



AEP
Asociación Española de Pediatría

CLM
Comité de Lactancia Materna



2012

RECOMENDACIONES SOBRE LACTANCIA MATERNA

■ Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría





La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura. Por todo ello la lactancia materna es considerada el método de referencia para la alimentación y crianza del lactante

y el niño pequeño

La superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento (leche de fórmula artificial) para la nutrición y desarrollo del bebé durante los primeros meses de vida ha quedado bien demostrada en numerosos estudios científicos, que señalan un mayor riesgo de numerosos problemas de salud en los niños no alimentados con leche materna, entre los que cabe resaltar un mayor riesgo de muerte súbita del lactante y de muerte durante el primer año de vida, así como de padecer infecciones gastrointestinales, respiratorias y urinarias y de que estas sean más graves y ocasionen ingresos hospitalarios. A largo plazo los niños no amamantados padecen con más frecuencia dermatitis atópica, alergia, asma, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, Diabetes Mellitus, esclerosis múltiple y cáncer. Las niñas no amamantadas tienen mayor riesgo de cáncer de mama en la edad adulta. Los lactantes no alimentados al pecho presentan peores resultados en los test de inteligencia y tienen un riesgo más elevado de padecer hiperactividad, ansiedad y depresión, así como de sufrir maltrato infantil. Por otro lado, en las madres aumenta el riesgo de padecer hemorragia postparto, fractura de columna y de cadera en la edad postmenopáusica, cáncer de ovario, cáncer de útero, artritis reumatoide, enfermedad cardiovascular, hipertensión, ansiedad y depresión.

La madre que amamanta protege el medio ambiente al disminuir el consumo de electricidad y agua así como la generación de diversos contaminantes ambientales que se producen durante la fabricación, el transporte y la distribución de los sucedáneos de la leche materna y de los utensilios utilizados para su administración.

La superioridad de la leche materna

La superioridad de la leche materna viene determinada especialmente por su composición, que se adapta a las necesidades del lactante y varía a lo largo de la lactancia, a lo largo del día, e incluso a lo largo de cada toma.

El calostro es la primera leche, es más amarillenta contiene gran cantidad de proteínas e inmunoglobulinas (sustancias antiinfecciosas) y aporta gran cantidad de calorías en pequeño volumen. Es el alimento ideal para los primeros días, ya que el tamaño del estómago del bebé es pequeño y necesita realizar tomas frecuentes de poca cantidad.

La composición de la leche también cambia durante la toma. En la primera parte de la toma, la leche contiene más agua y azúcar, así satisface la sed del bebé. Después, aumenta gradualmente, su contenido en grasa, aportando más calorías que sacian a la criatura. Por esto es importante y recomendado que el bebé termine de mamar de un pecho antes de ofrecerle el otro (cuando suelte el primero de forma espontánea), y si tiene hambre lo aceptará. Para evitar ingurgitación o retenciones, es aconsejable comenzar cada toma por el pecho del que no mamó o del que mamó menos en la toma anterior.

Parte de los efectos beneficiosos que la lactancia materna ejerce sobre el desarrollo psicomotor del bebé no están relacionados directamente con la composición de la leche sino con el acto de amamantar que conlleva una proximidad y contacto estrecho y frecuente madre-hijo: el intercambio de miradas, el bebé se siente abrazado, la succión directa del pecho materno que provoca en la madre la síntesis de hormonas como la oxitocina y la prolactina, todo lo cual establece un vínculo especial que se traduce en niños más equilibrados psicológicamente y con menos problemas de conducta, hiperactividad, depresión y ansiedad, incluso en la adolescencia.

Por todas estas razones y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo lo deseen.

El inicio de la lactancia

El mejor comienzo

Si la madre y el bebé están sanos, independientemente del tipo de parto que hayan tenido, es importante que el recién nacido sea colocado encima de su madre, en estrecho contacto piel con piel y permitirles a ambos mantener dicho contacto, sin interrupciones ni interferencias, al menos hasta que el bebé haya hecho la primera toma de pecho, e idealmente durante todo el tiempo que madre a hijo lo deseen.

