

# 12.

## Lactancia en situaciones especiales

Rocío Martín-Gil Parra, Esmeralda Moreno Sobrino, Inmaculada Marcos



## Lactancia materna y cesárea

Una cesárea es una intervención quirúrgica realizada para el nacimiento de un bebé. Las madres que tienen a sus hijos mediante cesárea tienen menores tasas de lactancia materna que las que tienen a sus hijos mediante parto vaginal. Esto parece deberse a creencias erróneas del entorno familiar y/o prácticas inadecuadas del hospital, y no tanto a la intervención en sí misma.

La lactancia materna puede ayudar a estas madres a recuperar la confianza en sí mismas, ya que tras una cesárea es más frecuente que la madre experimente emociones negativas, como ansiedad, baja autoestima o depresión postparto. Además, les permite recuperarse rápidamente de la operación, al favorecer la contracción uterina y la disminución del sangrado en el postparto inmediato.

En la mayoría de los casos el bebé puede hacer su primera toma durante su primera hora de vida. La técnica anestésica utilizada para la cirugía suele ser la anestesia regional, que proporciona anestesia de la zona quirúrgica sin afectar al niño ni a la conciencia de la madre, que permanece despierta durante la cirugía. No es necesario esperar a que desaparezcan los efectos de la anestesia en la madre, ya que los medicamentos utilizados habitualmente son compatibles con la lactancia, y la concentración de los mismos en la leche materna es despreciable, si tenemos en cuenta que ya estuvo expuesto a estos fármacos intraútero. Además, la permanencia de los efectos de la anestesia permite que la mamá se coloque al bebé al pecho en distintas posiciones sin sufrir ningún dolor en la herida. Por el mismo motivo, es fundamental que la madre reciba un tratamiento adecuado para su dolor postoperatorio. El dolor puede influir negativamente en la producción de leche por mecanismos hormonales parecidos a los del estrés y por la disminución en el número de tomas.

La postura ideal para estas mamás es la postura tumbada, con una o dos almohadas bajo la cabeza y la espalda. Para ofrecerle el otro pecho la mamá puede cambiar de lado o inclinarse hacia delante, aunque puede permanecer bastante tiempo en la misma posición sin ofrecer el otro

pecho para evitar dolores en la herida con los movimientos. La ayuda del padre puede ser fundamental para colocar al bebé al pecho sin que tenga que moverse. En estas madres es más beneficioso el contacto permanente con su bebé para favorecer la subida de la leche que los cambios de posición frecuentes y dolorosos para ofrecerle los dos pechos.

También se puede ofrecer el pecho sentada con el bebé en la postura del “balón de rugby”, sin que el bebé se apoye en la barriga de la madre. Si quiere darle pecho en la postura clásica, deberá colocar un cojín sobre su barriga para que el bebé no se apoye directamente en la herida y le haga daño con sus movimientos. (Ver capítulo 5).

La lactancia materna debe ofrecerse siempre a demanda. No es necesario recurrir a chupetes, tetinas, ni biberones sin una causa justificada. La subida de la leche puede retrasarse si la madre y el bebé se separaron tras el nacimiento, pero si permanecieron en contacto piel con piel no tienen por qué diferenciarse de los nacidos vaginalmente.

Durante los primeros días estas madres van a necesitar ayuda para las tareas domésticas y para atender al bebé. Como el resto de recién nacidos, estos bebés pueden estar adormilados o llorar sin motivo aparente, y las madres no siempre están en condiciones de acunarlos y pasearlos, como los nacidos vaginalmente. En estos casos es especialmente importante la colaboración de la pareja.

## Lactancia materna en recién nacidos prematuros

Los prematuros son los bebés que nacen antes de la semana 37 de gestación. Los avances médicos han aumentado las posibilidades de supervivencia de lactantes de peso corporal cada vez más pequeño, de modo que, actualmente, el límite de viabilidad se sitúa en las 24 semanas de gestación y un peso corporal de 500 gramos, aunque hay ejemplos de niños menores que han podido sobrevivir.

