

Consumo de alcohol en lactancia materna: Prevalencia e impacto en lactantes menores de un año

ESTÉFANI XIMENA LÓPEZ⁽¹⁾, GABRIELA MERCEDES ITURRIA⁽¹⁾, KARINA CASTRO⁽¹⁾, LAURA BELÉN MOCCHI⁽¹⁾, LEONARDO ANDRÉS MÉNDEZ⁽¹⁾, MARIANELA IBARRA⁽¹⁾, LILIANA CEDRÉS⁽²⁾, MARÍA LAURA ROVELLA⁽²⁾, LORELEY GARCÍA⁽²⁾

(1) Estudiante de Medicina, Ciclo de Metodología Científica II. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

La contribución en la realización del trabajo fue equivalente a la de los demás estudiantes.

(2) Docente supervisor. Unidad Académica Pediátrica B. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Correo electrónico de contacto:
loreleygarciag@gmail.com

Ciclo de Metodología Científica II 2023, Grupo 36.

RESUMEN

Existe escasa información sobre los efectos del consumo de alcohol en la lactancia, a pesar de que se trata de la droga de mayor consumo en Uruguay. Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de conocer la prevalencia del consumo de alcohol de las madres amamantando, su impacto en el crecimiento, desarrollo y duración de la lactancia en menores de un año. Se indagaron creencias maternas sobre este tópico. Participaron 103 madres. Se aplicó un cuestionario, se realizó el análisis de datos antropométricos del Carné Pediátrico y la evaluación del desarrollo con la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo en menores de 5 años. Se reportó una prevalencia de 15.5% de consumo de alcohol, 93% consumidoras sociales. En relación a los efectos sobre el crecimiento se observó una alteración del mismo respecto a las madres abstemias; no se encontró relación entre el consumo y alteraciones del desarrollo. No se hallaron diferencias significativas en cuanto a la duración de la lactancia. El 62.5% de las mujeres consumidoras presentaron creencias adecuadas sobre el tema, no hallándose diferencias significativas entre ambos grupos de madres. *Palabras clave: lactante, alcohol, consumo de alcohol materno, lactancia, crecimiento, desarrollo.*

ABSTRACT

Although alcohol is the most frequently consumed drug in Uruguay, there is limited information about its effects while breastfeeding. A descriptive study was conducted with the objective of knowing the prevalence of alcohol consumption by breastfeeding mothers, its impact on the growth, development and duration of breastfeeding in children under one year of age. Maternal beliefs about alcohol intake during breastfeeding were also investigated. There is little information on the effects of alcohol consumption on breastfeeding, despite the fact that it is the most consumed drug in Uruguay. A descriptive study was carried out with the objective of knowing the prevalence of alcohol consumption by breastfeeding mothers, its impact on the growth, development and duration of breastfeeding in children under one year of age. Maternal beliefs on this topic were investigated. 103 mothers participated. The variables were obtained through a survey, the analysis of anthropometric data from the Pediatric Card and the evaluation of development based on the National Guide for Monitoring the Development of Boys and Girls Under 5 Years of Age. A prevalence of 15.5% of alcohol consumption was reported, 93% social consumers. In relation to the effects on growth, a variation will be observed with respect to abstemious mothers; no relationship was found between consumption and developmental alterations. No significant differences were found regarding the duration of breastfeeding. 62.5% of female consumers presented adequate beliefs on the subject, with no significant differences being found between both groups of mothers. *Key words: infant, alcohol, maternal alcohol consumption, lactation, growth, development.*