El recién nacido tienen unas capacidades innatas, que si le dejamos, pone en marcha al nacimiento. Puesto boca abajo sobre el abdomen de su madre, gracias a sus sentidos (sobre todo el tacto y el olfato) y a sus reflejos, es capaz de llegar por sí sólo al pecho materno. Irá reptando hasta él, lo olerá, lo tocará con las manos y posteriormente con la boca y finalmente, será capaz de agarrarse al pecho espontáneamente, con la boca totalmente abierta, abarcando el pezón y gran parte de la areola.

El contacto piel con piel no sólo es importante para una buena instauración de la lactancia sino que ayuda al recién nacido a adaptarse mejor a la vida extrauterina y a establecer un vínculo afectivo con su madre. Por todo ello, el contacto precoz se debe fomentar en todos los recién nacidos independientemente del tipo de alimentación que vayan a recibir posteriormente.



Las rutinas hospitalarias como la identificación y el test de Apgar se pueden realizar estando el bebé encima de la madre. El peso, la administración de vitamina K, la profilaxis ocular y la vacuna de la hepatitis B pueden esperar a ser realizadas tras las primeras dos horas de contacto piel con piel o cuando haya finalizado la primera toma de pecho. Estos procedimientos son molestos y dolorosos para el bebé, pero si los realizamos con el bebé mamando (y si esto no es posible, tras administración de glucosa o sacarosa), conseguiremos disminuir el dolor y la incomodidad de los pinchazos.



La capacidad del recién nacido para agarrarse de forma espontánea y correcta al pecho de su madre se mantiene hasta los 3-4 meses de vida, lo que tiene mucha importancia para el manejo de los problemas de lactancia. Es recomendable utilizar este método, denominado "afianzamiento espontáneo", cuando la madre lo desee, pero sobre todo cuando haya dificultades con el agarre.

En el hospital



El alojamiento conjunto y sin restricciones durante las 24 horas del día favorece la lactancia, al permitir al bebé acceder al pecho siempre que lo desee. Se sabe que las mujeres que tienen al recién nacido con ellas en todo momento están menos preocupadas y descansan mejor. Además, el lactante está más tranquilo porque tiene la posibilidad de satisfacer antes sus necesidades: nutricionales, de contacto, calor, cariño y seguridad. El alojamiento conjunto también favorece que el personal sanitario pueda ofrecer un apoyo a la madre más constante y eficaz.

Generalmente los recién nacidos tienen una fase de unas dos horas, nada más nacer, en las que se encuentran muy despiertos y activos. En este periodo de tiempo, si no interferimos y el parto no ha sido medicado, la mayoría consigue realizar su primera toma al pecho espontáneamente durante el contacto precoz piel-piel. Después pasan a una fase de sueño (letargo fisiológico, de "recuperación" del parto) que puede durar entre 8 y 12 horas. Durante esta fase no es conveniente forzar al bebé a comer, si se le mantiene en contacto piel con piel, el bebé volverá a tomar el pecho cuando lo necesite.

A partir del primer día de vida lo habitual es que el lactante mame frecuentemente, unas 8-12 veces al día o más y que las tomas sean irregulares y más frecuentes por la noche. De hecho, algunas madres llaman a la segunda noche "la noche de las vacas locas". Sin embargo, algunos lactantes continúan muy adormilados, piden poco y maman menos de lo que necesitan. En estos casos conviene colocarlos en contacto piel con piel, lo que ayuda a que respondan al olor de la madre y mamen de forma espontánea. En ocasiones, puede ser necesario ayudarlos a despertarse desnudándolos y volviendo a vestirlos, dándoles un masaje rotatorio en la planta de los pies o una suave caricia en la espalda de abajo a arriba.

El principal estímulo para la producción de leche es la succión del niño y el vaciado del pecho, por ello, cuantas más veces mame más cantidad de leche se producirá. La leche no se gasta, cuanto más toma el bebé, más produce la madre.

Es importante ofrecer el pecho a demanda, siempre que el bebé lo requiera y todo el tiempo que quiera. De esa manera estaremos seguros de que recibe todo lo que necesita, unas veces será alimento, otras calor, cariño o protección. Los signos más precoces de hambre son el chu-

peteo, cabeceo, sacar la lengua, llevarse las manos a la boca... este es el momento ideal para ponerlo a mamar. No es bueno esperar a que llore para ponerlo al pecho ya que el llanto es un signo tardío de hambre y no será fácil que se agarre al pecho hasta que se haya tranquilizado.

