.org/10.1370/afm.56>
16. Holmes, A., Yerdon, A. y Bunik, M. (2013). ABM Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term, Revision 2013. [Archivo PDF]. <https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/5-peripartum-bf-management-protocol-english.pdf>
17. Hoyt-Austin, AE., Kair, LR., Larson, IA., Stehel, EK. and the Academy of Breastfeeding Medicine. (2022). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #2: Guidelines for Birth Hospitalization Discharge of Breastfeeding Dyads, Revised 2022. [Archivo PDF]. <https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/ABM%20Protocol%20%232bfm.2022.29203.aeh.pdf>



18. IHAN. (31 de agosto de 2024). Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Por la lactancia materna y el nacimiento humanizado. <https://www.ihan.es/>
19. IHAN. (31 de agosto de 2024). Guía de la fase 2D (Fase de Desarrollo) Centros de Salud IHAN-España 2023. https://www.ihan.es/wp-content/uploads/2023/12/1.-02_Guia-de-la-fase-2D-CS-2023.pdf
20. IHAN. (31 de agosto de 2024). Guía de la fase 3D (Fase de Desarrollo) Centros de Salud IHAN-España 2023. https://www.ihan.es/wp-content/uploads/2024/04/1.-03_Guia-de-la-fase-3D-CS.pdf
21. Jonas, W., Johansson, L., Nissen, E., Ejdebäck, M., Ränsjö, AB., Uvnäs-Moberg K. (2009). Effects of intrapartum oxytocin administration and epidural analgesia on the concentration of plasma oxytocin and prolactin, in response to suckling during the second day postpartum. *Breastfeed Med* ;4(2):71-82. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19210132/>
22. Kehinde, J., O'Donnell, C., y Greathouse, A. (2023). The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: A systematic review. *Midwifery*, 118(103579), 103579. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103579>
23. Lawrence, R. A. y Lawrence, R. M. (2022). *Breastfeeding : a guide for the medical profession*. Elsevier.
24. Marin Ospina J, Jiménez AM, Villamarín Betancourt E. "Influencia de la lactancia materna en la formación del vínculo y en el desarrollo psicomotor". ,Colección Académica de Ciencias sociales, Vol 3 No.2 Julio-Diciembre 2016
25. Marshall, J., Baston, H. y Hall, J. (2018). *Guías de enfermería obstétrico y materno-infantil. Lactancia*. Elsevier.
26. Martínez-Galán, P., Martín-Gallardo, E., Macarro-Ruiz, D., Martínez-Martín, E., y Manrique-Tejedor, J. (2017). Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería universitaria*, 14(1), 54–66. Y <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.005>
27. Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Library*, 2016(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003519.pub4>
28. Organización Mundial de la Salud. (31 de agosto de 2024). Lactancia materna. https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
29. Organización Panamericana de Salud. (31 de agosto de 2024). Lactancia materna y alimentación complementaria. <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>



30. Quesada Torres, J.A. (2023). Eficiencia en los Sistemas de Salud: Lactancia Materna y Financiación Capitativa. [Tesis doctoral]. https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/133448/1/Quesada-Torres-Juan%20Antonio_TD_2023.pdf
31. Sebastián, MP. (2017). Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de participación y promoción de la salud en la comunidad. Dilemata, 25. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000144>
32. The Lancet ,2016, Vol 387,2016, páginas 475-90. Disponible en: <http://www.thelancet.com>
33. Wheeler, TT., Hodgkinson,AJ., Prosser, CG. Y David,S. Inmune components of colostrum and milk: a historical perspective. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2007; 12:237-247.

11.- ANEXOS

ANEXO 1: Beneficios y seguridad del contacto piel con piel

Servicio Murciano de Salud

CONTACTO PIEL CON PIEL. BENEFICIOS

- Regula la Temperatura corporal del Recién Nacido
- Regula la Glucemia Neonatal
- Mejora el inicio, duración y exclusividad de la lactancia materna
- Aumenta la producción de leche
- Fortalece el vínculo Madre-Hijo
- Reduce el llanto

*Recomendado por la Asociación Española de Pediatría, Ministerio de Sanidad y otros guías clínicos

SEGURIDAD PARA EL CONTACTO PIEL CON PIEL

- ✓ Elevación del ángulo de la cama 45° para facilitar la respiración del bebé
- ✓ El bebé se encuentra pecho con pecho con madre/padre
- ✓ Se deben sentir los movimientos torácicos y la respiración
- ✓ Cara del Recién Nacido visible
- ✓ Nariz y boca descubiertos
- ✓ Cabeza inclinada y girada hacia un lado
- ✓ Cuello recto, no doblado
- ✓ Hombros rectos contra madre/padre
- ✓ La espalda se cubre con una manta
- ✓ Piel del bebé sonrosada y caliente
- ✓ No uso de teléfono ni redes sociales
- ✓ Madre y bebé supervisados por acompañante o personal de paritorio
- ✓ Si la madre se encuentra exhausta, el bebé hará piel con piel con el padre

*Protocolo de contenido de la consulta en la semana 28 de gestación
Fecha de elaboración: Octubre 2025*



ANEXO 2: Posturas más utilizadas en la lactancia

POSTURAS MÁS UTILIZADAS EN LA LACTANCIA



Imagenes tomadas del Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre
lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias del País Vasco (SETAP). 2017. Guías de Práctica Clínica
en el SNS.

