PARANINFO DIGITAL
MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016
Disponible en: http://www.index-f.com/para/n25/027.php

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.
Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" **V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería**, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **¿La Lactancia Materna simultánea puede producir aborto espontáneo o parto prematuro?**

*Autores* Mª Teresa *Aragón Núñez*, Inmaculada *Cubillas Rodríguez*, Inmaculada *García Rojas*
*Centro/institución* Hospital matero infantil de Málaga
*Ciudad/país* Málaga, España
*Dirección e-mail* maiteabril@hotmail.com

## RESUMEN

La Lactancia Materna (LM) durante el embarazo es un hecho común. Sin embargo en el ámbito clínico algunos especialistas recomiendan el destete, debido a que la succión del pezón puede provocar contracciones al producir oxitocina, afectando negativamente el embarazo. Nuestro objetivo es comprobar que no hay evidencia científica para recomendar el destete del niño durante el embarazo de una madre lactante ante el riesgo de sufrir aborto espontáneo o parto prematuro, sino la existencia de mitos y creencias erróneas sobre la LM simultánea. Tras una búsqueda bibliográfica realizada en distintas bases de datos, se revisan un total de ocho artículos sobre LM simultánea y embarazo y dos webs sobre LM y tándem. Encontrando que no hay evidencia médica para indicar que una mujer sana que cursa embarazo normal esté en mayor riesgo de parto prematuro o aborto espontáneo cuando realiza LM simultánea.
*Palabras clave*: Lactancia/ Aborto espontáneo/ Parto prematuro/ Embarazo.

**TEXTO DE LA COMUNICACIÓN**

## Introducción

Tanto la OMS como la Academia Americana de Pediatría y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomiendan la lactancia materna exclusiva (LME) al menos durante los primeros seis meses de vida del niño. Además aconsejan prolongarla hasta al menos los dos años de vida del niño combinándola con la dieta adecuada.[1]

La Lactancia Materna (LM) aporta beneficios para el bebé con respecto a la salud general, el crecimiento y el desarrollo del niño:

- Disminuye las infecciones respiratorias inferiores, infecciones del oído y la enterocolitis necrotizante, la incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante, la Diabetes Mellitus tipo I y II, enfermedad alérgica (atopia); y posiblemente mejora el desarrollo cognitivo.
- La leche materna contiene anticuerpos de IgA secretora, que disminuyen la incidencia de gastroenteritis.
- Algunos estudios sugieren que la LM puede disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular en la edad adulta, como se indica al reducir el colesterol sérico en mujeres adultas que fueron amamantadas cuando eran bebés.[2]

La LM también tiene muchos beneficios para la madre:

- Disminuye el riesgo de cáncer de mama, cáncer de ovario y cáncer de endometrio.
- La LM durante al menos 2 años reduce el riesgo de enfermedad coronaria en un 23%.
- Reduce los requerimientos de insulina en madres diabéticas.
- Disminuye el riesgo de síndrome metabólico.
- Disminuye el riesgo de hemorragia postparto.
- La LM prolongada disminuye el riesgo de artritis reumatoide.[2]

En una sociedad en la que se ha perdido el componente sociocultural de la LM, es imprescindible la formación y actualización de los conocimientos por parte de los profesionales de la salud para recuperar el factor cultural perdido.[1] La demanda de información no siempre es satisfecha por el profesional sanitario. Un ejemplo de ello sería cuando nos encontramos con la lactancia en tándem, es decir cuando una mujer embarazada decide continuar lactando a su anterior hijo.[3]

La LM durante el embarazo ha sido relativamente común hasta hace algunas generaciones, y actualmente se mantiene en ciertas culturas. En el ámbito clínico, algunos especialistas aconsejan el destete tras un nuevo embarazo en una madre lactante. La explicación científica alegada es que la succión del pezón estimula la producción de oxitocina, produciendo su liberación desde la glándula pituitaria posterior, provocando a su vez contracciones uterinas, que podrían llegar a producir un aborto involuntario o parto prematuro.[4]

Aborto involuntario: es el final espontáneo de un embarazo antes de la viabilidad. A las 6 semanas de gestación, la tasa de aborto involuntario es uno de cada cinco embarazos y antes del segundo trimestre la tasa disminuye a 1 de 40. Las anomalías cromosómicas presentes en el 50-70% son la primera causa de aborto involuntario en el primer trimestre, otras causas incluyen anormalidades uterinas, infección del tracto genital, enfermedades maternas como enfermedades de la tiroides y diabetes mellitus y ciertas drogas.[2]

