

Un camino compartido: la lactancia materna durante el embarazo. Revisión de la literatura

A shared journey: breastfeeding during pregnancy. A literature review

Ángela Carbonell Montoro

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona). Sevilla.

RESUMEN

Justificación: La escasez de estudios sobre lactancia materna durante el embarazo (LMDE) evidencia la necesidad de profundizar en sus implicaciones en la salud materno-infantil, así como en los factores emocionales y sociales que influyen en la decisión de mantenerla. Resulta fundamental que las matronas ofrezcan información basada en la evidencia, con el fin de promover decisiones informadas y minimizar riesgos.

Objetivos: Actualizar el conocimiento sobre las implicaciones de la LMDE en la salud materna, obstétrica, fetal y neonatal, además de explorar los factores sociales y psicoemocionales que condicionan la continuidad o el cese de esta práctica.

Metodología: Se realizó una búsqueda en Cochrane Library, Medline, Web of Science, Scopus y CINAHL. Se aplicaron criterios de inclusión (últimos 11 años, mujeres gestantes con embarazo único, estudios en inglés o español, sin conflictos de interés) y exclusión (lactancia en tándem, artículos no libres, no pertinentes o revisiones). Finalmente, se seleccionaron 10 artículos.

Resultados: Se identificaron desafíos relacionados con bajo peso al nacer y complicaciones obstétricas en ciertos contextos, aunque sin evidenciar relación directa con consecuencias adversas. Los factores sociales, culturales y educativos influyen en el destete, mientras las madres enfrentan dilemas emocionales y físicos que refuerzan la necesidad de apoyo profesional y acompañamiento durante el proceso.

Conclusiones: La LMDE no se asocia con complicaciones obstétricas graves ni con efectos significativos la salud materno-infantil, pero sí repercute en el bienestar emocional y físico de las madres. Se resalta la importancia del asesoramiento basado en evidencia para desmontar creencias erróneas.

PALABRAS CLAVE

lactancia durante el embarazo, lactancia [DeCS], complicaciones del embarazo [DeCS], salud materna [DeCS]

ABSTRACT

Justification: The lack of studies on breastfeeding during pregnancy (BDP) underscores the need to understand its implications for maternal and infant health, as well as the emotional and social factors influencing the decision to continue this practice. It highlights the importance of midwives providing evidence-based information to support informed decision-making and reduce risks.

Objectives: The general objective is to update knowledge about the implications of BDP for maternal and infant health. The specific objectives include analyzing its effects on maternal, obstetric, fetal, and neonatal health, as well as exploring the social and psycho-emotional factors influencing the decision to continue or cease this practice.

Methodology: A search was conducted in the Cochrane Library, Medline, Web of Science, Scopus, and CINAHL. Inclusion criteria (last 11 years, pregnant women with a singleton pregnancy and at least one previous birth, studies in English or Spanish, no conflicts of interest) and exclusion criteria (tandem breastfeeding, non-free, irrelevant articles, or reviews) were applied. Ultimately, 10 articles were selected.

Results: Although not always associated with significant risks, challenges were identified in certain contexts regarding low birth weight and obstetric complications, without clear evidence of adverse outcomes. Social, cultural, and educational factors strongly influenced weaning, while mothers reported emotional and physical dilemmas that underscored the need for adequate support and professional guidance.

Conclusions: BDP is not associated with severe obstetric complications or significant effects on maternal and child health, although it does impact the emotional and physical state of mothers. The importance of evidence-based counseling is emphasized to provide adequate support and address misconceptions.

KEYWORDS

breastfeeding during pregnancy, lactation [DeCS], pregnancy complications [DeCS], maternal health [DeCS]

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de garantizar la salud y la supervivencia de los niños, pues posee numerosas implicaciones en la salud materno-infantil¹⁻². Sin embargo, la lactancia materna durante el embarazo (LMDE) es un área con escasa información estadística específica, tanto en

España como a nivel internacional. La mayoría de los estudios disponibles se centran en la lactancia materna exclusiva y su

FECHA DE RECEPCIÓN: 13/9/2025

FECHA DE ACEPTACIÓN: 3/11/2025

Correspondencia: Ángela Carbonell Montoro

Correo electrónico: angelacarbonellm08@gmail.com

duración, sin detallar la prevalencia de la lactancia durante el periodo de embarazo³⁻⁶. A pesar de las recomendaciones de diversas organizaciones, asociaciones e instituciones sanitarias sobre los beneficios de la LMDE, persisten dudas y preocupaciones entre la población general y algunos profesionales de la salud. Este trabajo busca aportar claridad científica sobre los riesgos y beneficios asociados, promoviendo decisiones informadas^{7-8,9}.

Asimismo, la LMDE es un proceso con alta carga emocional y psicosocial que influye directamente en la salud mental de la mujer, por lo que resulta interesante explorar esta área. El bienestar emocional está relacionado con la salud materno-infantil¹⁰. Las mujeres pueden tener preocupaciones sobre su seguridad durante el embarazo y el impacto en su salud y en la del nuevo bebé. La elección de amamantar puede verse condicionada por diversos factores, como desinformación, tabúes culturales, mitos o creencias erróneas, que influyen en la decisión de destetar³⁻⁴.

La matrona es la profesional especializada y desempeña un papel central en el acompañamiento de la mujer durante toda su vida sexual y reproductiva. Debe dominar el conocimiento actual sobre la lactancia materna en general y la LMDE en particular, preservando la continuidad de cuidados^{2,11-12}.