ANEXO 3: Agarre correcto

AGARRE CORRECTO: facilita el agarre de tu bebé y el vaciado adecuado del pecho

- Ponte cómoda y colócate ligeramente recostada.
- La nariz y el mentón deben estar en contacto con tu pecho.
- El cuerpo del bebé debe estar en estrecho contacto con el tuyo.
- La cabeza y el cuerpo del bebé deben estar bien alineados (el cuello no debe estar flexionado, ni la cabeza girada).
- La cabeza debe estar colocada frente al pecho con el pezón a la altura del labio superior-nariz.
- Es preferible que desplaces el bebé en lugar de acercar tu pecho a su boca.
- Es útil el agarre espontáneo: coloca a tu bebé sobre ti, con el pezón a la altura de la nariz y el mentón apoyado en el pecho. El bebé echará la cabeza hacia atrás para buscar el pezón y abrirá la boca. Es normal que necesite varios intentos.



Imagenes tomadas del Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre
lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de
Tecnologías Sanitarias del País Vasco (SETAP). 2017. Guías de Práctica Clínica
en el SNS.



ANEXO 4: Transición la diuresis y deposiciones del neonato según sus días de vida

DIA 1	DIA 2-3	DIA 3-5	DIA 5-7 Final de la primera semana	DIA 7-28

ANEXO 5: Señales de hambre





ANEXO 6: ¿Cómo suplementar si lo necesito?

¿CÓMO SUPLEMENTAR SI LO NECESITO?



CUCHARITA



VASITO/TAZA

RELACTADOR



DEDO-JERINGA
DEDO-SONDA



Imágenes tomadas de: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS



ANEXO 7: Conceptos básicos de lactancia en las visitas prenatales

CONCEPTOS BÁSICOS DE LACTANCIA EN LAS VISITAS PRENATALES



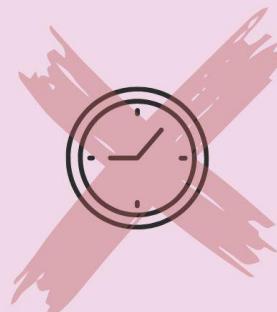
Infórmate sobre
lactancia, acude a las
charlas de Educación
Maternal



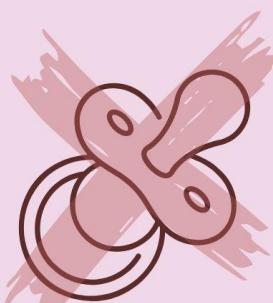
Realiza contacto
piel con piel con
tu hijo, tras su
nacimiento



La lactancia materna
tiene múltiples
beneficios para el
bebé y su madre



Olvídate de relojes.
Lacta a demanda



Retrasa chupetes
y biberones
hasta que la
lactancia esté
bien instaurada
(sobre el mes de
vida)



Cuando des de
mamar debes estar
cómoda y no tener
dolor

**Se recomienda lactancia
exclusiva hasta los 6
meses de edad
y hasta los 2 años o más
junto con alimentación
complementaria.**



ANEXO 8: Tríptico informativo de lactancia para mujeres embarazadas y sus familias

La lactancia va bien si:
 La toma no duele, ni tienes molestias después
 Tu bebé mama de 8 a 12 veces al día
 Tras la toma, el bebé se encuentra satisfecho
 A las dos semanas ha recuperado el peso del nacimiento

DÍA 1	DÍA 3-3	DÍA 5-6	DÍA 5-7 Final de la primera lactancia	DÍA 7-28

Puedes dormir con tu bebé si:
 -toma leche materna de forma exclusiva
 -el bebé duerme boca arriba
 -es un bebé sano que no nació prematuro
 -todos los adultos saben que el bebé duerme en la cama
 -los adultos no sufren obesidad mórbida, fuman, beben ni toman sustancias o medicamentos que puedan producir somnolencia
 -la superficie es dura, no duerme en sofás ni sillones

La lactancia materna se recomienda de forma exclusiva hasta los 6 meses de vida del bebé y junto con alimentación complementaria hasta los 2 años o más.

Tiene múltiples **beneficios** para ti y tu bebé.

Si tienes alguna duda, problema puedes consultar con tu **matrona**.

Te invitamos a acudir a la educación maternal y talleres de lactancia de tu centro de salud y a conocer tu grupo de apoyo a la lactancia materna más cercano



LACTANCIA MATERNA

Información para mujeres embarazadas y sus familias



Recursos de interés:
["Guía para madres que amamantan"](#)



Coloca a tu bebé **contacto piel con piel** nada más nacer y al menos durante las primeras dos horas. Si no te encuentras bien, puedes realizarlo tu pareja.

