

Lactancia materna durante el embarazo y en tándem



Una madre está amamantando a su hijo, vuelve a quedarse embarazada, decide no interrumpir la lactancia y seguir dando el pecho durante todo el embarazo. Una vez nacido el pequeño, amamanta a los dos conjuntamente o por separado. Esto es la **LACTANCIA EN TANDEM**.

Está científicamente demostrado que el solapamiento de embarazo y lactancia no afecta negativamente al desarrollo fetal ¹. Sea cual sea el coste, éste repercute en la madre aunque no parece que dicho coste significativo.

A finales de 1999 realizamos en Barcelona un estudio prospectivo de búsqueda, captación de casos y recogida de datos en una encuesta, que posteriormente repetimos en 2006 con resultados similares.



 **Tabla I Características de la muestra entrevistada**

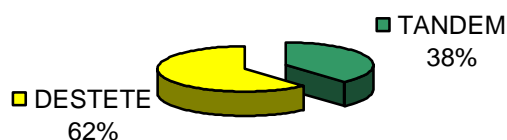
| | | |
|---|--|---|
| Edad media | 35 años | |
| Profesión / Estudios | 98.9 % madre trabajadora con estudios medio /alto | |
| Número de hijos | 2.4 | |
| Estado civil | 94 % pareja estable | |
| Asistencia a grupo de apoyo | 82.9 % | |
| Experimentan baja producción de leche | 83.32 % | |
| Contracciones al mamar el niño | 57.57 % cedían y la mayoría de las veces no dolorosas | |
| |  Grupo Tándem (n=44) |  Grupo Destete (n=29) |
| Meses de edad del niño al inicio del nuevo embarazo | 22.3 meses | 17.1 meses |
| Destete del niño en el embarazo | | 62 % (5 ^o -6 ^o mes) 31 % (3 ^o -4 ^o mes) |

Del total de 73 madres entrevistadas que habían decidido no destetar, a un 15,98% se les detectó una anemia leve, sin diferencias significativas entre ambos embarazos. Tampoco hay evidencia científica de que amamantar durante el embarazo aumente las probabilidades de sufrir abortos o partos prematuros. Está documentado el hecho de que la estimulación de los pezones durante el embarazo produce contracciones. Menos del 60% de las madres entrevistadas en dicho estudio reconocieron haber tenido contracciones mientras su hijo mamaba pero en todos los casos cedían espontáneamente al momento que el niño soltaba el pecho y ninguna de estas madres tuvo amenaza de parto prematuro, ni la duración del embarazo en semanas varió significativamente en relación al primer embarazo sin lactancia. Incluso algunas madres reconocieron haber intentado ponerse de parto, al final del embarazo, dejando que el niño mamara mucho pero no lo consiguieron (se resumen algunos datos en las Tablas I, II y Fig 1).

Las madres que deciden compaginar lactancia y embarazo inician un viaje con un destino incierto. Las razones principales que manifiestan suelen ser el respeto a las necesidades del hijo mayor, el deseo de vivir la experiencia en sí misma y también para favorecer el vínculo entre hermanos. Sin embargo algunas madres, a pesar de empezar con ilusión, destetan al poco tiempo por lo general debido a la extrema sensibilidad de los pezones durante el primer trimestre que hace que la lactancia les resulte dolorosa o desagradable. Otras, que lo viven positivamente, pueden encontrarse con la sorpresa de que es su hijo quien se desteta por su cuenta. Alrededor del 60% de los niños que maman durante un embarazo posterior de sus madres se destetan solos (En nuestro estudio el 62% y en otro similar hecho en EEUU el 57% ⁱⁱ). Esto puede ocurrir en cualquier momento pero hay dos especialmente significativos. Hacia el 3^o- 4^o mes de embarazo suele producirse una considerable disminución de la producción de leche debido a la interacción de las hormonas del embarazo con las de la lactancia. Sale poca leche y algunos niños pierden interés. Hacia el 5^o-

6º mes de embarazo, la madre empieza a producir calostro, con el consiguiente cambio de sabor, que da lugar a que algunos niños rechacen entonces el pecho. De todos modos siempre hay niños a los que la cantidad o sabor de la leche les es indiferente y siguen mamando sin inmutarse hasta el nacimiento de su hermanito. Entonces empieza la lactancia en tándem.

