LACTANCIA EN MADRES EMBARAZADAS ¿MITO O REALIDAD?: REVISIÓN DE LITERATURA

BREASTFEEDING DURING PREGNANCY. MYTH OR REALITY? A BIBLIOGRAPHIC REVIEW.

Gabriela Arismendi Monson
Estudiante de enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Constanza Gutiérrez Varetto*
Estudiante de enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Nicole Garay Unjidos
Enfermera. Profesor Asistente. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. Integrante Comité de Lactancia Materna SOCHIPE.

Recibido el 15 de noviembre 2017. Aceptado el 28 de diciembre 2017

RESUMEN
El siguiente artículo consiste en una revisión de literatura en torno a la lactancia materna de niños/as con madres embarazadas, con el objetivo de conocer los posibles riesgos para la salud de la madre, niño/a nonato y/o niño/a amamantado que involucra esta práctica, a modo de actualizar las intervenciones de enfermería que se les entrega a las madres usuarias de un centro de salud de atención primaria en Santiago. Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica en tres bases de datos, donde se revisaron tres estudios: un estudio de caso control, uno comparativo y una revisión sistemática bajo el criterio de que fueran máximo de diez años de antigüedad. Resultados: Los resultados encontrados se pueden agrupar en los siguientes: Sobre los riesgos de parto prematuro y aborto espontáneo, ninguno de los estudios encontró diferencias significativas entre las madres que amamantaron en su embarazo y las que no. Sobre el crecimiento del recién nacido y del niño/a que amamantó, los resultados no son concluyentes. La cantidad de la leche pareciera bajar acorde a todos los estudios revisados y su composición pareciera variar durante el transcurso del embarazo, pero se requieren mayores estudios al respecto. Si bien algunos estudios demuestran que hay diferencias en cuanto al estado nutricional de la madre y el peso al nacer del recién nacido, éstas parecen poder prevenirse mediante el uso de suplementos nutricionales. Conclusión: Es importante actualizar los conocimientos de los profesionales respecto al tema para así ayudar al llamado de la OMS y el MINSAL a fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida del menor y complementada con otras comidas hasta al menos los dos años y luego el tiempo que la madre y el niño lo deseen.

Palabras clave: lactancia materna, embarazo, aborto espontáneo, enfermería.

Correspondencia : cpgutierrez@uc.cl

ABSTRACT
The following article consist of a bibliographic review about breastfeeding of children with pregnant mothers, which main objective is to know the possible health risks that this practice may bring to the mother, unborn child, and/or breastfed child, in order to update the recommendations given to mothers in a primary health center in Santiago. Methods: A bibliographic search was conducted among three databases where three studies were revised: a case control study, a comparative study, and a systematic review, under the criteria of ten years of antiquity as a maximum. Results: Among the risks of premature delivery and spontaneous abortion, none of the studies found a significant difference between the mothers that kept breastfeeding during their pregnancy and the mothers that did not. On the newborn and infant growth, the results are unclear. The quantity of milk may seem to be reduced, according to all of the studies revised, while the milk's composition may reduce its fat towards the end of the pregnancy, though is still unclear. While some studies demonstrate a difference in maternal nutritional status and in birth weight, it may seem that this can be prevented by using a properly dietary supplementation. Conclusion: In order to follow the World Health Organization and MINSAL calling to promote the exclusive lactation during the first six months of life, and at least until two years complemented with other food, is important for healthcare professionals to be updated.

Keywords: breastfeeding, pregnancy, spontaneous abortion, nursing.

DOI UC: 107764/Horiz_Enferm.28.3.50

INTRODUCCIÓN

La práctica basada en evidencia (PBE) según Alcolea, Oter y García [(1)] se define como la selección de la mejor evidencia científica para tomar decisiones en favor de los usuarios tomando en cuenta sus necesidades y preferencias. Es una investigación en base a estudios cuantitativos, los cuales abordan lo relacionado con la causa, pronostico, diagnostico, prevención, tratamiento y costos en salud, y estudios cualitativos que responden a los significados de la experiencia de enfermedad y la comprensión de sentimientos del usuario sobre los efectos de las intervenciones entregadas [(2).]