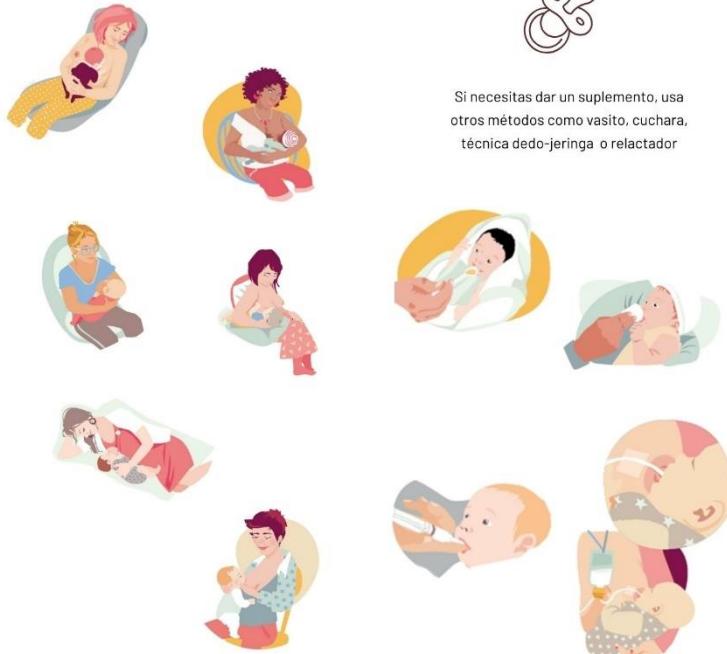
Es ideal que tu bebé realice la primera toma al pecho durante la primera hora tras el nacimiento.

Desde la primera hora, tu leche (calostro) es todo lo que tu bebé necesita.

Ofrécele el pecho a **demandia** desde el principio. Olvídate de relojes, no límites la duración ni la frecuencia de la toma. Atenta a las primeras señales de hambre.



POSTURAS MÁS UTILIZADAS
 (Puedes usar alguna de ésta o la que quieras siempre que te sientas cómoda)



No ofrezcas chupetes, tetinas o biberones hasta que la lactancia esté establecida (sobre el mes de vida).



Si necesitas dar un suplemento, usa otros métodos como vasito, cuchara, técnica dedo-jeringa o relactador



ANEXO 9: Esquema sobre el contenido de la consulta en la semana 28 de gestación

- Información sobre el parto natural y sus beneficios.
- La importancia del contacto piel con piel inmediato tras el parto.
 - Hablarle de los beneficios
 - Hablarle del procedimiento: posición de madre e hijo
 - Papel del acompañante
- Signos de alarma
- La importancia de la puesta precoz al pecho
- Cómo hacer un plan de parto
- La importancia de la LM para la madre y el hijo y los riesgos y costes que suponen para ambos la alimentación con sucedáneos.
 - Beneficios para el lactante
 - Beneficios para la madre
 - Beneficios sociales
- La importancia de la LME desde el nacimiento
 - Beneficios y propiedades nutricionales e inmunológicas de la LM.
- La importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.
 - Recomendaciones de OMS/AEP
 - Explicar en qué consiste la lactancia exclusiva
 - Riesgos de introducción precoz de alimentos
- La importancia de la alimentación a demanda.
 - Explicar en qué consiste la alimentación a demanda.
- La postura y el agarre adecuados para el éxito de la lm.
 - Hablar de las distintas posturas, incidir en que ella elija la que le resulte más cómoda. Imagen de apoyo.
- Cómo favorecer un buen agarre al pecho del bebé
 - Explicar cómo colocar al bebé para favorecer un buen agarre. Imagen de apoyo.
- Cómo saber si la lactancia funciona. Los signos de un adecuado aporte lácteo y qué hacer si esto no ocurre.
 - El bebé realiza de 8-12 tomas al día. Se queda tranquilo y la madre no tiene molestias relacionadas con la toma ni tras ésta.
 - Control del peso
 - Pañales mojados. Imagen de apoyo.



- La importancia de la cohabitación madre-hijo en los primeros meses.
 - Papel en el mantenimiento de la lactancia
 - Hablar del colecho seguro
- Por qué evitar el uso de tetinas y/o chupetes al inicio/ establecimiento de la lactancia.
 - No introducir chupetes o tetinas hasta el mes de vida
 - Cómo suplementar: cucharita, vaso o taza, dedo-jeringa o dedo sonda y relactador.
- Imagen de apoyo.
- Información sobre los grupos de apoyo locales y cómo ponerse en contacto con ellos a la salida de la maternidad, así como el horario del taller de lactancia del centro.
 - Qué es un grupo de lactancia e informarle del más cercano.
 - Informar en qué consiste el taller de lactancia del centro de salud e invitarla.
- Alimentación con lactancia artificial (sólo para mujeres que no puedan amamantar, desarrollado en otro protocolo).

ANEXO 10: Contextualización

4.1.- La importancia del nacimiento

Información sobre el parto natural y sus beneficios

Durante los partos fisiológicos, se liberan oxitocina y endorfinas de forma natural. La oxitocina se libera de forma pulsátil, alcanzando su nivel máximo en la primera hora tras el parto.

Los recién nacidos guiados por su olfato, como consecuencia de la estimulación catecolaminérgica y de esa oxitocina endógena (Porter & Winberg, 1999) buscan el pezón e inician espontáneamente, a través de sus instintos, la lactancia en la primera hora de vida.

Los partos intervenidos y las cesáreas conllevan un aumento del riesgo de complicaciones que podrían impactar de forma negativa directamente en la lactancia materna.

La oxitocina sintética puede inhibir o afectar en esta liberación impactando en la madre y el RN, pudiendo dar lugar a una desensibilización de los receptores oxíticos, debilitando el reflejo de eyección y debilitando la respuesta hormonal a la succión (Jonas, 2009)

Las cesáreas pueden conllevar complicaciones como el dolor, hemorragia posparto, distrés respiratorio lo que puede influir de forma negativa en la lactancia.