El parto prematuro: es el nacimiento de un bebé de menos de 37 semanas completas de edad gestacional. La mortalidad neonatal o la supervivencia con discapacidad se vuelve

significativo en recién nacidos muy prematuros, los nacidos entre las 28 y 32 semanas, y es más importante en los recién nacidos extremadamente prematuros, los nacidos antes de las 28 semanas. La incidencia de parto prematuro en el mundo desarrollado es 7-12%.[2]
En la actualidad, sin embargo, para inducir el aborto se utiliza comúnmente la Mifepristona (antagonista competitivo de los receptores de progesterona, conocida como la hormona del embarazo) y el Misoprostol (análogo de la Prostaglandina E1, produce dilatación del cuello uterino), quedando reservada la Oxitocina para los estadios finales del embarazo durante el trabajo de parto.[4]
Varios estudios han demostrado que no hay un mayor riesgo de parto prematuro ni de aborto espontáneo por esta causa ya que la cantidad de oxitocina liberada durante la lactancia no es suficiente, ya que tampoco se encuentran los suficientes receptores de oxitocina en el útero.[5] El mecanismo de protección contra el trabajo aborto involuntario y prematuro puede ser explicado por la teoría "receptores uterinos de oxitocina": las células uterinas que detectan la presencia de oxitocina y causan una contracción son escasos hasta el término del embarazo. Otro factor de protección posiblemente, sea la progesterona, que se interpone entre la oxitocina y su receptor durante todo el embarazo.[2]
Otras razones argumentadas tradicionalmente para recomendar el destete precoz incluyen:

- Desarrollo de caries en los dientes de leche.
- El niño se convertirá en "mal criado" por retraso en su independencia de la madre.
- Retraso en la menstruación de la madre con el consiguiente retraso en otro embarazo cuando así se desea.
- La ausencia de la menstruación tiene efectos deletéreos sobre uterino y la función ovárica.
- La madre no puede separarse del niño, y su retorno a una vida social ordinaria se retrasa.
- Los huesos de la madre se vuelven cada vez más delicados y frágiles, favoreciendo la osteoporosis.[6]

El objetivo de este estudio es comprobar que no hay evidencias científicas que lleven a recomendar el destete del niño durante el embarazo de una madre lactante ante el riesgo de sufrir un aborto espontáneo o parto prematuro, sino más bien la existencia de mitos y creencias erróneas sobre la lactancia simultánea. El destete indeseado, en la mayoría de los casos, supone una frustración tanto para la madre que desea continuar con la LM como para el hijo que es privado de ella.[1]

**Material y Método**

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través del metabuscador Gerion (buscador de la biblioteca del Servicio Andaluz de Salud). Todos los términos utilizados como palabras claves están incluidos en los Descriptores MESH (Medical subjetc Headings): lactancia, aborto espontáneo, parto prematuro, embarazo. Se realizó la búsqueda en inglés y en español y se combinaron los términos con el operador booleano AND encontrando:
5 resultados en Cuiden de los cuales elegimos 1.
110 resultado en Pubmed de los cuales elegimos 7.
Los artículos seleccionados han cumplido los requisitos de:

Publicados en los últimos 10 años, excepto un artículo de 2003 que ha sido incluido por aportar información práctica muy relevante.
Que incluya más de un término de búsqueda
Incluidos en revistas de alto nivel de relevancia.
Además se han consultado dos webs sobre lactancia materna y embarazo (http://www.laligadelalecheandalucia.es/, http://albalactanciamaterna.org/)