En la literatura actual, existen estudios que exploran la relación entre la LMDE y su impacto en los resultados obstétricos, maternos y fetales, aunque la mayoría son escasos, desactualizados y presentan limitaciones metodológicas³⁻⁴. Los trabajos recientes suelen ofrecer una visión parcial y coinciden en la necesidad de continuar investigando, no solo para comprender mejor las implicaciones en términos de seguridad, sino también para identificar consideraciones que permitan minimizar riesgos y evaluar beneficios a corto y largo plazo en la tríada madre-bebé-niño mayor³⁻⁶.

Asimismo, dado que la mayoría de estudios se han centrado en la seguridad de la mujer y el feto, resulta adecuado abarcar el punto de vista psico-socio-emocional de la decisión de lactar durante el embarazo, explorando vivencias, creencias y actitudes, así como cómo la desinformación influye en la toma de decisiones³⁻⁶.

Los objetivos de esta revisión fueron los siguientes:

Objetivo general

- Actualizar el estado de conocimiento sobre las implicaciones de continuar con la lactancia materna durante un nuevo embarazo en la salud materno-infantil.

Objetivos específicos

- Estudiar los resultados en la salud de la mujer de la lactancia materna durante el embarazo en cuanto a resultados maternos.
- Analizar el impacto de la lactancia materna durante el embarazo en los resultados obstétricos.
- Examinar los efectos de la lactancia materna durante el embarazo en la salud fetal y neonatal.
- Explorar los factores que influyen en la decisión de las madres de continuar o cesar la lactancia durante el embarazo, considerando aspectos sociales, culturales, y psicoemocionales.

METODOLOGÍA

Para la realización de esta revisión de la literatura de tipología mixta se llevó a cabo una búsqueda en bases de datos y fuentes científicas siguiendo las recomendaciones de Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analyses for Protocols (PRISMA)¹³, establecidas por el Centre for Reviews and Dissemination. Las bases de datos consultadas, según orden de aparición, fueron: Cochrane Library, Medline (Pubmed), Web of Science (WOS), Scopus, Cuiden y CINAHL. Previamente, se realizó una búsqueda en PROSPERO para identificar estudios similares recientes.

Se seleccionaron artículos que cumplieran criterios de inclusión: lactancia materna durante el embarazo en mujeres gestantes; resultados maternos, obstétricos, fetales y neonatales medibles; conocimientos, creencias, opiniones y predisposiciones de las mujeres ante la superposición de lactancia y embarazo; antigüedad menor a 11 años; en inglés o español; y estudios sin conflicto de intereses. Se excluyeron estudios sobre lactancia en tándem como tema principal, mujeres núlparas con inducción artificial de la lactancia, artículos de acceso restringido y revisiones.

La estrategia de búsqueda combinó términos DeCS, términos libres y operadores booleanos, utilizando la siguiente frase: (breastfeeding OR lactation) AND (pregnancy OR gestation) AND ("Breastfeeding During Pregnancy" OR "Breastfeeding overlap Pregnancy" OR "pregnancy-lactation overlap") AND ((risk OR miscarriage OR abortion OR "obstetric labor, premature" OR "pregnancy outcomes" OR "pregnancy complications") OR ("maternal health" OR attitude OR opinion OR perception OR belief)).

Tras la aplicación de criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 10 artículos de un total inicial de 178 [Figura 1]. Además, se evaluó el riesgo de sesgo de los artículos mediante la propuesta del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)¹⁴ y se determinó el nivel de evidencia utilizando la herramienta elaborada por el Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)¹⁴ [Tabla 1].

RESULTADOS

Se seleccionaron 10 artículos publicados entre 2013 y 2024. De ellos, el 40% (n=4) se publicaron en los últimos 5 años. Predominaron los estudios cuantitativos (70%, n=7), siendo longitudinales el 85,7% (n=6), la mitad cohortes (n=3) y la otra mitad casos y controles (n=3). Los estudios cualitativos representaron el 30% (n=3), todos fenomenológicos interpretativos mediante entrevistas. Todos los artículos se publicaron en inglés (n=10). Se incluyeron a 49.451 mujeres.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Resultados obstétricos y fetales

Albadran MM et al¹⁵. no encontraron diferencias significativas para parto prematuro ($P = 0.4967$), tipo de lactancia y aborto ($p > 0,05$), edad o paridad. Sin embargo, sí observaron diferencias significativas con $p < 0,05$ para aborto espontáneo en ambos grupos LMDE y NLMDE, aunque insuficientes para determinar asociación. No se reportó información nutricional.

Tabla 1. Artículos seleccionados para la revisión.