El dolor, la ansiedad y la separación pueden influir de forma negativa en la liberación de oxitocina endógena. Si la mujer desea analgesia se deben evitar medicamentos que causen somnolencia, o que puedan interferir en la interacción de la diada, y en el establecimiento de la lactancia.

La importancia del contacto piel con piel inmediato tras el parto

El contacto piel con piel (CPP) se define según el Protocolo Regional De Contacto Precoz “Piel Con Piel” como la técnica por la cual se coloca al recién nacido desnudo sobre el pecho desnudo de su madre en posición de decúbito ventral desde el nacimiento y durante, al menos, las dos primeras horas de vida (entre 50 y 120 minutos).

Los recién nacidos tras el parto se encuentran inmensos en un estado de alerta tranquilo propiciados por altos niveles de oxitocina y catecolaminas, en lo que se denomina *periodo sensitivo*, que dura unas dos horas, un momento crítico en la adaptación del recién nacido al medio extrauterino.

En este periodo, los recién nacidos sanos en contacto piel con piel ininterrumpido con su madre, buscarán y conseguirán agarrarse al pecho de forma espontánea, guiados por su olfato (Porter & Winberg, 1999).

El CPP es más importante si cabe en los partos instrumentados y, sobre todo en las cesáreas, ya que los nacidos por cesárea presentan una menor concentración de oxitocina y catecolaminas.

La realización del contacto piel con piel inmediato tras el parto influye en la adaptación del recién nacido al medio, en el establecimiento del vínculo entre la madre y su hijo, en la regulación de la temperatura corporal del recién nacido y en menor llanto.

Una revisión Cochrane de 2016 apoya el uso del CPP inmediato o temprano para promover la lactancia materna, ya que favorece los reflejos implicados en la lactancia. Además, provoca una mayor estabilidad hemodinámica en el RN, a mayores niveles de oxitocina en la madre dando lugar a un inicio precoz, mayor duración y mantenimiento a medio y largo plazo y exclusividad de la lactancia (Baeza, 2024)

Dados los beneficios que posee el CPP inmediato, se recomienda posponer todas las intervenciones innecesarias. Si la madre no se encuentra bien, puede hacer CPP con el otro progenitor.



La importancia de la puesta precoz al pecho

Los reflejos de búsqueda y succión propician que los RN busquen el pecho e inicien la lactancia de forma espontánea normalmente en esta primera hora. La succión efectiva libera oxitocina y prolactina. El momento de la primera toma y la frecuencia de la succión en las primeras horas es clave para favorecer la lactogénesis II. A mayor y más temprana estimulación inicial, mayor número de receptores de prolactina y mayor éxito de la lactancia. Los niveles de prolactina aumentan después de la toma (secreción pulsátil), produciendo leche para las siguientes (Lawrence, 2016).

Durante la primera hora tras el parto, existe una gran cantidad de calostro, que puede actuar a nivel sobre todo inmunológico, colonizando el tracto digestivo estéril del RN involucrado en la salud a corto y largo plazo (Wheeler, 2007).

El comienzo temprano de la lactancia materna se ha relacionado con una mayor supervivencia, especialmente si se inicia en la primera hora de vida (Lawrence, 2016).

Cómo hacer un plan de parto

El plan de parto es un documento donde cada embarazada plasma sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas con respecto al parto y nacimiento de su hijo, incluyendo sus preferencias con respecto a la lactancia.

El documento de plan de parto no sustituye a la información proporcionada por los profesionales durante el transcurso del parto y nacimiento.

La mujer puede elaborar su propio plan de parto que desee, se puede ayudar de uno ya elaborado o elaborar el suyo propio. Actualmente, en la región existe un plan de parto pendiente de publicación.

Se sugiere que el plan sea recibido por el hospital e incorporado a la historia clínica con la finalidad de que los/las profesionales que atiendan el parto conozcan los deseos de la mujer y puedan planificar el parto conjuntamente. También pueden aportarlo el día del parto. Esta información facilitará la comunicación con el equipo profesional el día del nacimiento.

La matrona de Atención Primaria deberá informar y asesorar a la mujer en la elaboración del plan de partos durante las consultas de seguimiento de embarazo. Las sesiones de preparación para el nacimiento son también una ocasión privilegiada para consultar las dudas que tengan sobre el proceso de parto y postparto inmediato, siendo recomendable que la mujer acuda con su pareja o



acompañante elegido para el momento del parto. De esta forma, podrá incluir sus preferencias con una información fiable y contrastada.

4.2.- La importancia de los primeros días

La importancia de la lactancia materna para la madre y el hijo y los riesgos y costes que suponen para ambos la alimentación con sucedáneos. La importancia de la LME desde el nacimiento.

Los beneficios que se consiguen a través de la lactancia materna van más allá de los puramente nutricionales, se despierta la relación de apego y las bases del neurodesarrollo. La lactancia promueve el vínculo de apego, regulando la experiencia emocional. (Marín Ospina, 2016).

La leche materna es un fluido vivo, propio de cada mujer y la leche está diseñada exclusivamente para su hijo, proporcionando beneficios a corto y a largo plazo que tienen efecto dosis-acumulativo.