El recién nacido sano que mama adecuadamente y a demanda, no necesita otros líquidos diferentes a la leche materna. No es necesario ni recomendable ofrecerles agua o suero, salvo si hay indicación médica. Por eso, antes de darle "suplementos" o cualquier otro alimento diferente de la leche materna es conveniente consultar con el pediatra.

Al alta en casa

Al llegar a casa, sigue siendo conveniente ofrecerle el pecho a demanda. Es importante que la madre se ponga en contacto con el centro de salud o el pediatra para que el bebé sea valorado entre las 24 y 48 horas tras el alta.

En esta primera visita, además de asegurar que el estado de salud del niño es bueno, es importante valorar la lactancia. Si mama a menudo y hace al menos 3 cacas al día, es indicativo de que está recibiendo toda la leche que necesita. Si la madre tiene dolor, sensación de no tener leche o el niño llora mucho o demasiado poco, un profesional experto en lactancia debe ofrecer orientación para solucionar las dificultades, sin que haya necesidad de recurrir a biberones, chupetes o suplementos en la mayoría de los casos. También es muy útil contactar con el grupo de apoyo más cercano o el taller de lactancia del centro de salud. En estos grupos, otras madres con experiencia en lactancia proporcionan ayuda y hacen más fácil el inicio de la lactancia.



Siempre que surjan dificultades o dudas, es importante acudir al centro sanitario más próximo, consultar con el pediatra o la matrona y ponerse en contacto con un grupo de apoyo a la lactancia. El biberón de apoyo y los suplementos no sirven para solucionar los problemas y pueden poner en riesgo la lactancia. Sólo deben ofrecerse en aquellas raras ocasiones en que después de seguir todas las recomendaciones anteriores, haya una indicación médica para hacerlo.

Técnica de la lactancia

La mayoría de los problemas de lactancia se deben a problemas en la técnica de lactancia, bien por una posición inadecuada, un agarre no correcto o una combinación de ambos.

Un buen agarre

Una buena técnica de lactancia evita la aparición de complicaciones como grietas y dolor, vacía correctamente el pecho y permite una producción de leche adecuada para cada bebé.



Para un buen agarre es importante que todo el cuerpo del bebé esté enfrentado a la madre, y que al abrir la boca introduzca gran parte de la areola, especialmente por la parte inferior (donde tiene la barbilla) para que al mover activamente la lengua no lesione el pezón. Los signos que nos indicarán un buen agarre son: que el mentón del bebé toca el pecho, que la boca está bien abierta, el labio inferior está hacia fuera (evertido) y las mejillas estén redondas o aplanadas (no hundidas) cuando succiona. Además se tiene que ver más areola por encima de la boca que por debajo. Si el bebé está bien agarrado, la lactancia no duele. El dolor es un signo

que, en la mayoría de los casos, indica un agarre o una postura incorrecta.

Posturas para amamantar

No existe una única posición adecuada para amamantar, lo importante es que la madre esté cómoda, que el agarre sea adecuado, y que el bebé esté enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. A continuación te explicamos algunas posturas que pueden favorecer el inicio de una lactancia feliz y duradera.

Posición de Crianza biológica:



La denominada posición en crianza biológica está basada en el estudio de reflejos maternos y neonatales. La madre se colocará recostada (entre 15 y 65°) boca arriba y el bebé boca abajo, en estrecho contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura permite al bebé liberarse de su peso y desarrollar los reflejos de gateo y búsqueda. Además le asegura el contacto de su cara con el pecho. La madre le ayuda a llegar al pecho ofreciendo límites con sus brazos. Esta posición pone en marcha una serie de reflejos en ambos que facilitarán un

buen agarre, la eficiencia de la toma y una mejor producción de leche.

La posición de crianza biológica se puede realizar en cualquier momento, pero es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho...).