Autor, año; Diseño y nivel de evidencia; Objetivo	Metodología y muestra	Resultados	Conclusión
Albadran MM, 2013¹⁵ Estudio de casos y controles analítico longitudinal retrospectivo. (2-) Explorar si la LMDE incrementa el riesgo de aborto espontáneo y de partos prematuros.	Se compararon a 215 mujeres LMDE (casos) con 280 mujeres NLMDE (controles) gestantes de bajo riesgo. Se analizaron resultados obstétricos (aborto espontáneo, parto prematuro, peso al nacer) y tipo de lactancia (exclusiva o no exclusiva) y duración (<24SG o >24SG). Se excluyeron variables como: edad extrema, patologías coexistentes con la gestación o antecedentes de abortos o partos prematuros. Muestra: (n=495).	La frecuencia de abortos espontáneos entre LMDE fue significativamente menor en comparación a NLMDE ($p<0,05$); esto no se vio afectado por la exclusividad. No hubo diferencias para la edad materna o paridad.	La LMDE no aumenta el riesgo de aborto espontáneo ni de partos prematuros. El tipo de lactancia (exclusiva o no exclusiva) no afecta la incidencia de abortos. La LMDE no afecta significativamente el peso al nacer.
Şengül Ö, et al. 2013¹⁶ Estudio de casos y controles analítico longitudinal retrospectivo. (2-) Evaluar los resultados obstétricos durante el período de lactancia.	Se compararon a 39 mujeres LMDE (casos) con 22 NLMDE (controles). Los grupos se compararon en cuanto a ganancia de peso gestacional, peso al nacer y complicaciones obstétricas (aborto espontáneo, parto prematuro, CIR). Se excluyeron variables como: edad extrema, patologías coexistentes con la gestación o antecedentes de abortos o partos prematuros. Muestra: (n=61)	El peso medio al nacer del embarazo fue menor en los embarazos durante la lactancia ($P=0,006$). No hubo diferencias en las complicaciones obstétricas entre los 2 grupos ($P=0,073$), ni en edad, índice de masa corporal o antecedentes obstétricos y perinatales.	La LMDE puede tener repercusiones en el peso al nacer del bebé, por lo que es imprescindible el cuidado nutricional de la mujer.
Ayrim A, et al. 2014¹⁷ Estudio de cohorte observacional longitudinal retrospectivo (2+) Evaluar los resultados de los embarazos que ocurren durante el período de lactancia y determinar si la LMDE tiene algún efecto adverso.	Se compararon 45 mujeres con LMDE con 120 mujeres con NLMDE. Se incluyeron variables como: edad +18, sin patologías médicas ni antecedentes obstétricos desfavorables. Se comparó el aumento de peso durante el embarazo, las alteraciones del nivel de hemoglobina, las complicaciones del embarazo, el peso neonatal y las puntuaciones de Apgar entre los dos grupos. Muestra: (n= 165)	El aumento de peso durante el embarazo en mujeres LMDE fue menor, y el nivel de hemoglobina durante el embarazo fue significativamente menor en el grupo LMDE ($p<0,05$). No hubo diferencia estadísticamente significativa en hiperémesis gravídica, amenaza de aborto, preeclampsia, parto y nacimiento prematuros, peso neonatal o puntuaciones de Apgar.	Los profesionales de la salud no deben recomendar el destete si se produce superposición y deben observar a la madre, el bebé y el feto para detectar efectos negativos.
Pareja RG, et al. 2015¹⁸ Estudio de casos y controles analítico transversal retrospectivo (2+) Examinar la asociación entre la lactancia durante el último trimestre del embarazo y el riesgo de tener un bebé pequeño para la edad gestacional (PEG).	Se compararon 78 PEG (casos) con 150 no PEG (controles). Se incluyeron variables como: edad +18, sin patologías médicas ni antecedentes obstétricos desfavorables. Mismo intervalo intergestacional. Muestra: (n= 228)	La exposición a una superposición de lactancia materna hasta al menos 28SG no se asoció con un mayor riesgo de tener un recién nacido PEG [aOR = 0,58, IC del 95 %: 0,10–3,30]. El riesgo aumentado se asoció con haber tenido un parto previo con PEG (aOR = 6,53; IC del 95 %: 1,43–29,70) y una baja ingesta de alimentos de origen animal (<percentil 25; aOR = 2,26; IC del 95 %: 1,01–5,04), y tendió a asociarse con una estatura baja (<150 cm; aOR = 2,05; IC del 95 %: 0,92–4,54). El estudio analizó cómo la ingesta de alimentos de origen animal, la ganancia de peso durante el embarazo, la altura materna, el uso de suplementos y la anemia afectan al riesgo de tener un bebé PEG, sin encontrar una relación significativa con la LMDE.	En este estudio, no hubo evidencia de dicha asociación. Recomiendan buena base nutricional ante este estado de altas demandas energéticas.

LMDE: lactancia materna durante el embarazo; NLMDE: no lactancia materna durante el embarazo; IC: intervalo de confianza; PEG: pequeño para la edad gestacional; CIR: crecimiento intrauterino retardado; SG: semanas de gestación; RN: recién nacido.