El método de investigación consta de cinco etapas: 1. Formulación de la pregunta que deriva del problema observado 2. Búsqueda de la mejor evidencia 3. Evaluación crítica de la evidencia encontrada 4. Implementación de las evidencias en la práctica y 5. Evaluación de las consecuencias resultantes de la intervención aplicada [(3).]

Es así como el principal objetivo que persigue la práctica basada en evidencia es mejorar la atención de los usuarios logrando elegir la información más relevante y de calidad que permita

dar respuesta a las preguntas que nacen desde la práctica diaria.

Persiguiendo este objetivo es que, dentro del desarrollo del Internado Ambulatorio de enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, realizado en un centro de salud primaria de la comuna de Puente Alto, surge la necesidad de responder a las dudas existentes con respecto a la mantención de la lactancia materna durante el embarazo, y por otra parte, actualizar la información que los profesionales están entregando a los usuarios, de modo que sea la más beneficiosa para éstos.

La lactancia materna exclusiva es definida por la Organización Mundial de la Salud como la alimentación del lactante con leche de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua [(4)]. Es promovida tanto por esta organización como por el Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia (UNICEF) hasta al menos los seis meses de edad del lactante. Después, suplementada con otras comidas, la lactancia se promueve hasta al menos los dos años del niño.

Incentivar la lactancia materna exclusiva hasta los dos años en las usuarias debiese ser primordial en la atención primaria de salud (APS), teniendo en cuenta los múltiples beneficios tanto para la salud de la madre como para la de su hijo a corto, mediano y largo plazo y no solo en el ámbito físico, sino que también en la esfera psicológica, social y económica [(5)].

Sin embargo, existe muchos mitos acerca de la mantención de la lactancia durante el embarazo. Muchas madres optan por destetar a sus hijos/as durante su embarazo, bien por creencias personales o por recomendaciones de profesionales de la salud. Por lo anteriormente mencionado, conocer la evidencia disponible en cuanto a la continuación de la lactancia mujeres embarazadas y sus reales implicancias ayudará a que los profesionales estén más preparados para ayudar a las madres embarazadas en torno a la decisión de continuar amamantando a sus hijos/as.

La metodología para el presente informe es primero establecer la pregunta clínica, para luego presentar la búsqueda bibliográfica realizada con una valoración crítica y finalmente exponer las conclusiones de lo recabado y recomendaciones principales.

Elaboración de la pregunta clínica

Se elaboró la pregunta clínica de daño o riesgo en formato PICOT [(6)] que se desglosa a continuación:

- P: En las usuarias embarazadas y que dan lactancia materna
- I: Recomendación de continuar con la lactancia
- C: Recomendación de suspender la lactancia
- O: Riesgos para la salud de la madre, niño que está por nacer y niño amamantado.
- T: Embarazo y primeros meses postparto.

Pregunta clínica: ¿En las usuarias embarazadas y que están amamantando, la recomendación de continuar con la lactancia en comparación a la recomendación de suspender la lactancia genera riesgos para la salud de la madre, el niño/a que está por nacer y/o el niño/a amamantado durante el embarazo y los primeros meses postparto?

De la pregunta clínica se desprende el objetivo de esta revisión de literatura, que es conocer los posibles riesgos para la madre, niño nonato o niño

amamantado que involucra la mantención de la lactancia materna durante el embarazo, para así proporcionar recomendaciones e intervenciones basadas en la evidencia a los usuarios.

METODOLOGÏA

Se realizó una revisión de bibliografía en tres bases de datos (PubMed, Google Scholar y SciElo) usando las palabras clave "Breastfeeding" AND "during" AND "pregnancy" AND "abortion", con el criterio de una publicación de no más de diez años de antigüedad, donde se revisó un estudio de caso control [7], un estudio comparativo[8] y una revisión sistemática de literatura que estudió 19 estudios relacionados con el tema (9), todos en idioma inglés. Los resultados de los estudios apuntan a los distintos riesgos que la madre, el niño que está por nacer o el niño que es amamantado pueden tener, por lo que se procederá a exponer la revisión por categorías que indiquen el riesgo asociado.

