



2012

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LACTANCIA MATERNA

■ Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría



1. [Mi hijo aumenta poco de peso](#)
2. [Tengo poca leche](#)
3. [¿Qué son los galactogogos?](#)
4. [¿Qué cantidad diaria de leche debe tomar mi bebé?](#)
5. [¿Necesitan vitaminas los bebés alimentados al pecho?](#)
6. [¿Hay que darles agua?](#)
7. [Estoy amamantando y voy a volver a trabajar, ¿cómo lo hago? ¿afectará a mi producción de leche el estrés laboral?](#)
8. [¿Se puede fumar tabaco o beber alcohol mientras se amamanta?](#)
9. [¿Cuál es el mejor método anticonceptivo durante la lactancia?](#)
10. [¿Puedo seguir amamantando si me quedo embarazada?](#)
11. [Mi hijo no ha hecho deposiciones en varios días, ¿está estreñido?](#)
12. [¿Los niños alimentados al pecho pueden sufrir alergia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca?](#)
13. [¿Es malo compartir la cama con el bebé?](#)
14. [¿Necesita mi hijo el chupete?](#)
15. [¿Hasta cuando es bueno que mame mi hijo? ¿cuándo hay que destetarlo?](#)
16. [Rechazo del pecho. Huelga de lactancia](#)
17. [Llanto, cólico del lactante](#)
18. [Los baches de lactancia, la "crisis de los 3 meses"](#)
19. [Mi hijo me muerde ¿qué debo hacer?](#)
20. [Tengo el pezón plano o invertido, ¿podré dar de mamar?](#)
21. [Me duele mucho el pecho, tengo una zona roja y dura. Ingurgitación, inflamación, mastitis](#)
22. [¿Puedo hacer deporte si doy el pecho?](#)
23. [¿Cómo puedo conservar y almacenar la leche materna extraída?](#)
24. [¿Cómo protege la ley a la mujer trabajadora que amamanta?](#)
25. [Yodo y lactancia materna](#)
26. [¿Cuándo puedo ofrecerle algo más además del pecho? La alimentación complementaria, introducción de papillas](#)

1. Mi hijo aumenta poco de peso

La preocupación por el peso es muy frecuente entre las madres que están dando el pecho, pero en la mayoría de los casos todo está funcionando bien. Hay que tener en cuenta que:

- La mayoría de las gráficas de peso y longitud de que disponemos actualmente están confeccionadas con niños que en su mayoría fueron alimentados con biberón y constituyen solo una ayuda orientativa ya que los bebés alimentados con leche artificial generalmente son más gorditos que los amamantados. El alimento que la naturaleza ha dado a los humanos para que sus "cachorritos" crezcan y se desarrollen de la forma más adecuada, tanto desde el punto de vista físico como intelectual, es la leche de su mamá.
- La OMS ha confeccionado gráficas a partir de niños alimentados al pecho, que son más adecuadas para valorar el crecimiento de los lactantes. Están disponibles desde abril de 2006 en: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>.
- Las gráficas se realizan a partir de datos estadísticos (son un "modelo estadístico") por lo que la mitad de los niños normales están por debajo de la media. Es más importante la valoración clínica del niño: su aspecto, vivacidad, si moja 4-5 pañales diarios,...
- También es más importante el crecimiento a lo largo del tiempo, que el peso en un momento determinado. Como cifras orientativas, aproximadas, se puede considerar que hasta las 6 semanas de edad la ganancia de peso es de unos 20-30 g/día. Pero siempre se deben comparar con los estándares de crecimiento de la OMS, que incluyen tablas de velocidad de incremento de peso, según sexo y peso al nacimiento (http://www.who.int/childgrowth/standards/w_velocity/en/)
- El crecimiento del niño debe controlarlo el pediatra en la consulta. No es una buena idea pesar al niño a menudo en la farmacia porque puede inducir a error. Pasado el primer mes no es necesario pesar al niño cada semana, salvo circunstancias especiales por indicación de su pediatra.

2. Tengo poca leche

Muchas madres expresan preocupación y dudas respecto a si tendrán suficiente leche para alimentar a sus hijos. Pero ahora sabemos que, salvo situaciones excepcionales, las madres producen la cantidad exacta de leche que necesitan sus bebés si el agarre es correcto y la lactancia es a demanda. Cuando una madre cree que tiene poca leche, lo habitual es que se trate de alguno de los siguientes casos:

- **La posición del niño o el agarre del pecho no es adecuado** (ver documento de recomendaciones). Hay leche, pero el bebé no la puede obtener. A la larga, como el bebé no vacía bien las mamas, éstas dejan de producir la cantidad de leche que necesita el bebé. Suele haber dolor al mamar o grietas. Es conveniente corregir la posición y/o el agarre.

- **Si el bebé apoya su cabeza en el codo de su madre**, la madre se ve obligada a desplazar el pecho unos centímetros para que el bebé pueda agarrarlo. Aunque la succión sea potente, el bebé tirará del pezón y le será más difícil obtener la leche con cada succión. Suele haber dolor y/o grietas en la base de los pezones.
- **Si el bebé no abre completamente la boca** para abarcar con ella gran parte de la areola y el pezón o tiene un frenillo lingual corto, hará succiones poco eficaces con lo que estará mucho tiempo succionando porque obtiene solo la leche del principio y no se queda satisfecho. La madre se queja de dolor o grietas en la punta del pezón.

Lo ideal es que alguien experto en lactancia (el pediatra, la matrona, la enfermera del centro de salud o algún grupo de apoyo, ver listado) evalúe la toma y ayude a corregir la postura si no es la adecuada.

- **El bebé mama menos de 8 veces al día o se limita la duración de la toma.** En estos casos, en los que el bebé no mama a demanda, le será difícil tomar toda la leche que necesita.
- **Hay leche pero la madre no se nota “la subida” y duda de que tenga suficiente.** Las primeras 48 horas el bebé se alimenta del calostro de su madre, pero casi ninguna madre lo ve salir del pecho incluso apretándoselo. Por otro lado, tras la subida, muy pocas madres notan que la leche sale a chorro o que mojan los empapadores y sin embargo, la mayoría producen la leche que su bebé necesita. A partir del tercer día, si el bebé mama de forma adecuada, más de 8 veces al día y hace 3 o más deposiciones al día, se está alimentando correctamente.
- A medida que va creciendo, el niño tarda menos en hacer las tomas y extrae la leche más eficazmente. Como el cambio se produce bruscamente, muchas madres creen que no se alimenta adecuadamente o que deja el pecho tan pronto porque tienen menos leche. Si el niño está tranquilo y feliz y moja más de 5 pañales diarios, es que está tomando la leche que necesita.
- **El bebé ha crecido bruscamente y necesita más leche.** Ver “baches de lactancia”.

Recomendaciones:

- Para amamantar a demanda, el bebé tiene que mamar siempre que él quiera. Es conveniente ofrecerle el pecho cuando “busque”, gruña o se chupe los dedos, sin esperar a que lllore de hambre.
- El bebé se coge bien al pecho cuando abarca el pezón más un buen bocado de areola con la boca. De ese modo vacía bien el pecho.
- Es importante que mame todo el tiempo que quiera del mismo pecho, porque la leche

del final tiene más grasa (más calorías). Si quiere más, se le puede ofrecer el otro pecho después.

- Si mama a menudo (mínimo 8 veces al día), la estimulación de la piel del pecho asegura el funcionamiento de las hormonas de la lactancia, especialmente durante las primeras semanas.
- Los bebés maman para alimentarse, pero también para consolarse y para sentirse protegidos y queridos. Si le ofrece el pecho a su hijo siempre que lo desee, aunque no sea por hambre, no se equivocará.
- El pecho necesita el estímulo de la boca del bebé para fabricar leche. Si se le pone el chupete, le quita el estímulo al pecho y fabricará menos leche. Si además el bebé es muy pequeño, puede confundir la forma de cogerse al pecho.
- Puede resultar útil emplear un sacaleches para vaciar mejor los pechos y estimularles a que fabriquen más leche.
- Si el bebé está contento, duerme tranquilo 1-2 horas seguidas y no parece enfermo, toma suficiente leche. Si el bebé moja menos de 5 pañales al día (con los pañales superabsorbentes es más difícil de valorar) o la orina es muy concentrada, es posible que esté tomando poca leche y sería conveniente consultar con un experto en lactancia.

3. ¿Qué son los galactogogos?

Varios medicamentos actúan estimulando la producción de leche, se les llama galactogogos. Los más utilizados son: el Sulpiride, la Metoclopramida y la Domperidona. Cualquiera de ellos es efectivo, pero no deben usarse más que cuando los métodos naturales se han agotado: puestas al pecho frecuentes, con el niño bien cogido en una postura correcta, asegurar un correcto descanso de la madre y que beba lo que la sed le pide. También hay que comprobar la ausencia de algunas enfermedades en la madre, como anemia o alteraciones del tiroides.

Estos medicamentos galactogogos no deben usarse demasiado tiempo ni sin supervisión médica pues tienen efectos secundarios, aunque utilizados juiciosamente hay amplia y buena experiencia con cualquiera de ellos. Junto con la extracción frecuente de leche, los fármacos galactogogos están indicados en casos de separación forzosa madre-lactante, en madres de prematuros con baja producción de leche y en casos de relactación (madre que tras haber dejado de amamantar por un tiempo, quiere volver a intentarlo) o lactancia inducida (por adopción, por ejemplo). Si piensa que puede necesitarlos debe consultar con el pediatra o algún médico y con un experto en lactancia materna para que le asesore.