**Resultados**

En teoría, la superposición de la lactancia materna y embarazo podría afectar a la nutrición materna y a su salud, al crecimiento fetal y / o al crecimiento del lactante amamantado. Sin embargo en las poblaciones de países desarrollados la ingesta de un mayor número de alimentos de buena calidad durante la lactancia materna de la mujer embarazada puede equilibrar el aumento nutricional necesario para un óptimo estado de salud general de la madre y/o del feto-niño.[7]
La Sociedad Italiana de Medicina Perinatal y el Grupo de Trabajo sobre lactancia materna, del Ministerio de Salud de Italia llevaron a cabo una revisión exhaustiva de las publicaciones científicas existentes para "determinar la compatibilidad médica del embarazo y la lactancia". Publicado en 2014, su informe es la compilación más completa de investigación médica relevante hasta la fecha.[7] En relación al argumento de que la estimulación del pezón durante la lactancia por el recién nacido puede inducir al aborto espontáneo, en su informe expone que, la secreción de oxitocina en respuesta a la estimulación de la mama parece disminuir con el tiempo. Leake y sus colegas midieron los niveles plasmáticos de oxitocina antes y durante la eyección de leche materna en período de lactancia, en mujeres con amenorrea de 10 días a 1 año postparto. Aunque el nivel medio plasmático de oxitocina era similar durante el período de estudio, los niveles después de la estimulación se redujeron significativamente tras 90 días de amenorrea. Además, la sensibilidad uterina a los picos de oxitocina alrededor del parto se asocia a un aumento de los receptores de oxitocina en el miometrio del útero. Después del parto, la concentración de receptores de oxitocina disminuye rápidamente, posiblemente para evitar contracciones no deseadas durante la lactancia. En su conclusión afirman:
"Hay que reconocer que, en su conjunto, las posibles consecuencias negativas de la lactancia materna durante el embarazo sobre la salud de la madre / embrión / feto / bebé amamantado no están basadas en la evidencia.
… Incluso en los países menos desarrollados, los riesgos relacionados con la combinación de la lactancia materna y el embarazo parecen asociarse más con la falta de una nutrición suficiente de la madre y el niño/a mayor, con el destete abrupto, y con intervalos cortos entre nacimientos que de la misma combinación."[7]
Desde un punto de vista antropológico, un estudio llevado a cabo por Vitzthum en una población boliviana agro pastoral informa que no se encontró que la lactancia materna se asociara significativamente con la pérdida temprana del embarazo. Este resultado, está basado en una muestra de 56 mujeres, de las cuales 38 lactaban durante la concepción y 18 no, con 9 y 8 las pérdidas tempranas del embarazo, respectivamente.[7]
En un estudio clínico realizado en Japón en 2009 en una población de 4150 mujeres diagnosticadas de embarazo antes de la semana 8 de gestación desde 1996 a 2000, se estudiaron los resultados de los embarazos en madres que continuaban con la LM durante el embarazo con las de otro grupo de embarazadas que no realizaron LM simultánea. los resultados del estudio mostraron que ocho de 110 embarazos (7,3%) resultaron en aborto espontáneo en el grupo de lactancia, y 65 de 774 embarazos (8,4%)

terminaron en aborto en el grupo de control. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (p> 0,05). [6]
El autor concluyó:
“Incluso si la madre está embarazada, la lactancia materna debe continuar hasta que se produce el destete natural”.
Y comentó:
“El tema de la lactancia materna durante el embarazo es un problema que hay que superar. A través de la incomprensión y los prejuicios, innumerables bebés han sido privados de la leche de su madre”.[6]
Encontramos otro trabajo realizado entre abril y diciembre de 2008 por los investigadores Farah Madarshahian y Mohsen Hassanabadi donde se compararon las tasas de éxito en alcanzar parto a término y recién nacidos de peso al nacer entre dos grupos de mujeres embarazadas multíparas: las que amamantaban durante el embarazo y las que no lo hicieron. Para ello realizaron un estudio comparativo durante 9 meses, entre dos grupos de mujeres en la unidad de maternidad de dos hospitales en Birjand, Irán. El primer grupo comprendía 80 mujeres que amamantaron durante 30 días o más durante el embarazo; el segundo grupo estaba compuesto por 240 mujeres que no lo hicieron. Los dos grupos tenían distribuciones similares en términos de la edad materna, paridad, problemas médicos, y nutricionales y cambios durante el embarazo. Dos enfermeras capacitadas utilizaron un cuestionario de auto-desarrollado para recopilar datos. Los resultados no encontraron diferencias significativas en partos a término y la media de peso al nacer del recién nacido entre los dos grupos. Los resultados sugieren que la lactancia materna durante el embarazo normal no aumenta la probabilidad de los resultados maternos y neonatales adversos. Las enfermeras y matronas deben dar a las mujeres embarazadas apropiada información basada en la evidencia y centrar la atención en la promoción de la ingesta nutricional adecuada basado en el estado de lactación durante el embarazo.[8]
Los investigadores concluyeron:
“Este estudio apoya la posición de que la lactancia materna durante el embarazo normal no está asociada con un mayor riesgo de resultados adversos maternos y neonatales. La combinación de la lactancia materna con el embarazo es una decisión personal de las madres”.[8]
En Iraq, un estudio de casos y controles se llevó a cabo en el Hospital General de Al-Mawani de septiembre de 2011 a Septiembre 2012. En este trabajo se estudiaron 215 mujeres embarazadas que amamantan durante el embarazo y 288 embarazadas que no estaban amamantando durante el embarazo. Los datos demográficos, la frecuencia de los partos prematuros y abortos espontáneos y el peso al nacer neonatal se compararon entre los dos grupos. Chi-cuadrado y la prueba t de Student se utilizó para comparar el resultado. La frecuencia de aborto involuntario entre las que amamantaron a sus bebés durante el embarazo fue significativamente menor que entre las que no amamantaban durante el embarazo, esto no fue afectado por la exclusividad de la lactancia materna. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de los partos prematuros y en el peso al nacer entre los dos grupos. Este estudio concluye que la lactancia materna no aumenta el riesgo de nacimientos prematuros o abortos espontáneos ni tampoco afecta el peso del bebé al nacer.[2]
Por último y más recientemente en un estudio retrospectivo, llevado a cabo en el Hospital Universitario de Fatih (en Turquía) entre junio de 2004 y diciembre de 2011 se concluye que la lactancia materna durante el embarazo no es perjudicial. Dicho estudio se realizó con 165 mujeres mayores 18 años de edad que no tenían enfermedad sistémica y que cursaron con embarazo único en los 2 años después del nacimiento del

