



Región de Murcia
Consejería de Salud



PROTOCOLO DE LA PRIMERA VISITA DE MADRE Y RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO DE SALUD



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

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

REVISIÓN

Pedro Pablo Serrano Rojas. Matrón. Centro de Salud Murcia-Alquerías.
Laura Martínez Pulido. Matrona. Centro de Salud-Puente Tocinos.
Carmen Ballesteros Meseguer. Centro de Salud de San Andrés.



Revisado y validado por la Comisión Regional de Lactancia Materna:

Mª 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 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	Alicia Conesa	Pedro Pablo Serrano Laura Martínez Carmen Ballesteros	Comisión Regional Lactancia Materna	17/10/2025	Creación Documento



ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	6
2.- LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA	7
3.- VALORACIÓN MATERNA.....	8
4.- VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO.....	10
5.- TÉCNICAS DE APOYO A LA LACTANCIA	13
6.- SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA Y PLAN DE CUIDADOS	20
7.- BIBLIOGRAFÍA	22
8.- ANEXOS.....	24



1.- INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos son la esperanza del futuro de la humanidad, y garantizar su crecimiento y desarrollo saludable es una prioridad fundamental para todas las sociedades, esta etapa de la vida es la más vulnerable, ya que enfrenta riesgos de morbilidad y mortalidad que son prevenibles y tratables, por lo que es crucial proporcionar un inicio óptimo que asegure la continuidad del desarrollo cerebral desde las etapas prenatales y promueva el potencial humano de cada niño (1).

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

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

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



2.- LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA

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

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

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

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

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

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



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

3.- VALORACIÓN MATERNA

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

1. Anamnesis materna:

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

2. Historia gestacional/parto:

- Control del embarazo: Patologías, medicación...
- Inicio del parto y finalización del parto.
- Semanas de gestación.
- Inicio del piel con piel.



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

3. Estado psicosocial:

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

4. Estado físico y mamario:

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

5. Valoración del funcionamiento de la lactancia:

- Recoger información sobre el número y duración de las tomas, haciendo hincapié de la importancia de la alimentación a demanda, así como, la importancia del contacto piel con piel madre-lactante, independientemente del tipo de parto o alimentación.



- Ofrecer a la madre la valoración estandarizada de la toma, siempre en la primera visita y cuando haya algún problema (usando una herramienta validada para ello, ver anexos y protocolo de observación y evaluación de una toma del SMS).
- Preguntar sobre el manejo de las tomas nocturnas.
- Preguntar por el uso de tetinas, chupetes, pezoneras, y en caso de respuestas afirmativa, el motivo de su uso y dar las recomendaciones según la evidencia actual (guía de apoyo a las madres sobre uso de tetinas y biberones del SMS).
- Preguntar por la utilización de suplementos, y en caso de respuestas afirmativa, el motivo de su uso.

4.- VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

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

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

- 1. Periodo neonatal inmediato y APGAR.**
- 2. Factores de riesgo neonatal y estado durante la hospitalización:** prematuridad, ingreso en neonatología/UCI, hipoglucemias...
- 3. Exploración física del recién nacido:**
 - Tono muscular, simetrías y actividad del bebé.
 - Temperatura.
 - Color y aspecto de la piel.
 - Hidratación: mucosas, fontanelas...
 - Reflejos: Moro, de succión y búsqueda, presión palmar y plantar...
 - Boca, cuello, cara: Examinar cuando hay que descartar anquiloglosia y/o problemas musculoesqueléticos que pueden afectar a la lactancia materna.



4. Estado de eliminación:

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

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

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

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

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

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

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



5. Evolución del Peso:

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

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

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

6. Comportamiento:

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

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

Es necesario también conocer el comportamiento del bebé cuando hay problemas en la lactancia:

- Tomas eternas, bebé dormido, llora al soltar el pecho
- Tomas breves y muy frecuentes, con gran frustración
- Apenas duerme durante el día.