Aborto espontáneo y parto prematuro

El tema del aborto espontáneo fue abordado por los tres estudios revisados, lo que concuerda con que una de las preocupaciones más comunes entre las madres y profesionales de la salud que apoyan el cese de la lactancia durante el embarazo es el miedo a un aborto espontáneo o a un parto prematuro. Esto, ya que la estimulación de los pezones que ejerce el bebé cuando mama genera la secreción de oxitocina, la cual genera contracciones uterinas, por lo que se ha propuesto este mecanismo como causante del riesgo de un aborto espontáneo o un parto prematuro [9].

Un estudio de caso control que se realizó en Japón (7) observó el riesgo de aborto espontáneo en un grupo de mujeres embarazadas que amamantaban versus un grupo de mujeres embarazadas que dejaron de amamantar (grupo control), que se atendían en la "Ishii Daiichi Sanka Fujinka Clinic". El grupo de mujeres que amamantaron obtuvo un resultado de 101 de 110 embarazos de término (91,8%) y solo 1 embarazo de pretérmino de 35 semanas de gestación, el cual fue inducido artificialmente por restricción del crecimiento uterino. La proporción de embarazos de término en el grupo control fue de 89,1% y los de pretérmino de 2,5% (19 de 774). El aborto espontáneo, por su parte, se encontró en el 7,3% del grupo de mujeres que amamantaron y en el 8,4% del grupo control, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p<0,05$).

En la discusión del estudio [7] se explica que a pesar de la creencia sobre que amamantar durante el embarazo puede generar un aborto espontáneo, no existen estudios que la prueben, habiendo varios reportes sobre lactancia que niegan que esto ocurra, como La Leche League Answer Book. En este libro [10] se afirma que las contracciones uterinas estimuladas por la lactancia no implican un peligro para el nonato y no aumentan el riesgo de un parto prematuro. También afirma que se puede considerar terminar con la lactancia durante el embarazo en las siguientes circunstancias: cuando hay contracciones uterinas o hemorragia; cuando la madre tiene historial de abortos espontáneos; y cuando la madre ha perdido un peso excesivo como resultado de amamantar.

En la discusión también se abordan otros aspectos del cese de la lactancia, como lo es la poca aceptación de pares, familiares y profesionales de la

salud ante continuar la lactancia más allá del año de vida, y la creencia de que amamantar por largos periodos de tiempo lleva a una debilidad, anemia, falta de apetito e incluso una atrofia del útero [7].

En la revisión sistemática de evidencia [9], ninguno de los estudios analizados reportó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de mujeres embarazadas con respecto al aborto espontáneo. Solo uno de los cinco estudios encontró diferencias significativas, pero sorpresivamente estos autores también reportaron una tasa más alta de abortos espontáneos en el grupo de embarazadas que no amamantaban.

En la discusión del estudio[9] se propone que la estimulación de los pezones durante la lactancia parece ser insuficiente para inducir el parto en embarazos de bajo riesgo. Esto podría deberse a que los receptores de oxitocina no están completamente presentes en el útero hasta fines del embarazo.

Cunningham et al. (2010) en su libro "Williams Obstetrics"[11] establece que la progesterona mantiene la quietud uterina inhibiendo la respuesta del miometrio a la oxitocina, generando un efecto inhibitorio de esta hormona.

