

Conocimiento, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud y de las mujeres hacia el uso de medicamentos en la lactancia materna: Una revisión

Traducción libre al Español

Publicado por *International Breastfeeding Journal* 6, Article 11

Authors: Safeera Y Hussainy & Narmin Dermele

RESUMEN

Muchas mujeres que amamantan necesitan y toman regularmente medicamentos, especialmente los que se venden sin receta, y el uso seguro de éstos depende del consejo de los profesionales de la salud, como los médicos de cabecera y los farmacéuticos. Por lo tanto, el objetivo principal de esta revisión fue investigar la bibliografía relacionada con los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales de la salud y de las mujeres con respecto al uso y la seguridad de los medicamentos durante la lactancia. La limitada literatura que se descubrió identificó que los médicos generales y los farmacéuticos tienen un conocimiento pobre, pero actitudes positivas, y prácticas variables que se guían principalmente por la experiencia personal. Tienden a tomar decisiones sobre el uso de un medicamento durante la lactancia basándose en el "riesgo" potencial que supone para el bebé en términos de posibles reacciones adversas, en lugar de su "compatibilidad" con la leche materna. El proceso de toma de decisiones entre los profesionales sanitarios y las mujeres no suele ser un proceso negociado, y a menudo se pide a las mujeres que dejen de amamantar mientras toman un medicamento. Las mujeres, a su vez, quedan insatisfechas con el consejo recibido, y muchas deciden no iniciar la terapia o no continuar con la lactancia. Se han sugerido algunas direcciones para la investigación futura con el fin de abordar los problemas identificados en esta área crítica. Esta revisión es importante desde una perspectiva social porque muchas mujeres que amamantan necesitan y toman regularmente medicamentos, especialmente los que están disponibles sin receta, y el uso seguro de los mismos depende del consejo proporcionado por los profesionales de la salud, que en última instancia está influenciado por sus conocimientos, actitudes y prácticas. Sin embargo, no existen pruebas de alta calidad procedentes de ensayos controlados aleatorios sobre la seguridad de los medicamentos tomados durante la lactancia, lo que naturalmente impediría a los profesionales de la salud asesorar adecuadamente a las mujeres. Es igualmente importante conocer las experiencias de las mujeres sobre el asesoramiento recibido de los profesionales de la salud, y si hay coherencia entre las recomendaciones hechas a través de los recursos sobre la seguridad de la medicación en la lactancia, con el fin de obtener una comprensión completa de los problemas que prevalecen en esta área de la práctica.

REVISIÓN

En julio-octubre de 2010, se utilizaron palabras clave (por ejemplo, profesionales de la salud, médicos, enfermeras, farmacéuticos, lactancia, lactancia materna, medicación, medicina, conocimientos, actitud/es, práctica/s, comportamiento/s), por separado o en combinación, para buscar en bases de datos como Ovid, Pub Med, International Pharmaceutical Abstracts y Google Scholar. La búsqueda se limitó a los artículos publicados sobre datos de investigación primaria, en inglés y a partir de 1990. Se utilizaron las mismas palabras clave para buscar en revistas relevantes como BMC Women's Health, Medical Journal of Australia, International Breastfeeding Journal y Journal of Human Lactation. Se realizaron búsquedas manuales en las listas de referencias de los artículos pertinentes recuperados de estas revistas para encontrar estudios adicionales.

Se encontraron 31 publicaciones que se evaluaron en cuanto a su relevancia para el área temática, 15 de las cuales no estaban dentro del alcance de esta revisión - 13 que no investigaban el conocimiento, las actitudes o las prácticas de los profesionales de la salud sobre la lactancia materna en el contexto de la prescripción de medicamentos a las mujeres [1-13]; una que no determinaba las experiencias de las mujeres al recibir asesoramiento de los profesionales de la salud sobre el uso de medicamentos y la seguridad en la lactancia materna [14]; y otra que era una revisión de datos de investigación primaria [15].