Conviene recordar que no hay absolutamente ningún trabajo serio publicado en ninguna revista científica, que demuestre las propiedades pretendidamente galactogogas de plantas medicinales tomadas como tal o en infusión y que algunas pueden dar problemas: la Alholva

(Fenogreco, *Trigonella foenum-graecum*) puede ocasionar hipoglucemia (bajada de niveles de azúcar en sangre), la Galega (Ruda Cabruna, Goat s rue) ha provocado al menos un caso de intoxicación y es desaconsejada por la Comisión E del Ministerio de Salud Alemán. Tampoco hay pruebas de que aumente la producción de leche el Cardo mariano (*Silimarina*, Milk thistle, *Silybum marianum*), sospechosamente comercializado por un fabricante de fórmula artificial de leche. Ni estos productos, ni ningún otro de fitoterapia, pueden ser aconsejados como galactogogos.

En el documento de la OMS "Relactación. Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. 1998" descargable en formato PDF en el directorio de esta misma página del Comité de Lactancia Materna, se puede encontrar más información, y también en:

- Jones W, Breward S. Use of domperidone to enhance lactation: what is the evidence? *Community Pract.* 2011 Jun;84(6):35-7.
- Muresan M. Successful relactation-a case history. *Breastfeed Med.* 2011Aug;6:233-9. Epub 2011 Jan 21.
- Zuppa AA, Sindico P, Orchi C, Carducci C, Cardiello V, Romagnoli C. Safety and efficacy of galactogogues: substances that induce, maintain and increase breast milk production. *J Pharm Pharm Sci.* 2010;13(2):162-74.
- Szucs KA, Axline SE, Rosenman MB. Induced lactation and exclusive breast milk feeding of adopted premature twins. *J Hum Lact.* 2010 Aug;26(3):309-13.
- Da Silva OP y cols. Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. *CMAJ* 2001;164(1).
- Banapurmath S, Banapurmath CR, Kesaree N. Initiation of lactation and establishing relactation in outpatients. *Indian Pediatr.* 2003 Apr;40(4):343-7.

4. ¿Qué cantidad diaria de leche debe tomar mi bebé?

En general se recomienda que los lactantes que reciben alimentación complementaria tomen alrededor de medio litro de leche al día, pero es sólo eso, una norma general y por supuesto nada estricta. Se trata de ofrecer productos lácteos para llegar a esa cantidad de forma aproximada. No es una regla matemática, hay niños y niñas que toman más cantidad y otros que toman menos y todos están sanos.

Cada niño es diferente. Lo mejor es ofrecer al bebé el pecho durante el primer año unas 4 o 5 veces como mínimo, mejor antes de cada toma de purés o papillas; después del primer año puede hacerlo cuando quiera después de las comidas o entre comidas; de esta forma el bebé no precisa de otra fuente de leche, siempre que haga esas 4 o 5 tomas de pecho al día.

Existen otros alimentos, independiente de la leche, que aportan calcio en la dieta de los niños. A partir del primer año, si el niño quiere, puede tomar otros derivados de la leche como yogures o diferentes tipos de queso.

5. ¿Necesitan vitaminas los bebés alimentados al pecho?

Los lactantes menores de un año alimentados al pecho deben recibir un suplemento de 400 UI/día de vitamina D. Estos suplementos se deben iniciar en los primeros días de vida y se mantendrán hasta que, después del destete, el niño tome 1 litro diario de fórmula adaptada enriquecida en vitamina D. Todos los lactantes menores de un año alimentados con sucedáneo de leche humana que ingieren menos de 1 litro diario de fórmula también han de recibir un suplemento de 400 UI/día.

Puede extrañar que un niño amamantado necesite suplementos de vitaminas. La justificación está en que los hábitos de vida del ser humano han cambiado muy rápidamente en pocos años y ahora se hace poca actividad al aire libre, siempre con ropa y en muchas ocasiones con protectores solares. La fuente principal de vitamina D ha sido la exposición solar. Con las costumbres actuales a las madres que amamantan les es prácticamente imposible sintetizar la cantidad suficiente de vitamina D para que las necesidades de su hijo estén cubiertas. Esta dificultad para sintetizar la vitamina D todavía es mayor en personas de piel oscura que han emigrado hacia países del norte.

Los niños prematuros, como nacen antes de tiempo, no han podido acumular el hierro suficiente para cubrir las necesidades de los primeros meses de vida. Por eso necesitan tomar suplementos de hierro hasta que comience a comer carne roja. La cantidad y la forma de administrar el suplemento de hierro se lo indicará su pediatra.

Las madres vegetarianas deben tomar un suplemento de vitamina B12.

Se recomienda que todas las madres que viven en España tomen un suplemento de yodo durante la gestación y el periodo de lactancia.

Las vitaminas y minerales, a las dosis adecuadas no causan daño pero a altas dosis pueden ser tóxicas. Durante la lactancia no se debe tomar ningún suplemento vitamínico, o de otro tipo, en forma de hierbas, ya que en algunos casos puede ser muy peligroso para el bebé.

6. ¿Hay que darle agua al bebé que toma el pecho?

Si el bebé tiene menos de 6 meses y toma el pecho "a demanda", es decir siempre que lo solicita (busca, se lleva la mano a la boca, bostezo, hace ruiditos,...y cuando se le acerca al pecho quiere), NO necesita ningún otro líquido, ni agua, ni infusiones. Ni siquiera en los meses de mucho calor, ni siquiera si lo llevan de vacaciones a la India en agosto.

Si el bebé tiene más de 6 meses y ya come otros alimentos después de las tomas de pecho,

de vez en cuando se le puede ofrecer agua. Si se le ofrece el pecho antes de las papillas o purés (como se recomienda durante el primer año), probablemente no necesitará agua y no la querrá. A medida que se va haciendo grande y toma más cantidad de alimentos sólidos, generalmente beberá el agua que se le ofrece. No se le debe añadir azúcar ni ofrecer zumos en vez de agua.

Los bebés alimentados al pecho no precisan utilizar tetinas. A partir de los 6 meses cualquier bebé es capaz de beber de un vaso o una tacita. No es aconsejable ofrecerle directamente agua de una botella, aunque sea pequeña, para evitar infecciones y diarreas. Si se lleva una botella con agua durante los paseos, conviene llevar también un vaso y ofrecerle el agua en el vaso. Se debe tirar el agua que sobre del vaso y hacer lo mismo con otros líquidos que se le quieran ofrecer al bebé. Estas bebidas, como cualquier alimento, deben ser transportadas en envases bien cerrados y fríos para evitar contaminaciones.

En resumen:

- Antes de los 6 meses, el bebé que toma sólo leche materna y a demanda, NO precisa agua ni otros líquidos.
- Después de los 6 meses, cuando toma otros alimentos además del pecho, es bueno ofrecerle agua EN VASO de vez en cuando. NO necesita biberones. NO se debe ofrecer agua ni otros líquidos directamente de la botella.

7. Estoy amamantando y voy a volver a trabajar, ¿cómo lo hago? ¿afectará a mi producción de leche el estrés laboral?

La vuelta al trabajo supone una dificultad pero no un impedimento para continuar con la alimentación al pecho. Existen diferentes posibilidades para que las madres que tienen que incorporarse al trabajo puedan continuar con la lactancia. Se puede optar por una o varias de ellas. Algunas opciones son:

- Acumular las horas del permiso laboral (1h en medio de la jornada laboral o ½ hora al principio o al final de la jornada, hasta los 9 meses) y sumarlas a la baja maternal.
- Solicitar una reducción de jornada, con reducción del salario o una excedencia del puesto de trabajo, sin remuneración, durante unos meses para poder estar más tiempo con el bebé.
- Llevar al bebé al lugar de trabajo durante toda la jornada laboral (esto es posible en algunos trabajos como el comercio, la limpieza doméstica, etc.) o sólo para amamantarlo, si se puede contar con una persona que se ocupe de traer y llevar al bebé.
- Si no hay mucha distancia entre el lugar de trabajo y el lugar donde está el bebé, salir a darle el pecho durante la hora de lactancia o los descansos

- Extraer la leche, en casa o en el lugar de trabajo, con un sacaleches (los eléctricos son más rápidos) para que el cuidador se la ofrezca al bebé cuando la madre esté trabajando.
- Unas semanas antes de incorporarse al trabajo, conviene familiarizar a la persona que se vaya a encargar de cuidar al bebé con el manejo de la leche materna y la forma de administrarla (vasito, cuchara,..)
- Mantener tomas de pecho frecuentes, a demanda, cuando la madre esté en casa con el bebé (fines de semana, durante la noche,..) y ofrecer otros alimentos apropiados para su edad, cuando la madre esté fuera (por ejemplo, en niños mayores de 6 meses: purés de verduras o fruta).
- Si la madre le ofrece el pecho al bebé inmediatamente antes de salir de casa e inmediatamente al volver, es posible que solo necesite una o dos tomas de leche u otros alimentos (según la edad) durante su ausencia. Muchos bebés, cuando la madre no está, son capaces de pasar varias horas sin comer, algunos duermen prolongadamente en ausencia de la madre para pedir mucho más a menudo cuando regresa.

Para evitar que el estrés laboral afecte a la producción de leche, la madre debe descansar cuando pueda y relegar en su pareja o familiares otros aspectos relativos al cuidado del niño y del hogar para que no acumule demasiado cansancio por el trabajo y el hecho de estar amamantando al bebé.

Conviene buscar apoyo e información en madres con experiencia (grupos de apoyo), representantes sindicales y administración (Información sobre derechos laborales).

8. ¿Se puede fumar tabaco o beber alcohol mientras de amamanta?

Ambas son drogas legales. Abandonar estos hábitos es lo mejor para la salud tanto de la madre como de su hijo. Además, los niños aprenden del ejemplo que les ofrecemos, de manera que la maternidad es una buena oportunidad para dejarlo.

