



Región de Murcia
Consejería de Salud



PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA MADRE QUE NO AMAMANTA



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.

AUTOR

Equipo de Coordinación de Pediatría del Servicio Murciano de Salud.

REVISIÓN

Juana María Martínez Abellán. Matrona. Hospital Rafael Méndez.

María Cristina Sánchez Resalt. Matrona. Hospital Rafael Méndez.



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	Coordinación Pediatria	Juana M ^a Martínez M ^a Cristina Sánchez	Comisión Regional Lactancia Materna	17/10/2025	Creación Documento



ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	6
2.- OBJETIVOS.....	7
3.- FUNDAMENTOS	7
4.- CONTACTO PIEL CON PIEL (CPP).....	8
5.- LACTANCIA ARTIFICIAL.....	12
6.- VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL	13
7.- PREPARACIÓN DEL BIBERÓN	14
8.- BIBLIOGRAFÍA	18



1.- INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los recién nacidos (RN) sean alimentados exclusivamente al pecho durante los seis primeros meses de vida para alcanzar un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. Pero existen casos en los que la lactancia materna está contraindicada o que la madre, habiendo recibido la información adecuada, decide no amamantar a su bebé.

Los lactantes que no son alimentados al pecho necesitan un sucedáneo de la leche materna adecuado. Por ello, el presente protocolo complementa la política de alimentación infantil existente en el Servicio Murciano de Salud.

Todas las madres tienen derecho a recibir una información clara e imparcial que les permita tomar libremente una decisión informada de cómo quieren alimentar a sus hijos. El profesional de salud **no discriminará** a ninguna mujer por el método de alimentación que haya elegido, **respetará esta decisión informada de la madre con respecto a la alimentación de su hijo** y le **proporcionará apoyo** en cualquiera que haya sido su elección.

Si una madre decide de manera informada no amamantar o que su bebé necesita suplementos se le enseñará de **manera individual y con demostración práctica cómo preparar el biberón**, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS. Esta información se le dará durante su estancia en Maternidad, en la sala de información / atención a las madres que disponga la planta de hospitalización y en el momento en el que la madre exprese dicha decisión. Un aspecto importante a tener en cuenta y que se explicará también en ese momento, es que la madre que alimenta a su bebé con biberón también puede y debe **favorecer el vínculo** afectivo durante las tomas. Para ello, es importante que mantenga un contacto cercano y amoroso, sostenga al bebé en brazos, le hable suavemente y, promueva el **contacto piel con piel**. Estas acciones ayudan a fortalecer la conexión emocional y ofrecen al bebé una experiencia de alimentación cálida y segura.

Toda esta información se dará también **por escrito** a las madres que deciden de manera informada no amamantar, **en formato digital, a través de un QR** que aparece en los informes de alta del recién nacido.

Los profesionales que trabajan en la maternidad y, posteriormente los del centro de salud, responsables de la salud madre e hijo (pediatras, matronas, enfermeras, TCAEs) **valorarán la adecuada alimentación del recién nacido** (número de tomas, cantidad, preparación adecuada de los biberones, diuresis, curva ponderal, etc.). Dicha valoración quedará registrada en los



formularios de la primera toma, tomas sucesivas, evolución del recién nacido que son cumplimentados por las matronas, TCAEs y enfermeras de las planta de Maternidad y posteriormente, en el formulario de revisión del niño sano cumplimentado por matrona y enfermera pediátrica en las revisiones sucesivas en el centro de salud incluidas dentro del Programa de Atención al Niño y al Adolescente del SMS (PANA). Dentro de dicho programa, hay un apartado de obligado cumplimiento en el que se realiza y se registra la valoración de la alimentación (lactancia materna o artificial).

2.- OBJETIVOS

- Explicar la creación del **vínculo madre-hijo**, los beneficios del **contacto precoz o piel con piel** y del **método canguro**.
- Proporcionar información a las familias sobre las **ventajas e inconvenientes de la lactancia artificial**.
- Informar sobre adecuada **preparación de los biberones** de manera correcta y segura. Esta información se dará de manera individual y con demostración práctica.

3.- FUNDAMENTOS

- **Los 10 Pasos para una Feliz Lactancia Natural**, como normas internacionalmente reconocidas de buenas prácticas.
- **El Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna**, como compromiso ético que asegura su uso correcto, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada, y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.
- **La Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN)**, entendiendo el nacimiento como un proceso fisiológico, único e irrepetible, en el que sólo debemos intervenir para corregir desviaciones de la normalidad.