Estado nutricional de la madre

En cuanto al estado nutricional de la madre, la revisión sistemática [9] aborda dos estudios de cohorte en Guatemala, los cuales encontraron que las madres que amamantaron estando embarazadas disminuyeron sus reservas de grasa en los primeros dos trimestres de embarazo, a pesar de que consumían mayores suplementos nutricionales. No así en el tercer trimestre ni los primeros tres meses postparto. En Turquía, un ensayo clínico randomizado arrojó una diferencia significativa en la ganancia de peso entre las embarazadas que daban lactancia (7 +- 3.4 kg) y las que no daban (13 +- 5.6 kg), así como en los niveles de hemoglobina al final del embarazo, que en el primer grupo fue de 9.7+- 1.7 mg/dl, y en el segundo grupo de 12.3 +- 1.5 mg/dl. De este modo, otro estudio en Egipto encontró mayores niveles de anemia en el grupo que amamantó (54%) versus el que no (30,7%) durante su embarazo, reforzando la idea de que el estado nutricional de la madre se ve afectado cuando está embarazada y continúa amamantando. Sin embargo, el autor hace hincapié en que los estudios realizados en torno a este tema fueron todos en países en vías de desarrollo, por lo que los suplementos nutricionales pudiesen haber estado en déficit en estas madres.

Peso del recién nacido

De los ocho estudios analizados en la revisión sistemática[9] que abordaron el peso del recién nacido, uno encontró diferencias significativas entre los recién nacidos de madres que amamantaban (3086.6 +-379 g) y las que no (3386.8 +- 388.1 g). Otro estudio encontró un porcentaje significativo de bajo peso al nacer (<2.500 gr) en los recién nacidos de madres que amamantaban y, además, un más alto porcentaje de niños pequeños para la edad gestacional (peso al nacer <p10). Otro estudio no encontró diferencias significativas respecto a la relación entre un niño pequeño para la edad gestacional y que su madre haya dado lactancia en el embarazo.

Un estudio comparativo realizado en Irán[8] observó el peso al nacer de los recién nacidos de madres que amamantaron en su embarazo (de bajo riesgo) versus madres que no lo hicieron.

No se encontraron diferencias significativas con respecto al peso al nacer de los recién nacidos de ambos grupos, ni tampoco entre las madres que continuaron con lactancia en el embarazo y las que la descontinuaron. Este estudio menciona en su discusión que, a pesar de no haber diferencias significativas entre ambos grupos, el peso al nacer de los recién nacidos del grupo de mujeres que no amamantó en el embarazo en promedio fue de 69,1 libras más que el grupo de mujeres que sí lo hizo, coincidiendo con los resultados de otros estudios. También sugiere que la causa de esto podría ser la mayor demanda energética que sufre la madre bajo la condición de estar embarazada y amamantar al mismo tiempo, por lo que indicar un régimen nutricional adecuado y con suplementos necesarios es fundamental para prevenir un menor peso en el recién nacido.

Crecimiento del recién nacido

De la revisión sistemática[9] tres estudios exploraron el crecimiento del recién nacido. Uno, observó que 113 recién nacidos de madres que amamantaron en el embarazo (39,7% alimentados en tándem), ganaron en promedio 125 gr menos que los recién nacidos de madres que no amamantaron durante la gestación, durante el primer mes de vida. Sin embargo, otro estudio no encontró diferencias significativas entre los recién nacidos alimentados en tándem y los que no, entre el primer mes y año de vida. El tercer estudio observó que los recién nacidos alimentados en tándem crecieron un 21% más que sus hermanos durante el primer mes de vida.

Crecimiento del niño/a que amamantó durante el embarazo de la madre

No se encontraron estudios en la revisión bibliográfica respecto al crecimiento del niño/a que amamantó durante el embarazo de su madre [9]. Sin embargo, un estudio comparó el crecimiento de los niños/as que fueron destetados durante el embarazo de la madre versus los que fueron destetados a la misma edad, pero sin que su madre estuviese embarazada. Se demostró que el destete abrupto durante la gestación estaba asociado a una reducción significativa de la tasa de crecimiento, por un periodo de 3 a 6 meses antes de interrumpir la lactancia.

