



REVISIONES Y RESEÑAS

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: EFECTO ANALGÉSICO DE LA LACTANCIA MATERNA EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO.

Urzainqui Zabalza, O., **Caravaca Hernández, A., ***Egea Zerolo, B., *González Álvarez, M.**

*Enfermera. H.U. Miguel Servet. Zaragoza. **Enfermera. H.U. Morales Meseguer. Murcia. ***Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería. INVESTEN-ISCIII. Madrid. ****Matrona. Centro de Salud "El Parque". Asturias.

Palabras Clave: Lactancia materna, analgesia.

INTRODUCCIÓN

Todas las madres saben que su leche es el mejor alimento para su hijo y le proporciona una óptima y sana nutrición que le protege contra numerosas enfermedades.

Pero además, la lactancia materna posee propiedades analgésicas. Si un niño se hace daño o está enfermo, irritado, asustado, la teta es su consuelo. El contacto piel con piel con la madre y la leche hace que al momento se calme. Puede ser debido a que la leche materna contiene entre otras muchos elementos beneficiosos para el bebé, sustancias tipo endorfinas, de efecto calmante. Por otra parte, existen numerosos estudios sobre los efectos beneficiosos que el contacto piel con piel con la madre tiene en los RN, sobre todo en los prematuros (método canguro).

Por todo ello, nos interesaba saber si existía algún estudio experimental sobre los efectos analgésicos de la lactancia materna.

En PubMed, tecleando los términos lactancia materna (breastfeeding) y analgesia, encontramos el artículo elegido.

El título del mismo es: "Efecto analgésico de la lactancia materna en recién nacidos a término: ensayo clínico". El artículo fue publicado en el BMJ (British Medical Journal) en enero de 2003. El autor principal es Ricardo Carbajal, pediatra del Hospital Poissy. Saint-Germain, de Poissy, Francia. El estudio al que se refiere se llevó a cabo en dicho hospital entre los meses de febrero y junio de 2001.

RESUMEN DEL ARTÍCULO ELEGIDO

El objetivo del estudio es investigar si la lactancia materna es efectiva para el alivio del dolor en el marco de una venopunción a un RN a término y comparar su efecto con el de una solución glucosada oral combinada con el chupete.

El diseño del estudio es el de un ensayo clínico (RCT).

Los participantes en el estudio son 180 RN a término que están siendo amamantados, divididos en 4 grupos de 45 RN cada uno.

En cuanto al procedimiento, mientras se está realizando la venopunción, a los RN del grupo 1 se les da de mamar, a los del grupo 2 se les sostiene en brazos de su madre sin darles de mamar, a los del grupo 3 se les da 1 ml de agua destilada a modo de placebo, y a los del grupo 4 se les da 1 ml de glucosa al 30% seguida de un chupete.

Todo el proceso es grabado en vídeo para ser posteriormente valorado por 2 observadores.

Además, de 2 a 3 días después de la venopunción se entrevista a las madres para ver si han notado algún cambio en la manera de mamar del bebé y así determinar si la venopunción durante el amamantamiento hace que la succión sea menos efectiva.

Para medir el dolor en el RN se utilizaron 2 escalas, la DAN (Douleur Aiguë Nouveau-né) como medida primaria y la PIPPS (Premature Infant Pain Profile Scale) como secundaria.

Los resultados del estudio muestran en primer lugar que el dolor era significativamente menor en el grupo 1 (lactancia materna) y en el grupo 4 (glucosa y chupete) que en los otros 2 grupos en ambas escalas.

La diferencia entre los grupos 1 y 2 según la escala DAN no es estadísticamente significativa.

Además, la lactancia materna no se ve afectada por el hecho de que se amamante a la vez que se extrae la sangre.

Los autores concluyen que la lactancia materna reduce la respuesta al dolor en el marco de procedimientos invasivos "menores" en RN a término. Las propiedades analgésicas de la lactancia materna resultan por lo menos tan potentes como las de una combinación de solución glucosada y chupete.

LECTURA CRÍTICA

El ensayo se orienta a una pregunta claramente definida en términos de población de estudio (RN a término), intervención realizada (lactancia materna o solución glucosada con chupete durante la venopunción), y resultados considerados (efecto analgésico).

La asignación de los pacientes a los tratamientos fue aleatoria: los niños se asignaron aleatoriamente a 4 grupos. Un ayudante no implicado en el estudio llevó a cabo la aleatorización en bloques de 20 usando una tabla de números aleatorios. La asignación de los tratamientos se llevó a cabo por medio de sobres opacos numerados del 1 al 180 que el

investigador abría en el momento previo a la venopunción.

El seguimiento no fue del todo completo.

En primer lugar de los 180 RN incluidos hubo una pérdida (en las tablas solo aparecen los resultados de 179 niños) y no se explica que sucedió con el que falta.

Por otra parte, de las 180 madres participantes solo se entrevistaron 156. Tampoco se explican las razones de estas pérdidas.

En cuanto al desconocimiento por parte de los sujetos del tratamiento, los pacientes, es decir los RN., éstos permanecieron evidentemente ciegos al tratamiento (no así sus madres por razones obvias). Por su parte los investigadores sabían lógicamente el grupo al que pertenecía cada niño, si bien los 2 observadores independientes que valoraron las cintas de vídeo se mantuvieron ciegos sobre el propósito y la hipótesis del estudio. Además, los investigadores permanecieron también ciegos respecto a la asignación de los niños a los distintos grupos. En general, el estudio podría considerarse ciego en la medida en que fue posible hacerlo así.