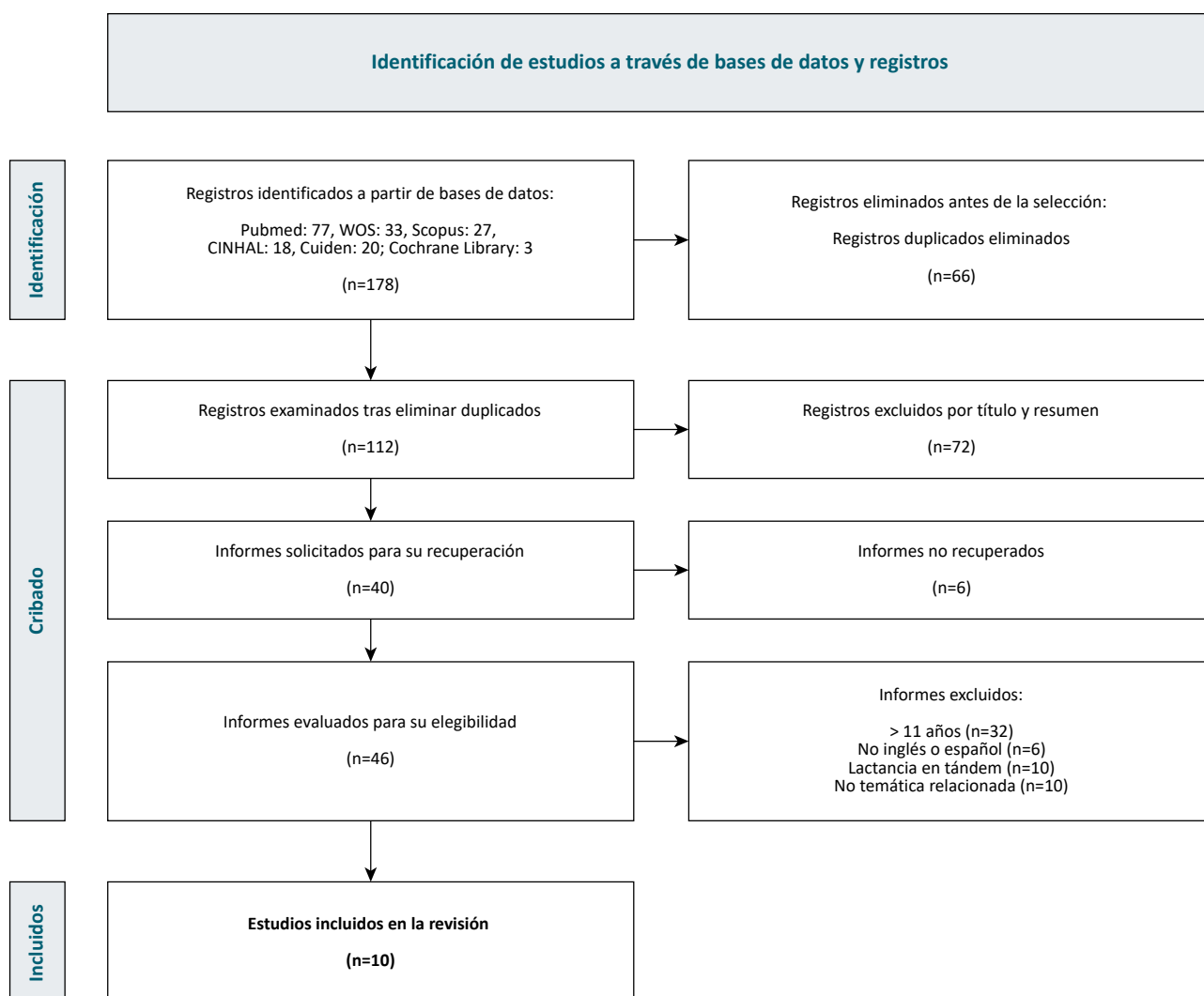
Fuente: Elaboración propia.

(Continúa)

Tabla 1. Artículos seleccionados para la revisión. (Continuación).