INTRODUCCIÓN

Está científicamente comprobado que el consumo de alcohol (CA) durante el embarazo es perjudicial para la salud fetal⁽¹⁾. Sin embargo, existe incertidumbre y falsas creencias en torno a su ingesta durante la lactancia. El alcohol (OH) es la primera droga de consumo en Uruguay según la Junta Nacional de Salud⁽²⁾. La leche materna aporta nutrientes e inmunidad pasiva que protegen a los lactantes de infecciones prevalentes y garantizan su adecuado desarrollo. Sin embargo, el OH se excreta en la leche materna y puede generar daños tanto en el consumo agudo como crónico⁽¹⁾. La ingesta aguda excesiva puede causar convulsiones y alteración de conciencia en el lactante⁽³⁾. El efecto a largo plazo puede generar retraso del crecimiento y del desarrollo psicomotor, aunque no existen datos concluyentes⁽⁴⁾. Sin embargo, no hay certeza sobre el volumen de OH que resulta seguro ingerir durante la lactancia. Está demostrado que el consumo reduce la lactogénesis y la duración de la misma⁽⁵⁾. Son conocidos los daños vinculados a la disminución de las capacidades maternas en el cuidado del lactante, destacándose un incremento del riesgo de muerte súbita del lactante (SMSL) cuando se realiza colecho⁽⁶⁾. Estudios demuestran que el CA durante el periodo de amamantamiento tiene vínculo con el nivel educativo y económico materno, edad, entre otras^(7, 8). El siguiente estudio se realizó con una muestra por conveniencia en una población asistida en un barrio de contexto socioeconómicamente vulnerable en la periferia de la capital. En caracterizaciones previas de este Centro de Salud, se constataron factores de riesgo que amenazan el bienestar de la población pediátrica, como consumo de sustancias y violencia doméstica. El nivel educativo promedio fue menor al de la población general. El neurodesarrollo fue adecuado en el 84%. Se detectó CA durante el embarazo (19%) con una relación significativa entre consumo de sustancias y embarazo sin control⁽⁹⁾. Este trabajo plantea determinar el peso de la problemática del CA en esta población como insumo para programar acciones que puedan mejorar el cuidado de la salud de los niños asistidos.

MARCO TEÓRICO

La lactancia materna se considera la forma de alimentación ideal para el lactante, cubriendo sus necesidades nutricionales, inmunológicas y emocionales, además de favorecer el desarrollo cognitivo y sensorial⁽¹⁰⁾. Entre sus beneficios se destacan la disminución de la morbimortalidad por enfermedades infecciosas, reducción del SMSL y enterocolitis necrotizante, así como la prevención de enfermedades no transmisibles en la vida adulta^(1, 10). Aporta múltiples beneficios a la madre que amamanta, a las familias y sociedades, reforzando lazos afectivos y previniendo el maltrato infantil, entre otros⁽¹⁾. Siempre que sea el deseo de la madre se busca mantener la lactancia; sin embargo, se describen “razones aceptables” para

discontinuar la misma y se justifica el uso de preparados. Una de las razones descritas en la Norma Nacional de Lactancia de Uruguay es el consumo problemático de sustancias, como puede ser el CA⁽¹⁾. Esto se debe a que implica riesgos significativos que podrían superar los beneficios de la lactancia materna⁽⁵⁾. El OH tiene gran capacidad de generar dependencia. De acuerdo con el informe de la Junta Nacional de Drogas, es la sustancia más consumida en Uruguay, habiendo sido probada al menos una vez por el 93% de las personas de entre 15 y 65 años, con tendencia creciente en los últimos años⁽²⁾. En Uruguay, existen datos sobre el uso de sustancias durante el embarazo, pero no sobre la prevalencia de consumo en la lactancia. Se ha observado que las mujeres que consumieron OH en la gestación tienen más probabilidad de continuar en el período de amamantamiento^(5, 7). El OH es soluble en agua, no tiene unión a proteínas plasmáticas, lo que permite su pasaje a la leche materna a través de la vía paracelular⁽⁵⁾. En consecuencia, se obtiene una concentración de OH en leche materna similar a la concentración en sangre de la madre, siendo esta máxima a la hora y mínima luego de las 2-3 horas post ingesta. Su consumo incide negativamente en los procesos de producción y eyección láctea, mediados por dos hormonas: prolactina y oxitocina. La primera se encarga de la producción de leche mientras que la segunda estimula la contracción del músculo liso alrededor del tejido mamario para promover su excreción frente al estímulo del lactante. El OH afecta el inicio y la duración de la lactancia materna al inhibir la función de la oxitocina de manera dosis dependiente, con retraso en la eyección de leche a pesar del estímulo de succión y de la disminución de la secreción de prolactina. En consecuencia, los bebés consumen un 20% menos de leche materna durante las primeras 4 horas posteriores a la exposición^(5, 11, 13). La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que no beber OH durante la lactancia es fundamental para el correcto desarrollo infantil, sin embargo, se recomienda que las mujeres no suspendan la lactancia, incluso si beben ocasionalmente. Aun así, su ingesta disminuye el tiempo de lactancia exclusiva, particularmente en las mujeres que consumen más de 2 bebidas alcohólicas estándar (BE) diarias. Éstas tienen casi el doble de probabilidad de interrumpir la lactancia antes de los 6 meses, en comparación con las madres que consumen cantidades menores^(6, 8). Se ha estudiado que la exposición del lactante al OH a través de la leche materna causa un impacto negativo en su salud debido a su poder tóxico, exhibiendo efectos dosis-dependientes^(5, 14). A corto plazo puede provocar una intoxicación aguda manifestada por taquicardia, rubor, hipotonía, apatía, apnea y acidosis láctica⁽³⁾. A largo plazo determina retraso en el desarrollo cognitivo, succión débil, agitación infantil, patrones de sueño alterados, menor masa muscular y un desarrollo motor deteriorado⁽¹⁴⁾. Las enzimas metabolizadoras hepáticas alcanzan solo el 40% del nivel de

su función al mes de vida, por lo que el sistema de eliminación es inmaduro y el aclaramiento de sustancias es bajo⁽⁵⁾. Diversas investigaciones han informado que la exposición al OH tiene el potencial de alterar la sinaptogénesis y favorecer la poda sináptica⁽⁴⁾. Además, se ha identificado que la exposición crónica a niveles moderados de OH, determina una alteración en el desarrollo motor de los lactantes como resultado de una interrupción continua del sueño activo⁽¹⁴⁾. Por otro lado, el OH altera el comportamiento y relacionamiento materno-paterno, pudiendo exacerbar patrones de violencia intrafamiliar, que también repercuten en el desarrollo, crecimiento y seguridad de los niños⁽¹⁵⁾. Existen predictores de mayor CA en las mujeres durante la lactancia: edad mayor o igual a 35 años, alto nivel educativo y económico, estar casadas y asistir a clases prenatales; siendo factores considerados protectores para distintas patologías⁽⁵⁾. El consumo durante la lactancia se relaciona con la creencia errónea de que el OH estimula la producción de leche materna, mejora el sueño y relaja al lactante⁽¹⁵⁾. Las creencias maternas, familiares y sociales podrían impactar en las prácticas de amamantamiento y la falta de información puede vincularse a prácticas erróneas. Las mujeres embarazadas o amamantando con dependencia a sustancias tóxicas muchas veces no buscan ayuda debido al estigma o al miedo a la pérdida de la tenencia infantil, sumado a que no se cuenta con un sistema que brinde apoyo y soporte a estas madres^(5, 15, 16).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia e impacto del CA durante la lactancia en niños menores de un año que asisten a control en el Centro de Salud "Dr. Badano Repetto" en el periodo julio - agosto 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la prevalencia del CA durante la lactancia.
2. Describir la relación entre la duración de la lactancia y el consumo materno de bebidas alcohólicas.
3. Determinar la prevalencia del retraso en el crecimiento y el desarrollo psicomotor en niños alimentados con leche de madre consumidora de OH.
4. Conocer creencias acerca de los efectos del CA durante la lactancia.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo. La muestra fue seleccionada por conveniencia y comprende a las madres de lactantes menores de 1 año, presentes en sala de espera, que asistieron a control en el Centro de Salud "Dr. Badano Repetto", en el periodo julio-agosto 2023. Criterios de exclusión: condiciones que afecten el crecimiento o desarrollo de los niños (cardiopatías congénitas, parálisis cerebral, entre otras), madres de gemelares.

Las variables analizadas fueron cuantitativas (edad materna, edad del lactante, edad de introducción de leche de vaca -LV- o preparados para lactantes -PPL-, duración total de la lactancia) y cualitativas (nivel educativo materno, CA durante el embarazo, dependencia de OH mediante el cuestionario CAGE, amamantando actualmente -al menos una vez al día en los últimos 7 días-, consumo de bebidas alcohólicas durante la lactancia, consumo de otras sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, drogas de síntesis, psicofármacos, entre otras, consumo de LV o PPL, percepción de los efectos del OH en el amamantamiento, creencias maternas sobre el CA en la lactancia, adecuado crecimiento y desarrollo). En cuanto al CA se define BE como la cantidad en mL de bebida que contiene 10g de etanol puro. Se consideraron cuatro clases:

-Abstemia, niega consumo de bebidas alcohólicas.

-Consumo social, menor a 1 BE/semana.

-Consumo entre 1 BE/semana hasta 1 BE/día.

-Consumo de 2 o más BE/día.

En cuanto a las creencias maternas, dado que actualmente no existen herramientas validadas para evaluar este punto se diseñó un cuestionario breve teniendo en consideración las creencias erróneas más reportadas vinculadas al CA en la lactancia: mejora del sueño del lactante, aumento de la producción de leche, mejora la inmunidad del lactante, sin efectos sobre el crecimiento o desarrollo. Se describen las clases:

-4 respuestas correctas: Adecuados conocimientos

-2 o 3 respuestas correctas: Parcialmente adecuado

-1 o 0 respuestas correctas: Inadecuado

En cuanto al crecimiento infantil se consideró adecuado crecimiento si los valores de longitud/talla para la edad, peso para la edad y peso para la longitud/talla se encuentran entre el P3 Y P97. Se excluyeron de la evaluación aquellos lactantes que no contaran con el Carné Pediátrico. Se aplicó la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo en Menores de 5 años para definir desarrollo normal o alterado. Cuanto más pequeño es el lactante la guía resulta menos sensible para detectar las alteraciones en el desarrollo dado que cuenta con menos ítems para su evaluación, por lo tanto se decide excluir de la evaluación a los menores de 6 meses. Los datos fueron recolectados mediante Google Forms.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El reclutamiento de participantes se realizó en sala de espera en el Centro de Salud Dr. Badano Repetto. La entrevista tuvo lugar posterior a la consulta pediátrica, cuidando la privacidad, confidencialidad y anonimidad de los individuos involucrados. Se hizo hincapié en que la participación es voluntaria, anónima y confidencial, siendo esta independiente de la calidad de atención recibida y destacando que no recibirá ningún tipo de remuneración o beneficio por ser parte de la misma. Se explicó lo que conlleva la colaboración en el estudio, pudiendo retirarse del mismo en el momento en que lo desee. Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de

Investigación de la Facultad de Medicina, Universidad de la República y por el Comité Evaluador de Investigaciones de la Red de Atención Metropolitana, ASSE.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables cuantitativas se presentan numéricamente con medias y desviaciones estándar y gráficamente con histogramas. Se calcularon los intervalos de confianza al 95% para estas variables. Las variables cualitativas se presentan mediante tablas de distribución donde se indica el número de casos y la frecuencia relativa de los mismos. Las variables se resumen como proporciones y porcentajes. El contraste de dos variables dicotómicas se realizó mediante el test de Chi2 /Test de Fisher para comparar proporciones. El nivel de significación que se tomó en las pruebas fue de 5%. Los datos fueron procesados a través del software estadístico JASP.

RESULTADOS

Participaron 103 mujeres con sus respectivos hijos, de los cuales se detallan sus características socio demográficas en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características sociodemográficas de madres en lactancia

Variable	n=103
Edad materna en años (media)	23 (DE: 5,63)
Edad del lactante en meses (media)	5 (DE: 3,52)
Mayor nivel educativo alcanzado	
Primaria	17,5% (n=18)
Secundaria	78,6% (n=81)
Terciario o superior	3,9% (n=4)
En lactancia	
Si	87,4% (n=90)
No	12,6% (n=13)
Tiempo de amamantamiento en meses (media)	5 (DE: 3,46)
Consumo de LV/PPL*	
Si	62,1% (n=64)
No	37,9% (n=39)

*LV: leche de vaca, PPL: preparado para lactantes

Fuente: elaboración propia

La media de edad materna fue de 23 años (rango 17 a 42 años) y la media de edad de los lactantes fue de 5 meses (rango 14 días a 12 meses). La totalidad de las madres lograron completar la educación primaria, no habiendo analfabetas en la muestra. El 87% de las madres estaba amamantando al momento de la encuesta. El 3% nunca amamantó a su hijo. La prevalencia del CA en la lactancia fue de 15.5%. En la **Tabla 2** se compara el grupo de madres que consumieron OH durante la lactancia con las que no lo hicieron. La mayoría de las madres consumidoras (75%) tenía entre 20 y 30 años. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación al consumo entre los diferentes rangos etarios ni entre los diferentes niveles educativos.

Casi el 20% de las madres que ingirieron OH en la lactancia, también lo hicieron en el embarazo. Sin embargo, solo 1% de las abstemias consumió durante la gestación, con una diferencia estadísticamente significativa. Con respecto al uso de otras drogas, el grupo de madres abstemias reportó un uso estadísticamente menor al reportado por el grupo de madres consumidoras.

Tabla 2. Características de la población de madres abstemias y consumidoras de alcohol durante el primer año de vida del niño

Variable	Abstemias	Consumo alcohol	Valor p
	(n=87)	(n=16)	
Edad materna			
Menores 20 años	10,3% (n=9)	6,3% (n=1)	0,821
20-30 años	67,8%(n=59)	75,0% (n=12)	
Mayores de 30 años	21,9%(n=19)	18,7% (n=3)	
Máximo nivel educativo alcanzado			
Primaria	14,9%(n=13)	31,3% (n=5)	0,228
Secundaria	81,6%(n=71)	62,5% (n=10)	
Terciario o superior	3,4% (n=3)	6,3%(n=1)	
Consumo alcohol en embarazo	1,1% (n=1)	18,8% (n=3)	<0,001
Otras drogas			
Tabaco	22,9%(n=20)	25,0%(n=4)	0,017
THC*	2,3% (n=2)	18,8% (n=3)	
Edad lactantes en meses (media)	4(DE: 3,42)	7 (DE: 3,62)	<0,001
Tiempo amamantamiento total en meses (media)	4 (DE: 3,18)	7 (DE: 3,85)	<0,001
Interrupción de la lactancia	11,5% (n=10)	18,8% (n=3)	0,4209
Edad inicio de PPL/LV** en meses (media)	2 (DE: 3,76)	2 (DE: 2,59)	0,950

*THC: Tetrahidrocannabinol o Marihuana. ** PPL: Preparado para lactante, LV: leche de vaca.

Fuente: elaboración propia

El tiempo de amamantamiento medio fue de 7 meses en las madres consumidoras y de 4 meses en las no consumidoras, siendo esta diferencia igual a la encontrada con respecto a la edad media de los lactantes. En relación a la interrupción de la lactancia, no se determinaron diferencias significativas entre ambos grupos. En el **Gráfico 1** se muestra la distribución de BE ingerido reportado por las madres.

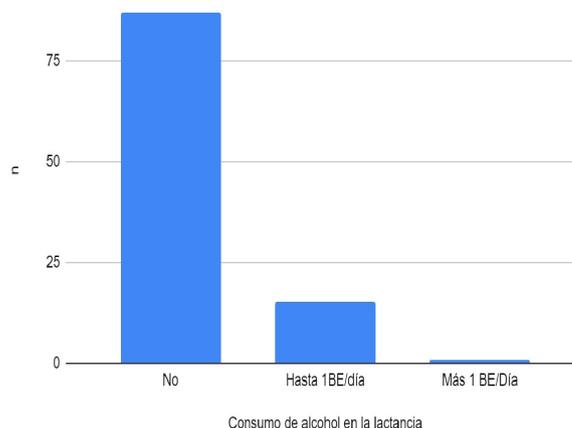


Gráfico 1. Cantidad de bebidas estándar día (BE/día) de alcohol consumidas por la población en estudio

Fuente: elaboración propia

Con respecto a la evaluación del crecimiento (**Tabla 3**) se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, con mayor afectación en el grupo de las mujeres con CA.

Tabla 3. Evaluación del crecimiento y desarrollo en la población de madres que no consume alcohol y en las consumidoras

Variable	No consumidoras	Consumidoras	Valor p
Crecimiento* (n=98)	84,7% (n=83)	15,3% (n=15)	
Adecuado	95,2% (n=79)	73,3% (n=11)	0,018
Alterado	4,8% (n=4)	26,7% (n=4)	
Desarrollo** (n=46)	76,1% (n=35)	23,9% (n=11)	
Normal	100% (n=35)	90,1% (n=10)	0,071
Alterado	0% (0)	9,1% (n=1)	

* Evaluado en lactantes que contaban con los datos antropométricos en el Carné (n=98).

**Se evaluó únicamente a mayores de 6 meses (n=46).

Fuente: elaboración propia

Respecto a las creencias maternas sobre el CA durante la lactancia (**Tabla 4**) la mayoría tuvo conceptos adecuados o parcialmente adecuados. El 88% de las madres que consumieron etanol refirieron no haber percibido efectos en la lactancia, el 6% reportó cambios positivos y otro 6% cambios negativos.