Tabaco y lactancia. Está comprobado que la nicotina pasa a la leche materna, pero no en niveles que puedan ser tóxicos para el bebé. Por el efecto estimulante de la nicotina, los hijos de madres fumadoras pueden tener dificultades para conciliar el sueño, por lo que si la madre fuma debe evitar hacerlo en las horas que preceden a la hora habitual de su siesta o la de su sueño nocturno. Pero lo más perjudicial es el humo que respira el lactante, que le ocasiona mayor predisposición a sufrir el Síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS) y a padecer infecciones respiratorias, asma y otitis. Si bien lo mejor es no fumar, aún fumando mucho, es preferible dar el pecho, ya que la leche materna protege de las infecciones al lactante y contrarresta en parte los efectos perjudiciales del humo del tabaco. Aunque no está del todo comprobado, se cree que la nicotina en exceso puede inhibir la producción de leche.

Consejos para la madre fumadora durante la lactancia

- No fumar dentro de la casa y mucho menos en el ambiente en donde está el bebé.
- Fumar lo menos posible.
- Dar el pecho, pues está comprobada su acción protectora contra las infecciones respiratorias causadas por el tabaco.
- Tratar de fumar lo más alejado posible (en tiempo) de cada toma, lo ideal sería no fumar por lo menos 2 horas antes de cada toma y a ser posible, hacerlo justo tras la toma.

Alcohol y lactancia. El alcohol consumido pasa rápidamente a la leche materna, en un nivel igual o superior al de la sangre materna, pero también los niveles descienden rápidamente ya que el alcohol no se acumula en la glándula mamaria. Aunque el nivel de alcohol en la leche es muy bajo, el olor que toma la leche es muy fuerte, alcanzando el máximo entre los 30 y 60 minutos después de haber consumido la madre alguna bebida alcohólica, lo que puede motivar que el lactante rechace esta leche.

Algunos estudios muestran que el alcohol inhibe la secreción de prolactina (hormona que interviene en la producción de leche) durante unas dos horas.

Los efectos del alcohol sobre el niño amamantado están directamente relacionados con la cantidad de alcohol que consume la madre. Una cantidad pequeña a moderada de alcohol no ha mostrado efectos nocivos en el niño. Una dosis de alcohol mayor de 0,5 gr/Kg puede producir sedación y disminución de la producción de leche. Esto equivale a 200 cc de vino, 500 cc de cerveza o 60 cc de licor.

Es muy importante no beber alcohol al menos durante los primeros 3 meses. Después de los primeros meses cantidades pequeñas y esporádicas son tolerables (una caña de cerveza o un vasito de vino una o 2 veces a la semana) procurando alejarlas de las tomas. No se deben tomar bebidas de alta graduación, como ginebra, licores o whisky. El mito popular de que un vaso de cerveza al día aumenta la producción de leche no tiene ninguna evidencia científica que lo apoye.

9. ¿Cuál es el mejor método anticonceptivo durante la lactancia?

Requisitos para una buena anticoncepción:

- No ser perjudicial para la madre
- No ser perjudicial para el lactante
- No interferir en la lactancia

Clasificación de los métodos anticonceptivos

- **Métodos naturales:**

MELA: usado correctamente alcanza una eficacia del 98%. Se han de reunir los siguientes requisitos: La mujer amamanta exclusiva o casi exclusivamente, con tomas frecuentes de día y de noche, la menstruación no se ha reanudado y el niño es menor de 6 meses.

- **Métodos de barrera:** son inocuos y sencillos de utilizar. No son perjudiciales ni alteran la leche. Tienen particularidades de uso en el puerperio y la lactancia.

PRESERVATIVO: es el método más adecuado para el postparto y la lactancia. No tiene peculiaridades especiales de uso durante este período. La sequedad puede hacer necesario el uso de lubricantes vaginales adecuados.

ESPERMICIDA: siempre asociados al resto de métodos de barrera y no aisladamente. Aunque se ha comprobado su absorción a nivel sistémico, no se han descrito efectos secundarios en el niño por su paso a la leche.

DIU: perfectamente válido para la lactancia porque su acción se ejerce a nivel local. Actualmente en uso: DIU de cobre, DIU de alta carga de cobre, DIU de levonorgestrel. Está en discusión cual es el momento ideal de inserción.

- **Anticoncepción hormonal:**

Terapia combinada con estrógenos y gestágenos: desaconsejados durante la lactancia.

Gestágenos sólo: la píldora de progesterona es el anticonceptivo hormonal de elección en la lactancia.

- **Métodos irreversibles:**

Esterilización tubárica.

En resumen:

El método MELA usado correctamente alcanza una eficacia del 98%. Los métodos de barrera son inocuos para la madre, la lactancia y el desarrollo del niño. Los anticonceptivos hormonales no son de 1º elección en las 6 primeras semanas postparto. Los que tienen sólo gestágenos son de 2º elección tras los no hormonales.

Es conveniente consultar con el ginecólogo, la matrona o en el centro de planificación familiar, para que ayuden a elegir el método más adecuado en cada caso.

10. ¿Puedo seguir amamantando si me quedo embarazada?

No es infrecuente que una mujer que está amamantando a su hijo se quede embarazada. Es posible llevar a cabo la lactancia materna durante todo el embarazo y después amamantar a los dos lactantes tras el segundo parto (lactancia en tandem).

La estimulación mamaria inducida por la succión tiene efecto sobre la liberación de oxitocina, que es una hormona que produce contracciones uterinas. Por ello debe evitarse esta estimulación durante la gestación en algunas situaciones especiales, como en embarazos múltiples, antecedentes de abortos o partos prematuros.

Aunque el embarazo durante la lactancia puede dar lugar a modificaciones en el sabor y volumen de la leche, ésta todavía aporta sus efectos beneficiosos. Algunos lactantes notan esos cambios de sabor, lo rechazan y se destetan, otros lo rechazan primero pero “se reenganchan” después.

La leche producida inmediatamente después del parto por la madre que no ha dejado de amamantar en ningún momento, corresponde a calostro. Los primeros días de calostro son clave para el recién nacido y la producción del mismo tiene un límite, por lo que el recién nacido debe ser amamantado en primer lugar.

La lactancia en tandem sólo requiere el mantenimiento de las medidas habituales de higiene. Si el lactante mayor presenta una lesión por herpes (labial o en otra localización), no debe ser amamantado, para evitar el contagio del recién nacido.

Hay buena información sobre este tema en la página web de “Alba-Lactancia materna”: <http://www.terra.es/personal7/eulalia1/tandem.htm>

11. Mi hijo no ha hecho deposiciones en varios días, ¿está estreñido?

El ritmo intestinal de un bebé varía según su alimentación. Si el bebé toma leche materna exclusivamente (sólo leche del pecho, no agua, no suero glucosado, no infusiones) la siguiente tabla puede servir de guía para valorar el ritmo intestinal normal.

EDAD	FRECUENCIA DE LAS “CACAS”	ASPECTO DE LAS “CACAS”
1 día	1	Negra, como un puré pegajoso
2-3 días	2-3	Verde primero más oscuro y poco a poco más claro, como puré
4-5 días	4-5	Verde-marrón-amarilla

EDAD	FRECUENCIA DE LAS "CACAS"	ASPECTO DE LAS "CACAS"
6-30 días	1 por toma	Amarillas, líquidas, con "grumitos", o marrones o verdes, de olor ácido. El color es variable y no es importante.
1-6 meses	Muy variable: desde una al día hasta una cada 20 días.	Blanditas como una pomada, el color es variable y no es importante

A partir del primer mes, muchos bebés con lactancia materna exclusiva no hacen "caca" todos los días. Esto es así porque la leche materna se adapta tan perfectamente a sus necesidades que prácticamente se aprovecha todo y hay poco que tirar.

Cuando empiezan a probar otros alimentos además del pecho, el aspecto de las "cacas" cambia. Algunos niños no hacen deposiciones durante unos días y éstas son más duras y con un olor diferente.

Algunos bebés hace ruiditos o como fuerza, aunque no hagan caca, lo que las madres pueden interpretar como que están molestos. Sin embargo, lo que está haciendo es simplemente ayudar a su bolo intestinal a moverse hacia abajo. "Está haciendo fuerza" para mover la "caca" hacia abajo. Cuando haya suficiente cantidad en la última parte del intestino grueso (el recto), entonces su cuerpo tendrá la señal que necesita y al hacer fuerza, relajará el ano y saldrá la caca.

No es bueno estimular el ano con el dedo, con el termómetro, con una ramita de perejil impregnada en aceite o con una cerilla (por nombrar los métodos más comunes), ya que ello puede hacer que el sistema nervioso del bebé se acostumbre a hacer "caca" sólo con el estímulo. Tampoco es necesario dar zumos ni laxantes ni infusiones "para el cólico". Esto no es bueno para su intestino que ya tiene lo mejor, "la leche materna", y aumenta el riesgo de diarreas e infecciones. Además puede disminuir la producción de leche, ya que el bebé mamará menos y el pecho, en respuesta, fabricará menos leche.

Para asegurar que el bebé no tenga problemas se le debe ofrecer el pecho a menudo, tomarlo mucho en brazos (la fuerza de la gravedad ayuda al bolo intestinal), jugar con él y hacerle masajes en el abdomen. Todo esto le proporcionará cariño, el mejor alimento, las mejores bacterias intestinales (los famosos bífidus) y el ejercicio y estímulo que necesita.

Cuando consultar con el pediatra: Si tu bebé no ha eliminado el meconio (la primera caca negra) el primer día, o si a partir del 4º día y durante todo el primer mes, no hace "cacas" todos los días o estas tienen una consistencia mayor que la de un puré.