Posición sentada:

La posición sentada suele ser más cómoda con la elevación de los pies en una banqueta,

también un poco recostada, en posición de crianza biológica, en caso de episiotomía, ya que al dejar esa zona fuera de la silla se alivian mucho las molestias.

Se debe colocar al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. De esta manera la madre puede sujetarlo con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo. Con la otra mano puede dirigir el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en que éste la abre acercarlo con suavidad al pecho para que pueda agarrar un buen pedazo de areola. Es la posición más utilizada pasados los primeros días, cuando la madre tiene más movilidad y seguridad con el bebé. No es necesario intentar sujetar las nalgas del bebé con la mano del brazo en el que está apoyado, ya que habitualmente esto fuerza a que la cabeza del bebé se sitúe muy cerca del codo, lo que puede provocar que el cuello se flexione o no pueda estirarlo hacia atrás resultándoles más difícil agarrarse bien y tragar con comodidad.

Posición acostada:

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 cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. La madre puede acercarlo al pecho empujándole por la espalda, con suavidad, cuando abra la boca, para facilitar el agarre.

Es una posición muy cómoda para las tomas nocturnas y los primeros días, aunque suele ser más incómoda y menos eficaz que la posición de crianza biológica.

Posición invertida o balón de rugby:

En esta posición se sitúa al bebé por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Es una posición muy cómoda para amamantar a gemelos y a prematuros. 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 (deflexionado) lo que le permite agarrar mejor el pecho y tragar más cómodamente.

Posición de caballito:

Estando la madre sentada, el bebé se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre y con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. Esta postura puede ayudar en casos de grietas y en bebés con reflujo gastroesofágico importante, prematuros, con labio leporino o fisura palatina, mandíbula pequeña (retromicrognatia) o problemas de hipotonía. En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo a la vez que se sujeta la barbilla del bebé.

Lactancia a demanda

Lactancia a demanda significa ofrecer el pecho siempre que el bebé lo pida, (sin contar el número de tomas) y todo el tiempo que pida (sin fijarnos en la duración de cada toma). No es conveniente retirar al bebé del pecho, sino que es preferible que suelte el pecho espontáneamente.

Los bebés quieren mamar cuando hacen movimientos de chupeteo, bostezan, se llevan la mano a la boca o hace sonidos de llamada. No es necesario esperar a que lloren.



Los bebés necesitan agarrarse al pecho no sólo para comer sino también para tranquilizarse. Por otro lado, cada vez que succiona del pecho, las hormonas de la lactancia se ponen en funcionamiento, incluso aunque el niño no esté sacando leche. Para evitar interferencias no se recomiendan el empleo de chupetes ni tetinas, hasta que la lactancia esté bien instaurada (al menos las primeras 4-6 semanas). Además las tetinas pueden favorecer un mal agarre y la aparición de grietas.

Tampoco se recomienda el uso de pezoneras de manera sistemática. Sólo en casos especiales, y prescritas por un profesional experto en lactancia, pueden resultar útiles. Para el bebé puede ser más fácil encontrar el pezón recubierto por la pezonera, pero le será más difícil extraer la leche, sobre todo la del final de la toma, que contiene más grasa.

¿Hasta cuándo amamantar?

Se recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con una alimentación complementaria adecuada, hasta los dos años de vida o más.

Está bien demostrado que el lactante no necesita nada más que leche materna hasta los seis meses de edad ya que ésta le aporta todos los nutrientes necesarios y por otro lado, la introducción más temprana de otros alimentos puede causarle problemas.



A partir de los 6 meses, y hasta el año de edad, después de la toma al pecho se le pueden ofrecer paulatinamente otros alimentos. De esta forma el bebé los aceptará mejor y aseguraremos que recibe todas las calorías y nutrientes que necesita.

Madre e hijo/a deben decidir hasta cuando mantener la lactancia. Dar el pecho más allá de los dos años de edad del lactante, aunque poco frecuente, sigue siendo beneficioso para ambos.

Cuando llegue el momento del destete, se realizará de forma progresiva y lenta, para evitar problemas tanto al bebé como a su madre.

Alimentación, bebidas y medicamentos

La mujer que amamanta no precisa dietas especiales. La mejor alimentación proviene de una dieta sana y variada, evitando aditivos y contaminantes. Sólo en algunos casos, por enfermedad o problemas nutricionales, puede el médico aconsejar algunos suplementos.