Autor, año; Diseño y nivel de evidencia; Objetivo	Metodología y muestra	Resultados	Conclusión
Shaaban OM, et al. 2015¹⁹ Estudio de cohorte analítico longitudinal prospectivo Comparar los resultados maternos y perinatales de los embarazos ocurridos durante la lactancia con aquellos ocurridos después del destete en mujeres con nutrición subóptima.	Se compararon ambos grupos LMDE y NLMDE de 270 de bajo riesgo. La tasa de aborto espontáneo se eligió como un indicador de bienestar fetal y la anemia materna como un indicador de bienestar materno. Muestra: (n= 540)	La tasa de abortos no fue estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p = 0,284$). Las mujeres del grupo LMDE tuvieron mayor prevalencia de anemia materna ($p=0,005$), CIR, cesárea ($p=0,001$), trabajo de parto prolongado y recién nacidos con bajo peso. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la ingesta calórica ($p>0,05$).	El embarazo durante la lactancia no aumenta significativamente el riesgo de aborto espontáneo, pero sí incrementa la prevalencia de complicaciones.
Molitoris J. 2018²⁰ Estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo (3) Examinar la asociación entre LMDE y retraso del crecimiento y emaciación infantil, así como el riesgo de aborto espontáneo en los primeros cinco meses de embarazo.	Se escogieron dos muestras. 35.976 niños para evaluar la desnutrición infantil con LMDE reciente; y 36.987 mujeres para evaluar el riesgo de aborto espontáneo. Se recogieron datos de 55 países. Se incluyeron variables como: edad materna +15 a, antecedentes de aborto espontáneo o IMC materno. Muestra: (n1=35976; n2= 36987)	La LMDE se asoció positivamente tanto con el retraso del crecimiento infantil (aOR: 1,06 (IC del 95%: 1,00-1,13)) como con el emaciación (aOR: 1,16 (IC del 95%: 1,06-1,26)). También se asoció positivamente con el riesgo de aborto espontáneo (<20SG) (aHR: 1,86 (IC del 95%: 1,70-2,03)).	La LMDE es un factor de riesgo para la desnutrición infantil y los abortos espontáneos en poblaciones de ingresos bajos y medios. Existe una relación dosis-respuesta positiva. Se necesitan estudios prospectivos y representativos para confirmar estos hallazgos.
Molitoris J. 2019³⁰ Estudio de cohorte observacional descriptivo longitudinal retrospectivo (2+) Analizar la asociación entre la LMDE y el riesgo de aborto espontáneo.	Se utilizaron datos de 10.661 mujeres embarazadas estadounidenses divididas en tres grupos: LMDE exclusiva, LMDE complementaria, NLMDE. Se incluyeron variables como edad materna, antecedentes obstétricos desfavorables y factores socioculturales. Muestra: (n=10.661)	La tasa de aborto fue más alta en LMDE exclusiva (35%) en comparación con LMDE complementario (14%) o NLMDE (15%). Tras ajustar por factores, el riesgo de aborto fue 3,9 veces mayor con lactancia exclusiva, similar al de mujeres de 40 años o más.	Se asoció un aumento de riesgo de aborto espontáneo en lactancia materna exclusiva. Es necesario investigar más para comprender mejor las consecuencias de LMDE en la salud materno-fetal.
Anitasari B, et al. 2019²¹ Estudio cualitativo fenomenológico interpretativo (3) Interpretar la práctica de la LMDE desde la perspectiva de las mujeres.	Se utilizó un diseño de fenomenología interpretativa, con entrevistas en profundidad a 7 mujeres seleccionadas de manera intencional. 4 mujeres tenían antecedente de LMDE, 3 mujeres estaban realizando LMDE. Muestra: (n=7)	Las temáticas analizadas fueron: dilemas sobre el destete, impacto en salud materna física y mental, impacto en el desarrollo del embarazo, apoyo percibido por red y profesionales, actitudes y creencias.	Las madres que amamantan durante el embarazo experimentaron un dilema entre cumplir con el derecho del niño a la leche materna y el deseo de dejar de amamantar. Los factores socioeconómicos y culturales influyen en las decisiones maternas.
Cinar N, et al. 2022²³ Estudio cualitativo fenomenológico interpretativo (3) Revelar las actitudes de las madres que concibieron nuevamente mientras amamantaban a sus bebés y sus experiencias en este proceso.	El estudio se realizó en 40 mujeres con LMDE. La técnica de recolección de datos fue a través de entrevistas cara a cara y se analizó utilizando el análisis fenomenológico interpretativo (IPA). Muestra: (n=40)	El estudio destaca la necesidad de más investigaciones sobre la LMDE. La mayoría suspende la lactancia en el primer trimestre, y algunas continúan por decisión propia o por apoyo médico. La falta de información adecuada y las presiones externas afectan las decisiones de las madres.	La mayoría de las mujeres dejaron de lactar por creencias erróneas. Se necesita mayor capacitación de profesionales.
In T, et al. 2024²² Estudio cualitativo fenomenológico interpretativo (3) Comprender cómo las mujeres postparto abordan el comportamiento de LMDE y sus opiniones sobre la lactancia en tándem.	Estudio con 267 mujeres postparto hospitalizadas. Las variables dependientes fueron los comportamientos de LMDE y la planificación para la lactancia en tándem, mientras que las variables independientes fueron las características sociodemográficas, las características de fertilidad y las características relacionadas con la LMDE y la lactancia en tándem. Muestra: (n=267)	El 15.7% de las mujeres tenía experiencia con la LMDE, y el 58.8% quedó embarazada mientras amamantaban. El 84.3% tenía opiniones negativas. El 4.9% expresó intención de practicarla.	Se destaca la necesidad de educación y apoyo sobre lactancia en tándem, considerando los factores culturales y educativos.

Figura 1: Diagrama de Flujo (Declaración Prisma 2021).

Fuente: Page MJ, et al.¹³.

Şengül Ö et al¹⁶. hallaron complicaciones más frecuentes en LMDE, como aborto espontáneo, muerte fetal intraútero y parto prematuro, pero no significativas ($P = 0.073$). La duración de la lactancia durante el embarazo no fue determinante, siendo 2.1 ± 1.4 meses ($P=0.985$). Ninguna mujer lactó más allá de las 20 semanas. No hay evidencia clara sobre intervalo intergestacional y estado antropométrico materno. Ayrim A et al¹⁷. reportaron complicaciones similares entre grupos sin diferencias significativas, sin casos de CIR, sugiriendo que LMDE no aumenta riesgos y que se debe monitorizar a madre, feto y RN. Pareja RG et al¹⁸. no encontraron evidencia de que LMDE aumente riesgo de RN PEG, aunque bajo peso al nacer, baja ingesta de alimentos de origen animal y estatura materna <150 cm mostraron asociación. Shaaban OM et al¹⁹. hallaron complicaciones mayores en LMDE (70,0%) frente a NLMDE (48,9%; $p=0,001$), más trastornos hipertensivos y retraso del crecimiento intrauterino (16,7% vs. 4,8%). Molitoris J²⁰ encontró relación dosis-respuesta entre duración de lactancia y desnutrición infantil, especialmente en segundo y tercer trimestre, y mayor riesgo de aborto espontáneo (LMDE: 40,1 abortos/1000 mujeres-mes vs. NLMDE: 24,0).

Resultados neonatales

Albadran MM et al¹⁵. y Ayrim A et al¹⁷. reportaron pesos al nacer sin diferencias significativas. Şengül Ö et al. 45 asociaron LMDE con menores pesos ($3,086.6 \pm 379.2$ g vs. $3,386.8 \pm 388.1$ g; $P = 0.006$). Shaaban OM et al¹⁹. hallaron más recién nacidos con bajo peso (15,7% vs. 8,8%).