Fig.1 Tándem versus destete del niño



Aunque no sabemos si la composición del calostro es idéntica con lactancia que sin ella, lo cierto es que calostro hay, en grandes cantidades, y ambos hermanos pueden beneficiarse de sus propiedades únicas. Se ha observado que los recién nacidos que lactan en tándem con su hermano mayor pierden menos peso al nacer, y lo recuperan más rápidamente, al contar con una producción de leche ininterrumpida y la ayuda del hermano para estimular. El proceso de la "subida" se repite, pero con mayor facilidad y rapidez, además la posible ingurgitación es más fácil de resolver si son dos a drenar. En nuestra encuesta observamos que, durante el primer mes de vida, el recién nacido aumentaba de media un 21% más de peso que su hermano a la misma edad. Aunque se hace difícil asegurar si esto es por la lactancia en tándem, por una mayor experiencia y mejor técnica de lactancia de la madre o por cualquier otro motivo, lo que está claro es que lactar en tándem no perjudica el correcto desarrollo del bebé. Además es habitual que en el hermano menor no se observen las conocidas "crisis de crecimiento" que sufren otros recién nacidos.

Siempre parece haber leche de sobra y no le hace falta sobrestimular para aumentar la producción.

En algunas culturas en que la lactancia en tándem es una práctica aceptada también se encuentra el mito de que el embarazo puede "pudrir" o "estropear" la leche de la madre produciendo enfermedades en el hijo mayor, de modo que si se observan diarreas u otros trastornos se procede al destete. En el 54,65% de los casos de nuestra encuesta las madres comentaron que a partir del 5º-6º mes de embarazo el niño que seguía mamando empezaba a sufrir una diarrea leve. A algunos niños se les practicó cultivos en heces, no encontrando nada patológico en ellos. Esta diarrea coincide con la aparición del calostro, por lo que nos inclinamos a pensar que es debida al efecto laxante del mismo. Este trastorno es inofensivo y desaparece varios días después del parto. Encontramos en Medline un estudio hecho en Buthan sobre el tema ⁱⁱⁱ, en el que se exponía que los niños que eran destetados durante un embarazo posterior de sus madres mostraban un reducido aumento de peso y una mayor incidencia de enfermedades infecciosas respecto, no solamente a los no destetados, sino también a otros niños de la misma edad a los que se destetaba sin embarazo de por medio. Los autores concluyen que el estrés sufrido por el niño debido al destete brusco en dichas circunstancias, debilita su inmunidad y afecta a su apetito.

La lactancia en tándem no favorece el contagio entre hermanos. En nuestra encuesta las madres coincidieron mayoritariamente en que el recién nacido comparativamente enfermaba menos que el mayor a la misma edad. Cualquier madre con más de un hijo sabe perfectamente que besar, babosear y acariciar al nuevo hermanito es uno de los entretenimientos favoritos de los otros hijos. Pensar que se van a contagiar más por compartir el pezón que por otros tipos de contacto no parece tener fundamento. Sin embargo se puede especular sobre el hecho de que si el hermano mayor no ha dejado de mamar y ha vuelto a beneficiarse por segunda vez de las propiedades inmunológicas del

calostro, será más resistente a las enfermedades que si no lo hubiera hecho, lo que servirá también de protección al pequeño sobre todo si el mayor ya va al colegio o a la guardería. También es probable el hecho de que la madre comparta la misma inmunidad con ambos hijos, con lo cual el pequeño recibe defensas para luchar contra los virus o bacterias de las que el mayor es portador.

Amamantar en tándem tampoco parece perjudicar a la madre. La lactancia del hijo mayor suele producir una amenorrea más prolongada lo que favorece la recuperación de la madre tras el embarazo. Seguir dando el pecho durante el nuevo embarazo no parece tener un gran coste físico probablemente debido al importante descenso de producción. La lactancia en tándem puede producir además una amenorrea todavía más larga. Aunque es habitual que al nacer el hermanito, el mayor pase por una fase de aumento de demanda del pecho de la madre (a menudo sucede que mama más que el pequeño), poco a poco volverá a su ritmo habitual de una o dos veces al día, generalmente para dormirse. Es común que aunque la madre amamante a demanda a su bebé imponga más tarde o más pronto ciertos límites al acceso del mayor al pecho.

Entre las ventajas que las madres han destacado de amamantar en tándem está el hecho de que parece ayudar a una mejor adaptación de los hermanos, permite sobrellevar mejor los episodios de celos y crea un vínculo muy especial entre ambos. También establece un tipo de relación distinta entre la madre y el hijo mayor, basada en el respeto, sin afectar negativamente el vínculo con el pequeño con cuyas necesidades y demandas la madre parece estar "especialmente sintonizada", hasta el punto de que algunas aseguran que sienten el reflejo de eyección cuando mama el recién nacido pero no cuando lo hace el hermano mayor y que éste pronto lo aprende e insiste en mamar junto con su hermano para aprovechar dicho reflejo.