Este protocolo, así como la política de alimentación infantil, se pondrá en conocimiento de todos los profesionales sanitarios que tengan contacto con madres que decidan no amamantar, para poder ofrecer una ayuda práctica a las mismas. Así mismo, se dará a conocer al personal de nueva contratación.

La política de alimentación infantil se dará a conocer a las embarazadas, para que conozcan el tipo de asistencia que recibirán en el centro. La política estará fácilmente disponible en todas las áreas del centro sanitario donde se atiendan madres e hijos y en los idiomas de uso local. Los padres deben conocer la existencia de una política de alimentación infantil y de los cuidados que fomenta.

Todas las embarazadas tendrán la oportunidad de hablar individualmente con un profesional sanitario sobre la alimentación infantil antes de las 32 semanas de gestación con su matrona del Centro de Salud, para poder tomar una decisión informada con respecto a la alimentación de su hijo.

4.- CONTACTO PIEL CON PIEL (CPP)

El contacto piel con piel (CPP) inmediato se define como la técnica por la cual se coloca al recién nacido desnudo sobre el pecho 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). Esta técnica se empezó a realizar a partir del siglo XX en los hospitales españoles ya que, hasta entonces, se le retiraba el bebé a la madre y no se le devolvía hasta que era secado, valorado y vestido.

Mediante el CPP se consigue que la madre, o el padre en su defecto, sea la fuente principal de calor del recién nacido, lo que le reporta una serie de beneficios. Algunos autores fundamentan el CPP en que los mamíferos necesitan un hábitat que les garantice la supervivencia, y este hábitat es el cuerpo de la propia madre.

Se debe animar a todas las madres a tener a su hijo piel con piel lo más pronto posible tras el nacimiento en un entorno tranquilo, tanto tras el parto vaginal como por cesárea, sin tener en cuenta el método de alimentación elegido.



Si se separa al bebé de la madre en este momento sensible, el bebé actúa en un modo de “protesta-desesperación”. Indudablemente, es prioritario garantizar la estabilidad de la madre y del recién nacido, pero si eso no se ve amenazado, los profesionales sanitarios deben intervenir lo mínimo necesario, proporcionándoles a la madre y al bebé un clima de seguridad, dignidad y privacidad. Cuando la madre no se encuentra en condiciones para realizar el CPP, está la alternativa de realizarlo con el padre de la misma forma.

4.1.- Beneficios para la salud de la práctica del contacto piel con piel

La práctica del contacto piel con piel ofrece grandes beneficios a corto y largo plazo, tanto para la madre como para el recién nacido. Estos beneficios, no solo están relacionados con la lactancia materna, también produce beneficios físicos, y psíquicos-emocionales, que son los que desarrollaremos en este protocolo.

En lo referente a los **beneficios físicos**, el CPP permite que el recién nacido tenga una mejor termorregulación. Dentro del vientre materno, el feto presenta una gran estabilidad térmica y el momento del nacimiento provoca un descenso en su temperatura corporal. Distintos autores como Beiranvand, Valizadeh, Hosseinabadi y Pournia (2014), han llegado a la conclusión de que, tanto en los partos vaginales como en las cesáreas, al mantener al recién nacido en CPP se produce una vasodilatación cutánea que conlleva un aumento de su temperatura corporal previniendo la hipotermia.

El CPP también se ha asociado con una mayor estabilidad cardiorrespiratoria. Dentro de la revisión sistemática de Moore y col. (2016), se recoge este beneficio en base al análisis de los patrones de frecuencia cardíaca y respiratoria, así como de la saturación de oxígeno del recién nacido. Igualmente, se ha demostrado que el CPP se asocia con un aumento de glucosa de unos 10 mg/dl en los siguientes 75-90 minutos, reduciendo el riesgo de hipoglucemia neonatal. Finalmente, el CPP favorece que el recién nacido se colonice por una microbiota más adecuada en el paso de la vida intrauterina a la extrauterina, ya que se prolonga la exposición a la flora bacteriana normal de la madre. Este aspecto tiene un impacto muy relevante sobre el desarrollo inmune del bebé y su capacidad de protegerse ante las infecciones.