Impacto en la salud materna

Şengül Ö et al¹⁶. observaron que intervalos intergenésicos cortos se relacionan con bajo peso al nacer. Ayrim A et al¹⁷. reportaron menor ganancia ponderal en LMDE (7 ± 3.4 kg vs. 13 ± 5.6 kg; $p<0,05$) y hemoglobina más baja (9.7 ± 1.7 g/dl vs. 12.3 ± 1.5 g/dl; $p<0,05$). Pareja RG et al¹⁸. destacaron que bajo IMC, ganancia insuficiente y dieta deficiente pueden influir negativamente en resultados obstétricos. Shaaban OM et al⁴⁸. reportaron mayor prevalencia de anemia en LMDE (54,1% vs. 30,7%; $p=0,005$).

ANÁLISIS CUALITATIVO

Las madres perciben dilemas al continuar o cesar lactancia durante embarazo, enfrentando conflictos emocionales y físicos.

Dilemas y decisiones

Continuar o cesar la lactancia materna durante el embarazo constituye un dilema frecuente para las mujeres, quienes enfrentan conflictos emocionales y físicos al tomar esta decisión. Según Anitasari B et al²¹, la mayoría de las madres perciben la lactancia como un derecho del niño, aunque muchas deciden destetar por motivos físicos o emocionales. Las participantes refirieron sentir la presión del entorno: “Si me piden que lo destete, simplemente digo que no quiero” (Participante 7). Este conflicto evidencia la complejidad de la experiencia y la interacción de factores personales y contextuales.

Impacto en la salud materna y desarrollo del embarazo

Las madres reportan dolor mamario, fatiga y cansancio²¹. A pesar de ello, algunas continúan por satisfacción emocional: “Cuando el bebé succiona, me siento satisfecha, por eso lo doy, para satisfacer sus necesidades” (Participante 4). La cantidad y calidad de la leche materna cambian durante la gestación, afectando al niño lactante. Los cambios incluyen disminución en producción y alteración en sabor y textura: “La leche se vuelve un poco aguada, no tiene buen sabor, y es ligeramente salada” (Participante 3), lo que puede influir en la decisión de destete.

Factores sociales, culturales y educativos

El apoyo de la pareja resulta clave, mientras que otros familiares o vecinos pueden ejercer presión para cesar la lactancia²¹. In T et al²², destacan que el nivel educativo del esposo influye en la decisión materna, siendo más probable continuar con mayor educación, lo que resalta la relevancia de factores sociales y culturales en la práctica de la LMDE.

Rol de los profesionales de la salud

Algunos profesionales desaconsejan la lactancia durante el embarazo centrándose en riesgos, mientras que otros apoyan la práctica con limitaciones^{21,23}. La orientación profesional impacta en la percepción de seguridad y la decisión de la madre: “Mi doctor dijo que podía amamantar hasta la semana 12, confío en él, continué amamantando” (M32).

Actitudes y emociones de las madres

Continuar genera bienestar y sensación de responsabilidad, mientras que cesar puede producir alivio o culpa²³: “Me culpo por no poder amamantar a mi bebé tanto como quiero” (M4). Estas emociones reflejan la complejidad del proceso y la necesidad de acompañamiento.

Impacto cultural y creencias religiosas

Las creencias religiosas también condicionan la decisión de amamantar, influenciando el destete²²: “Dejé de amamantar porque era un pecado” (M34). Importancia de la educación y el apoyo. Existe la necesidad de educar a madres y profesionales sobre lactancia y corregir concepciones erróneas²³. Algunas

madres reportaron dificultades nutricionales y necesidad de suplementos, reforzando la importancia de un acompañamiento integral en aspectos físicos, emocionales y educativos: “Tuve dificultades para comer, por lo que esperaba recibir suplementos para poder comer normalmente durante el embarazo, pero no los recibí” (Participante 7).

DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios declaran la necesidad de seguir investigando la relación de la LMDE con resultados obstétricos adversos mediante diseños metodológicos más adecuados. La mayoría no halló diferencias significativas en el riesgo obstétrico, como López-Fernández G et al¹⁰, Minh LHN et al²⁴, o Stalimerou V et al³, aunque algunos sugieren profundizar en posibles relaciones causales. Muchos estudios se realizaron en contextos de bajo nivel socioeconómico, con mujeres con deficiencias nutricionales, reforzando la importancia del estado nutricional^{25,26}. En neonatos, generalmente no hubo diferencias en peso o salud, salvo con intervalos cortos o desnutrición materna. Molitoris J observó impacto negativo en ganancia de peso infantil; otros^{10,24,3} no hallaron efectos. En la salud materna, LMDE se asocia a menor ganancia ponderal y más anemia. La composición de la leche cambia durante el embarazo^{25,27-28,19} contribuyendo al destete natural y disminución de lactancia en el tercer trimestre^{29,27}. La decisión de continuar depende de factores sociales, culturales y psicoemocionales, incluyendo apoyo familiar y profesional, desinformación y malestar físico. El dolor y sensibilidad de pezones pueden dificultar la experiencia^{25,28}. Muchos profesionales desaconsejan la práctica^{10,31}, aunque es necesario respetar decisiones maternas^{25,10,29,17}.

CONCLUSIONES

En esta revisión de la literatura se estableció como objetivo general actualizar el conocimiento sobre las implicaciones de la lactancia materna durante el embarazo (LMDE) en la salud materno-infantil.

Los resultados obstétricos y fetales indican que la LMDE no se asocia con complicaciones como parto prematuro, aborto espontáneo o muerte fetal, ya que la mayoría de los estudios no encontraron diferencias significativas.