Las tablas 1, 2 y 3 muestran las 17 publicaciones que fueron objeto de crítica [16-32]. Éstas informaron sobre estudios que en su mayoría utilizaron diseños transversales; generalmente tuvieron bajas tasas de respuesta (RR); y se llevaron a cabo en Australia, Canadá, Israel, los Países Bajos, los Estados Unidos y el Reino Unido (RU), y cuyos resultados, por lo tanto, no pueden generalizarse a otros entornos.

En la Tabla 1 se detallan 11 estudios: siete realizados sólo con profesionales de la salud [17, 18, 21, 26, 28, 31, 32] (donde las referencias 17-18 y 21 se refieren al mismo estudio); dos con farmacéuticos, médicos de cabecera (MG) y mujeres lactantes juntos [22, 23] (se refieren al mismo estudio); otro con farmacéuticos y mujeres lactantes [25]; y uno con endocrinólogos, médicos de familia y mujeres [30]. En los cuatro estudios que involucraron a profesionales de la salud y mujeres [22, 23, 25, 30], sólo se han detallado los hallazgos sobre los profesionales de la salud, y los asociados a las mujeres se muestran en la Tabla 2.

La Tabla 2 también destaca nueve estudios - cinco con mujeres lactantes solas [19, 20, 24, 27, 29]; dos con mujeres lactantes, farmacéuticos y médicos de cabecera juntos [22, 23] (de nuevo, estos se refieren al mismo estudio); otro con mujeres lactantes y farmacéuticos [25]; y uno con mujeres, endocrinólogos y médicos de familia [30].

La tabla 3 incluye información sobre el único estudio que se ha realizado para determinar las recomendaciones realizadas dentro de los recursos sobre la seguridad de la medicación en la lactancia [16].

A continuación se presenta una síntesis de la evidencia de estos estudios. Los estudios individuales se mencionan, cuando es apropiado, para destacar los puntos clave o comparar y contrastar los hallazgos entre los estudios.

Profesionales de la salud

No se han encontrado estudios entre 1990-97 sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales de la salud respecto al uso y la seguridad de los medicamentos en la lactancia. La mayoría de los estudios realizados entre 1998 y 2010 son sobre médicos de cabecera, también conocidos como médicos de familia [17, 18, 21-23, 30, 31], sin representación de las enfermeras de la comunidad de salud materno-infantil, que tienen un papel importante en esta área dado que interactúan frecuentemente con las madres en los periodos posparto y postnatal, pero al mismo tiempo no tienen derechos de prescripción ni conocimientos formales sobre farmacología o medicamentos.

Mientras que algunos médicos de cabecera han apoyado el uso de la medicación durante la lactancia [18, 21, 30], otros han aconsejado innecesariamente a las mujeres que dejen el tratamiento durante la lactancia [18, 21], o que suspendan la lactancia temporal o permanentemente [22, 23], ya que los riesgos asociados a la interrupción de la lactancia se consideraron superiores a los beneficios y riesgos del uso de la medicación [23]. Un alto porcentaje ha llegado a desaconsejar el inicio de la lactancia materna [30]. Esta última situación, muy desfavorable, se produce incluso cuando existen datos de seguridad adecuados que respaldan el uso de varios medicamentos durante la lactancia, desde los utilizados para tratar dolencias agudas y menores (por ejemplo, ibuprofeno para el dolor), hasta los prescritos para afecciones crónicas y debilitantes (por ejemplo, fluoxetina y sertralina para la depresión, propiltiouracilo [PTU] para el hipertiroidismo) [23, 30, 33].

De hecho, en el caso de medicamentos como los antidepresivos, la decisión del médico de cabecera de prescribirlos debe llegar a una evaluación de los riesgos frente a los beneficios [23, 33], "teniendo en cuenta factores como la madurez del lactante, la frecuencia de las tomas y el volumen de leche consumido" [23]. Las preferencias de la mujer en cuanto al tratamiento también deben considerarse y son igualmente importantes; sin embargo, sólo el 4% (23/590) de los médicos de cabecera que respondieron a la encuesta de Jones y Brown indicaron que la mujer participaría en la toma de una decisión informada [22].