En cuanto a la madre, Martínez-Martínez T. y Col. (2014) documentaron en su estudio que durante el CPP se produce un aumento en la liberación de oxitocina endógena. De esta forma, aumenta la contractibilidad uterina, se favorece su involución y se reduce la hemorragia posparto. Además, se ha evidenciado menor nivel de dolor en las madres que experimentan el CPP.



La práctica del CPP también ha demostrado beneficios psicológicos y emocionales. Raies expone en su artículo cómo los bebés perciben un entorno más seguro durante el CPP. Durante la gestación han sentido un entorno confortable y el proceso del parto genera una situación de estrés. En contacto con el pecho materno, se sienten más cómodos, proyectan una mayor afectividad positiva y disfrutan de una relajación total que aumenta su nivel de sueño. Todas estas hipótesis se han comprobado documentando una disminución del llanto y del cortisol en saliva en los bebés que realizaban el CPP.

Lucchini Raies (2012) llega a la conclusión de que esta mejor adaptación a la vida extrauterina permite una mejor autorregulación en el neonato. Estos aspectos influirán en patrones de comportamiento futuro como puede ser una mejor canalización del estrés. Además, propicia una mejor maduración del sistema nervioso, ya que las puntuaciones de desarrollo psicomotor y mental a los 6 meses son mayores en los lactantes en los que practicó el CPP. En una revisión Cochrane se introduce el término “estrés tóxico” que alude al estado que padece el recién nacido durante las primeras horas tras el nacimiento al no haber tenido contacto íntimo con su madre y las implicaciones posteriores que acarrea en su desarrollo.

No debemos olvidar el impacto emocional que el CPP tiene sobre la madre y el vínculo afectivo con su hijo/hija. Se ha demostrado que con el contacto precoz se reduce la ansiedad materna y se incrementa la receptividad social. Esto es de gran relevancia, dado que la ansiedad materna se encuentra muy relacionada con el riesgo de que ésta sufra depresión posparto. Como refleja Martínez-Martínez (2014) en su estudio, las madres quieren que el parto sea un proceso más humanizado, para que se pueda explotar al máximo los sentimientos de amor, confianza y seguridad.

4.2.- Contacto piel con piel en partos vaginales

El lugar de realización del CPP será en la sala de dilatación-paritorio pudiéndose extender, según condiciones locales, a la sala de recuperación de madres habilitada en algunas maternidades. El entorno deberá ser lo más íntimo posible, favoreciendo la confianza y la privacidad de la mujer. Se ha de iniciar de forma inmediata tras el nacimiento y mantenerlo, como mínimo, durante los primeros 50 minutos de forma ininterrumpida hasta que finalice el periodo de alerta tranquila.

4.3.- Contacto piel con piel en las cesáreas



La cesárea interrumpe la transición normal del recién nacido, ya que implica unas condiciones físicas y bioquímicas especiales que pueden entorpecer el proceso de adaptación a la vida extrauterina. De esta forma, se ha documentado una peor regulación térmica, un aumento de probabilidad de desarrollar dificultad respiratoria o incluso hipoglucemias. Los bebés se muestran menos alerta y receptivos durante las primeras horas de vida debido a una menor estimulación del sistema nervioso simpático y al efecto de la medicación administrada a la madre. Todos estos efectos son más prevalentes cuanto menor es la edad gestacional.

La tasa de complicaciones maternas es mayor en las cesáreas que en los partos vaginales, con peor recuperación, más dolor y cansancio. Se ha documentado una menor concentración de oxitocina, adrenalina y noradrenalina, lo que entorpece el restablecimiento materno y el inicio del vínculo con su hijo/hija. El vínculo también puede verse afectado por otros aspectos como son una peor vivencia del parto y un mayor riesgo de depresión posparto.

Por todo esto, cobra especial relevancia el objetivo de evitar la separación del bebé de la madre en las cesáreas, circunstancia que agregaría un daño adicional a lo antes comentado. A la vista de la evidencia científica y de los beneficios del CPP, resulta necesario “humanizar” el nacimiento para que sea compartido por la madre, su pareja y el recién nacido como el momento único que es. Tratar de minimizar los efectos de la cirugía, siempre que la situación lo permita, e intentar que el puerperio inmediato sea lo más parecido al de un parto vaginal han de ser elementos de referencia en las actuaciones sanitarias.

En la mayoría de las cesáreas es posible realizar el CPP en el quirófano y también en la sala de reanimación, siempre bajo la colaboración y formación del personal a cargo. El CPP se llevará a cabo en el área de paritorio, quirófano, unidad de recuperación post-anestésica (URPA) y en las unidades de hospitalización materno-infantil. Serán subsidiarios de él tanto las cesáreas programadas como las urgentes realizadas bajo anestesia regional. Se ha de iniciar de forma inmediata tras el nacimiento y mantenerlo durante la parte restante de la intervención. Una vez finalizada la intervención, se continuará en la URPA asignada a la madre, como mínimo, durante los primeros 50 minutos de forma ininterrumpida hasta que finalice el periodo de alerta tranquila.

Aunque el objetivo inicial es mantener el CPP todo el tiempo que reste la intervención de forma continuada, si la situación de la madre o del recién nacido deja de ser la idónea, se interrumpiría el CPP para una adecuada valoración y tratamiento por el equipo médico hasta que ambos recuperen las condiciones clínicas pertinentes. La decisión última de la realización del CPP dependerá de la valoración conjunta de madre e hijo por el equipo constituido por obstetra, anestesiólogo y pediatra.



4.4.- No separación de la madre/padre

Los recién nacidos tienen derecho a no ser separados de sus padres. Cuando por razones médicas sea necesaria la separación (por ejemplo ingreso neonatal) se facilitará el acceso a sus hijos para su cuidado y su alimentación (cuando pueda iniciarse), las 24 horas del día.

Además, se fomentará la práctica del método canguro tanto en recién nacidos a término como prematuros, siempre que la situación clínica del niño lo permita y los padres lo deseen.

El método canguro consiste en tener al bebé (generalmente un prematuro) semidesnudo o vestido únicamente con el pañal, en contacto directo piel con piel sobre el pecho descubierto de su madre o de su padre, en "posición canguro". Se pretende que esta situación se mantenga durante el mayor número de horas posibles al día, en beneficio del bebé.

Los **beneficios del método canguro** son:

- Niño presentan una mayor estabilidad de las constantes vitales.
- Se consigue un mayor periodo de sueño, siendo éste más profundo y estable.
- Reduce las infecciones nosocomiales y la gravedad de las enfermedades que pueden acontecer durante el ingreso de los niños prematuros.
- Cuando los niños se encuentran en canguro con sus padres sienten menos dolor ante los estímulos dolorosos, evitando por tanto, el efecto de los efectos no deseados que tiene el dolor sobre los cerebros en desarrollo.
- Las madres y padres que practican el método canguro muestran menores niveles de ansiedad, desarrollan mayor confianza en el cuidado de sus bebés y una mayor atención a sus necesidades.

5.- LACTANCIA ARTIFICIAL

Las tomas de lactancia artificial se iniciarán en las primeras 3 horas de vida en la maternidad. Tras un primer periodo de alerta tranquila, correspondiente al piel con piel, la mayoría de recién nacidos quedan dormidos de 4 a 12 horas, sin interés por las tomas, recuperándose del parto. Por ello, puede ser normal que no ingieran la totalidad de la toma o cueste despertarlos.



La fórmula artificial de inicio será el único alimento del lactante durante sus primeros 6 meses de vida; no necesitará otro tipo de alimento hasta los 6 meses. A partir de los 6 meses las necesidades nutricionales del bebé aumentan y se necesitan otros alimentos, por lo que se iniciará la introducción de la alimentación complementaria.

Al alta se ofrecerá información oral y escrita sobre el método de preparación de los biberones, fundamentado en el protocolo al respecto de la OMS.

6.- VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL

6.1.- Ventajas de la lactancia artificial

- Participación de la pareja. Con la leche artificial el bebé puede ser alimentado por ambos miembros de la pareja, con lo que se potencia el vínculo con ambos.
- Permite delegar la toma en otros cuidadores si es necesario.
- Puede tranquilizar conocer la cantidad de la toma que ha tomado.
- Protección del bebé de riesgos asociados a la madre. Por ejemplo, si la madre tiene que seguir un tratamiento farmacológico, ya que utilizando leche artificial no transmiten las sustancias de la medicación al bebé.
- Existen composiciones adecuadas para bebés con problemas nutricionales especiales.

6.2.- Inconvenientes de la lactancia artificial

- No puede reproducir la complejidad de la leche materna que se adapta a las necesidades del bebé y no poseen los anticuerpos, enzimas, células madre, agentes microbianos, factores de crecimiento, hormonas y sustancias antiinflamatorias, que sí que le aporta la leche materna.
- Su digestión es más pesada, por lo que los bebés suelen sufrir más cólicos de gases o estreñimiento.
- Requiere de tiempo y equipamiento para su preparación.
- Supone mayor desembolso económico que la lactancia materna.
- Puede disminuir la satisfacción materna si la lactancia artificial no ha sido voluntaria.