El peso al nacer tampoco se ve afectado, estando más relacionado con el estado nutricional materno, por lo que resulta imprescindible el seguimiento obstétrico.

El patrón de lactancia y la composición de la leche sufren cambios durante la gestación: la producción disminuye inicialmente, pero se mantiene durante el resto del embarazo y el calostro se adapta bioquímica y nutricionalmente al nuevo recién nacido.

A nivel psicoemocional, la LMDE constituye un dilema frecuente para las madres, influenciado por factores sociales, culturales y personales, donde la desinformación y la sensación de falta de apoyo son predominantes.

El impacto en la salud mental resalta la importancia de la red de apoyo, la información proporcionada por profesionales y factores físicos como dolor y cansancio, que condicionan la decisión de continuar o cesar la lactancia.

PROSPECTIVA CLÍNICA

Tras analizar los resultados, se sugiere incrementar la investigación sobre la LMDE, especialmente en sus implicaciones psicosociales a largo plazo y en la perspectiva de las mujeres. Es fundamental capacitar al equipo multidisciplinar en habilidades psicoemocionales y brindar apoyo emocional, integrándolo en la educación maternal y preparación al nacimiento. Además, se recomienda fomentar estudios cualitativos y desarrollar guías clínicas basadas en evidencia para ofrecer asesoramiento personalizado y culturalmente sensible, promoviendo el bienestar materno e infantil.

LIMITACIONES

La mayoría de los estudios sobre LMDE presentan sesgos metodológicos, tamaños muestrales pequeños y limitaciones de

diseño, lo que restringe la interpretación y generalización de resultados. Se requiere investigación longitudinal, prospectiva y con mayor control de variables para comprender los efectos a largo plazo en la salud materna, fetal, neonatal y del niño mayor lactante, incluyendo aspectos psicosociales y culturales, así como el impacto en la salud mental y el vínculo familiar.

AGRADECIMIENTOS

Expresar mi agradecimiento a las matronas tutoras y docentes del Hospital Universitario Virgen Macarena por su esfuerzo y dedicación durante mi formación como residente de matrona. Sin ellas no sería la matrona que hoy soy, pues han formado mis raíces en esta profesión. A mi familia, amigas y compañeras, por ser apoyo y sostén durante la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Breastfeeding [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [acceso 2 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
2. World Health Organization. Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). Geneva: World Health Organization; 2015 [acceso 2 de enero de 2025]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_30-sp.pdf
3. Stalimerou V, Dagla M, Vivilaki V, Orovou E, Antoniou E, Iliadou M. Breastfeeding During Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. *Maedica (Bucur)* [Internet]. 2023 [acceso 26 de diciembre de 2023]; 18(3):463-469. doi: 10.26574/maedica.2023.18.3.463. PMID: 38023747; PMCID: PMC10674114.
4. EPED. Guía de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2024 [acceso 27 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf
5. La Leche League International. La lactancia durante el embarazo y la lactancia en tándem son seguras: investigación reciente [Internet]. 2023 [acceso 27 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://lilii.org/es/news/la-lactancia-durante-el-embarazo-y-la-lactancia-en-tandem-son-seguras-investigacion-reciente>
6. e-lactancia. Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna. Lactancia Materna durante el Embarazo [Internet]. 2024 [acceso 27 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://e-lactancia.org/breastfeeding/pregnancy/product/#:~:text=La%20lactancia%20materna%20durante%20el,carga%20nutricional%20para%20la%20madre>
7. American Pregnancy Association. Lactancia Materna durante el Embarazo [Internet]. 2024. [acceso 27 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/breastfeeding/lactancia-materna-durante-el-embarazo/>
8. Asociación Española de Pediatría (AEPED). Embarazo y Lactancia. *EnFamilia* [Internet]. 2024. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/embarazo-lactancia>
9. La Leche League International. La lactancia durante el embarazo y la lactancia en tándem son seguras: investigación reciente [Internet]. 2023 [acceso 27 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://lilii.org/es/news/la-lactancia-durante-el-embarazo-y-la-lactancia-en-tandem-son-seguras-investigacion-reciente>
10. López-Fernández G, Barrios M, Goberna-Tricas J, Gómez-Benito J. Breastfeeding during pregnancy: A systematic review. *Women Birth* [Internet]. 2017 [acceso 24 de diciembre de 2024]; 30(6):e292-e300. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.05.008. PMID: 28642112.
11. García-Figueroa RB, Malanco-Hernández LM, Lara-Ricalde R, García-Hernández A. Contraception and breastfeeding. Spacing of pregnancies. Present concepts]. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2014 [acceso 2 de enero de 2025]; 82(8):547-51. PMID: 25282947.
12. Barranco Berrocal MG, Hernández Rabal MG, Abdel Karim Ruiz M, Martínez Orozco M. Amamantar durante el embarazo y en tándem. *Revista Paraninfo Digital* [Internet]. 2013 [acceso 17 de noviembre de 2024]; 18.
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews* [Internet]. 2021 [acceso 15 de diciembre de 2024]; 10(89): 11p. DOI: 10.1186/s13643-021-01626-4 42.
14. International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals. *ICMJE* [Internet]. 2021 [acceso 15 de diciembre de 2024]; 19p. Disponible en: www.icmje.org
15. Albadran MM. Effect of breastfeeding during pregnancy on the occurrence of miscarriage and preterm labour. *Iraqi J Med Sci* [Internet]. 2013 [acceso 1 de noviembre de 2024]; 11(3). Disponible en: <http://www.colmed-nahrain.edu.iq>
16. Şengül Ö, Sivaslıoğlu AA, Kokanali MK, Üstüner I, Avcı AF. The outcomes of the pregnancies of lactating women. *Turk J Med Sci* [Internet]. 2013 [acceso 10 de noviembre de 2024]; 43(2) 12. DOI:10.3906/sag-1207-33.
17. Ayrim A, Gunduz S, Akcal B, Kafali H. Breastfeeding throughout pregnancy in Turkish women. *Breastfeed Med* [Internet]. 2014 [acceso 1 de noviembre de 2024]; 9(3):157-60. DOI: 10.1089/bfm.2013.0086. PMID: 24160359.