En el estudio de Lee et al, las mujeres que recibieron asesoramiento médico a favor de la lactancia materna tenían más probabilidades de dar el pecho durante el tratamiento con PTU que de alimentarse con leche artificial (riesgo relativo: 5, intervalo de confianza del 95%: 1-23) [30]. Alrededor del 25% de los endocrinólogos del mismo estudio que respondieron a viñetas de casos presentadas en una encuesta postal desaconsejaron la lactancia materna durante el tratamiento

con PTU, pero también dijeron que cambiarían su recomendación si la mujer expresaba su deseo de amamantar. No obstante, cuando se toma la decisión mutua de utilizar la medicación, el bebé amamantado debe ser vigilado para detectar efectos adversos (por ejemplo, sedación, retraso en el desarrollo) y, si se sospecha de ellos, se pueden tomar muestras de sangre de la mujer y del bebé para su análisis en el laboratorio [33].

Incluso se ha informado de que algunos médicos de cabecera utilizan categorías de medicamentos para la lactancia materna [18], lo que significa que sus recomendaciones de continuar o interrumpir la lactancia pueden ser incorrectas. Sin embargo, los médicos de cabecera (y otros profesionales de la salud, como los farmacéuticos) han reconocido que es difícil interrumpir la lactancia materna de forma brusca a pesar de que recomiendan a las mujeres que lo hagan [22, 23].

Parece que las recomendaciones incorrectas se hacen principalmente debido a los escasos conocimientos autodeclarados [28] o reales [30-32], en los que se ha comprobado que influye la frecuencia del contacto con las mujeres [31, 32], así como la experiencia personal o de la pareja de los profesionales sanitarios en la lactancia de sus propios hijos, aunque esto último puede situarlos en una mejor posición para manejar los problemas relacionados con la lactancia y la medicación [22, 23]. Por ejemplo, en una encuesta por correo realizada a 265 farmacéuticos que ejercen en farmacias comunitarias de Nebraska, Estados Unidos de América (EE.UU.), se descubrió que, para tratar el insomnio, el 10% de los encuestados recomendaba la difenhidramina (contraindicada en la lactancia), la guaifenesina (sin datos sobre su seguridad) y el dextrometorfano (podría contener etanol) a las mujeres lactantes [28]. En otros estudios, sólo el 34% de los farmacéuticos [32] y el 47% de los médicos [31] sabían que la mayoría de las mujeres que toman medicamentos antiepilépticos pueden dar el pecho con seguridad; el 66% de los farmacéuticos y el 54% de los médicos pensaban que no eran seguros o no estaban convencidos en cuanto a su seguridad.

Del mismo modo, en el estudio de Schrempp, Ryan-Haddad y Gait, algunos farmacéuticos recomendaron en primer lugar tratamientos alternativos no farmacológicos, como el cereal de salvado o el zumo de ciruelas como laxantes naturales para el estreñimiento; gotas nasales de suero, vaporizador de agua fría o equinácea para los resfriados; y limitaciones dietéticas, como comer menos cantidad, para el ardor de estómago [28]. Aunque estas recomendaciones son seguras y razonables, y suelen probarse antes de prescribir medicamentos, funcionan mejor junto con las medidas farmacológicas y puede que sólo proporcionen un alivio temporal de los síntomas de la mujer lactante. Además, los farmacéuticos de este estudio que habían ejercido durante menos de 30 años valoraban más la formación continua (EC) sobre la seguridad y el uso de los medicamentos en la lactancia materna que los farmacéuticos que habían ejercido durante más de 30 años [28], pero no se les preguntó, o no indicaron, su(s) preferencia(s) por los formatos de EC.