7.- PREPARACIÓN DEL BIBERÓN

7.1. Tipo de leche

Las fórmulas artificiales se dividen en dos grupos: de inicio y de continuación. Existen preparados en polvo y líquido.

Las adecuadas para el recién nacido son las de inicio, que se utilizan desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad y suelen identificarse con un 1 en el envase. No es necesario comprar una marca comercial concreta.

7.2. Tipo de biberón

Existen biberones de diferentes materiales, generalmente de plástico o cristal. Con respecto a las tetinas, las hay de distintas formas y materiales, sin que se hayan encontrado diferencias entre ellas. El agujero de la tetina debe tener un tamaño adecuado para permitir un goteo continuo de leche y no la salida de un chorro, para evitar los atragantamientos. Las tetinas y los biberones deben revisarse de forma periódica y sustituirse cuando sea necesario.

7.3. Cantidad de la toma

Respecto a la cantidad a ofrecer será la que vaya determinando el propio niño con su apetito. Si vemos que vacía completamente todos los biberones con una cantidad determinada, habrá que aumentar la cantidad, siempre en tramos de 30 ml. Es importante preparar algo más de la cantidad necesaria, pues lo que ingiere el niño varía entre las tomas y es aconsejable que deje algo en el biberón.

7.4. Frecuencia de las tomas

La lactancia es siempre a demanda, es decir, cuando se observen en el niño signos indicativos de que tiene hambre. Durante los primeros días, es necesario asegurar un mínimo de tomas, por lo que es recomendable que, pasadas cuatro horas desde la última toma, se intente despertar al niño con suavidad. A partir de la segunda semana, no es necesario despertarle por la noche para comer.

7.5. Posición para dar el biberón

Se debe poner al bebe en **posición semiincorporada** (es decir, ni sentado ni tumbado). Hay que inclinar el biberón de tal forma que siempre haya leche dentro de la tetina.

No debemos forzarle y cuando rechace la tetina con la lengua, no debemos insistir. No se debe aprovechar la leche sobrante. **Tras la toma hay que DESHECHAR** lo que no se vaya a consumir en las 2 horas siguientes a su preparación por el riesgo de sobrecrecimiento bacteriano.

Es aconsejable que eructe durante la toma o tras la misma.

7.6. Higiene

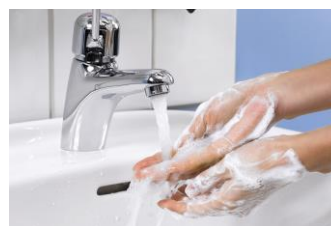
Se recomienda limpiar el biberón y la tetina con agua caliente y un cepillo adecuado. No es necesario esterilizarlos de forma sistemática. También puede utilizarse el lavavajillas.



7.7. Cómo preparar el biberón

1. LAVADO DE MANO

A la hora de preparar un biberón la primera acción a realizar será **LAVARSE MUY BIEN LAS MANOS** con agua y jabón y secarlas con un paño limpio o desechable.



2. HIGIENE DE LOS UTENSILIOS



Antes de comenzar la preparación del biberón los **utensilios** deben estar bien **limpios**. Debido a las condiciones de salubridad del agua potable en nuestro país, no es necesario esterilizar tetinas y biberones, sino lavarlos bien con agua caliente y jabón tras cada uso.

En caso de que sea necesario esterilizar se pueden utilizar esterilizadores químicos o se puede hervir, introduciendo todas las partes del biberón en un recipiente con agua hirviendo, asegurando que todas las partes estén cubiertas por agua y que no se evapora toda el agua. El tiempo de ebullición recomendado es de unos 5 minutos. Tras este tiempo se puede cerrar el recipiente y dejar así hasta que se necesite el biberón.

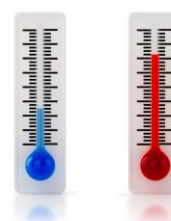
3. TIPO DE AGUA Y TEMPERATURA DEL AGUA

Añadir en primer lugar el agua en el biberón limpio. Se puede utilizar agua del grifo o embotellada y **calentarse hasta 70 °C** (1 minuto de ebullición), ya que esta temperatura destruye cualquier bacteria que pudiera haber en el preparado en polvo.