Tabla 4. Creencias maternas sobre el consumo de alcohol en la lactancia entre no consumidoras y consumidoras de alcohol

Creencias maternas	Consumo de alcohol (n=16)	No consumo de alcohol (n=87)
Adecuado	62,5% (n=10)	85,1% (n=74)
Parcialmente adecuado	37,5% (n=6)	13,8% (n=12)
Inadecuado	0% (n=0)	1,2% (n=1)

Fuente: elaboración propia

Se evaluó la dependencia al OH de las madres que lo consumieron durante la lactancia a través del test de CAGE, 93% refiere un consumo social.

DISCUSIÓN

El OH es reconocido como una sustancia que provoca daño para la salud, siendo actualmente una de las más consumidas en todo el mundo. A pesar de esto, la ingesta de OH en mujeres que se encuentran cursando un embarazo o lactando no es nulo^(1, 5, 10). Estudios describen diferentes porcentajes de CA durante la lactancia (36% EEUU, 20% Canadá y 60% Australia), siendo este porcentaje mayor al encontrado en esta investigación (15,5%). Hasta el momento no contamos con datos oficiales sobre el CA en Uruguay^(5, 11). En relación a las creencias maternas sobre el CA, el estudio evidenció que el 18% de las madres reportaron al menos un conocimiento erróneo, siendo el más frecuente la afirmación de que ingerir OH no afecta el crecimiento y desarrollo del bebé. Una encuesta en EEUU evidenció que 42% de las mujeres que reportaban ingesta de cerveza, creían que ésta bebida aumentaba el suministro de leche^(16, 18). Si bien al momento de la entrevista menos de un 3% de la muestra creía que el OH generaba efectos beneficiosos sobre el lactante (mejora en la calidad de sueño, aumento de la producción de leche y refuerzo en el sistema inmune del

lactante), se observó que un porcentaje superior no reconocía al OH como una sustancia que pudiera producir consecuencias a nivel del crecimiento o desarrollo de los lactantes. Este hallazgo refleja la incertidumbre que existe sobre el consumo seguro durante la lactancia, evidenciando un vacío en el conocimiento. Lange et al. describe como predictor de consumo materno la edad mayor a 35 años, aspecto que no se vio reflejado en la presente investigación, si bien debe destacarse que la media de edad materna en la población estudiada fue considerablemente menor a 35 años^(7, 19). En relación al nivel educativo, numerosos autores describen que el tener un nivel educativo superior es un predictor de mayor consumo del OH, algo que no se vio reflejado en la población estudiada ya que el nivel educativo con mayor consumo fue el de ciclo básico/UTU incompleto, no encontrándose relación entre el mismo y el CA. Debe considerarse que sólo el 4% de la muestra cursó educación terciaria, contrastando con el 12% que se reporta a nivel país, lo que podría incidir en el resultado^(7, 8, 20, 21). La prevalencia del CA durante el embarazo en este estudio fue 4%, menor a lo descrito por diferentes investigaciones locales e internacionales que ronda el 10%^(22, 23). Sin embargo, dos estudios realizados en Uruguay en 2014 mostraron que el CA durante el embarazo ascendía de 34-50%, uno de ellos detectado mediante el estudio del meconio del recién nacido, lo cual expresa la diferencia clara entre lo reportado y los valores reales^(24, 25). 75% de las mujeres que consumían en el embarazo relataron también hacerlo durante el amamantamiento, logrando inferir de forma significativa que la ingesta del mismo durante el embarazo se asocia a su consumo durante la lactancia, como se refleja en otros estudios⁽¹⁸⁾. Además, 10% de las madres en estos estudios reportaron beber más de una vez al día, lo que puede extrapolarse a la presente investigación, donde se describe que del total de mujeres que declararon CA durante la lactancia, solamente una relató un consumo de más de 1 BE/día^(5, 19). En relación a la dependencia del CA durante el amamantamiento mediante el test de CAGE, en un sólo caso se constató consumo de riesgo y este no registró alteración en el crecimiento o desarrollo del lactante. No se hallaron estudios a nivel nacional e internacional que aborden esta problemática. Actualmente, las investigaciones llevadas a cabo para determinar los potenciales efectos nocivos entre el CA durante el período de lactancia, sus consecuencias en el crecimiento y desarrollo del lactante, son escasas. Por razones bioéticas surge una gran limitación, llevando a la necesidad de extrapolar datos recabados por trabajos científicos previos, ya sea a partir de modelos experimentales vivos no humanos o en base a estudios observacionales. Respecto al crecimiento, se observó una relación significativa entre el CA y el crecimiento alterado. Sin embargo, estos datos contrastan con lo establecido en investigaciones previas que determinan el consumo de hasta 1BE/día como potencialmente

segura^(7, 8). En la población de estudio el 94% de madres que reportaron CA informaron una ingesta menor a este límite de riesgo, aún así constatándose diferencias significativas entre ambos grupos con respecto al crecimiento de los lactantes^(7, 8). Respecto a las causas de estas alteraciones ante el consumo en seres humanos y animales, se ha observado que la ingesta de OH determina una disminución temporal en la capacidad de amamantar. Incluso con una cantidad relativamente baja de OH en sangre materna (1,5-2 g/kg de peso corporal), el reflejo de eyección de leche disminuye en un 80%^(7, 8). Esto implica que a pesar de que el bebé pueda estar succionando adecuadamente, recibirá menos alimento. Se plantea que el impacto negativo del CA durante la lactancia en el niño podría no sólo deberse a la toxicidad directa del etanol, sino también al menor tiempo de lactancia y menor volumen por lactada, resultando en una disminución del peso corporal y el crecimiento⁽¹²⁾. Esto podría ser más acentuado en los casos de lactantes menores de 6 meses que reciben pecho directo exclusivo. En relación al desarrollo, no se halló asociación estadísticamente significativa entre el CA durante la lactancia y mayor prevalencia de alteraciones sobre el mismo, probablemente asociado a que la mayoría de las madres que ingerían OH lo hacían de manera ocasional. Con respecto a la duración de la lactancia, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Se determinó que el tiempo de amamantamiento total era menor en las madres consumidoras (7 meses) en comparación a las madres abstemias (4 meses), pero estas son consistentes con la media de edad de los lactantes en ambos grupos. Se infiere que esta diferencia corresponde a la edad menor y no a la interrupción de la lactancia, ni a una edad más temprana de introducción de preparados lácteos, contrastando así con lo reportado por otros autores⁽²⁶⁾. Este estudio presentó diferentes sesgos: de selección (muestra por conveniencia), de información (auto-reporte de ingesta de OH puede no representar el consumo real), de confusión (difícil diferenciar el impacto del CA en el período perinatal del causado durante la lactancia en el crecimiento y desarrollo del niño). No se realizaron regresiones logísticas por el número reducido. Existieron limitaciones al evaluar el desarrollo de los niños menores de 6 meses y del crecimiento en aquellos que no contaban con el Carné Pediátrico.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

El CA en el embarazo y su asociación con el mismo durante la lactancia, el uso de otras drogas y las alteraciones en el crecimiento producto del OH arrojaron un resultado estadísticamente significativo, reafirmando sus efectos nocivos. Sólo el 62.5% de las madres tenían creencias adecuadas sobre el CA en la lactancia, poniendo en evidencia que es necesario contar con guías sanitarias que eviten la información contradictoria y brindar una correcta asesoría sobre los potenciales riesgos, tanto del consumo social como problemático.