primer hijo. Cuarenta y cinco de las 165 mujeres embarazadas continuaron en periodo de lactancia, mientras que 120 no lo hicieron. Se comparó el aumento de peso durante el embarazo, alteraciones en los niveles de hemoglobina, complicaciones del embarazo, el peso neonatal, y las puntuaciones de Apgar entre los dos grupos. Como resultados se obtuvieron que las mujeres lactantes embarazadas ganaran menos peso que el grupo no lactante, y que la disminución del nivel de hemoglobina durante el embarazo fuera significativa en el grupo de lactancia. Entre los dos grupos, no hubo diferencia estadísticamente significativa en la hiperémesis gravídica, amenaza de aborto, preeclampsia, trabajo de parto prematuro, peso neonatal, o índice de Apgar.[9]

Llegando a la siguiente conclusión: "La lactancia materna durante el embarazo no es perjudicial, y los profesionales de la salud no deberían recomendar el destete si las madres embarazadas continúan amamantando. Deberían observar de cerca a la madre, niño/a, y feto por si hubieran efectos negativos, y en caso de producirse tomar precauciones".[9]

Los hallazgos en los estudios de Iraq y Turquía en relación con el peso al nacer hacen referencia a otra gran preocupación asociada a la lactancia durante el embarazo: ¿es arriesgado intentar "comer por tres?" ¿Podría dañar al feto competir por los nutrientes con el niño/a que mama? ¿O agotar a la madre?[10]

Hay razones para creer que las mujeres de los países ricos con acceso a una dieta variada no necesitan preocuparse de perjudicarse a ellas mismas, a sus fetos, o a sus niños/as de pecho. Vigilar que el aumento de peso durante el embarazo sea adecuado, una dieta variada básica con suficientes calorías y la ingesta de líquidos apropiada es suficiente en la mayoría de los casos para considerar que la madre está comiendo adecuadamente por los tres. En algunos casos, la suplementación con zinc y hierro puede ser necesaria, pero son injustificados el compromiso con una dieta perfecta o una enorme ingesta de agua. Las mujeres mal alimentadas o desnutridas están en desventaja a la hora de proveer los nutrientes necesarios al feto o al niño de pecho, y aún más cuando se trata de ambos a la vez. Un intervalo corto de recuperación entre el nacimiento y un nuevo embarazo se suma a la sobrecarga de estas madres. Se necesita investigar más para determinar los efectos para la madre de la suplementación nutricional, así como los factores socioeconómicos en estas situaciones.[10]

## Conclusión

Los partos prematuros y los abortos espontáneos son problemas importantes del embarazo. En muchos países en desarrollo, las mujeres que quedan embarazadas durante la lactancia de sus bebés, tienen preocupaciones sobre su seguridad durante el embarazo actual y el impacto en el nuevo bebé.[2]

La existencia de un riesgo basado en la plausibilidad biológica no es razón suficiente para dar consejos alarmantes y apoyar el destete. Hay que reconocer que, en su conjunto, las posibles consecuencias negativas de la lactancia materna durante el embarazo no están basadas en la evidencia.[1]

Incluso en los países menos desarrollados, los riesgos relacionados con la superposición de la lactancia materna y el embarazo parecen estar asociados más con la falta de una alimentación suficiente de la madre y el niño mayor, con el destete abrupto, y con corta intervalos entre nacimientos, que con la propia superposición. Los factores de confusión como el estatus socioeconómico, la edad del niño, o enfoques de destete pueden inducir a error a la conclusión de un estudio. Las razones para el destete o continuar amamantar durante el embarazo también podría confundir a la selección de los sujetos y la interpretación de los resultados de la estudios.[7]