En Resumen:

Ofrecer el pecho a demanda del bebé, tomarlo mucho en brazos, jugar con él y hacerle masajes son el mejor método para asegurar que el bebé no esté estreñado y se críe sano y feliz.

A partir del primer mes, muchos niños con lactancia materna exclusiva no hacen "caca" todos los días, pero esto no es estreñimiento.

12. ¿Los niños alimentados al pecho pueden sufrir alergia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca?

Al igual que otras muchas sustancias, las proteínas de la leche de vaca pueden pasar a la leche de la madre y llegar al niño. Algunos lactantes alimentados al pecho desarrollan alergia o intolerancia a dichas proteínas por tratarse de sustancias antigénicas extrañas ya que pertenecen a otro animal. En realidad, el alimento que más alergias e intolerancias causa es la leche de vaca.

Se habla de **Alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV)** cuando un individuo, tras la ingesta de lácteos manifiesta una respuesta anormal (con síntomas que se pueden englobar dentro de las reacciones adversas a alimentos) y en ese proceso hay un mecanismo inmunológico comprobado. Es un cuadro más grave que la intolerancia. Se desencadena con pequeñas cantidades de proteínas lácteas y puede producir urticaria y reacciones alérgicas importantes. Son factores de riesgo para sufrir APLV los siguientes: antecedentes familiares de alergia, administración precoz de sucedáneos de leche con posterior lactancia materna (biberón en maternidades), administración intermitente de leche artificial durante la lactancia materna.

En la intolerancia los síntomas pueden ser eccemas, diarreas, fisuras anales, llanto, cólicos y dolor abdominal.

Ambos cuadros (la alergia y la intolerancia) pueden aparecer cuando al bebé amamantado se le da alguna toma de fórmula artificial o bien cuando la madre toma lácteos.

En nuestra cultura se ha sobrevalorado la importancia de la leche en la dieta, y muchas madres que habitualmente toman muy pocos lácteos, cuando están dando el pecho reciben insistentes mensajes de que "es importante tomar leche y derivados para producir leche". El calcio puede obtenerse de muchos otros alimentos (lentejas, soja, frutos secos, anchoas, sardinas en aceite, almejas, marisco, calamares, pescado y carne) de modo que no es necesario tomar queso, ni yogur, ni leche para fabricar mucha leche y para mantener los huesos fuertes.

Cuando se sospecha que un niño alimentado al pecho tiene síntomas debidos a una intolerancia se puede suprimir por completo las proteínas lácteas de la dieta materna (a veces también todas las proteínas vacunas) y la mejoría suele ser espectacular. En la mayoría de niños los síntomas repiten a la mínima introducción de lácteos en la dieta de la madre, pero habitualmente hacia los 18 meses-2 años suelen desaparecer.

Cuando se sospecha alergia hay que realizar pruebas alérgicas. Si se comprueba clínicamente

(síntomas más o menos graves de sangrado intestinal o choque anafiláctico con vómitos-palidez-malestar o urticaria-angioedema) con pruebas de alergia positivas o negativas, el pediatra retirará la leche de vaca y sus derivados de la dieta de la madre (a veces incluso la carne de vacuno).

La mejor forma de **disminuir el riesgo de enfermedades alérgicas** (incluida la APLV y otras alergias alimentarias) consiste en mantener la lactancia materna exclusiva 6 meses y evitar la introducción de leche de vaca y derivados lácteos antes de los 12 meses de edad en niños de alto riesgo de alergia (antecedentes de alergia en familiares de primer grado).

13. ¿Es malo compartir la cama con el bebé?

La manera de dormir de los mamíferos se ha visto determinada, tras miles de años de adaptación, para garantizar su supervivencia. Los humanos, al ser los más dependientes durante el primer año de vida, muestran conductas encaminadas a fortalecer la relación con su cuidador, casi siempre la madre. Ésta representa la fuente de alimento, calor, protección, consuelo y soporte a las necesidades del recién nacido. El hecho de que el bebé se despierte con facilidad y llore en solicitud de alimento y estímulo disminuye el riesgo de que sufra bajadas del azúcar corporal (hipoglucemia) y asfixia (apnea). Por otro lado, la leche materna facilita que el niño coja el sueño, en parte porque contiene triptófano, una sustancia que actúa en el cerebro como inductor del sueño.

En toda la historia de la humanidad los niños han dormido con sus padres. Esta práctica se llama colecho cuando se comparte la misma cama. El contacto continuo favorece el desarrollo del vínculo afectivo, el bienestar del bebé, el desarrollo neuronal y la capacidad de respuestas adecuadas ante situaciones de estrés. Estudios recientes demuestran que la cercanía del niño y la madre facilita el mantenimiento de la lactancia materna y que ésta tiene un efecto protector frente al Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. También se sabe que el colecho es más frecuente en los niños alimentados al pecho que en los que reciben lactancia artificial.

El patrón de sueño va cambiando a lo largo de los primeros años de vida. En general, las horas de sueño y los despertares nocturnos van disminuyendo, si bien existen amplias diferencias individuales. Cuando el niño se despierta por la noche, en ocasiones con pesadillas, asustado y agitado, busca refugio y consuelo junto a sus padres, en quienes tiene depositada su confianza afectiva. Hay que conocer los patrones normales de sueño para aceptarlos mejor. También hay que saber que no hay soluciones mágicas para evitar los despertares nocturnos y que el sentido común debe primar.

La decisión de dormir con sus hijos debe ser una opción de los padres. Tal decisión va ligada a la cultura y a los deseos de cada familia sobre la relación con sus hijos. A los profesionales de la salud, médicos, pediatras y enfermeras les corresponde dar información sobre ciertas circunstancias que pueden acarrear mayor riesgo para los niños si se practica el colecho, principalmente entre los menores de 6 meses de edad. En este sentido se deben establecer las siguientes recomendaciones:

1. La forma más segura de dormir para los lactantes menores de seis meses es en su cuna, boca arriba, cerca de la cama de sus padres.
2. La lactancia materna tiene un efecto protector frente al Síndrome de Muerte Súbita del Lactante y, por otro lado, el colecho es una práctica beneficiosa para el mantenimiento de la lactancia materna, pero también se considera un factor que aumenta el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante por lo que no debe ser recomendado en:
 - Lactantes menores de tres meses de edad.
 - Prematuridad y bajo peso al nacimiento.
 - Padres que consuman tabaco, alcohol, drogas o fármacos sedantes.
 - Situaciones de cansancio, especialmente de cansancio extremo, como el postparto inmediato.
 - Colecho sobre superficies blandas, colchones de agua, sofá o sillones.
 - Compartir la cama con otros familiares, con otros niños o con múltiples personas.
3. Aquellos padres que deseen mantener una mayor proximidad con su bebé durante la noche, pueden optar por colocar la cuna al lado de la cama o utilizar una cuna tipo "sidecar" (superficie independiente adosada a la cama de los padres), que facilita la lactancia y no interfiere con la frecuencia de las tomas de pecho.

14. ¿Necesita mi hijo el chupete?

El bebé que toma pecho no necesita chupete y al menos durante las primeras semanas de vida, no se le debe ofrecer, porque el chupete hace más difícil que aprenda a mamar de forma eficaz. El uso del chupete en los primeros días o semanas puede ser la causa de grietas y dolor en el pezón e incluso, de falta de ganancia de peso.

Cuando el niño ya es más mayorcito y mama bien (se coge bien, succiona con energía, duerme periodos de 2, 3 ó 4 horas, orina mucha cantidad y gana bien de peso) no suele haber problemas porque utilice el chupete alguna vez, aunque es de esperar que prefiera a su mami calentita que huele tan bien a leche, antes que a un pedacito de plástico.

Algunos estudios encuentran que los bebés que usan chupete maman durante menos meses que los que no lo hacen. El chupete puede ser una de las causas por las que una madre note que tiene menos leche. Es importante recordar que la madre produce leche a través de varios mecanismos: cuando el bebé vacía los pechos y cuando el bebé succiona del pecho, aunque no sea para comer. El bebé necesita succionar para tranquilizarse y estas pequeñas tomas "no nutritivas" son un estímulo excelente para asegurar una adecuada producción de leche durante los 2 primeros años de vida. Conviene recordar que cada vez que se le ofrece el chupete al bebé es un estímulo que pierde el pecho de la madre, por ello el chupete debería relegarse a situaciones aisladas (cuando la madre está ausente, cuando está conduciendo, etc.)

También se sabe que el empleo del chupete puede condicionar un mal desarrollo del sistema muscular y óseo de la boca y de la cara, y contribuir a problemas con los dientes en el futuro.

15. ¿Hasta cuándo es bueno que mame mi hijo? ¿Cuándo hay que destetarlo?

El patrón de duración de lactancia en los humanos hasta hace menos de 100 años, ha sido de 3 a 4 años con variaciones entre el año y los 7 o más años. Todavía hay sociedades y culturas en las que la lactancia prolongada es lo normal. En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan mantener la lactancia hasta los dos años o más, en todos los países del mundo.

- El amamantamiento es un acto personal entre madres e hijos.
- La leche de la madre de la propia especie, siempre es mucho mejor que la de un animal de otra especie.
- En el primer año se recomienda ofrecer el pecho antes de las comidas.
- Los niños que maman por encima del año siguen obteniendo una cantidad sustanciosa de calorías y micronutrientes (hierro, calcio, vitaminas) de la leche que toman de sus madres (en ocasiones, por encima del 50% de las necesidades diarias).
- Después del primer año y por lo menos hasta el segundo, es recomendable que el niño realice al menos 4 tomas de pecho al día, antes o después de las comidas, por la noche, etc. En esta etapa muchos niños maman como postre y cuando están enfermos, es lo único que comen.

Cuando la madre desee destetar a su bebé debe hacerlo con delicadeza y paulatinamente. Dejarle llorar o irse de viaje son soluciones crueles y desconsideradas hacia él. Se puede dulcificar el proceso de varias maneras:

- Posponer el pecho o darlo con condiciones (cuando termines la comida, cuando vayas a dormir, sólo en casa, o sólo en ...) para ir disminuyendo el número de veces que mama.
- Cuando insista y "no sea el momento elegido", conviene proporcionarle otro tipo de consuelo: jugar, hacer un puzzle, leer un cuento, hacernos cosquillas, cantar, jugar al escondite, guardar los muñecos, etc.
- Hablar con el niño, darle alguna explicación de por qué "ahora no se puede" (mamá está cansada, ya comes bocadillos y con tenedor,...). Los niños son mucho más comprensivos de lo que se espera si perciben en sus padres un verdadero deseo de comunicarse y de compartir.

- Darle muestras de cariño continuamente (no sólo se ama dando el pecho).

Los niños no llegan a ser más o menos independientes según el alimento que hayan tomado sino el modo en que se les ha dado éste (condicional o incondicional). En realidad no depende del tipo de alimentación sino del estilo de crianza.

16. Rechazo del pecho. Huelga de lactancia

En ocasiones los bebés pueden rechazar el pecho y esto puede deberse a multitud de causas. Si logramos averiguar el motivo que lo genera, tendremos la solución al problema.

Los recién nacidos son capaces de encontrar el pecho de su madre y hacer una toma espontánea en las primeras dos horas tras el parto. Suele ocurrir que después de esta primera toma, se quedan adormilados durante horas, a veces 8-10 horas y apenas maman; ésto es perfectamente normal. Si en este tiempo se intenta poner al niño al pecho, probablemente no lo cogerá. En estas situaciones se habla de un **"falso rechazo"**. Hay que intentar despertarle con caricias y besos y ponerlo en contacto piel con piel, de esta forma, cuando se despierte tendrá el pecho a su alcance.

Puede ocurrir que los bebés sólo quieran mamar de un pecho cada vez, a veces quieren el segundo y a veces no. En este caso también estamos ante un **"falso rechazo"**. Lo que ocurre es que se quedan totalmente satisfechos con el primero y no necesitan seguir comiendo, su hambre se ha saciado.

Si sólo quieren comer del mismo pecho siempre, negándose a mamar del otro, puede ser que:

- La postura sea inadecuada y dificulte el agarre.
- El pezón sea plano o demasiado grande y no quepa en la boca del niño.
- El bebé tenga dolor de oído, fractura de clavícula, molestias por la vacunación, un hematoma en la cabecita tras el parto, etc.
- La madre tenga una mastitis, lo que condiciona un cambio en el sabor de la leche (más salada).

Se puede cambiar la posición para dar el pecho, recomendar a la madre que haga mucho contacto piel con piel y sacar la leche del pecho que rechaza para no provocar ingurgitación y no disminuir la producción de leche en esa mama. En cualquier caso, hay que proporcionar tranquilidad a la madre y confianza en que su bebé sabe cómo engancharse y ella cómo ayudarlo.

Si rechazan ambos pechos puede ocurrir que:

- Haya tenido una experiencia desagradable (sondajes, aspiración...) que producen aversión oral.
- Se hayan producido cambios en las rutinas: incorporación de la madre al trabajo, obras en casa, mudanzas, viajes, visitas inesperadas, inicio de la guardería...
- La madre está embarazada o tiene la regla, lo que puede variar el sabor de la leche.
- Haya cambiado el olor de la madre, por el empleo de nuevos jabones, perfumes, desodorantes, por sudor excesivo...
- Un ruido fuerte o un movimiento brusco mientras el bebé estaba mamando, etc.

Las claves para superar el rechazo son armarse de paciencia, intentar averiguar la causa, y como casi siempre que hay discrepancias interpersonales: mucho amor, respeto hacia la otra persona y contacto físico (piel con piel).

17. Llanto, cólico del lactante

Las necesidades básicas de los bebés son la protección, el calor y el alimento. Cuando les falta alguna de ellas, primero manifiestan incomodidad, se les ve inquietos e intentan consolarse chupándose el puño, o bostezan, o mueven las extremidades como pidiendo algo. Si no se les atiende, lo más probable es que acaben llorando. Durante los primeros 60 segundos, se trata de una protesta y se calmará con facilidad si la madre o el cuidador les atiende. En caso contrario, tras más de un minuto se desesperan y acaban llorando intensamente manifestando el estrés que están sufriendo.

El niño cuando llora no intenta "manipular" ni "llora por llorar". El llanto es una manera de comunicación del lactante que indica una necesidad, pero no siempre significa hambre. Muchos bebés están tan tranquilamente mamando y cuando acaban, si la madre los coloca en la cuna, rompen a llorar, lo que se interpreta equivocadamente como que tienen hambre. Generalmente se calman en el momento en que la madre les toma de nuevo en brazos y los acerca al pecho, del que apenas succionan. Algunos autores opinan que los bebés se sienten profundamente solos en la cuna, en peligro. Solo se sentirán protegidos en contacto con la madre, el padre o cualquier persona que les cuide.

Se conocen como cólicos del lactante a los episodios de llanto que suelen durar alrededor de 2-3 horas al día más de 3 días a la semana, que tienen lugar por la tarde-noche y que suelen aparecer a partir de los 15 días. El bebé estira y encoge las piernas, muestra una expresión de dolor y ventosea, lo que a veces le alivia.

Se cree que estos episodios de llanto obedecen a dolores abdominales, y se han intentado relacionar con alergias, gases, hipermotilidad intestinal, temperamento, sobrecarga de estímulos, etc. Algunos autores consideran que el llanto a esas horas (tarde-noche) traduce un

estrés acumulado durante el día. Hay que tener en cuenta que en general nuestros bebés no están siempre en contacto con su madre o su cuidador, situación que les puede estresar y que expresan como llanto al final del día. De hecho, los bebés que siempre están en estrecho contacto con su madre (en pañuelos o en brazos) como la mayoría de bebés africanos, asiáticos, latinoamericanos e indonesios, no lloran más que cuando están enfermos.

Siempre hay que descartar alguna enfermedad y comprobar que la técnica de lactancia es correcta, ya que esto puede ser causa de llanto. En pocos casos el llanto puede ser consecuencia de alergia a las proteínas de la leche de vaca u otro alimento que toma la madre (ver pregunta más frecuente nº 12). Si todo está bien, los medicamentos no suelen ser eficaces, tampoco las infusiones.

En resumen:

El llanto del bebé está especialmente diseñado para alarmar a su madre. Actualmente se sabe que el cólico se puede aliviar o prevenir manteniendo al niño en contacto permanente con su madre o cuidador. Por ello se recomienda responder precozmente al llanto y tomar al bebé en brazos. Esta medida es más eficaz para mejorar los cólicos que cualquier otra intervención, y no malcría al niño.

Si la madre lo pone al pecho y se calma, ya está solucionado. Si continúan llorando y el llanto del bebé pone muy nervioso a uno de los padres, es preferible que intente calmarlo aquél que esté más relajado. Si no se calma, es mejor que lllore, que libere su estrés, en brazos que solo.

Sacudir al bebé no solo empeorará la situación, sino que puede lesionarle gravemente.

18. Los baches de lactancia, la “crisis de los 3 meses”

Después del nacimiento se inicia el proceso de instauración de la lactancia para alcanzar niveles óptimos de producción hasta las 6 semanas de vida. Al principio el bebé necesita mamar muy a menudo (8-10 veces en 24 horas para los niños a término y 10-12 veces para los prematuros) con vaciamiento adecuado de las mamas, para producir el estímulo efectivo. Paulatinamente se alcanza un ritmo más pausado en las tomas con episodios intercurrentes de mayor demanda por parte del bebé. Este fenómeno permite adecuar la producción de la madre a las necesidades del niño.

En torno a las 3 semanas, al mes y medio y a los 3 meses, muchos bebés tienen unos días “raros” en que están algo más inquietos, lloran más, duermen peor, maman más a menudo, se agarran al pecho y de repente se estiran, lo sueltan, lloran,... Posiblemente esto tenga relación con la aceleración normal en su velocidad de crecimiento que condiciona una mayor demanda de leche.

En general, se habla de la crisis de los 3 meses describiéndola como un momento en el que:

- El bebé reclama mamar más a menudo (lo que la madre interpreta como que tiene hambre).
- La madre no nota el pecho tan lleno (lo que interpreta como que ella no tiene leche suficiente).

El resultado es que en ese momento muchas madres empiezan a dar biberones, lo cual no es la solución adecuada.

Pero, en realidad, lo que ocurre es que:

- El bebé reclama más a menudo porque está creciendo (por eso se llaman también “baches o crisis de crecimiento”) y esto hace que su apetito aumente.
- La madre no tiene los pechos tan llenos porque a esa edad su producción de leche se ha ajustado a las necesidades del bebé, ya no gotea, ni se nota tanto la subida de leche. Además, el lactante vacía el pecho con más eficacia y hace más rápida la toma.

De modo que lo adecuado es intentar adaptarse al bebé. Si pide más pecho porque necesita comer más, la solución es ponerlo más al pecho para que aumente la producción de leche. Si en lugar de pecho se le da un biberón, esto evitará que aumente la producción de leche y empeorará las cosas.

19. Mi hijo me muerde ¿qué debo hacer?

Los niños pueden morder por diferentes razones, dolor, incomodidad, descubrir para qué sirven los dientes..., esto es molesto y doloroso por lo que hay que intentar que no lo hagan. Se puede recurrir a diferentes métodos pero todos encaminados a hacerle entender que duele y que si sigue haciéndolo no podrá continuar alimentándose al pecho.

Puede ayudar lo siguiente:

- Decir ¡No! de manera seca y clara (mensaje verbal)
- Poner cara muy seria mirándole a la cara (mensaje no verbal)
- Quitarle el pecho de la boca, pero seguir con él en brazos.

Los mensajes no verbales (gestos) refuerzan al lenguaje verbal y ayudan al bebé a comprender. Él está descubriendo cosas nuevas, no sabe que morder duele y hay que hacérselo entender. Después se le puede ofrecer de nuevo el pecho y decirle “no me muerdas”. Suele ser necesario repetirlo unas cuantas veces, pero al final aprenderá la lección.

Algunos bebés se asustan y lloran si el ¡no! es demasiado seco y la cara muy seria, en ese caso se le puede abrazar para consolarlo pero sin darle el pecho de manera inmediata. Hay que esperar a que se tranquilice y ofrecerle después el pecho repitiendo el mensaje de forma más suave.

Hay niños que suelen morder al final de la toma justo antes de soltarse. En ese caso se le puede decir que abra la boca para que a mamá no le duela o meter el dedo en su boca para ayudar a la separación, sobre todo si muerde ya dormido.

No hay que reírse o que el niño sienta ese momento como un juego, pues en ese caso continuará mordiendo para hacer reír y será más difícil que abandone esa costumbre.

Si le duele la boca se le pueden ofrecer juguetes fríos para que le calmen y los muerda, y así no muerda el pecho. También se le puede pedir que bese el pezón o acaricie el pecho, haciéndole entender que él también puede ayudar a su mamá.

20. Tengo el pezón plano o invertido, podré dar de mamar?

La forma del pezón no suele representar un problema para la lactancia, aunque a veces se necesita ayuda durante los primeros días para que el bebé se agarre al pecho.

En la mayoría de las ocasiones se trata de **pezones planos** pero elásticos, que pueden estirarse al agarrarlos con los dedos y tirar un poco hacia afuera. Normalmente, estos casos se resuelven poco a poco y no plantean dificultades para la lactancia. Conviene explicar a la madre que tiene que esperar a que el bebé abra mucho la boca y agarre así un buen "mordisco" de pecho. De esta forma, al iniciar la succión el bebé crea un vacío y el pezón va saliendo poco a poco. En ocasiones se aconseja el uso de una pezonera, aunque después puede ser difícil retirarla y que el niño se agarre directamente al pecho. También se han diseñado dispositivos para sacar el pezón, por medio del vacío, que pueden utilizarse en algunos casos.

Cuando se trata de un **pezón invertido** "verdadero", no protráctil (al apretar alrededor de la aréola se hunde hacia dentro del pecho y no puede estirarse), es más difícil conseguir que el niño se agarre bien, pero no imposible. Se puede probar a utilizar pezonera los primeros días. En algunos casos se consigue que el bebé aprenda a agarrarse y vaya formando algo de pezón, pero en otros la lactancia no es posible directamente al pecho y es necesario recurrir al sacaleches para vaciar los pechos y ofrecerle después la leche extraída al bebé por el método que se prefiera.

21. Me duele mucho el pecho, tengo una zona roja y dura. Ingurgitación, inflamación, mastitis.

Un pecho puede inflamarse y doler fundamentalmente por los siguientes motivos: ingurgitación, obstrucción de un conducto y mastitis.

La **ingurgitación** ocurre cuando los pechos producen más leche de la que el lactante extrae, aumentando ambos de tamaño y provocando dolor. Esto suele ocurrir al comienzo de la lactancia con la "subida de la leche". Se da más frecuentemente en el primer hijo, y cuando se amamanta al bebé con horarios rígidos y pocas tomas al día, o se le ofrecen suplementos de suero o fórmulas infantiles. La ingurgitación es mucho menos frecuente cuando el bebé se pone al pecho desde el primer momento tras el nacimiento y muy a menudo (unas 12 veces) los primeros días. En épocas posteriores de la lactancia es más raro, pero puede pasar si hay separación momentánea de madre y lactante (hospitalización de madre o hijo, horario de trabajo) o si el lactante mama menos por enfermedad u otro problema o, simplemente, al dormir más horas por la noche. Puede provocar algo de fiebre si la ingurgitación es importante.

El tratamiento se basa en: extraer la leche y calmar el dolor. Quien mejor extrae la leche es el lactante, por ello se le debe poner al pecho con frecuencia. Cuando los pechos están muy tensos el bebé puede tener dificultades para agarrarse, y conviene vaciarlos previamente, de forma manual o con un sacaleches, tras aplicar calor local (una ducha o baño en agua caliente) para producir vasodilatación y facilitar la salida de la leche. De esta manera se logra disminuir la tensión de la areola, y que quede blanda lo que facilita el agarre. La aplicación de frío local (compresas de gel frío o bolsas de hielo o verduras congeladas) entre las tomas alivia el dolor por su efecto vasoconstrictor y antiinflamatorio. Los medicamentos del tipo del ibuprofeno o el paracetamol también alivian el dolor y son compatibles con la lactancia.

La **obstrucción de un conducto lácteo** surge como consecuencia de un vaciado defectuoso o ineficaz de un lóbulo mamario, por una mala técnica de lactancia o por la utilización de sujetadores de talla o modelo inadecuado que producen una compresión excesiva. En raros casos puede obedecer a una malformación u otras lesiones de la mama (quistes, tumores), que favorecen la obstrucción del conducto.

Se manifiesta por la presencia de un bulto doloroso en el pecho y enrojecimiento de la piel de esa zona. Generalmente no hay fiebre ni síntomas generales.

El tratamiento es similar al de la ingurgitación, se debe aumentar la frecuencia de las tomas y aplicar calor local antes de las mismas. Si hay mucho dolor, conviene ofrecer primero el lado sano para que realice las primeras succiones, que son más vigorosas, en el pecho que no duele, y se ponga en marcha el reflejo de eyección, que facilitará la salida de la leche. Cuando la madre note la subida de la leche, cambiará al bebé de pecho para que vacíe bien el lado afecto.

Hay que colocar al lactante de forma que su lengua facilite el drenaje del conducto (la zona

del pecho que mejor se vacía es la que queda en contacto con la lengua) y realizar durante la toma un masaje suave sobre la zona afecta, moviendo el pulgar por encima del bulto, en dirección hacia el pezón, para facilitar el drenaje. Si el niño no vacía bien el pecho, después de la toma conviene terminar de extraer la leche con un sacaleches.

La madre debe utilizar durante el día un sujetador adecuado, bien ajustado, pero elástico, que no provoque una excesiva presión.

La **mastitis** consiste en una inflamación de uno o varios lóbulos de la mama, que puede acompañarse o no de infección. La mastitis no infecciosa se presenta como consecuencia de una retención de leche no resuelta. El cuadro puede evolucionar a una mastitis infecciosa, ya que la retención de leche favorece el crecimiento bacteriano. Se manifiesta por dolor intenso y signos inflamatorios (enrojecimiento, tumefacción, induración) en un cuadrante de la mama, dependiendo del lóbulo afecto. En ocasiones se presenta un dolor lacerante "como agujas que se clavan hacia dentro del pecho" por inflamación de los conductos galactóforos. La mastitis generalmente se acompaña de síntomas generales similares a los de un cuadro gripal: fiebre, escalofríos, malestar general, cefaleas, náuseas y vómitos. Hay casos de mastitis subclínica que cursan con poca sintomatología.

Es importante saber que la leche del pecho afectado no tendrá ningún efecto perjudicial en el niño, por lo que no se debe suspender la lactancia materna, aunque la madre esté tomando medicamentos (se utilizarán aquellos compatibles con la lactancia). La infección no se transmite al lactante y además al continuar la alimentación al pecho mejora la evolución de la mastitis y disminuye el riesgo de complicaciones.

El tratamiento debe iniciarse precozmente, en las primeras 24 horas, para reducir el riesgo de complicaciones: abscesos y mastitis recurrente. Se deben seguir los consejos citados para la ingurgitación y la obstrucción de un conducto: aplicar calor local antes de las tomas, masaje, posición adecuada, tomas frecuentes, extracción manual o con sacaleches al final de la toma y aplicar frío local entre las tomas. Si es necesario, se administrarán analgésicos, como el ibuprofeno (400 mg cada 8 horas) o el paracetamol (650 mg cada 8 horas). El reposo en cama durante uno o dos días es parte importante del tratamiento.

La leche del pecho enfermo es ligeramente más salada, lo que puede producir rechazo del lactante a mamar de ese lado y obligaría a la utilización más frecuente del sacaleches.

Se debe tomar siempre una muestra de leche (obtenida por extracción manual, desechando las primeras gotas) para hacer un recuento de leucocitos y bacterias y realizar un cultivo que permitirá identificar el agente causal y el tratamiento de elección: antibiótico durante 10-14 días en el caso de una infección bacteriana o antifúngicos locales y/o generales durante un mínimo de 2 semanas en la infección por *Candida*.

22. ¿Puedo hacer deporte si doy el pecho?

La lactancia materna y la práctica de deporte son perfectamente compatibles. El ejercicio físico tiene numerosos efectos beneficiosos en la salud materna: mejora la función cardiovascular y la calcificación de los huesos, ayuda a perder la grasa acumulada durante el embarazo, aumenta la fuerza y la flexibilidad muscular, estimula el sistema inmunitario, reduce el estrés y la ansiedad, aumenta la autoestima y produce sensación de bienestar.

Por otro lado, la práctica regular de ejercicio físico moderado, en madres previamente entrenadas, no tiene ninguna repercusión negativa en la composición ni el volumen de leche. Sin embargo, el ejercicio físico intenso, en mujeres sin entrenamiento previo, puede producir una disminución en el volumen de leche y cambios en su composición, con un descenso en la concentración de algunos factores de defensa (la inmunoglobulina A o IgA) y del azúcar natural de la leche (la lactosa) y un aumento de otros productos como el ácido láctico, que por su sabor amargo, podría provocar rechazo del pecho (aunque en la práctica este cambio en el sabor de la leche suele ser bien tolerado por el lactante). Por todo ello, la práctica de ejercicio intenso de forma continuada sólo es aconsejable en las deportistas profesionales.

En cuanto al tipo de deporte, la natación solo está contraindicada en el puerperio inmediato. Durante la lactancia no son recomendables los deportes en los que exista riesgo de traumatismos en la mama. Se puede practicar cualquier otro deporte siguiendo las siguientes recomendaciones: Realizar el ejercicio físico después de amamantar y utilizar un sujetador de deporte, preferiblemente de algodón. Se debe hacer siempre un calentamiento previo e incrementar la intensidad del ejercicio progresivamente, parando cuando se canse ya que no se debe llegar a tener sensación de fatiga. También se recomienda aumentar la ingesta de líquidos y seguir una dieta pobre en grasa (por debajo del 30% del aporte energético) y rica en hidratos de carbono complejos (hasta un 55-59%), para mantener los depósitos de glucógeno, principal fuente de energía para la actividad física.

Las madres que deseen perder peso pueden combinar el ejercicio físico con una restricción calórica moderada siguiendo una dieta equilibrada, sin que tenga efectos negativos sobre la lactancia.

23. Cómo puedo conservar y almacenar la leche materna extraída?

Tiempo de almacenamiento

La leche materna tiene propiedades antibacterianas que permiten su almacenamiento por periodos prolongados de tiempo, en determinadas condiciones.

- Calostro: a temperatura ambiente (27-32 °C) 12 horas.

- Leche madura:

- A temperatura ambiente
 - 15°C: 24 horas.
 - 19-22 °C: 10 horas.
 - 25 °C: 4 a 6 horas.
 - 30-38°C: 4 horas
- Refrigerada (en nevera) entre 0 y 4 °C: 8 días. Cuanto más estable sea la temperatura, mejor se conservará la leche, por lo que no se debe poner la leche en la puerta del frigorífico.
- Congelada:
 - En un congelador dentro de la misma nevera: 2 semanas.
 - En un congelador que es parte de la nevera pero con puertas separadas (tipo combi): 3-4 meses (porque la temperatura varía cuando la puerta se abre con cierta frecuencia).
 - En un congelador separado, tipo comercial, con temperatura constante de -19 °C: 6 meses o más.

Aunque las sustancias protectoras de la leche materna evitan el crecimiento bacteriano, cuantas más bacterias desaparecen, más defensas se gastan de la leche, por eso, lo ideal es enfriar rápidamente la leche extraída (en un recipiente con agua fría) y después congelarla lo antes posible. Si se realiza la extracción en casa y la leche no se va a utilizar ese mismo día, lo mejor es congelarla. Si se realiza la extracción fuera de casa, hay que conservarla en una neverita portátil con frigolines y congelarla en cuanto se llegue a casa.

Tipo de envase

La leche materna extraída debe almacenarse siempre en envases destinados para uso alimentario. Los mejores envases para congelación son los de cristal, ya que los de plástico pueden contener sustancias con efectos adversos para la salud (ftalatos y bisfenol A).

Si utilizas bolsas de plástico almacénalas bien cerradas, dentro de un recipiente rígido, dentro de la nevera, para evitar pinchazos que supondrían pérdidas o contaminación.

Limpieza de los envases

Antes de su utilización, hay que limpiar bien los recipientes con agua caliente y jabón, aclarándolos a continuación y dejándolos secar al aire. También puede utilizarse el lavavajillas, pero no es necesario esterilizarlos.

Cómo descongelar y calentar la leche extraída

La leche se puede descongelar sumergiendo el recipiente en otro con agua caliente, mejor que calentándola directamente. Es preferible no utilizar el microondas porque el calentamiento es irregular y pueden producirse quemaduras. Una vez calentada, conviene agitarla antes de probar la temperatura.

La leche descongelada se puede guardar en la nevera 24 horas pero no se debe volver a congelar. Es preferible descongelar pequeñas cantidades, las que se vayan a utilizar inmediatamente, para evitar pérdidas de nutrientes y de factores de defensa. La leche que haya probado el bebé no se debe almacenar de nuevo.

Olor rancio

Algunas madres pueden notar que su leche tiene un olor rancio al descongelarla. Esto se debe a la acción de una sustancia que se encuentra en la leche, llamada lipasa. El enfriamiento rápido y la congelación posterior evita el enranciamiento en muchas ocasiones. Si aún así, tiene olor a rancio, para prevenirlo, se puede escaldar la leche (calentar hasta observar que se empiezan a formar burbujas o una ligera espuma en los bordes del recipiente) y luego dejar enfriar y congelar. Una vez que tiene olor rancio no se puede hacer nada para eliminarlo. La leche rancia no es perjudicial para el bebé, que puede tomarla si le gusta, aunque la mayoría la rechazan por su sabor.

24. ¿Cómo protege la ley a la mujer trabajadora que amamanta?

El trabajo es un derecho de la mujer que le permite ser independiente económicamente y realizarse como persona. Algunas mujeres deciden dejar de trabajar cuando son madres pero ser una buena madre no es incompatible con trabajar fuera de casa, tanto si se amamanta como si no.

En el momento actual, según la legislación española (ver más abajo), se contemplan diversas medidas para facilitar la incorporación de la mujer, tras la maternidad, al trabajo remunerado. Las que vamos a ver son generales pudiendo existir alguna más según la Comunidad Autónoma. Por otro lado, los convenios colectivos pueden mejorar estos derechos.

1. Permisos retribuidos:

- a. Suspensión del contrato de trabajo por maternidad (Baja maternal): la mujer tiene derecho a 16 semanas de baja posteriores al parto recibiendo el 100% de la base reguladora abonado por el INSS, este permisos se ampliará en 2 semanas más por cada hijo/a a partir

del segundo en caso de partos múltiples. Este permiso es obligatorio para la mujer durante las primeras 6 semanas, las otras 10 las puede compartir de forma simultánea o sucesiva con el padre en caso de trabajar ambos. La baja maternal se puede disfrutar a tiempo completo o parcial. En caso de un parto prematuro o si el recién nacido debe permanecer hospitalizado por un periodo superior a 7 días se amplía el permiso de maternidad tantos días como esté hospitalizado hasta 13 semanas máximo. También se amplía en dos semanas en el caso de nacimiento, adopción o acogimiento de un hijo/a minusválido/a. Se mantiene el derecho a disfrutar de la baja materna en caso de fallecimiento del bebé.

b. Suspensión del contrato por paternidad (baja paternal): El padre tiene derecho a un permiso de 13 días que se sumará al permiso de nacimiento y es ampliable 2 días más por cada hijo a partir del segundo en caso de partos múltiples. Es un derecho exclusivo del padre y podrá ejercerse a tiempo completo o parcial y durante todo el tiempo que dure el permiso de maternidad o una vez concluido. El padre también puede disfrutar el permiso de maternidad en caso de fallecimiento de la madre aunque no realizase ningún trabajo.

c. Permiso de lactancia por hijo menor de 9 meses (funcionarios 12 meses): Es un derecho de la madre que puede ceder al padre en caso de que los dos trabajen. Independientemente del tipo de lactancia, o si es por adopción, la madre o el padre tienen derecho ausentarse una hora del trabajo al día que podrán dividir en dos fracciones de media hora si es en medio de la jornada, si prefieren salir antes o entrar después a trabajar la reducción será de media hora. Se contempla también la posibilidad de negociación con la empresa, siempre que se respete el convenio colectivo. Este permiso aumentará en caso de partos múltiples de manera proporcional al número de niños (gemelos 2 horas, trillizos 3 horas).

d. Permiso para exámenes prenatales y clases de preparación al parto: La madre podrá ausentarse del trabajo avisando previamente y siempre que se justifique la necesidad de hacerlo durante el tiempo de trabajo.

e. Permiso en caso de bebés prematuros o que necesitan hospitalización tras el parto: La madre o el padre tendrán derecho a ausentarse del trabajo durante una hora diaria. También podrán reducir la jornada de trabajo 2 horas diarias con la reducción proporcional del sueldo.

f. Vacaciones: Las vacaciones se pueden acumular al permiso por maternidad, pudiendo además disfrutar las que quedaran pendientes del año anterior.

2. Permisos con sueldo parcial:

Reducción de la jornada laboral: Se puede reducir entre 1/8 y 1/2 de la jornada laboral con disminución proporcional del sueldo en los casos de cuidado de un menor de 8 años (funcionarios 12 meses), de un minusválido o familiar de hasta 2º grado. Es un derecho individual por tanto lo pueden disfrutar tanto el hombre como la mujer. Si los padres trabajan en la misma empresa ésta se podría negar a que los dos disfruten el permiso al mismo tiempo por motivos

justificados. Será la trabajadora la que decida las horas y el periodo de disfrute del permiso.