El escaso conocimiento sobre el uso de la medicación en la lactancia también puede extenderse a la inadecuada capacidad de elaboración de la historia clínica, en la que el profesional sanitario no obtiene información importante de la mujer lactante. Ronai et al. descubrieron que el 58% de los farmacéuticos encuestados nunca preguntaron a las mujeres si estaban amamantando [26]; sin embargo, este estudio se llevó a cabo con una pequeña muestra de participantes. Mientras que Jones y Brown informaron de que el 50% de los farmacéuticos dijeron que preguntarían a una mujer con un bebé cómo se estaba alimentando antes de recetarle un medicamento de venta libre (disponible sin receta), muchos farmacéuticos afirmaron que era responsabilidad de la mujer informarles de que estaba amamantando cuando compraban un medicamento, y dos farmacéuticos comentaron que las preguntas de esta naturaleza son demasiado personales y no pueden hacerse en el entorno de la farmacia [23].

En el mismo estudio, sólo el 22% de los médicos de cabecera encuestados dijeron que preguntarían a la madre de un "niño pequeño" (entendido como mayor de 12 meses) si estaba amamantando antes de recetarle un medicamento [22, 23]. Esto es preocupante, dado que las mujeres pueden seguir amamantando a sus hijos después de cumplir los 12 meses -la edad mínima recomendada en Australia [34]-, lo que significa que tanto los médicos de cabecera como los farmacéuticos pueden no estar considerando que las madres de niños que ya no son recién nacidos pueden estar amamantando. Los comentarios individuales proporcionados por los médicos de cabecera y los farmacéuticos en el estudio de Jones y Brown "daban la impresión de ser ambivalentes con respecto a la lactancia materna, especialmente a medida que el niño crecía, y de que abogaban por la leche artificial como sustituto" [22].

Esta actitud, vista desde la perspectiva de la mujer, se refleja en el siguiente comentario, realizado por una madre en el estudio de Jones y Brown [23]. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan la lactancia materna exclusiva durante seis meses, con la introducción de alimentos complementarios nutricionalmente adecuados, seguros y apropiados (para prevenir la carencia de hierro) y la continuación de la lactancia materna a partir de entonces.

"Según mi experiencia, los profesionales de la medicina no esperan que la lactancia materna supere los 9 ó 12 meses. Más allá de eso, nunca te preguntan si estás amamantando y se sorprenden cuando se lo indicas" [23] (p. 553).

Por otro lado, se ha informado de que algunos médicos de cabecera que ejercen en Australia se sienten seguros sobre el uso de la medicación en las mujeres que dan el pecho [18]. Sin embargo, a pesar de su confianza autodeclarada, en una encuesta postal de médicos de cabecera en Victoria, los encuestados se mostraron preocupados por las cuestiones médico-legales: El 76% de los médicos de cabecera calificaron el posible riesgo de litigio como "importante/muy importante" [18]. Del mismo modo, se ha comprobado que algunos farmacéuticos se sienten cómodos aconsejando a las mujeres que dan el pecho y son cautos con las recomendaciones que

les hacen [26]. En este estudio de Ronai et al, los farmacéuticos consideraron que es mejor interrumpir la lactancia materna que arriesgarse a exponer a un bebé a un medicamento potencialmente dañino [26]. También comentaron que existen recursos contradictorios e incoherentes sobre el uso de medicamentos en la lactancia, al igual que los médicos de cabecera, que también han indicado la necesidad de una base de datos fiable en Internet (que incluya información sobre medicamentos complementarios), o información a través de su programa informático de prescripción, [17, 18, 21] en lugar de tener que depender de las empresas farmacéuticas para obtener información sobre los medicamentos, que suele ser "demasiado prudente" [21].

En esta encuesta victoriana con médicos de cabecera, varios participantes informaron de que los consejos que sus pacientes habían recibido de los farmacéuticos comunitarios a veces entraban en conflicto con sus propias decisiones, lo que provocaba innecesariamente la alarma del paciente [21]. En estos casos, los farmacéuticos comunitarios habían cuestionado la decisión de los médicos de prescribir fluconazol o metronidazol. También se descubrió que algunos médicos de cabecera remitían a los farmacéuticos del Royal Women's Hospital (RWH), y tenían a estos farmacéuticos, o a otros que trabajaban en otros lugares, en alta estima:

"El farmacéutico de RWH [es] excelente - da varias fuentes de información y una buena opinión re: gestión general ..."[21] (p. 5).