Es hora de desenmascarar el mito, y dejar que las mujeres tomen decisiones individualizadas y personales sobre la lactancia durante el embarazo, así como en cualquier otro momento de su vida. Como siempre, las opciones durante el embarazo y la lactancia deben ser adecuadas para cada persona. La madre debería preguntarse: "¿Esta combinación está en armonía con mi cuerpo? ¿Siento que está funcionando bien?" Mientras se plantea estas preguntas, a la madre no se la debería agobiar con el mito de que está haciendo algo extraño o peligroso.[3]

En general, debemos apoyar la lactancia materna durante el embarazo, en particular, durante el primer y segundo trimestres, recomendando una dieta adecuada. La LM en el tercer trimestre del embarazo también es sostenible, a menos hay un riesgo evidenciado de parto prematuro.[1]

La evidencia existe, y se refuerza cada año, en cuanto a que la lactancia materna durante el embarazo no presenta riesgos para una madre bien alimentada en un embarazo saludable. Igualmente fuerte es la evidencia de los beneficios, tanto físicos como emocionales, de la lactancia a largo plazo cuando madre y niño/a así lo desean. En este sentido, la Academia Americana de Médicos de Familia hizo pública una declaración en 2008 apoyando la lactancia materna durante un embarazo normal y haciendo hincapié en que el destete antes de los dos años aumenta la probabilidad de enfermedades de la infancia (AAFP 2008).[10]

Aunque se sigue necesitando más investigación para mejorar el conocimiento sobe las consecuencias fisiológicas y patológicas de la superposición entre el embarazo y la lactancia, podemos concluir finalmente que en base al conocimiento actual, no hay ninguna evidencia médica para indicar que en la población general, las mujeres en edad reproductiva están en mayor riesgo de parto prematuro o aborto involuntario si continúan con la lactancia durante el embarazo. También es poco probable que una restricción significativa del crecimiento intrauterino pueda ser el resultado de la combinación del embarazo con la lactancia materna, particularmente en mujeres sanas y bien nutridas de países desarrollados

**Bibliográfia**

1. Leo, M. I. P., Moyano, T. R., & Ballesteros, R. H. La lactancia materna durante el embarazo: ¿aumenta el riesgo de sufrir un aborto espontáneo? Enfermeria Docente. 2013; 101: 29-31.

2. Albadran, M. M. Effect of Breastfeeding during Pregnancy on the Occurrence of Miscarriage and Preterm Labour. Iraquí Journal of Medical Sciences.2013; 11(3).

3. Marcos I, Torres E. Lactancia materna durante embarazo y en Tándem. (Visitada el 01/06/2016). Disponible en: http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-5-situaciones-especiales/lactancia-materna-durante-el-embarazo-y-en-tandem/.

4. Sääv, I., Fiala, C., Hämäläinen, J. M., Heikinheimo, O., & Gemzell-Danielsson, K. Medical abortion in lactating women–low levels of mifepristone in breast milk. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2010; 89(5), 618-622.

5. Flower H. Adventures in Tandem Nursing. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2003; 139(5):597-604.

6. Ishii, H. (2009). Does breastfeeding induce spontaneous abortion? Journal of Obstetrics and Gynecology Research. 2009; 35(5), 864-868.

7. Cetin, I., Assandro, P., Massari, M., Sagone, A., Gennaretti, R., Donzelli, G., & Davanzo, R. (2013). Breastfeeding during Pregnancy Position Paper of the Italian Society of Perinatal Medicine and the Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. Journal of Human

Lactation. 2014 Feb; 30(1):20-7. DOI 10.1177/0890334413514294.
8. Madarshahian, F., & Hassanabadi, M. A comparative study of breastfeeding during pregnancy: impact on maternal and newborn outcomes. Journal of Nursing Research. 2012; 20(1), 74-80.
9. Ayrim, A., Gunduz, S., Akcal, B., & Kafali, H. Breastfeeding throughout pregnancy in Turkish women. Breastfeeding Medicine. 2014; 9(3), 157-160.
10. La lactancia durante el embarazo y la lactancia en tándem: ¿son seguras? Investigación reciente. (Visitada el 01/06/2016). Disponible en http://www.laligadelalecheandalucia.es/la-lactancia-durante-el-embarazo-y-la-lactancia-en-tandem-son-seguras-investigacion-reciente/.