Si no dispones de agua hirviendo, puedes utilizar **preparaciones para lactantes líquidas estériles**. También podría usarse agua a temperatura ambiente y administrarlo inmediatamente.

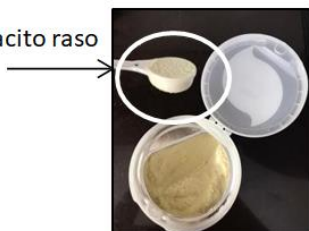
No es recomendable utilizar el microondas pues el calentamiento que se produce no es uniforme y puede producir bolsas calientes que provoquen quemaduras.

Para **comprobar la temperatura** del agua se puede echar unas gotas en la muñeca.



4. PROPORCIÓN AGUA Y LECHE

Un cacito raso



30 ml



Es importante leer las recomendaciones en el envase para saber la cantidad de agua y leche en polvo que es necesaria, aunque **la proporción suele ser de 30 ml de agua por 1 cacito raso de polvo (el que viene en el envase)**. Por seguridad es mejor trabajar con medidas enteras, no medias medidas.

Primero hay que echar el agua hasta la cantidad deseada y a continuación añadir la leche en polvo siempre respetando esa proporción (1 cacito por cada 30 ml de agua, 2 cacitos en 60 ml, 3 cacitos en 90 ml... y así sucesivamente).

Es muy importante respetar esa proporción porque si añadimos más agua no alimentaremos al niño de forma adecuada y si añadimos más leche le podemos provocar problemas digestivos.

Agitar suavemente la mezcla para deshacer los grumos. Es normal que el volumen total aumente.



8.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Información para madres y padres: Lactancia artificial. Hospital Lluís Alcanyís – Hospital Ontinyent. Departamento Salud Xàtiva-Ontinyent. Comisión para la Humanización de la Atención al Parto y Lactancia (Cohunala).
- 2.- Protocolo de actuación y materiales de información para la madre que no amamanta. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. A.G.S. de Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz. Centro de Salud Jerez Centro.
- 3.- Protocolo regional de contacto piel con piel. Servicio Murciano de Salud.
4. Sanchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E, Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Barc). 2009; 71(4):349–361.
5. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11.
6. Ministerio de Sanidad y Política social 2010. Cuidados desde el nacimiento Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
7. Registered Nurses Association of Ontario. Guía para la Lactancia Materna. Nursing Best Practice Guidelines [RNAO]. Toronto Canada. 2005
8. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 8.
9. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Maternidad y Salud ciencia, conciencia y experiencia. Informes, estudios e investigación 2012. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>
10. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación 2011. Disponible en:
<http://www.mspsi.gob.es/>
11. NICE. Postnatal care up to 8 weeks after birth. Julio 2006 (actualizado en Febrero de 2015). Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG37>.



12. IHAN. Hospitales IHAN. Guía detallada para la aplicación paso por paso. Disponible en:https://www.ihan.es/docs/documentación-creditacion/hospitales/generales/00.Guia_detallada_hospital.pdf.
13. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (2): CD003519.
- 14.- Programa de los primeros 1000 días del Servicio Murciano de Salud. Hoja informativa: Preparación de biberones.
https://www.murciasalud.es/documents/20124/54598/471047PREPARACION_BIBERONES_SMS.cleaned.pdf/2cc3d5ce-f6c4-2d38-837c-3e0f993e3e8b?t=1636618955905
- 15.- Guía de Lactancia Artificial. Fundación Jiménez Díaz.
- 16.- ¿Cómo preparar biberones? – Comunidad de Madrid.
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/preparar-biberones>.
- 17.- Consejos para preparar el biberón con seguridad. Gencat.
https://acsa.gencat.cat/es/seguretat_alimentaria/consells_sobre_seguretat_alimentaria/consells-per-preparar-biberons/consells-per-preparar-el-bibero-amb-seguretat/index.html
- 18.- Preparando el biberón. Asociación Española de Pediatría (Enfamilia).
<https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/preparando-biberon>
- 19.- 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.
- 20.- Biro MA, Sutherland GA, Yelland JS, et al. In hospital formula supplementation of breastfed babies: A population- based survey. Birth 2011;38:302–310.
- 21.- Cómo preparar biberones de alimento para lactantes en casa. Organización Mundial de la Salud.