"Depresión. Efexor [venlafaxina]. Consultado con el farmacéutico del Hospital Box Hill por teléfono. Obtuvo la información más fiable y actualizada ..." [21] (p. 5).

Si los farmacéuticos, especialmente los que trabajan en entornos comunitarios, no tienen conocimientos suficientes y están proporcionando información a los pacientes que "desafían" las decisiones de los médicos de cabecera, esto es un dilema. Si los farmacéuticos siguen proporcionando información incoherente y si no se cubren sus lagunas de conocimiento, podrían desacreditarse como expertos en medicina. Además, como parte de la información proporcionada por los farmacéuticos se basa en una "decisión personal", como se demuestra en el siguiente comentario de un participante en el estudio mencionado [21], podría ser potencialmente perjudicial para las mujeres.

"Depresión. La mayor parte de la información es una "decisión personal", es decir, no hay buenas pruebas. Razones para la decisión - opinión del psiquiatra local, opinión del farmacéutico de RWH ..." [21] (p. 5).

Estos resultados de la encuesta de Victoria [17, 18, 21] deben ser considerados en el contexto de tener una muestra no representativa. La muestra invitada contaba con más mujeres que hombres (porque en Australia hay más mujeres involucradas en la atención a la maternidad compartida que hombres), la proporción de mujeres respecto a los hombres es mayor que en la muestra invitada, y los que respondieron probablemente tenían un mayor interés en el tema que los que

no respondieron. En conjunto, es muy probable que los resultados de esta encuesta subestimen la situación real.

Mujeres en periodo de lactancia

En 2006 y entre 2009-10 no se descubrieron estudios sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres respecto al uso y la seguridad de los medicamentos en la lactancia. La mayoría de los limitados estudios realizados con mujeres en periodo de lactancia entre 1990 y 2008 muestran que algunas fueron aconsejadas de forma inadecuada por un profesional sanitario para que cesaran innecesariamente o ni siquiera iniciaran la lactancia durante la farmacoterapia [20, 22, 23, 30], y si no habían recibido consejo, seguían teniendo las mismas dudas o eran más reacias a tomar medicamentos durante la lactancia que durante el embarazo [24]. Sin embargo, es posible que algunos de estos hallazgos ya no sean relevantes, ya que los trabajos se realizaron hace hasta 20 años [20, 24], y el estudio con mujeres de Oslo no tuvo una representación adecuada, con una tasa de respuesta más baja por parte de las mujeres que vivían en condiciones socioeconómicas altas que las de entornos socioeconómicos más bajos [24]. Otros trabajos [19, 29], entre los que se incluye un estudio realizado recientemente [29], también se limitan exclusiva o mayoritariamente a mujeres de etnia blanca.

Independientemente de estas limitaciones, una parte de las mujeres de algunos de los estudios interrumpió consecuentemente la lactancia materna o el uso de la medicación para evitar la combinación de ambos [20, 22, 23, 27] o no amamantó en absoluto [30], y otras tomaron una medida para minimizar la exposición del niño (por ejemplo, extrayendo la leche materna previamente, amamantando justo antes de la toma de la medicación) [27]. Sin embargo, debido a la insatisfacción con los consejos que recibieron, algunas mujeres no empezaron a tomar la medicación que se les había prescrito o no dejaron de dar el pecho [20, 22, 23].