Para los recién nacidos prematuros la leche materna es especialmente importante, ya que además de los beneficios que tiene para los nacidos a término, en estos bebés tiene un efecto protector frente a infecciones, se digiere fácilmente y mejora su desarrollo psicomotor.

El principal problema nutricional de los prematuros es la interrupción de la circulación feto-placentaria cuando el aparato digestivo todavía no está maduro. El objetivo principal de su alimentación va a ser conseguir un crecimiento similar al que hubiera tenido intraútero si continuara la gestación.

Distintos estudios han puesto de manifiesto que la leche materna continúa siendo el alimento ideal para estos niños. Cubre todas las necesidades de los bebés de más de 1500 gramos de peso al nacimiento, ya que su composición varía cuando el niño nace prematuramente para adaptarse a sus necesidades.

La mayoría de los prematuros se puede alimentar exclusivamente con leche de su madre desde su nacimiento, sin necesitar ningún aporte extra de nutrientes. Sin embargo, los prematuros de muy bajo peso (<1500 g) y los de extremadamente bajo peso (<1000 g) sí van a tener necesidades nutricionales especiales. En estos casos puede ser necesario añadir determinados nutrientes y minerales a la leche materna.

En un primer momento, dependiendo del grado de prematuridad del bebé, puede ser necesario administrar la leche materna mediante una sonda nasogástrica. Se recomienda estimular la succión mientras se administra la leche por la sonda, usando un suplementador y colocando al niño al pecho de la madre durante la administración de la leche. Los chupetes y las tetinas no son recomendables ya que se puede producir la confusión tetina-pechón.

La mayoría de los recién nacidos pueden succionar correctamente el pecho desde la semana 32. Pensar que mamar directamente del pecho es agotador para el bebé es un error bastante común; sin embargo, distintos estudios han demostrado que se necesita menos



energía para mamar que para tomar el biberón. Además, el bebé tolera mejor y más precozmente el pecho que el biberón. Si se duerme o se cansa durante las tomas, puede ser necesario administrar leche materna después de la toma o hacer las tomas más frecuentes. Para administrarla, utilizaremos un vasito, una cucharilla, una jeringuilla o un biberón-cuchara.

En algunos casos va a ser necesario administrarle al bebé leche artificial especial para prematuros o incluso alimentarlo a través de una perfusión intravenosa mientras la madre tiene la subida de la leche y/o la situación del recién nacido se estabiliza. Cualquier cantidad de calostro o leche madura que se extraiga la madre deberá entregarla en la unidad donde esté ingresado su hijo para que se la administren tan pronto como sea posible.

La madre necesitará información adecuada y apoyo emocional para conseguir producir la cantidad de leche que necesita el bebé, que es un reto para ella y para el personal sanitario. De todas formas, hay que tener claro que darle leche materna al recién nacido prematuro es siempre beneficioso, aunque sea en pequeña cantidad. Para el bebé tan importante es la cantidad de leche materna que se le da como el cariño que puede recibir mediante la puesta al pecho y el contacto piel con piel, y la madre no se debe sentir mal si no consigue toda la leche que necesita al bebé.

Recomendaciones para conseguir la producción láctea que necesita tu bebé:

1. Empezar con la extracción y estimulación de la leche materna lo antes posible.
2. Permanecer con tu hijo el máximo tiempo posible.
3. Ponerse al bebé al pecho.
4. Realizar el método madre canguro (MMC).
5. Si el bebé se cansa durante la toma, administrar más leche después con un vasito, cucharilla... o hacer las tomas más frecuentes.
6. Usar un sacaleches eléctrico doble.

7. Realizar la extracción viendo a su hijo o inmediatamente después de realizar el MMC.

El principal obstáculo para conseguir una lactancia materna exclusiva en estos bebés va a ser su ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales o en una unidad neonatal. Esto puede superarse fácilmente permitiendo a la madre permanecer con el bebé constantemente, en unidades de puertas abiertas. Lo ideal sería que las madres tuvieran habitaciones para poder descansar junto a sus hijos, aunque esto no siempre es posible.

Las unidades neonatales deben disponer de un lugar tranquilo para la extracción de la leche, y de sacaleches eléctricos a disposición de las madres. La extracción de la leche debe realizarse inmediatamente después de realizar el contacto piel con piel o, si la madre se encuentra cómoda, puede realizar la extracción de la leche delante de su hijo.

## Método madre canguro (MMC)

El método madre canguro se define como el contacto piel con piel entre madre y recién nacido lo más precoz, continua y prolongadamente posible con lactancia materna, para que la madre y el recién nacido se beneficien de sus ventajas. El padre u otro familiar cercano también pueden practicar el método madre-canguro.

Se puede practicar con cualquier bebé, siempre que su situación clínica lo permita. El tratamiento y la monitorización de sus constantes pueden continuar mientras permanece con la madre.

Durante el método madre-canguro los bebés se tranquilizan e incluso se duermen. El contacto piel con piel hace que las constantes vitales



del recién nacido permanezcan más estables, permite establecer precozmente el vínculo madre-hijo, estimula la producción láctea, disminuye las infecciones, estabiliza su temperatura, aumenta la ganancia de peso, acelera la maduración del bebé y disminuye la estancia hospitalaria. Para conseguir estos efectos, el contacto piel con piel debe durar al menos una hora, que puede coincidir con las tomas. En los bebés con reflejo de succión se puede realizar la toma al pecho durante el método madre-canguro.

## Gemelos

Amamantar a dos o más bebés es un desafío para la madre y para el personal sanitario. Estos bebés tienen, además, más posibilidades de nacer prematuramente que cuando la gestación es única. Esto será un problema más a superar, especialmente si necesitan ingresar en una unidad neonatal o en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Será en estos casos cuando más necesiten la leche de su madre y más apoyo tengamos que darle a ésta.



El principal problema es organizativo y de falta de tiempo, no de cantidad de leche, ya que cuanto más succionen los bebés, más leche tendrá la mamá. Hay muchos estudios que demuestran que la cantidad de leche de la madre se adapta a las necesidades de sus hijos siempre que la lactancia se realice a demanda.

Un ejemplo histórico de que es posible amamantar a más de un bebé lo tenemos en las antiguas nodrizas o amas de cría, que se hacían cargo de la lactancia de hasta seis niños a la vez cuando la madre decidía no continuar con la lactancia, por el motivo que fuera.

Para tener éxito lo más práctico es intentar amamantar a los dos bebés simultáneamente. Una vez que los bebés aprenden a mamar en

una determinada posición, suelen mamar en la misma postura aunque el otro hermano no esté tomando en ese momento. De este modo, si en ese momento el otro bebé quisiera tomar el pecho, se podría incorporar en cualquier momento. Para el amamantamiento simultáneo pueden ser útiles distintas posturas:



- La postura en balón de rugby,
- La postura cruzada sobre la madre,
- Amamantar en paralelo, con un bebé en postura de balón de rugby y el otro cruzado sobre la madre, de modo que los cuerpos de los dos bebés estén en la misma dirección.

Tener ayuda en casa es fundamental para el éxito de la lactancia, para ayudar a la mamá a colocarse a los bebés al pecho, asearlos, etc. La madre también necesitará disponer de un tiempo para su descanso, aseo y alimentación.

En ocasiones la madre opta por una lactancia diferida, sacándose leche con un extractor y ofreciéndosela al bebé. Si lo que desea es ponerlos directamente al pecho más adelante lo mejor es darles la leche mediante un vasito o una cuchara, y no mediante biberón, ya que los bebés pueden sufrir la confusión tetina-pezones y posteriormente tener

dificultades para cogerse al pecho. Para mantener la lactancia diferida la madre deberá realizar extracciones muy frecuentes, ya que el sacaleches estimula menos la producción láctea que la succión de los bebés.

Las madres de gemelos pueden beneficiarse de los consejos de otras madres que hayan pasado por la misma situación. Para ello pueden acudir al grupo de apoyo a la lactancia materna más cercano a su domicilio, donde la pueden poner en contacto con otras madres de gemelos.

La asociación multilacta es un grupo de apoyo con interés especial en la el amamantamiento de gemelos, trillizos o más. Disponen de página web ([www.multilacta.org](http://www.multilacta.org)) y de un foro para intercambio de experiencias que pueden ser útiles para madres de dos o más hijos lactantes.

## Lactancia y embarazo

Mientras se está amamantando es posible quedarse embarazada de nuevo. Si una mujer que no ha tenido reglas intuye que puede estar de nuevo embarazada, lo mejor es someterse a un análisis de orina para confirmar la sospecha.

Durante mucho tiempo, la mayoría de los profesionales sanitarios han desaconsejado el dar pecho al mismo tiempo que se buscaba un nuevo embarazo, y hoy día son muchos los que siguen pensado que la succión del bebé al pecho de su madre podría poner en marcha el mecanismo del parto.

Sin embargo, se ha observado que para que una mujer se ponga de parto hacen falta otras hormonas, además de la oxitocina.

La oxitocina se libera sobre todo al inicio de la toma, y se mantiene en sangre sólo durante unos pocos minutos de cada toma. Por eso, a veces, al inicio de la toma, la mujer puede notar pequeñas contracciones, rítmicas en ocasiones, otras veces no, que cesan al finalizar la toma.

Pero las contracciones ocurren también de forma fisiológica. Cuando la mujer está en movimiento, a no ser que las contracciones sean de verdad intensas y dolorosas, no las percibe como tales, sino como pequeñas “molestias”, que se achacan al cansancio. Pero al realizar actividades que requieren menor esfuerzo físico (como darle el pecho a su hijo), nota de forma clara las contracciones, pudiendo entonces relacionarlas sólo con la lactancia. Es interesante entonces detenerse a pensar si las contracciones que se tienen son muy molestas, si acaban de empezar, si se tenían antes de iniciar la toma y si desaparecen al finalizar la misma. En caso afirmativo, sin dejar de vigilarse, no necesariamente se ha de optar por abandonar la lactancia.

Durante la gestación, la madre puede notar ciertas molestias en los pezones cuando su hijo mama. En la mayoría de los casos, estas molestias desaparecen con el tiempo, dejando paso a leves molestias a la hora del “enganche” inicial.

Durante el embarazo, cambia el sabor y la cantidad de la leche. Al llegar a la mitad del embarazo, la leche madura va dejando paso, poco a poco al calostro. Este cúmulo de cambios puede terminar en un destete de forma natural y por propia iniciativa del niño en el 60% de los casos. En algunas ocasiones no siempre va a ser un destete definitivo: si el niño siente curiosidad tras el nacimiento del hermano al verlo mamar, entra dentro de lo posible que el hermano mayor intente compartir tetadas con su hermano pequeño. Pero este reenganche no se produce con demasiada frecuencia, pues, pasado cierto tiempo, los niños más mayorcitos olvidan la técnica de amamantamiento.

Hay muchos mitos en nuestra sociedad relacionados con la gestación mientras se lacta. Son frases tales como “encanijarás al bebé que estás gestando”, o, “nacerá pequeño, prematuro y desnutrido”, “el hermano mayor te dejará seca y no podrás alimentar al pequeño”, etc. Si la madre toma una alimentación variada, que cubra todas sus necesidades nutricionales, y un suplemento de yodo, no tienen porqué tener ningún tipo de problema carencial ni ella ni sus bebés.

Según van pasando los meses de gestación, las posturas que an-

teriormente se usaban sin problemas para amamantar van pasando a ser molestas. Llega el momento entonces de experimentar en busca de nuevas posturas, más cómodas para ambos en este momento. Es aconsejable poder observar antes del parto cómo otra madre amamanta en tandem, pues a efectos prácticos, esto es lo que más va a ayudar a la hora de buscar soluciones futuras.

## Tándem

Llegado el momento del parto, el nuevo bebé tendrá todo el calostro que necesita, listo y preparado para poder consumirlo nada más nacer. El inicio precoz del amamantamiento es tan importante ahora como lo fue en su día con el primer hijo. En esta ocasión, al no haber cese entre ambas lactancias, los problemas iniciales son menores. Es más fácil encontrar la postura correcta y se cuenta con la ayuda del hermano mayor para resolver algunos problemas iniciales, tales como subidas de leche molestas e ingurgitaciones ante demasiadas horas de sueño del recién nacido. El niño, que antes estaba solo para todo, observa cómo la llegada del esperado y a la vez temido hermano no sólo no lo desplaza de su “cargó”, sino que se le implica, de forma positiva y activa, en el cuidado del mismo. El hermano mayor se siente útil. Es por esto por lo que se dice que el tándem es una efectiva vacuna para contrarrestar los celos típicos que el hermano mayor puede sentir por su hermano pequeño. Ayudar en los cuidados básicos de su hermano le hará sentirse mejor.

El hermano pequeño tiene prioridad sobre el mayor en cuanto a cantidad de calostro que se le debe ofrecer; a ser posible, se le debe ofrecer los dos primeros días con mucha frecuencia. Una vez que llega la leche madura, no es preciso poner límites al hermano mayor a la hora de mamar. Se ha descrito que el hermano menor recupera la pérdida de peso fisiológica mucho antes que si no estuviera lactando junto a su hermano mayor, y coge peso más rápidamente. Esto se debe fundamentalmente a que el hermano mayor le facilita las tomas, pues el reflejo de eyección de la leche al hacer tándem es más intenso, y muchas veces, el mayor toma solamente la leche del principio, más rica en agua y

proteínas, dejando al pequeño la leche más rica en grasas, la que más engorda.

La leche que producen las madres que amamantan en tándem se adapta siempre a las necesidades del lactante de menor edad, cubriendo convenientemente todas las necesidades de éste. No obstante, la leche que toma el mayor seguirá siendo para él más completa, asimilable y alimenticia que la leche de vaca. Hay que tener en cuenta que cuanto más succionen los pequeños hermanos, más leche producirá la madre, no habiendo límite a la hora de producir.

Es necesario un adecuado aporte hídrico para la madre, y un gran apoyo a la hora de cubrir otras necesidades de la familia, intentando excluir a la madre de las tareas domésticas al inicio, hasta que la nueva estructura familiar se reajuste a las nuevas necesidades y a los cambios.

A veces, el hermano mayor pierde el interés por la comida sólida y deja de consumirla para demandar solamente la leche de su madre. Es una reacción muy típica, que ocurre con frecuencia en niños menores de dos años, pero que con una actitud tranquila por parte de la madre, (que se verá probablemente presionada por su entorno), el niño mayor volverá a tomar alimentos sólidos en mayor o menor plazo de tiempo. No por no consumir sólidos, los niños adelgazan, más bien es al contrario: las madres suelen comentar que sus hijos mayores se “redondean”, en parte, gracias a la rica leche del inicio de la lactancia y a la gran producción que se tiene al principio, hasta que el organismo regula la necesidad de leche que los niños tienen.

A veces, los inicios de la lactancia en tándem pueden agobiar a la madre. No está de más contar con la ayuda de un grupo de apoyo a la lactancia lo más cercano posible al lugar de residencia, que ayuden a encontrar solución a los problemas que se puedan presentar, como encontrar posturas cómodas para el trío a la hora de descansar o cómo compaginar las tomas en el tiempo.