3. Permisos sin sueldo:

Excedencia por cuidado de hijo o familiar a cargo: La trabajadora o trabajador de manera individual podrán disfrutar de un periodo de excedencia de hasta 3 años por cada hijo (natural o no) a contar desde el día de nacimiento o resolución judicial. El nacimiento de un nuevo hijo pondrá fin a la excedencia anterior. También tendrán el mismo derecho a excedencia durante 2 años por cuidado de familiar de hasta 2º grado de consanguinidad que no pueda valerse por sí mismo. Este tiempo de excedencia computa a efectos de antigüedad. Podrá disfrutarse de manera continuada o fraccionada. Si los padres trabajan en la misma empresa ésta podrá limitar el disfrute simultáneo de este permiso por motivos justificados.

4. Salud en el trabajo:

Riesgo para el embarazo o lactancia: Si hay sospecha de exposición de la mujer embarazada o lactante a procedimientos o condiciones de trabajo que impliquen riesgo o repercusión negativa para el embarazo o la lactancia podrá pedir una valoración de puesto de trabajo al servicio de prevención de riesgos laborales. Si éste determina que existe riesgo, la empresa deberá adaptar las condiciones de trabajo suprimiendo las que supongan un riesgo, si no es posible la empresa tendrá que cambiar a la mujer a un puesto de la misma categoría sin riesgo, si tampoco es posible podrá cambiarla a un puesto de categoría no equivalente pero conservando la retribución económica. En caso de que no exista ningún puesto compatible la mujer pasará a la situación de suspensión de contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo o lactancia. La gestión y el pago de la prestación corresponde al INSS o a la Mutua, que abonará el 100% de la base reguladora durante el embarazo o, en caso de lactancia, hasta que el bebé cumpla 9 meses.

5. Garantías frente al despido:

Se considerará nulo el despido de la trabajadora que sea despedida por el ejercicio de sus derechos como mujer embarazada o lactante, salvo procedencia del despido por otros motivos.

Más información en:

- 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 1251/2001 por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo.

- Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad efectiva de las mujeres y los hombres (BOE núm. 71 del 23 de marzo de 2007).

25. Yodo y lactancia materna

- ¿Por qué es necesario tomar una cantidad extra de yodo durante la lactancia?

Porque las necesidades de yodo en la mujer lactante son casi el doble de las de un adulto sano, ya que además de cubrir sus propias necesidades tiene que garantizar que el bebé reciba todos los nutrientes que necesita, incluido el yodo, a través de la leche.

- ¿Cuál debe ser la ingesta de yodo durante la lactancia?

La leche materna contiene una cantidad variable de yodo que depende de la ingesta de la madre. Puesto que las necesidades del lactante son del orden de 90 µg/día, y el volumen de leche ingerido de 600 a 1000 ml/día, la concentración mínima de yodo en la leche materna debería ser de 100 µg /litro. Para conseguirlo, la madre debe ingerir en total al menos 250 µg de yodo al día.

- ¿Se debe mantener durante la lactancia el mismo suplemento de yodo que se ha tomado durante el embarazo?

Sí, el suplemento de yodo para una mujer lactando es el mismo que durante el embarazo y se debe mantener durante toda la lactancia.

- ¿En qué dosis?

Las necesidades de yodo en la mujer lactante se estiman en 250-300 µg /día. Dado que el consumo de sal puede estar reducido en ese período (la sal yodada es la fuente de yodo recomendada para todo el mundo), se aconseja un suplemento de 200 µg de yodo al día en forma de yoduro potásico, durante el periodo de lactancia, tanto si se lacta a un solo niño como si se trata de gemelos o hermanos (lactancia en tándem).

- Tomando habitualmente sal yodada, ¿también se necesita un suplemento extra de yodo durante la lactancia?

Sí, porque la sal de mesa yodada aporta tan sólo la mitad de las necesidades durante este período. Una vez establecida en nuestro país la yodación universal de la sal con una duración no inferior a dos años, y cuando su consumo sea generalizado en la población, ya no será necesario suplementar con yodo a la mujer embarazada o lactante.

- ¿Existen restricciones para consumir la sal yodada en la lactancia?

No hay restricciones específicas por el hecho de estar lactando, y nos remitiremos a las que existan para la población general.

- ¿Se debe administrar suplementos de yodo a una mujer lactante a la que se le ha extirpado el tiroides y está tomando tiroxina?

Sí, porque el suplemento de yodo que se administra a la madre lactante es para garantizar el aporte adecuado de yodo al hijo, cuya única fuente de yodo es la leche materna, y además no perjudica a la madre a la que se le ha extirpado el tiroides.

- Si una mujer lactante que se queda embarazada y no desea retirar la lactancia durante el embarazo. ¿Se mantendrá la misma recomendación de suplemento de yodo o cambiaría la dosis?

No existe una recomendación formal sobre ello, pero parece razonable recomendar que, si la madre consume sal yodada, lácteos, pescado y otras fuentes de yodo, tome el mismo suplemento que las madres lactantes que no están embarazadas (200 µg de yoduro potásico al día).

- ¿La madre lactante de un niño con hipotiroidismo congénito en tratamiento sustitutivo con tiroxina, necesita un suplemento extra de yodo?

No, porque el aporte extra de yodo a la madre es para el tiroides de su hijo y al no tener función tiroidea, el bebé no necesita yodo. El yodo de la sal yodada es suficiente para la madre.

26. ¿Cuándo puedo ofrecerle algo más además del pecho? La alimentación complementaria, introducción de papillas

La situación ideal es que el niño permanezca los 6 primeros meses con lactancia materna exclusiva. Pasado este periodo las necesidades nutricionales se modifican, está agotando sus reservas de hierro y es necesario que tome alimentos que contienen más hierro. Además ya está preparado desde el punto de vista psicomotor (se sienta o está a punto de hacerlo, se interesa por las cosas que le rodean echando las manos a lo que le llama la atención) y es un buen momento para iniciar la administración de alimentos que complementan la lactancia materna.

La mayoría de los bebés:

- Hacia los 6 meses se mantiene sentado con ayuda y puede tomar con cuchara "barriéndola" con el labio superior.
- Hacia los 8 meses, pueden masticar y tragar alimentos más sólidos (troceados o chafados).

- Sobre los 9-12 meses, empiezan a poder alimentarse por si mismos.

Los nuevos alimentos se deben dar triturados y con cuchara, no aconsejándose el uso de biberones ni para las papillas, ni para darles líquidos como zumos o agua, ya que pueden tomarlos perfectamente empleando un vasito. Antes de los 6 meses si están con lactancia materna exclusiva, no necesitan ningún líquido más, aparte de la leche materna.

La alimentación complementaria se basa en:

- Alimentos de **transición o intermedios** (en forma de purés, alimentos triturados, semi-sólidos), que pertenezcan a los grupos principales de alimentos y adaptados para satisfacer las particulares necesidades del niño.
- Alimentos **familiares**: La alimentación complementaria debe estar basada en la dieta familiar, si ésta es variada y equilibrada, debiendo adaptarse a la capacidad de comer del niño. El paso de lactancia materna exclusiva a alimentación complementaria y de ésta a la dieta familiar normal debe ser gradual.

Se debe ofrecer el pecho antes de los otros alimentos para que se pueda mantener la lactancia el mayor tiempo posible. La leche materna sigue siendo el alimento fundamental del niño hasta el año de edad y la alimentación complementaria, es eso: complementaria al pecho.

La madre se puede extraer leche después de que mame el bebé y congelarla, para que se pueda utilizar cuando tenga que ausentarse (por trabajo u otros motivos), incluso para preparar papillas.

Los cereales se pueden mezclar con leche materna, con las verduras o con las frutas, por lo que no es adecuado emplear una "leche artificial" para preparar las papillas de cereales.

Algunas recomendaciones generales:

- Se debe introducir un alimento nuevo cuando el niño tome bien el anterior (5 ó 10 días), para que se acostumbre al nuevo sabor y poder valorar la aparición de intolerancias o alergias.
- Ofrecer alimentos propios de la zona y según la cultura y los gustos familiares, introduciendo gradualmente una dieta variada y agradable.
- Aunque no es importante el alimento que se ofrece primero, es aconsejable ofrecer cuanto antes alimentos que contengan hierro, como las carnes.
- En cuanto al gluten (contenido en el trigo, cebada, centeno), lo más adecuado es introducirlo en pequeñas cantidades al mismo tiempo que se continúa dando el pecho, por su efecto protector frente a la enfermedad celiaca.

- Evitar al principio alimentos que pueden contener muchos nitratos (como la remolacha, espinacas y zanahoria).
- Se puede añadir al puré de verduras un poco de aceite de oliva.
- No se debería añadir azúcar ni sal a los alimentos del bebé durante el primer año. Después es conveniente utilizar pequeñas cantidades de sal yodada.
- Si el bebé hace unas 4 tomas de pecho, no necesita otros alimentos lácteos (como yogur, queso, "leches artificiales" en papillas).
- Se debe evitar la introducción de leche de vaca y derivados lácteos antes de los 12 meses de edad en niños con alto riesgo de desarrollar alergia a las proteínas de la leche de vaca (antecedentes de alergia en familiares de primer grado). En niños de bajo riesgo alérgico, es aceptable introducir pequeñas cantidades de derivados lácteos con el resto de alimentos, antes de los 12 meses, siempre que no constituya la bebida principal.
- Dejar que el niño "experimente" comiendo primero con sus dedos, luego con la cuchara...
- Es una buena idea que el niño coma en la mesa con todos, la comida también es un acto social y el niño puede ver y aprender.
- No tiene sentido introducir papillas u otros alimentos para que duerma más, ni para que se "acostumbre" antes de que su madre empiece a trabajar, o para que gane más peso. No olvidemos que el aumento excesivo de peso en las primeras etapas de la vida puede predisponer a obesidad futura.