Por otra parte, el procedimiento exacto queda claramente especificado, tanto en los pasos a seguir en cada grupo (incluyendo cantidades de glucosa, tiempo de amamantamiento, cantidad de agua destilada) como en pautas generales a los 4 grupos (por ej., venopunción en la cara dorsal de la mano por parte de una enfermera con experiencia), como en medidas de variables necesarias para la aplicación de las escalas (por ej., frecuencia cardíaca, saturación de O², nivel de alerta).

Los 4 grupos fueron similares al comienzo del ensayo.

Los criterios de inclusión (relativos por ej. a la edad gestacional, APGAR) y de exclusión (relativos por ej. a la administración previa de sedantes, o a la presencia de enfermedades concomitantes) aparecen claramente definidos.

Las características perinatales de los RN en los 4 grupos no muestran diferencias sustanciales entre ellos, excepto en el nivel de alerta, con una media más baja en el grupo al que se le ofreció el pecho. Los propios autores lo reflejan como limitación del estudio, y señalan que la diferencia es pequeña y en su opinión insuficiente para explicar las diferencias observadas entre los grupos.

Además las características perinatales de los RN no incluidos en el estudio eran similares a las de los incluidos.

En el estudio queda reflejado que se obtuvo consentimiento informado por escrito de ambos padres de cada niño incluido en el mismo, así como que el protocolo del estudio y el propio consentimiento informado obtuvieron la aprobación del comité ético correspondiente.

Debido al estudio en sí, en 2 de los grupos los niños se encontraban en brazos de su madre (grupo 1 y 2), existiendo tan solo en uno de ellos contacto piel con piel (grupo 2). En los otros 2 restantes, los niños eran tumbados sobre una mesa.

Al margen de la intervención en estudio, los 4 grupos fueron tratados de igual modo.

En cuanto al efecto del tratamiento, decir que la reacción al dolor en los RN se valoró

utilizando 2 escalas validadas y por medio de 2 observadores independientes.

Los items que evalúa cada escala, así como los marcadores y los valores aparecen claramente especificados.

Los investigadores se centran más en la escala DAN (medida primaria), que en la PIPP (medida secundaria), a pesar de reconocer que no está demostrado que la escala DAN valore el grado de percepción del dolor, para lo cual usan la PIPP, como refuerzo.

Las 2 escalas fueron aplicadas a través de las imágenes grabadas en vídeo por 2 observadores independientes. En una evaluación inicial, no coincidieron en su valoración en 98 casos con la DAN y en 138 con la PIPP. Así pues reevaluaron estos casos en que la puntuación no había sido la misma y llegaron a un acuerdo total entre ambos.

Por otra parte, el tamaño de la muestra fue calculado en referencia a la escala DAN para conseguir un 80% de poder con una significación del 1%.

En cuanto al análisis estadístico, los autores especifican claramente los parámetros y los test que utilizaron (análisis de varianza Kruskal-Wallis para la comparación de las diferencias generales entre los 4 grupos, tests MannWhitney U para comparar las medias de los grupos, tests X2 para comparar variables categóricas y para el análisis de la encuesta a las madres). Tanto los valores p (<0.01) como los intervalos de confianza (95%) aparecen también reflejados. Los resultados son estadísticamente significativos.

Los resultados pueden aplicarse en nuestro medio, lo cual fomentaría más la lactancia materna.

Se han tenido en cuenta todos los resultados de importancia clínica. Se hace referencia a estudios previos sobre el mismo tema. El hecho de que los RN que fueron solamente sostenidos en brazos de su madre mostraran muy poca reducción del dolor, no contradice los estudios previos sobre los efectos analgésicos del contacto piel con piel con la madre, ya que los niños estaban vestidos y el contacto no era piel con piel.

Los propios autores reconocen algunas limitaciones de su estudio, que aparecen reflejadas.

El trabajo de cada uno de los autores aparece especificado, así como las referencias bibliográficas y tablas y figuras adecuadas.

CONCLUSIONES

El artículo resulta metodológicamente hablando, bastante bueno, además de original.

Los beneficios que se obtienen claramente justifican los riesgos y los costes.

Resulta una alternativa eficaz aplicable fácilmente en cualquier lugar y circunstancia. Sería interesante protocolizarlo y ponerlo en práctica, aunque nos tengamos que enfrentar a reticencias por parte de algunos profesionales.

Si comparamos la administración de glucosa y chupete con la leche materna, teniendo en cuenta que ambos métodos resultan eficaces como analgésicos, la leche materna

supone una alternativa mucho más interesante. Es más económica, ecológica, no tiene ningún efecto adverso para el RN y sus beneficios están demostrados a todos los niveles, tanto desde el punto de vista físico como emocional, tanto para el niño como para la madre.

Por el contrario la administración de glucosa supone un mayor coste económico, además de suponer la introducción de azúcares en una edad tan corta. En cuanto al chupete, decir que su uso puede interferir en la correcta instauración de la lactancia materna, debido a la confusión que puede crear en el RN con el pezón de la madre. En realidad, el chupete no es sino un sucedáneo inventado para intentar sustituir el pezón de la madre. El pecho es el mejor chupete y da mucho más que leche: da consuelo, cariño, compañía y seguridad.

Para finalizar, decir que sería interesante incidir en los efectos analgésicos del contacto piel con piel con la madre dejando así abierta una opción para aquellos niños que no reciben leche materna, en lugar de administrar glucosa a tan cortas edades.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia