

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría

Lactancia después de una cesárea

M^a CARMEN TEMBOURY MOLINA

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría

Cerca del 20% de los partos terminan en cesárea y en ellos es mucho más frecuente el fracaso de la lactancia⁽¹⁻³⁾. Este fracaso está justificado, en ocasiones, por la patología que motivó la intervención: prematuridad, partos múltiples, malformaciones, sufrimiento fetal, etc.; sin embargo, es frecuente que tras la cesárea el recién nacido no precise atención médica especial y la madre sólo requiera asistencia postoperatoria básica. Puesto que no hay ninguna evidencia científica de que la cesárea en sí misma dificulte la lactancia natural, el fracaso en estas situaciones se debe a creencias o rutinas inadecuadas⁽⁴⁻⁶⁾.

La separación madre e hijo se justifica por la necesidad de descanso de la madre y de vigilancia del recién nacido. Los mismos argumentos que hace años se aplicaban sistemáticamente a los partos normales se vinieron abajo al ofrecer la posibilidad de cohabitación madre-hijo⁽⁷⁾. En las cesáreas sin patología posterior, sólo la madre puede decidir si su deseo de tener cerca a su hijo es mayor que las incomodidades o molestias que le pueda ocasionar^(5,6).

Tampoco hay motivos para retrasar excesivamente el inicio de la lactancia. Si se utilizó anestesia general el niño puede mamar sin riesgo en cuanto la madre se despierta, y si se empleó anestesia epidural puede mamar en la primera hora de vida. Nuevamente corresponde a la madre decidir si se encuentra animada a poner a su hijo al pecho. Como en los demás casos las tomas deben ser frecuentes y a demanda^(5,6).

Si se inicia la lactancia pronto y se hace a demanda, la "subida de leche" no se retrasa más que en los partos normales, por lo que son innecesarias las tomas rutinarias de biberón.

Por el contrario, las madres cesareadas necesitan mucha más ayuda que las demás, sobre todo para colocar y man-

tener al niño durante la toma. Las posturas más adecuadas son la que evitan que el peso del niño recaiga sobre la herida quirúrgica: decúbito lateral si la madre esta en cama y "balón de rugby" si está sentada, combinadas con el empleo de almohadas para favorecer la descarga de peso y la sujeción⁽⁵⁻⁷⁾.

En conclusión, en las cesáreas sin patología materno-infantil, se deben seguir las recomendaciones generales para la lactancia de inicio precoz, lactancia a demanda y no separación madre-hijo, con un apoyo extra de personal sanitario para la colocación del niño el primer día. Es posible que algunas madres rechacen la lactancia durante algunas horas y se les debe respetar, pero es un error convertir la excepción en norma.

BIBLIOGRAFIA

1. Guigué L, Pibarot A, Blang JF. Facteurs influençant le choix l'allaitement par les mères. Resultats d'une enquête en maternités publiques. *Pédiatrie* 1989; **44**:53-8.
2. Kurinij N, Shiono PH. Early formula supplementation of breast-feeding. *Pediatrics* 1991; **88** (4): 745-60.
3. Tamminen T, Verronen P, Saarikoski S et al. The influence of perinatal factors on breast-feeding. *Acta Paediatr Scand* 1983; **72**: 9-12.
4. Bloom K, Goldloom RB, Robinson SC, Steves FE. Factors affecting the mother's choice of infant feeding method. *Acta Paediatr Scand* 1982; Suppl 300; 3-8.
5. Royal College of Midwives. Successful breastfeeding. 2^o ed. London: Churchill Livingstone; 1991. p. 9-77.
6. Valdés V, Schellborn C. Lactancia materna. Contenidos Técnicos para profesionales de salud. Santiago de Chile: Unicef; 1995.
7. A joint WHO-UNICEF statment. Protecting, promoting and supporting breast-feeding. The special role of maternity services. WHO: Geneve; 1989.