18. Pareja RG, Marquis GS, Penny ME, Dixon PM. A case–control study to examine the association between breastfeeding during late pregnancy and risk of a small-for-gestational-age birth in Lima, Peru. *Maternal Child Nutr* [Internet]. 2015 [acceso 10 de noviembre de 2024];11(2):190-201. DOI: 10.1111/mcn.12000
19. Shaaban OM, Abbas AM, Abdel Hafiz HA, Abdelrahman AS, Rashwan M, Othman ER. Effect of pregnancy-lactation overlap on the current pregnancy outcome in women with substandard nutrition: a prospective cohort study. *Facts Views Vis Obgyn* [Internet]. 2015 [acceso 10 de noviembre de 2024];7(4):213-221. PMID: 27729966; PMCID: PMC5058410.
20. Molitoris J. Breastfeeding during pregnancy and its association with childhood malnutrition and pregnancy loss in low- and middle-income countries. *Lund Pap Econ Demogr* [Interney]. 2018 [acceso 12 de noviembre de 2024];3:1-81. Disponible en: <https://www.lusem.lu.se/sites/lusem.lu.se/files/2024-07/LPED%202018%203.pdf>
21. Anitasari B, Rachmawaty IN, Permatasari H. Breastfeeding practices during pregnancy from the perspective of women in Makassar City. *J Health Sci Prev* [Internet]. 2019 [acceso 20 de octubre de 2024];3(3) 273. DOI:10.29080/jhsp.v3i2.273.
22. In T, Koruk F. Determining breastfeeding behaviors during pregnancy and opinions on tandem breastfeeding among postpartum women in a high fertility region of Turkey. *Niger J Clin Pract* [Internet] 2024 [acceso 17 de noviembre de 2024];27:401-7. DOI: 10.4103/njcp.njcp_739_23
23. Çınar N, Suzan ÖK, Topal S, Pekşen S. Mothers' breastfeeding attitudes when lactation overlaps with a new pregnancy. *Malawi Med J* [Internet]. 2022 [acceso 17 de noviembre de 2024];34(1):53-59. DOI: 10.4314/mmj.v34i1.10. PMID: 37265824; PMCID: PMC10230579.
24. Minh LHN, Tawfik GM, Ghazy S, Hashan MR, Nam NH, Linh LK, et al. Feto-Maternal Outcomes of Breastfeeding during Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr* [Internet]. 2021 [acceso 24 de diciembre de 2024];67(6). DOI: 10.1093/tropej/fmab097. PMID: 34962568.
25. Cetin I, Assandro P, Massari M, Sagone A, Gennaretti R, Donzelli G, et al. Breastfeeding during pregnancy: Position paper of the Italian Society of Perinatal Medicine and the Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. *J Hum Lact* [Internet]. 2013 [acceso 27 de diciembre de 2023];29(4):580–8. DOI:10.1177/0890334413514294.
26. Peñacoba C, Catala P. Associations Between Breastfeeding and Mother-Infant Relationships: A Systematic Review. *Breastfeed Med* [Internet]. 2019 [acceso 26 de diciembre de 2023]; 14(9):616-629. doi: 10.1089/bfm.2019.0106. Epub 2019 Aug 19. PMID: 31424264.
27. Pinos Leo, IM; Ramírez Moyano T; Hernández Ballesteros R. La lactancia materna durante el embarazo: ¿aumenta el riesgo de sufrir un aborto espontáneo? *Enferm Docente* [Internet]. 2013 [acceso 26 de diciembre de 2023]; 101. Disponible en: <https://www.index-f.com/edocente/101/101-029.php>
28. Ishii H. Does breastfeeding induce spontaneous abortion? *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2009 [acceso 26 de diciembre de 2023]; 35(5):864-8. DOI: 10.1111/j.1447-0756.2009.01072.x. PMID: 20149033.
29. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* [Internet]. 2016 [acceso 26 de diciembre de 2023]; 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7. PMID: 26869575.
30. Molitoris J. Breast-feeding During Pregnancy and the Risk of Miscarriage. *Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. 2019 [acceso 17 de noviembre de 2024];51(3):153-163. DOI: 10.1363/psrh.12120. PMID: 31524957; PMCID: PMC6856964.
31. Bryant T. Tandem Nursing: a Review and Guidelines. *Int J Childbirth Educ* [Internet]. 2012 [acceso 17 de noviembre de 2024];27(4). Disponible en: https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A4%3A8651540/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3AAscholar&id=ebsco%3Agcd%3A82284682&crl=c&link_origin=scholar.google.com

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Carbonell Montoro A. Un camino compartido: la lactancia materna durante el embarazo. Revisión de la literatura. *Hygia de Enfermería*. 2025; 42(3): 93-100