Cantidad y composición de la leche

La cantidad y composición de la leche se exploró en seis artículos de la revisión sistemática [9]. Todos observaron un descenso de la cantidad de leche materna en más de un 66% de las madres que amamantaban durante su embarazo. Además, un estudio observó que un 18% de las madres dejaron de amamantar completamente. Sobre la composición de la leche, un estudio tomó muestras de calostro 2 días postparto y muestras de leche madura entre las 4 y 6 semanas de gestación de un grupo de embarazadas que amamantaban y un grupo que no. Adicionalmente, tomaron muestras las embarazadas que amamantaban a las 35 semanas de gestación. Comparando los niveles de inmunoglobulina A, lactosa, lípidos y proteínas, no se encontraron diferencias significativas entre el calostro y la leche madura entre ambos grupos. Además, las muestras recolectadas a las 35 semanas fueron similares a la leche madura de ambos grupos, y diferentes del calostro en composición. Sin embargo, este estudio posee un número reducido de participantes. Otro estudio de control de caso que también comparó la

composición de leche entre un grupo de embarazadas que amamantaban y uno de no embarazadas que lo hacían, observó que la leche de las del primer grupo era significativamente menor en grasas y lactosa, y mayor en proteínas. También encontraron que la composición cambiaba a medida que el embarazo avanzaba, disminuyendo en grasas y aumentando en los niveles de inmunoglobulinas, similar a la composición del calostro.

Complicaciones del embarazo

En el estudio comparativo realizado en Irán [8] no se encontraron diferencias significativas en términos de problemas durante el embarazo como Síndrome hipertensivo del embarazo, infecciones o hemorragias, entre un grupo de madres que amamantó en su embarazo y un grupo que no lo hizo.

Patrón de lactancia

El impacto del embarazo en el patrón de lactancia fue estudiado en cinco estudios de la revisión sistemática [9]. Uno reportó que sólo un 18% de los niños/as continuó con la lactancia hasta el final del embarazo, mientras que otro tuvo un reporte de 12,5%. En todos los estudios la tasa de destete fue alta, lo que se condice con el estudio de caso control[7] que encontró que solo 33,6% de los niños/as continuaron siendo amamantados después de la semana 28 de embarazo. No hubo consenso acerca de en qué trimestre ocurría el destete ni tampoco acerca de las múltiples razones asociadas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se puede desprender de la revisión de literatura que en cuanto a los riesgos de parto prematuro ninguno de los estudios encontró diferencias significativas. Se sugiere que los altos niveles tanto de progesterona como de estrógeno durante el embarazo y la ausencia de receptores de oxitocina en el útero hasta el último periodo de éste proveen de protección a las madres que deciden amamantar durante su embarazo contra la generación de contracciones uterinas. Con esto se concluye que existe una sólida evidencia respecto a ese mito, por lo que los profesionales de la salud deben informarse para no dar información errónea.

Si bien algunos estudios demuestran que existen diferencias entre las madres que amamantan durante el embarazo y las que no en cuanto al estado nutricional, el peso del recién nacido y su crecimiento, es difícil de comparar los estudios, ya que exploran diversas variables (hemoglobina, reservas de grasa, ganancia de peso). Sin embargo, se postula que estas diferencias podrían prevenirse, como en el caso de la pérdida de grasa y la escasa ganancia de peso en madres que amamantan, tomando medidas tales como la suplementación nutricional durante el embarazo, previniendo una baja de peso en el recién nacido. Los centros de atención primaria cuentan con los profesionales especializados en el tema como nutricionistas para satisfacer esta necesidad de cuidado de las madres gestantes que decidan continuar con la lactancia, por lo que es relevante derivar cuando corresponda.

La cantidad de leche es menor a la cantidad previa al embarazo puesto que la glándula mamaria se prepara para el inicio de la producción de calostro, lo que explicaría el alto destete de algunos niños/as durante el embarazo. También se sabe que el cambio en el sabor de la leche

produce que algunos niños/as se desteten. Es relevante que los profesionales de la salud adviertan sobre esto a las madres para que tengan en cuenta que esto puede suceder y puedan prepararse para enfrentar en destete del hijo/a mayor. La composición de la leche es un tema seguir siendo estudiado para precisar las características de la leche materna en madres gestantes.

Los efectos del amamantar en el embarazo en el crecimiento tanto del recién nacido como del niño/a que amamanta no están bien establecidos aun, ya que los resultados de los estudios no son concordantes. Se sugiere que se realicen mayores investigaciones frente a estos temas, con un número importante de usuarias y con una metodología más precisa.

Es importante retomar las recomendaciones que otorga el libro "The Breastfeeding Answer Book"[10] en cuanto a las situaciones frente a las cuales debería considerarse terminar con la lactancia durante el embarazo. Estas serían: contracciones uterinas o hemorragia; madre con historial de abortos espontáneos y pérdida de peso excesivo como resultado de amamantar. Los prestadores de la salud deben estar al tanto de esta información y sugerir a la madre la suspensión de la lactancia en el caso de que cumpla con alguna de las condiciones.

Por último, se deduce que sería óptima la actualización en la entrega de información a las madres embarazadas usuarias de los centros de atención primaria sobre el tema en específico y sus consideraciones, para así apoyar el llamado de la OMS y el MINSAL[12] a realizar todas las acciones necesarias que fomenten la lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad del niño/a, y hasta al menos los dos años complementada con otras comidas, considerando que la decisión de destetar a una hijo/a es una decisión difícil para la familia y que requiere ser apoyada con la educación correcta. Es de suma importancia que como profesionales sanitarios nos estemos actualizando constantemente y en el caso de enfermería, poder realizar una práctica basada en la evidencia o PBE para así entregar el mejor cuidado a los usuarios, siempre con una valoración crítica de la evidencia encontrada y ajustando las intervenciones a nuestra realidad y contexto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcolea M, Oter C, García A. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. Nure Investigación. [Internet]. 2011 may [cited 2017 oct];52(8):1-7. Available from http://udicor-tumbes.bligoo.com/media/users/25/1256416/files/377470/ENFERMER_A_BASADA_EN_LA_EVIDENCIA.pdf
2. Yañez A, Paravic T. Enfermería basada en la evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. Ciencia y enfermería. [Internet]. 2007 jun [cited 2017 oct];13(1):17-24. doi: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100003
3. Eterovic C, Stiepovich J. Enfermería basada en la evidencia

4. y formación profesional. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 Dec [cited 2017 oct];16(3), 9-14. doi: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300002
5. Aguilar M, Fernández M. Lactancia materna exclusiva. Rev Fac Med UNAM. [Internet]. 2007 jul [cited 2017 oct];50(4), 174-178. Available from: http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un074g.pdf
6. León-Cava N. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. [Internet]. Washington DC: OPS; 2002 [cited 2017 oct]. 186 p. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18539/9275123977_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Urra E, Retamal C, Tapia C. Rodríguez M. Enfermería basada en la evidencia: qué es, sus características y dilemas. Rev Investigación y Educación en Enfermería. [Internet]. 2010 mar [cited 2017 oct];28(1), 108-118. Available from http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215294014.pdf
8. Ishii H. Does breastfeeding induce spontaneous abortion? J Obstet Gynaecol Res. [Internet]. 2009 oct [cited 2017 oct];35(5):864-868. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0756.2009.01072.x
9. López-Fernández G, Barrios M, Goberna-Tricas J, Gómez-Benito J. Breastfeeding during pregnancy: A systematic review. WOMBI. [Internet]. 2017 may. [cited 2017 oct];648, 1-9. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.05.008
10. Madarshahian F, Hassanabadi M. A Comparative Study of Breastfeeding During Pregnancy: Impact on Maternal and Newborn Outcomes. Journal of Nursing Research. [Internet]. 2012 mar [cited 2017 oct];20(1), 74-80. doi: http://dx.doi.org/10.1097/JNR.0b013e31824777c1
11. Mohrbacher N, Stock, J, LA Leche League International. The Breastfeeding Answer Book: 3th ed. LA Leche League Intl; 2003 jan. 720 p.
12. Cunningham F, Kenneth L, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics: 23rd Ed. USA: McGraw-Hill Medical; 2009 dec. 1404 p.
13. Lactancia Materna [Internet]. MINSAL. 2015 [cited oct 2017]. Available from: http://www.minsal.cl/lactancia-materna/