Entre los inconvenientes destacan la sensación de agobio ante las demandas del mayor así como la aparición de sentimientos confusos y contradictorios. En las pocas referencias bibliográficas que se encuentran sobre lactancia en tándem se hace referencia a que las madres "a menudo tienen sentimientos encontrados; de vez en cuando sienten rencor hacia sus hijos mayores, ponen en duda la validez de lo que están haciendo y se enfrentan con la doble demanda de su cuerpo" ^{iv} o a que "si la madre se siente resentida hacia el hijo mayor que mama, ha llegado el momento de destetar suave pero firmemente" ^{v, vi}. Estas opiniones dan a entender que tener sentimientos negativos hacia el hijo mayor, cuando la madre se está vinculando con el recién nacido, es patrimonio exclusivo de la lactancia en tándem y el destete lo soluciona todo, pero lo cierto es que madres que no amamantaban a sus hijos mayores también han expresado sentimientos similares al nacer su segundo hijo. En cualquier caso cada madre vive la experiencia a su manera e igual que llegado a este punto alguna madre ha destetado al mayor por sus propias razones particulares, otras no lo han hecho.

Mención especial merece la actitud de los profesionales respecto a la lactancia con embarazo y a la lactancia en tándem (TABLA II), en la que se observan diferencias significativas entre los datos recogidos en 1999 respecto a los de 2006. En 1999 el 10'64% de madres reconocieron no habérselo dicho al ginecólogo y el 23'53% no se lo dijo al pediatra. Las razones principales son que, o bien no se atrevieron, o prefirieron evitarse discusiones. El porcentaje de madres que prefieren no mencionar el tema a los profesionales aumenta ligeramente en la encuesta del 2006, sin embargo esta misma encuesta muestra que la actitud de los profesionales al respecto ha experimentado un cambio significativo, especialmente entre ginecólogos y comadronas donde solo el 55.5% manifiesta una actitud de rechazo frente al 70.2% que lo hacía en 1999. La actitud de los pediatras también se ha vuelto mas positiva aunque en menor grado, un 70.3% de rechazo frente al 76.9% de 1999. Aunque la evolución

positiva del embarazo y el correcto desarrollo del recién nacido suelen mejorar las cosas con el paso del tiempo, las madres siguen manifestando su descontento por ser víctimas de tanta presión negativa.

 **Tabla II Lactancia en Tándem y actitud de los profesionales**

| | 1999 | 2006 |
|---|--------|--------|
| Dijo a matrona/ginecólogo que amamantaba en el embarazo | 89.3% | 83.6 % |
| Comentario de rechazo | 70.2 % | 55.5 % |
| Dijo al pediatra que lactaba en tándem | 76.5% | 74.2 % |
| Comentario de rechazo | 76.9% | 70.3 % |

RESUMEN FINAL

- La lactancia durante el embarazo:
 - No afecta negativamente el desarrollo fetal.
 - No aumenta el riesgo de aborto o parto prematuro.
 - No perjudica la salud del hijo mayor.
 - No perjudica la salud de la madre.

- La lactancia en tándem:
 - No priva al recién nacido de los beneficios del calostro.
 - No afecta negativamente al correcto desarrollo del recién nacido.
 - Favorece que la pérdida de peso del recién nacido sea menor y se recupere más rápidamente.
 - Asegura una buena provisión de leche al haber más estimulación
 - Permite que el hermano mayor siga disfrutando de los beneficios de la lactancia materna.
 - Ayuda a una mejor relación y adaptación de los hermanos.

- Las razones que llevan a una madre a amamantar o no durante el embarazo y en tándem son muy personales y en cualquier caso dignas de respeto.

- La información profesional adecuada sobre la lactancia durante el embarazo y en tándem, así como una actitud positiva y respetuosa ante sus decisiones, mejoraría la comunicación con las madres y su nivel de satisfacción como usuarias de los servicios sanitarios.

- Disponer de buena información y sentirse “normal” ayuda a una vivencia más positiva de la experiencia. Los grupos de apoyo a la lactancia materna desempeñan un papel importante en este sentido. Mejor en compañía.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Merchant K, Martorell R, Haas J. Maternal and fetal responses to the stresses of lactation concurrent with pregnancy and of short recuperative intervals.
 - ² Moscone SR, Moore MJ Breastfeeding during pregnancy.
 - ³ Bohler E, Ingstad B The struggle of weaning: factors determinig breastfeeding duration in east Bhutan.
 - ⁴ Marvin S. Eiger, MD & Sally Wendkos Olds. El gran libro de la lactancia. Barcelona. Ediciones Medici, 1989
 - ⁵ Lawrence R A La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Madrid. Mosby/Doyma Libros, SA 1996 Edición en español
 - ⁶ Royal College of Midwives. Lactancia materna. Manual para profesionales. Barcelona. ACPAM, 1994
-

Autoras: Inmaculada Marcos Marcos
Eulàlia Torras i Ribas