- Duerme muchas horas por la noche.
- Rechaza el pecho, pero no quiere estar en otro sitio.
- Llanto frecuente, "cólicos", "sólo quiere brazos", "es muy quejica"

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

5.- TÉCNICAS DE APOYO A LA LACTANCIA

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

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

Recomendaciones a evitar durante la consulta son todos aquellos comentarios o frases que hagan aumentar la inseguridad de la madre, tales como: "el niño se queda con hambre", "no tienes leche", etc y reforzar a la madre para aumentar su confianza para amamantar con comentarios que destaque los aspectos que son evaluados positivamente.

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



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

Como toma de contacto debemos presentarnos de manera cálida y profesional, si no nos conocemos de antes, y hablarle en todo momento a la paciente y a su bebé por sus nombres. Hay que proporcionar un ambiente tranquilo y privado.

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

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

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

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

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

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

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



Parámetros que indican un amamantamiento satisfactorio:

1. Posición para amamantar:

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

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

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

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

2. Agarre del bebé:

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

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

Para conseguir un buen agarre, esperar a que abra bien la boca y acercar al bebé relativamente rápido al pecho, presionando de la espalda, y nunca la cabeza.

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

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



No hay que hacer la pinza con el dedo índice y el corazón cogiendo el pezón, por riesgo de obstruir los conductos. Siempre que a la madre le resulte cómodo, es mejor sujetar el pecho en forma de C para favorecer la estabilidad y que no se salga el pecho de la boca.

Hay que tener en cuenta que hay agarres que no se corresponden con todos los ítems para un agarre correcto pero por mucho que veamos lo que para nosotros sería un agarre incorrecto, si mamá y bebé están bien no tocamos nada. Es “la técnica de la no técnica”, si no está roto no arreglamos nada. Si la madre empieza a tener dolor o empezamos a ver algún problema tanto en la madre como en el bebé, entonces tenemos que ver lo que está pasando.

Resumen de lo que podemos observar en un buen agarre:

- Boca bien abierta
- Cuello del bebé alineado con el resto de su cuerpo.
- El bebé coge gran parte de la areola.
- Barbillas pegadas al pecho.
- Labios evertidos tanto el de arriba como el de abajo.
- Bebé muy pegado a su madre.

Resumen de lo que podemos observar en un agarre incorrecto:

- La boca está poco abierta.
- El bebé está tumbado boca arriba y girando la cabeza.
- Escuchar chasquidos al mamar.
- Las mejillas del bebé se hunden.
- Dolor al amamantar y grietas: son señales de un posible mal agarre.
- Ingurgitación del pecho: puede indicar que no se está vaciando bien el pecho, o hay algún otro problema.
- Ingurgitación o mastitis
- Poco aumento de peso



- Exceso de reflejo de eyección de leche (atragantamientos)
- El bebé no suelta el pecho por sí mismo

Prácticas que favorecen el agarre:

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

3. Succión y ritmo:

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

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

Cuando durante gran parte de la toma la succión es no nutritiva, la madre presentará molestias y esto puede ser debido a un agarre superficial pero también puede ser profundo pero no haber transferencia de leche por no darse el reflejo de eyección. En este último caso las tomas suelen ser muy largas para obtener más leche y esto acarrear dolor, especialmente en la base del pezón.(14)



Técnicas para favorecer la succión y sostener el ritmo:

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

4. Frecuencia y duración de las tomas:

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



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

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

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

Pero hay que tener en cuenta que tomas muy prolongadas puede ser por un mal agarre, succión débil, problemas con la eyección... y estos bebés suelen dormir muchas horas o llorar mucho. Son niños que tienen una poca ganancia de peso.

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

Valorar una transferencia adecuada de la leche es complicado porque participan más factores relacionados con neurohormonas (oxitocina, endorfinas). Una succión eficaz no asegura una buena transferencia. Podemos valorarla como positiva si:

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



6.-SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA Y PLAN DE CUIDADOS

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

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

Un ejemplo de actuación en la valoración y seguimiento en Atención Primaria de la lactancia materna ineficaz con la escala LATCH es el siguiente:

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

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

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

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



Tras la realización de cada consulta es preciso registrar en nuestro programa informático (en la Historia clínica del bebé) y/o elaborar un informe que incluya los datos de la historia clínica, los hallazgos de las exploraciones, la valoración de toma, el plan de cuidados y todo lo relevante en relación con la intervención.

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

La diada madre-recién nacido cuando abandone la consulta de lactancia debe saber dónde acudir si aparece un problema en su lactancia e irse con toda la información necesaria (mejor también por escrito para no bombardear con mucha información).

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

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



7.- BIBLIOGRAFÍA

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



15. Ramsay DT, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE: Imágenes ecográficas de la eyeción de la leche en el pecho de mujeres lactantes. *Pediatria* 2004;113(2):361-367;doi:10.542/peds.113.2.361.
16. Cabo Cordoba, DÁcosta, Delfino Sosa, Hermida Calleros, MOgni Graña. Manual de lactancia materna para profesionales de la salud . 1^a ed. Bibliomedica ediciones.2024;p.231-236.
17. Lawrence RA, Lawrence RM: Lactancia materna: una guía para la profesión médica, Binomio madre-lactante,7^aed. Filadelfia:Ed. Saunders Elsevier.2010;p.564-610



8.- ANEXOS

ANEXO 1: FICHA HISTORIA DE LACTANCIA

Nombre de la madre: _____ Nombre del bebé: _____ Fecha de nacimiento: _____ Motivo de consulta: _____ Fecha: _____

1. Alimentación actual del bebé (pregunte todos estos datos)	3. Embarazo, parto, primeras comidas	5. Alimentación de bebés anteriores
Tomas	Control prenatal (sí/no) ¿le hablaron de lactancia?	Número de bebés anteriores
Frecuencia	Parto	Cuántos amamantó
Duración	Contacto temprano (1 ^a ½-1 hora)	Uso de biberones
Intervalo más largo entre mamadas (tiempo que la madre está lejos del bebé)	Alojamiento conjunto	Experiencia buena o mala
Uno o ambos pechos		Razones
Otros alimentos o bebidas (y agua)	Comidas previas a la lactancia	
Qué recibe	¿Qué le dieron?	6. Situación familiar y social
Cuándo comenzaron	Cuándo dio la 1 ^a comida	Nivel de educación
Cuánto	Cómo las dieron	Situación de trabajo
De qué manera	Muestras de leche artificial que le dieron a la madre.	Situación económica
Chupete Sí/No	Ayuda postnatal con la lactancia	Actitud del padre con relación a la lactancia
2. Salud y comportamiento del bebé (pregunte todos estos datos)	4. Condición de la madre y planificación familiar	Actitud de otros familiares
Peso al nacer Peso actual	Edad	Ayuda con el cuidado del niño
Crecimiento	Salud	Qué dicen otros de la lactancia
Prematuro	Método de planificación familiar	
Gemelos	Condición del pecho	
Producción de orina (más/menos de 6 veces por día)	Motivación para lactar	
Deposiciones (Blandas y amarillentas o duras y verdes; frecuencia)	Alcohol, cigarrillo, café, otros	
Conducta al mamar (apetito, vómitos)	hábitos nocivos	
Conducta para dormir		
Enfermedades y malformaciones		



Adaptado de: *Breastfeeding counselling: a training course WHO/CDR/93.3-55. Materiales para cursos de lactancia materna*



ANEXO 2: FICHA PARA LA OBSERVACIÓN DE LA TOMA DE LA UNIÓN EUROPEA

Signos de amamantamiento eficaz/ineficaz	
Signos de amamantamiento adecuado	Signos de posible dificultad
Postura de la madre y del bebé	
<input type="checkbox"/> Madre relajada y cómoda <input type="checkbox"/> Bebé en estrecho contacto con su madre <input type="checkbox"/> Cabeza y cuerpo del bebé alineados, frente al pecho <input type="checkbox"/> La barbilla del bebé toca el pecho <input type="checkbox"/> Cuerpo del bebé bien sujetado <input type="checkbox"/> El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón <input type="checkbox"/> Contacto visual entre la madre y el bebé	<input type="checkbox"/> Hombros tensos, inclinados hacia el bebé <input type="checkbox"/> Bebé lejos del cuerpo de la madre <input type="checkbox"/> Cabeza y cuello del bebé girados <input type="checkbox"/> La barbilla del bebé no toca el pecho <input type="checkbox"/> Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebé <input type="checkbox"/> El bebé se acerca al pecho con el labio inferior/barbilla frente al pezón <input type="checkbox"/> No hay contacto visual madre-bebé
Lactante	
<input type="checkbox"/> Boca bien abierta <input type="checkbox"/> Labios superior e inferior evertidos <input type="checkbox"/> La lengua rodea el pezón y la areola* <input type="checkbox"/> Mejillas llenas y redondeadas al mamar <input type="checkbox"/> Más areola visible por encima del labio superior <input type="checkbox"/> Movimientos de succión lentos y profundas, con pausas <input type="checkbox"/> Puede verse u oírse tragarse al bebé	<input type="checkbox"/> Boca poco abierta <input type="checkbox"/> Labios apretados o invertidos <input type="checkbox"/> No se ve la lengua* <input type="checkbox"/> Mejillas hundidas al mamar <input type="checkbox"/> Más areola por debajo del labio inferior <input type="checkbox"/> Movimientos de succión superficiales y rápidos <input type="checkbox"/> Se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos
Signos de transferencia eficaz de leche	
<input type="checkbox"/> Humedad alrededor de la boca del bebé <input type="checkbox"/> El bebé relaja progresivamente brazos y piernas <input type="checkbox"/> El pecho se ablanda progresivamente <input type="checkbox"/> Sale leche del otro pecho <input type="checkbox"/> La madre nota signos del reflejo de eyección** <input type="checkbox"/> El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma.	<input type="checkbox"/> Bebé intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente <input type="checkbox"/> La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón <input type="checkbox"/> El pecho está rojo, hinchado y/o dolorido <input type="checkbox"/> La madre no refiere signos del reflejo de eyección** <input type="checkbox"/> La madre ha de retirar al bebé del pecho .



ANEXO 3: ESCALA LATCH

ÁREAS	ESCALA DE PUNTUACIÓN		
	0	1	2
Coger	<ul style="list-style-type: none"> • Demasiado dormido • No se coge al pecho 	<ul style="list-style-type: none"> • Repetidos intentos de cogerse • Mantiene el pezón en la boca • Llega a succionar 	<ul style="list-style-type: none"> • Agarra al pecho • Lengua debajo • Labios que ajustan • Succión rítmica
Deglución audible	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> • Un poco de ruido o signos de transferencia de leche tras estimulación 	<ul style="list-style-type: none"> • Espontáneo e intermitente si menos de 24h de vida • Espontáneo y frecuente si más de 24h de vida
Tipo de pezón	<ul style="list-style-type: none"> • Invertidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Planos 	<ul style="list-style-type: none"> • Evertidos tras estimulación
Comodidad/ Confort (pecho/ pezón)	<ul style="list-style-type: none"> • Ingurgitados • Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes • Discomfort, dolor severo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de tensión en los pechos cuando están llenos • Pezón enrojecido, con ampollas o rozaduras pequeñas • Molestia leve o moderada 	<ul style="list-style-type: none"> • Mamas blandas • No dolor
Mantener colocado al pecho	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mínima ayuda (colocar una almohada) • Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca del otro • El personal lo obliga y luego la madre sigue 	<ul style="list-style-type: none"> • No es necesario la ayuda del personal • La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

Fuente: adaptado de Báez León, 2008

El sistema asigna una puntuación numérica de 0, 1 o 2 para las cinco áreas principales de la LM.