Beneficios para el lactante:

- A corto plazo: proporciona la nutrición adecuada para el lactante, reducción de la morbilidad. Ofrece protección contra el síndrome de la muerte súbita del lactante, protección contra enfermedades infecciosas (diarrea aguda, infecciones respiratorias, otitis media), disminución del riesgo de caries y favorece el vínculo madre-hijo.
- A largo plazo: es óptimo a nivel nutricional, disminuye el riesgo de sobrepeso y obesidad (y el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles causadas por la obesidad), disminuye el riesgo de DM, asma y dermatitis atópica, leucemia infantil Y mejora el desarrollo cognitivo.

Beneficios para la madre:

- A corto plazo: mejor involución uterina, menor riesgo de hemorragia posparto, disminuye el riesgo de depresión posparto.
- A largo plazo: menor riesgo de cáncer de mama y ovario y menor riesgo de desarrollar DM tipo 2, HTA y síndrome metabólico.

Beneficios sociales

- La LM, al estar asociada a una menor morbilidad, conlleva menos tasa de absentismo escolar y laboral.



- Los costes de no amamantar se traducen también en costes económicos individuales y sociales. La inversión en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna es altamente rentable (Quesada, 2023).

La importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida

Los recién nacidos nacen preparados para alimentarse de leche materna exclusivamente, la cual favorece su adaptación a la vida extrauterina y cuya composición se va adaptando a cada bebé a lo largo del tiempo, dando lugar a una adecuada nutrición y crecimiento, produciendo beneficios nutricionales, emocionales, inmunológicos y a nivel del desarrollo de la musculatura orofacial.

La introducción temprana de alimentos distintos a la leche materna puede suponer riesgos para la salud a corto y largo plazo por la inmadurez de distintos sistemas.

A corto plazo, puede interferir con la duración de la LME, incrementa el riesgo de infecciones gastrointestinales, puede causar desaceleración del crecimiento y déficit de algunos nutrientes e incrementa riesgo de alergias. A largo plazo, puede aumentar el riesgo de enfermedades no transmisibles, modificar las preferencias alimentarias y aumentar el riesgo de alergias alimentarias, entre otros.

La postura y el agarre adecuados para el éxito de la lactancia materna

Una postura y un agarre adecuados evita complicaciones y favorecen un buen mantenimiento de la producción de leche materna, condicionando el éxito y el mantenimiento de ésta.

La postura se trata de cómo la madre se coloca para amamantar y la posición se refiere a la relación entre el cuerpo del bebé y el pecho materno. No existe una postura o una manera únicas de amamantar. Cada madre puede adoptar la que mejor se adapte a sus circunstancias, a la edad de la criatura, etc. Es importante que madre y bebé se encuentren cómodos. Para ello puede ayudarse por ejemplo de cojines o banquetas para apoyar los pies. El bebé debe mantenerse próximo a ella sin forzar, favoreciendo un agarre óptimo.

Posiciones (GPC de lactancia materna,2017):

"De crianza biológica® (término acuñado por Suzanne Colson)": está basada en el estudio de reflejos maternos y neonatales y se califica como un "amamantamiento dirigido por el lactante". Esta posición es la que se recomienda nada más nacer, realizando piel con piel. Esta postura



permite al bebé usar los reflejos de gateo y búsqueda, facilitando una búsqueda activa del pecho favoreciendo un buen agarre, la eficiencia de la toma y una mejor producción de leche. La madre le ayuda a llegar al pecho siguiendo sus instintos, sin forzarlo, ofreciendo límites con sus brazos. Esta posición es especialmente adecuada al nacimiento, durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, frenillo corto, rechazo del pecho...) (referenciar libor kika) y cuando existe dolor en el periné. Aunque se puede usar siempre que la madre lo desee.

La madre se encuentra recostada (entre 15 y 65º) y relajada, con sus manos libres. El bebé boca abajo, en contacto piel con piel con el cuerpo de la madre

“De cuna”: Es una de las posturas más utilizadas. La cabeza del bebé se coloca en el antebrazo de su madre, sujetando el cuerpo con la mano y el brazo homolateral del pecho que se está ofreciendo. El cuello del bebé no queda flexionado.

Posición acostada de lado: En esta posición, la madre se sitúa acostada de lado, con la cabeza ligeramente elevada (sobre una almohada) con el bebé también de lado, acostado sobre la cama, con su cabeza en el colchón y su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. La madre puede acercarlo al pecho empujándole por la espalda, con suavidad, hasta dejar el pezón a la altura de la nariz para que cuando abra la boca, para facilitar el agarre.

Es una posición muy cómoda para las tomas nocturnas y los primeros días, también cuando existe dolor o malestar perineal, aunque suele ser más incómoda y menos eficaz que la posición de crianza biológica.

Posición invertida o “balón de rugby”: El cuerpo del bebé queda sujetado con el antebrazo y la mano del mismo pecho que se va a dar y los pies del niño se dirigen hacia la espalda. La cabeza queda a nivel del pecho, con el cuello deflexionado. Es importante dar sujeción al cuello y a los hombros del bebé, pero no a la cabeza, que necesita estar con el cuello estirado para atrás lo que le permite agarrar mejor el pecho y tragar más cómodamente. Una mano queda libre por si se realiza un agarre dirigido. Es útil usar una almohada para apoyar el antebrazo y el cuerpo del bebé

Es una posición muy cómoda para amamantar a gemelos y a prematuros. Recomendada también en cesáreas, en mujeres con mamas grandes y para drenar cuadrantes externos o pezones localizados en éstos.