En los países en los que no hay una yodación total de la cadena alimentaria, como España, para asegurar que la leche materna aporta las cantidades adecuadas de yodo al lactante, se aconseja a la madre que tome un suplemento de 200-300 mcg/día de yodo durante todo el embarazo y lactancia, además de cocinar sus alimentos con sal yodada y comer pescado. En muchos países de Latinoamérica, este suplemento no es preciso porque hay una adecuada yodación de la cadena alimentaria.

Aunque está comprobado que el aroma de los alimentos pasa a la leche y puede hacer cambiar su olor y su sabor, no hay ningún alimento prohibido durante la lactancia. Esos cambios de sabor que experimenta la leche materna ayudan al bebé a familiarizarse con diversos sabores, lo que le permitirá aceptar más fácilmente la alimentación complementaria. Sólo en el caso de observar de forma repetida que tras haber comido la madre un determinado alimento, el bebé muestra algún tipo de molestias (vómitos, diarreas, erupciones, malestar o rechazo de la leche), puede ser necesario evitar ese alimento en concreto.

Tampoco existen alimentos obligatorios durante la lactancia. Se recomienda una dieta sana y variada, como en cualquier otra época de la vida, y saciar el hambre, sin recurrir a un exceso de dulces o picoteo. El ejercicio físico suave, como un paseo de una hora al día, contribuirá a mejorar la salud de la madre y a la recuperación del peso previo al embarazo.

No se ha demostrado que algún alimento ayude a producir más leche. El mejor estímulo para tener una producción adecuada de leche es que el bebé mame a demanda sin restricciones.

La mayoría de los fármacos habituales son compatibles con la lactancia y en muy pocas ocasiones es necesario suspender la lactancia. Puedes consultar dudas en la dirección www.e-lactancia.org

Cafeína: Se debe evitar el consumo en exceso de café, bebidas con cola, té y chocolate. Y en todo caso, consumirlos justo después de la toma de pecho. Grandes dosis de cafeína (más de 3 tazas de café) pueden producir irritabilidad y falta de sueño en el bebé, aunque en algunos casos se pueden presentar síntomas con dosis más bajas.

Tabaco: el humo del tabaco es muy perjudicial para la salud y el momento del embarazo y la lactancia puede ser una buena excusa para dejar de fumar. Si resulta imposible dejarlo, es importante no fumar nunca en presencia del bebé, tampoco hacerlo dentro de casa y fumar justo después de darle la toma (así estará más alejada de la siguiente). Siempre será mejor darle el pecho que darle una leche artificial, porque la lactancia materna disminuye el riesgo de infecciones respiratorias y asma a las que son más propensos estos bebés. Los hijos de

madre o padre fumadores no deben dormir con sus padres en la misma cama (colecho).

Alcohol: el alcohol también es perjudicial para la salud de la madre y del bebé. El alcoholismo crónico es incompatible con la lactancia. Aunque tomar vino o cerveza con moderación no perjudica la salud de la madre, puede perjudicar al bebé amamantado y es preferible evitarlo. En cualquier caso, no se debe dar el pecho en las 3 horas siguientes a haber bebido alcohol y no se debe practicar el colecho en estos casos.

Fitoterapia: aunque, a menudo, se piensa que las plantas medicinales son inofensivas, la gran mayoría contienen principios activos que en muchas ocasiones no están estandarizados (no se sabe cuáles ni cuánto) y pueden ocasionar toxicidad al bebé que toma pecho. Es imprescindible tener una buena fuente de información respecto a este tipo de productos. Consulta la página de medicamentos y lactancia www.e-lactancia.org.

Otras drogas de abuso: ninguna es compatible con la lactancia, excepto la metadona, en dosis menores a 20 mg al día.

Contaminantes ambientales. La preocupación creciente por los contaminantes ambientales ha hecho que el comité de LM de la AEP haya hecho público un documento acerca de este tema que se puede consultar completo en la dirección: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/contaminantes_comite_lm_aep_0.pdf

Alimentación complementaria

A partir de los 6 meses, la mayoría de los lactantes se mantienen sentados con ayuda, empiezan a mostrar interés por otros alimentos, son capaces de expresar con gestos el hambre y la saciedad y han perdido el reflejo que les hace echar la comida fuera de la boca (reflejo de extrusión). Todo ello indica que el bebé está preparado para tomar otros alimentos. Por otra parte, a partir del sexto mes de vida los bebés empiezan a necesitar otros nutrientes además de los que aporta la leche materna y por eso se recomienda empezar a esa edad a ofrecer otros alimentos.



Debemos recordar que son alimentos que, como su nombre indica, complementan la alimentación básica del lactante que sigue siendo la leche materna, por eso se recomienda ofrecerlos tras la toma del pecho hasta alrededor del año de edad. También es aconsejable ofrecer al principio pequeñas cantidades de los alimentos nuevos, quizá sólo una cucharadita, y poco a poco ir aumentando la cantidad.

Es recomendable no introducir más de un alimento nuevo cada día para detectar posibles alergias o intolerancias y ofrecer alimentos habituales en la mesa familiar incorporando paulatinamente al niño a una dieta sana y variada.

A partir de los 6 meses, salvo en aquellas familias en las que hay problemas de alergia, el bebé puede ir probando prácticamente todos los alimentos, pero recuerda que no le conviene un exceso de fibra. Puedes obtener más información en la sección de respuestas a preguntas más frecuentes: <http://www.aeped.es/faq/lactancia-materna#t48n145>

Chupete y lactancia materna

El tema del empleo del chupete en el niño con lactancia materna genera controversias entre profesionales, padres y la sociedad en general. El comité de Lactancia de la AEP ha publicado recientemente un artículo científico que revisa la evidencia sobre este tema que puedes consultar en la dirección:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90002200&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=37&ty=112&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v74n04a90002200pdf001.pdf

Las recomendaciones que realiza se pueden resumir en las siguientes:

- La lactancia materna exclusiva debe recomendarse durante los primeros seis meses para la protección del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).
- Debe evitarse el chupete en los niños alimentados al pecho hasta que la lactancia materna esté bien establecida, generalmente a partir del primer mes de vida, que además coincide con la edad en que comienza el riesgo de SMSL.
- El chupete puede ser un marcador de la existencia de problemas con la lactancia. Si el niño chupa de un chupete nos indica que quiere mamar y deberíamos ofrecerle el pecho.
- En los niños hospitalizados en unidades neonatales, si no es posible que mame directamente del pecho, se puede utilizar la succión del chupete junto con sacarosa o glucosa para disminuir el dolor en procedimientos agresivos.
- En los niños que se alimentan con biberón es muy importante la utilización del chupete para la prevención del SMSL ya que no presentan la protección de la succión al pecho.
- Se recomienda limitar el uso del chupete hasta el año de edad para evitar efectos adversos relacionados con su empleo prolongando como problemas dentales, otitis media, etc.
- Existen otros procedimientos para calmar al bebé como el contacto piel con piel y otros métodos de succión no nutritiva, además del chupete.

El padre, la familia y la lactancia

El nacimiento de un nuevo miembro familiar es un acontecimiento muy alegre y deseado pero, en la mayoría de los casos, introduce muchos cambios en la dinámica familiar.



Aunque sólo la madre puede dar el pecho, la contribución del padre a un buen establecimiento de la lactancia y su continuación posterior es fundamental.

Para poder ayudar a la pareja es aconsejable que los dos tengan información sobre la lactancia y el comportamiento del recién nacido. Por ello se recomienda que acudan juntos a las visitas prenatales con la matrona, pediatra o el grupo de apoyo. Un padre informado podrá ayudar mejor en el momento del nacimiento de su bebé.

El contacto piel con piel es fundamental para el recién nacido ayudándole a adaptarse mejor a las condiciones extrauterinas. En caso de que la madre no pueda realizarlo, es conveniente y deseable que lo haga el padre.



Durante los primeros días muchas mujeres tienen dudas sobre su capacidad de lactar. El apoyo incondicional del padre en estos momentos será fundamental para dar confianza y tranquilizar a la madre y así los dos juntos serán más capaces de superar dificultades.