Los resultados obtenidos en este estudio podrían ser una primera aproximación en vistas a futuras investigaciones necesarias para determinar el impacto de este problema en la población general.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Norma Nacional de Lactancia Materna.pdf [Internet]. [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Norma%20Nacional%20de%20Lactancia%20Materna.pdf>
2. Junta Nacional de Drogas [Internet]. [cited 2023 Nov 13]. Fundamentación. Available from: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/estrategia-para-prevencion-del-consumo-drogas-entornos-laborales-5>
3. Wurst U, Ackermann B, Kiess W, Thome U, Gebauer C. "Alcohol intoxication by proxy on a NICU" - a case report. *BMC Pediatr.* 2022 Sep 2;22(1):521.
4. Perez RF, Conner KE, Erickson MA, Nabatanzi M, Huffman KJ. Alcohol and lactation: Developmental deficits in a mouse model. *Front Neurosci* [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 13];17. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2023.1147274>
5. Brown RA, Dakkak H, Seabrook JA. Is Breast Best? Examining the effects of alcohol and cannabis use during lactation. *J Neonatal-Perinat Med.* 2018;11(4):345-56.
6. Anderson PO. Alcohol Use During Breastfeeding. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med.* 2018 Jun;13(5):315-7.
7. Popova S, Lange S, Shield K, Mihic A, Chudley AE, Mukherjee RAS, et al. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl.* 2016 Mar 5;387(10022):978-87.
8. Alcohol and lactation: A systematic review - GIGLIA - 2006 - Nutrition & Dietetics - Wiley Online Library [Internet]. [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1747-0080.2006.00056.x>
9. González V, Rovella ML, Canto M, Capotte V, Charquero MV, Garrone E, et al. Características actuales de la población pediátrica asistida en un centro de salud del primer nivel de atención en 2020-2021. Montevideo, Uruguay. *Arch Pediatría Urug* [Internet]. 2022 Dec [cited 2023 Nov 13];93(nspe2). Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-12492022000401224&lng=es&nrm=iso&tIng=es
10. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría | Asociación Española de Pediatría [Internet]. [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
11. Wilson J, Jay RY, McCormack C, Allsop S, Najman J, Burns L, et al. Alcohol consumption by breastfeeding mothers: Frequency, correlates and infant outcomes. *Drug Alcohol Rev.* 2017 Sep;36(5):667-76.
12. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2014 Feb;114(2):168-73.
13. Mennella JA, Pepino MY. Biphasic effects of moderate drinking on prolactin during lactation. *Alcohol Clin Exp Res.* 2008 Nov;32(11):1899-908.
14. Mennella JA, Gerrish CJ. Effects of exposure to alcohol in mother's milk on infant sleep. *Pediatrics.* 1998;101(5). doi:10.1542/peds.101.5.e2
15. Popova S, Dozet D, Akhand Laboni S, Brower K, Temple V. Why do women consume alcohol during pregnancy or while breastfeeding? *Drug Alcohol Rev.* 2022 May;41(4):759-77.
16. Alcohol. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®)* [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2006 [cited 2023 Nov 13]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501469/>
17. Ferreira González L. Cuestionario CAGE Screening de alcoholismo [Internet]. Meiga.info. [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://meiga.info/escalas/cuestionariocage.PDF>

18. Parada CMG de L, Carvalhaes MA de BL, Winckler CC, Winckler LA, Winckler VC. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005 Jun;13:407-14.
19. May PA, Hasken JM, Blankenship J, Marais AS, Joubert B, Cloete M, et al. Breastfeeding and maternal alcohol use: Prevalence and effects on child outcomes and fetal alcohol spectrum disorders. *Reprod Toxicol Elmsford N*. 2016 Aug;63:13-21.
20. Clavijo E, Marques A, Rodríguez C. Desafíos hacia una evaluación sistémica de la educación terciaria en Uruguay. *Cuad Investig Educ*. 2020 Dec 11;11(2):15-34.
21. Cernadas JMC, Noceda G, Barrera L, Martínez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. 2003 May;19(2):136-44.
22. Paintner A, Williams AD, Burd L. Fetal alcohol spectrum disorders-- implications for child neurology, part 2: diagnosis and management. *J Child Neurol*. 2012 Mar;27(3):355-62.
23. Young-Wolff KC, Sarovar V, Alexeeff SE, Adams SR, Tucker LY, Conway A, et al. Trends and Correlates of Self-Reported Alcohol and Nicotine Use Among Women Before and During Pregnancy, 2009-2017. *Drug Alcohol Depend*. 2020 Sep 1;214:108168.
24. Moraes Castro M, González Rabelino G, Sosa Fuertes C, Umpiérrez E. Consumo de alcohol, cocaína y cafeína en el embarazo: efectos sobre el embarazo y el niño. Primera edición. Montevideo, Uruguay: Espacio Interdisciplinario, Universidad de la República Uruguay; 2014. 103 p. (Colección Interdisciplinarias 2013).
25. Moraes Castro M, González Rabelino G, Sosa Fuertes C, et al. Identificación de consumo de alcohol y derivados de Cocaína en el embarazo en meconio. *An Facultad Med (Univ Repúb Urug)* [Internet]. 23 de diciembre de 2014 [cited 2023 Nov 14];1(2):43-0. Available from: <https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/anfamed/article/view/228>
26. Moraes Mario, Amerio Patricia, Valiero Rocío, Sosa Claudio. El consumo de alcohol disminuye el tiempo de lactancia exclusiva. *Arch. Pediatr. Urug*. 2010 ; 81(1): 16-22.