Posición de caballito o “de Dancer” (término acuñado por Sarah Couter Danner y Ed Cerutti):
Estando la madre sentada, el bebé se sitúa a horcajadas, con cada una de sus piernas a un lado del



muslo de una de las piernas de la madre y con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. La madre sujet al bebé por la espalda con el brazo del mismo lado que ofrece el pecho, permitiendo que la cabeza pueda echarse hacia atrás. Con la otra mano sujeta la cabeza frente al pecho, colocando el pulgar y el índice en forma de U, afianzando el mentón. Esta postura puede ayudar en casos de grietas y en bebés con reflujo gastroesofágico importante, prematuros, problemas en el paladar, labio leporino, fisura palatina, mandíbula pequeña (retromicrognathia) o problemas de hipotonía (síndrome de Down). En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo a la vez que se sujeta la barbill del bebé.

Cómo favorecer un buen agarre al pecho del bebé

En primer lugar, la madre debe sentirse cómoda con la postura. El cuerpo del bebé debe de estar en estrecho contacto con el de su madre, sin forzar, pero manteniéndolo estable. La cabeza debe de estar frente al pecho, bien alineada con el cuerpo (el cuello no debe de estar flexionado, sino más bien en ligera hiperextensión ni la cabeza girada). Antes del agarre, la cabeza del lactante está frente al pecho con el pe-zón a la altura de la nariz y libre, el bebé debe poder echarse hacia atrás. Para conseguir un buen agarre, una vez posicionado el bebé, debe poner en marcha su reflejo de búsqueda, que se desencadena por estímulos táctiles y olfativos en la nariz o mejilla, el bebé gira la cabeza abriendo la boca, tomando el pezón y gran parte de la areola. Una vez colocado, se puede estimular al bebé para que abra la boca rozando su nariz o labios con el pezón y una vez abierta la boca, desplazar al bebé hacia el pecho. De esta forma, cuando el bebé ponga en marcha el reflejo de búsqueda y agarre el pecho facilitará la coordinación succión, deglución, respiración. Si el bebé no se agarra de forma espontánea, puede ser útil el agarre dirigido.

El bebé debe coger la máxima cantidad de pecho posible y colocar su labio inferior alejado de la base del pezón.

La cabeza y el cuerpo estarán alineados, la bar-billa toca el pecho y la nariz está libre.

La boca está bien abierta con los labios evertidos formando un ángulo de unos 120º.

Cuando el agarre es correcto, el labio inferior queda por debajo del pezón y buena parte de la areola dentro de su boca que está muy abierta. Casi siempre se observa que queda más areola visible por encima del labio superior que debajo del inferior.

La madre no siente dolor en el pecho durante el amamantamiento.

El pezón no se le escapa al lactante de la boca ni hay sonidos de chupe-teo o de chasquido.

El pezón al finalizar la toma no está deformado ni presenta signos de compresión.



Cómo saber si la lactancia funciona. Los signos de un adecuado aporte lácteo y qué hacer si esto no ocurre.

En los primeros días ocurre una perdida fisiológica de peso debido a la disminución de LEC y utilización de tejido graso como energía.

Criterios de buen inicio e instauración de la lactancia materna (GPC de lactancia materna)

1. Parámetros que indican un buen inicio de la lactancia

a) Valoración del amamantamiento mediante la observación de la toma:

a.1) Buena postura: madre y lactante están cómodos, interactúan de forma positiva durante y después de la toma y la madre es capaz de colocar al lactante de forma que favorece un agarre óptimo.

a.2) Buen agarre (desarrollado en apartado anterior)

a.3.) Transferencia adecuada de leche

El lactante realiza succiones profundas, mantenidas y con pausas no muy largas.

La deglución es visible y/o audible.

Se ofrecen ambos pechos en cada toma comenzando por el último que se ofreció en la toma anterior. Se espera a que suelte espontáneamente el pezón antes de ofrecerle el segundo pecho.

La madre experimenta los efectos de la liberación de oxitocina (contracciones uterinas, aumento de loquios, goteo de leche durante la toma, sed, relajación o sueño).

El lactante muestra signos de saciedad tras la toma: suelta el pezón espontáneamente y queda relajado y satisfecho.

b) Valoración de la madre

La madre presenta signos de lactogénesis II (“subida” de la leche) a partir de las 48-72 horas. En general las madres notan un incremento de la firmeza, peso y tamaño de los senos, aunque no en todas las mujeres puede ocurrir así.

Hay un aumento notable del volumen de leche antes del quinto día.

La madre sabe reconocer las señales que indican disposición para mamar en el recién nacido, se muestra receptiva y le ofrece el pecho cuando las detecta.

La madre sabe despertar al recién nacido para alimentarlo, si fuera necesario, hasta que se establece un patrón de aumento de peso adecuado.

Se siente segura y confía en su capacidad para amamantar y producir leche.

La madre tiene apoyo de su pareja, familiares, amigas o grupos de apoyo.