- 2 → Se cumplen todos los criterios del área de evaluación.
- 1 → Se cumple al menos uno de los criterios del área de evaluación.
- 0 → Se cumple al menos uno de los criterios del área de evaluación.

Interpretación de los resultados.

- 0-3 PUNTOS → Importante dificultad.
- 4-8 PUNTOS → Dificultad Moderada.
- 9-10 PUNTOS → Sin dificultad/situación óptima.



ANEXO 4: FICHA PARA LA OBSERVACIÓN DE LA TOMA DE LACTANCIA MATERNA

AYUDA DE TRABAJO PARA LA OBSERVACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	
Nombre de la madre:	Fecha:
Nombre del bebé:	Edad del bebé:
Signos de una buena lactancia:	Signos de posible dificultad:
GENERALES	
Madre:	Madre:
<input type="checkbox"/> Se la ve saludable <input type="checkbox"/> Está relajada y cómoda <input type="checkbox"/> Signos de vínculo afectivo madre/bebé	<input type="checkbox"/> Se la ve enferma o deprimida <input type="checkbox"/> Está tensa e incómoda <input type="checkbox"/> No existe contacto visual madre/bebé
Bebé:	Bebé:
<input type="checkbox"/> Se lo ve saludable <input type="checkbox"/> Está calmado y relajado <input type="checkbox"/> Busca el pecho si tiene hambre	<input type="checkbox"/> Se lo ve somnoliento o enfermo <input type="checkbox"/> Está inquieto o llorando <input type="checkbox"/> No busca el pecho
PECHOS	
<input type="checkbox"/> Están sanos <input type="checkbox"/> No presenta dolor o molestias <input type="checkbox"/> Sostiene el pecho con los dedos en la areola, lejos del pezón <input type="checkbox"/> Pezón protruye, es protráctil	<input type="checkbox"/> Están enrojecidos, hinchados o doloridos <input type="checkbox"/> El pecho o el pezón están doloridos <input type="checkbox"/> Sostiene el pecho con los dedos en la areola <input type="checkbox"/> Pezón plano, no es protractil
POSICIÓN DEL BEBÉ DURANTE LA LACTANCIA	
<input type="checkbox"/> La cabeza y el cuerpo están alineados <input type="checkbox"/> Está en contacto con el cuerpo de la madre <input type="checkbox"/> Todo el cuerpo del bebé es sostenido <input type="checkbox"/> Aproximación al pecho, nariz al pezón	<input type="checkbox"/> El cuello y la cabeza están torcidos <input type="checkbox"/> El bebé no está en contacto <input type="checkbox"/> Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos <input type="checkbox"/> Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón
AGARRE DEL PECHO	
<input type="checkbox"/> Se ve más areola por encima del labio superior <input type="checkbox"/> La boca está muy abierta <input type="checkbox"/> Labio inferior hacia fuera <input type="checkbox"/> El mentón toca el pecho	<input type="checkbox"/> Más areola por debajo del labio inferior <input type="checkbox"/> La boca no está muy abierta <input type="checkbox"/> Labios apuntan adelante o hacia adentro <input type="checkbox"/> El mentón no toca el pecho
SUCCIÓN	
<input type="checkbox"/> Succiones lentas, profundas, con pausas <input type="checkbox"/> Las mejillas están redondeadas <input type="checkbox"/> Se retira del pecho cuando ha acabado <input type="checkbox"/> La madre nota signos del reflejo de la oxitocina	<input type="checkbox"/> Succiones rápidas, superficiales <input type="checkbox"/> Las mejillas están tensas o chupadas hacia adentro cuando succiona <input type="checkbox"/> La madre retira al bebé del pecho <input type="checkbox"/> No se advierte signos del reflejo de la oxitocina

Fuente: Ficha del Manual para la capacitación en la Consejería de Lactancia Materna de la OMS y UNICEF

Protocolo de la primera visita de la madre y el recién nacido en el centro de salud
Fecha de elaboración: Octubre 2025