El padre también puede ocuparse de las tareas domésticas, del cuidado de los otros hijos, de cambiar pañales, bañar al bebé, sostenerlo, tranquilizarlo o disfrutar del contacto piel con piel con el bebé mientras la madre descansa. Esto último suele ser muy placentero para ambos y establece y mantiene vínculos emocionales para toda la vida entre padre e hijo (o hija).

El padre también juega un papel importante como filtro o amortiguador de los comentarios que, sin mala intención, suelen hacer otras personas y que a veces minan la confianza de la madre. También, puede ocuparse de las visitas que en ocasiones cansan a la madre durante los primeros días, asegurando la tranquilidad, intimidad y confort que la madre necesita.

El resto de la familia también tiene un papel importante de apoyo a los nuevos padres, mientras respete sus decisiones y su intimidad, y puede liberarlos de diversas tareas, no relacionadas con el bebé, pero necesarias, para que estos puedan disfrutar de más tiempo con su bebé.

Derechos laborales de embarazada y lactante

Existen diversas medidas legislativas que facilitan la reincorporación de la mujer al trabajo remunerado. Puedes obtener más información sobre este tema en la sección de respuestas a preguntas más frecuentes: <http://www.aeped.es/faq/lactancia-materna#t48n145>

También puedes informarte en la siguiente dirección: http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/index.htm

Sueño y lactancia materna



El sueño del bebé es un tema de preocupación para los padres y a menudo para toda la familia. Los bebés necesitan un contacto estrecho, fundamentalmente con su madre, durante los primeros años de la vida (en especial durante los primeros meses) y sus ritmos de sueño son diferentes a los del adulto. Está demostrado que a lo largo del primer año, los padres y madres de lactantes amamantados duermen más tiempo en total. Además, las hormonas que aseguran la lactancia procuran

un sueño más profundo y reparador a la madre que amamanta.

Es importante que el recién nacido se mantenga en la misma habitación que los padres durante todo el primer año, pudiendo optar porque duerma en una cuna convencional o en una cuna tipo "sidecar" (adosado a la cama de los padres).

Hay que tener en cuenta que en las situaciones que se relacionan a continuación la práctica del colecho puede suponer un riesgo para el bebé:

- El bebé duerme boca abajo o de lado
- El padre o la madre fuman
- El padre o la madre consumen alcohol, drogas u otras sustancias o medicamentos que alteran la capacidad de respuesta
- El bebé está excesivamente arropado

- Se utilizan edredones para dormir o hay muchas almohadas
- El colchón es demasiado blando
- El padre o la madre padecen obesidad extrema
- Se realiza colecho con otras personas (hermanos) que no sean el padre o la madre

En todas estas situaciones la práctica del colecho está desaconsejada por aumentar el riesgo de muerte súbita del bebé.

No se debe dormir con el bebé en brazos en un sofá o sillón. Esta práctica está absolutamente desaconsejada por aumentar mucho el riesgo de muerte súbita.

Bibliografía

- Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Editorial Médica Panamericana. 2008.
- Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica. Lawrence RA. Editorial Elsevier España. 6ª edición. Ed. en español 2007.
- Guía de Lactancia Materna. Gobierno Balear. 2009.
- La Lactancia Materna. Información para amamantar. Gobierno de la Rioja. 2007
- Consellos para unha boa lactación materna. Consellería de Sanidade. Galicia. 2011.
- Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
- El papel del padre durante la lactancia. Juan José Lasarte Velillas. Famiped. Vol. 2. Nº4. diciembre 2009.
- Uso del chupete y lactancia materna. Lozano de la Torre y cols. An Pediatr (Barc). 2011;74:271.e1-e5
- Recomendaciones para reducir la exposición a contaminantes ambientales en las madres lactantes. <http://www.aeped.es/documentos/recomendaciones-contaminantes-ambientales-en-madres-lactantes>
- Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 1/1995 del 24 de marzo).

- Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales del 8 de noviembre.
- Ley 39/1999 para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras del 5 de noviembre
- Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.
- Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad efectiva de las mujeres y los hombres (BOE núm. 71 del 23 de marzo de 2007).