No hay presencia de dolor o molestias importantes en las mamas durante o entre las tomas.

Tras la subida de la leche los pechos se ablandan después de la toma.



No hay signos de ingurgitación mamaria.

c) *Valoración del recién nacido*

Realiza al menos 6-8 tomas en 24 horas sin ayuno de más de seis horas (algunos recién nacidos realizan tomas cada dos o tres horas día y noche; otros realizan tomas seguidas durante 4-6 horas y luego descansan otras 4-6 horas).

Da señales de disposición para mamar al menos 6-8 veces al día: bostezos, movimientos oculares, chupeteo o búsqueda, chuparse el puño.

Está alerta al principio de la toma y cuando está saciado suelta el pecho espontáneamente y se muestra satisfecho y relajado (manos y brazos relajados).

Muestra un buen agarre realizando succiones efectivas y se le oye tragar.

Muestra signos de buena hidratación (mucosas húmedas, conjuntivas brillantes, piel elástica y turgente).

Muestra coloración normal de piel y mucosas y no está excesivamente icterico.

Un patrón adecuado de deposiciones y micciones indican una ingesta adecuada según el día de vida:

	Día 1	Día 2-3	Día 3-5	Día 5-7 Final de la primera semana	Día 7-28 Primer mes
Micciones	1 al menos Transparente o de color amarillo pálido	2-3 Transparente o de color amarillo pálido	3-5 Color claro o amarillo pálido	4-6 Color transparente y amarillo	Al menos 6 orinas al día, claras o amarillo pálido
Deposiciones	1 al menos meconio	1 al menos Heces de transición marrón-verdosas	3-4 Heces de transición liquidas y de color amarillento	3-6 Heces amarillentas liquidas, con grumos blancos	5-10 o más Heces amarillas

Los cristales de urato no deben aparecer más allá del 3º día.

Tabla de elaboración propia, basada en la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna e Incremento ponderal en el recién nacido alimentado a pecho. D'Acosta. Manual de Lactancia Materna para profesionales de la salud"



La falta de deposiciones en el recién nacido alimentado con leche materna puede indicar una ingesta calórica insuficiente.

Las micciones escasas o rojizas o de color amarillo intenso después del tercer día de vida pueden indicar una ingesta insuficiente y riesgo de deshidratación.

Monitorización del peso:

La pérdida de peso es variable en la primera semana. Una pérdida >7% durante los primeros cuatro días después del parto indica que se requiere una evaluación constante de la lactancia materna y corrección de los problemas que se detecten hasta que el aumento de peso sea satisfactorio (no es adecuado suplementar con fórmula de forma sistemática a todos los recién nacidos que pierden más de un 7% de peso, pero sí es necesario realizar una evaluación y ofrecer apoyo y ayuda práctica).

El consenso general es que el peso al nacer debe ser recuperado en aproximadamente dos semanas.

Una curva ponderal ascendente, con una ganancia media de 20-35 gr/día a partir del cuarto-quinto día asegura una ingesta adecuada.

2. Parámetros que indican que una lactancia está bien establecida

Pasados los primeros días, los siguientes signos son de ayuda para valorar si una lactancia está bien establecida.

a) En el lactante

- Mama tranquilo y se muestra satisfecho y relajado tras la toma.
- Se agarra al pecho fácilmente y en posición adecuada.
- La frecuencia y la duración de las tomas disminuye progresivamente a medida que el recién nacido crece, aunque pueden producirse picos de aumento de la frecuencia durante los brotes de crecimiento, enfermedades del recién nacido o cambios bruscos en el entorno.
- Presenta un patrón de micciones y deposiciones adecuado a su edad.
- Presenta una adecuada ganancia de peso y de talla.

b) En la madre

- Se siente segura y satisfecha.



- Tiene sensación de suficiente producción de leche.
- Responde a las señales de hambre de su recién nacidos y lo amamanta a demanda.
- No precisa utilizar suplementos de leche de formula.
- No refiere dolor ni problemas en las mamas.

La importancia de la alimentación a demanda

El acceso al pecho no debe limitarse, ya que así satisfará sus necesidades nutricionales, calóricas y afectivas. A lo largo de la lactancia, no se debe limitar la frecuencia ni la duración del amamantamiento, incidiendo en que la lactancia a demanda fomenta un mantenimiento de la producción. Limitar la duración de la toma, puede incidir en el aumento de peso ya que durante la toma cambia la composición de la leche y al final se encuentra la parte más grasa.

La importancia de la cohabitación madre-hijo en los primeros meses

El colecho facilita el inicio de la lactancia materna y aumenta su exclusividad y mantenimiento ya que favorece la duración y frecuencia de las tomas. Artículo

La lactancia materna protege frente al SMSL y la protección es mayor si la LM es exclusiva (Lawrence, 2016).

El colecho es seguro si se cumplen los siguientes criterios:

- El lactante nació a término y sin problemas graves de salud.
- El lactante es amamantado en exclusiva y a demanda.
- Ninguno de los adultos que va a compartir cama con el lactante fuma.
- Ninguno de los progenitores que va a compartir cama con el lactante ha consumido alguna bebida alcohólica, drogas o medicamentos que provoquen un sueño más profundo del habitual (se incluye el cansancio extremo que puede ocurrir en el posparto inmediato).
- Ninguno de los progenitores que va a compartir la cama con el lactante sufre obesidad mórbida.
- Todos los adultos que duermen en la cama saben que el lactante comparte la cama con ellos.
- No se debe compartir cama con otros niños y/o mascotas.



- El lactante duerme siempre acostado en decúbito supino (boca arriba) y su cabeza no está tapada.
- El lactante duerme con ropa ligera y la temperatura de la habitación no es superior a 20ºC.
- La superficie para dormir es firme y no hay en ella: Edredones pesados, mantas eléctricas, almohadones, peluches, cordones y otros elementos que puedan impedir respirar al lactante en algún momento durante la noche.
- No existen espacios por donde el lactante pueda caer o quedar atrapado.

Por qué evitar el uso de tetinas y/o chupetes al inicio/ establecimiento de la lactancia

Para favorecer el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna, la OMS y UNICEF, en el paso 9 de la IHAN, recomiendan no dar a los niños alimentados al pecho chupetes ni tetinas artificiales, ya que pueden interferir con la lactancia materna al producir confusión en la succión y hacer que el niño mame menos veces.

Se sugiere evitar el uso del chupete (y tetinas) durante el primer mes para facilitar un buen inicio de la LM. Al no dar el chupete desde el principio, también se estimula el pecho. Nunca se debe sustituir ni retrasar la alimentación al pecho por darle el chupete.

No existe evidencia suficiente para asegurar que el uso del chupete sea beneficioso para la prevención de la muerte súbita en el lactante amamantado, por lo que mientras siga tomando el pecho no se debería ofrecer de forma rutinaria.

Recomendaciones del uso del chupete del Comité de Lactancia Materna de la AEP:

- Debe recomendarse la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida como factor protector de muerte súbita del lactante (fuerza de la recomendación B).
- En los recién nacidos amamantados es mejor evitar el chupete durante los primeros días de vida y no desaconsejarlo cuando la lactancia materna está bien establecida, habitualmente a partir del mes de vida, edad en la que comienza el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante (fuerza de la recomendación B).
- Los profesionales deben conocer que en ocasiones el uso del chupete es un marcador de que existen dificultades en la lactancia, por lo que deben identificar estas situaciones y adquirir las habilidades necesarias para ayudar adecuadamente a las madres, tanto con la



técnica de la lactancia como infundiéndoles confianza en sí mismas (fuerza de la recomendación B).

- Los profesionales de la salud deben conocer que, además del chupete, existen otras maniobras para calmar a un bebé como son el contacto piel con piel y otros métodos de succión no nutritiva.

Si se precisa ofrecer suplementos se podrá realizar con los métodos (GPC de lactancia materna, 2017):

Cucharita: puede resultar útil en los primeros días de vida, para ofrecer pequeñas cantidades, si el bebé está adormilado, hace pocas tomas o no succiona el pecho de forma eficaz.

Recipiente- cuchara: Se parece a un biberón, pero en lugar de tetina, tiene un recipiente con el borde en forma de cuchara. Es sencillo de utilizar y permite ofrecer mayor cantidad de leche.

Taza o vaso: Es un método útil y cómodo, aunque requiere práctica. Puedes usar un vaso casero o vasos comercializados. Se coloca al niño sentado en brazos y se apoya en el labio inferior para que succione (los prematuros lamen).

Dedo-jeringa, dedo-sonda: Resulta útil si todavía no está bien establecida la lactancia. Se coloca al bebé lo más vertical posible y tras un lavado de manos, se toca en el labio superior para que abra la boca y se introduce un dedo limpio apoyando la yema en el paladar, se presiona ligeramente la lengua hacia abajo y sólo cuando el bebé succione se administra la leche con una jeringa. Se debe comprobar que el labio inferior quede evertido.

Relactador: es una bolsa o botella de leche que se cuelga alrededor del cuello. A través de una válvula salen dos sondas que se fijan al pecho de la madre con cinta adhesiva, colocando el extremo en la punta del pezón cuando el bebé va a mamar. Al succionar, el lactante obtiene leche del relactador y del pecho. Tras cada uso hay que limpiar concienzudamente el recipiente y las sondas. Su manejo puede resultar complicado, pero con práctica se adquiere destreza y puede resultar muy eficaz.

Información sobre los grupos de apoyo locales y cómo ponerse en contacto con ellos a la salida de la maternidad, así como el horario del taller de lactancia del centro.

La lactancia materna posee un componente cultural además del puramente biológico.

Grupos de apoyo a la lactancia materna



Los grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM) se tratan de un recurso complementario al ofrecido por el sistema de salud. Constituyen un ejemplo de participación comunitaria: un grupo de ayuda mutua, constituidos con el propósito de mejorar las condiciones personales y sociales de las madres que comparten una vivencia o situación común: el amamantamiento y la crianza, obteniendo beneficios para ellas, sus bebés y sus familias (Sebastián, 2017). Proporcionan información y apoyo emocional y social para iniciar o mantener la lactancia materna y confianza en su habilidad para amamantar, entre otros.

Taller de lactancia materna

El taller de lactancia es un espacio abierto y dinámico donde interactúan las mujeres, sus acompañantes y sus bebés, acompañadas por un profesional sanitario.

Se comparte información, sentimientos e ideas. Las familias interactúan, resolviendo sus situaciones o problemas.