En el estudio de Jones y Brown, se descubrió que sólo el 28% de las mujeres que daban el pecho estaban satisfechas con el consejo que les habían dado su médico de cabecera y su farmacéutico, frente al 31% que estaban insatisfechas [22, 23]. Además, el 6% de las mujeres afirmaron haber recibido consejos contradictorios, y del 54% de las mujeres que habían comprado medicamentos de venta libre en una farmacia, sólo el 11% fueron preguntadas por el farmacéutico o el auxiliar de farmacia si estaban amamantando [22, 23]. Sin embargo, en este estudio participaron mujeres de alto nivel socioeconómico y educativo que probablemente amamantaron durante más tiempo, y sus respuestas pueden no representar a la población en general [22, 23]. Además, el instrumento de encuesta desarrollado en este estudio no tenía la opción de "No sé" o "No recuerdo" para contrarrestar el posible sesgo de recuerdo [22]. Del mismo modo, en el estudio de Merlob, Stahl y Kaplan, sólo el 9% de las mujeres entrevistadas al salir de la maternidad fueron asesoradas por

el farmacéutico del hospital/privado y siempre por iniciativa de la mujer; una proporción menor (8%) había leído el folleto informativo que acompañaba a la medicación [25].

Esto es preocupante, ya que los farmacéuticos son responsables de proporcionar consejos e información precisos relacionados con la medicación a la comunidad, y es su deber de cuidado comprobar, durante este proceso, si una mujer está amamantando o está embarazada si está en edad fértil. También es inseguro para los farmacéuticos y otros profesionales de la salud suponer que las mujeres que amamantan no se plantean el uso de medicamentos, dado que Schirm et al. encontraron que el 66% de todas las mujeres que amamantan han usado medicamentos; aunque con menos frecuencia que las mujeres que no amamantan (80%) [27].

Recursos sobre la seguridad de la medicación en la lactancia

En el único estudio que se ha realizado para evaluar los recursos sobre la seguridad de la medicación en la lactancia [16] (Tabla 3), se investigaron diez recursos diferentes disponibles para los profesionales de la salud en los EE.UU. (Tabla 4) para evaluar 14 medicamentos utilizados para tratar afecciones como infecciones bacterianas y virales, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y depresión. Ciertamente, estos recursos son muy utilizados por los médicos, pero menos por los especialistas, como los endocrinólogos, que prefieren realizar búsquedas bibliográficas cuando no están seguros de la compatibilidad de un medicamento con la lactancia materna [30].

Tabla 4 Lista de recursos, tipo y utilidad (en orden alfabético) sobre la seguridad de los medicamentos en la lactancia materna que han sido investigados previamente por Akus y Bartick [16]

Tabla completa

Las ventajas y desventajas de cada recurso fueron descritas por Akus y Bartick, quienes concluyeron que las recomendaciones sobre la seguridad de todos los medicamentos en la lactancia materna variaban considerablemente y no se basaban en las investigaciones más recientes [16]. Dos de las fuentes evaluadas eran bases de datos utilizadas en dos cadenas de farmacias comunitarias -Lexi-Comp y Physician's Desk Reference- que daban una recomendación alternativa para los medicamentos que se consideraban seguros al menos en el 75% de las ocasiones [16]. Además, estas bases de datos solían recomendar el cese temprano de la lactancia materna.

Sin duda, la falta de información y la incoherencia de la misma podría ser un factor subyacente y determinante del escaso conocimiento y las prácticas variables que muestran los profesionales de la salud respecto al uso de medicamentos en mujeres lactantes.

CONCLUSIONES

Aunque todos los estudios informaron de que existe una falta de información sobre la seguridad de la medicación en la lactancia para los profesionales de la salud [28], y la información disponible es inconsistente [16, 17, 26], en el estudio de Victoria, la mayoría de los médicos de cabecera tenían confianza en el uso de la medicación en las mujeres lactantes [18], y en el estudio de Rhode Island, la mayoría de los farmacéuticos se sentían cómodos aconsejando a las mujeres lactantes [26]. Este desajuste entre la información disponible, y la comodidad y la confianza, debe ser explorado en futuras investigaciones. Es posible que algunos profesionales de la salud que han experimentado personalmente la lactancia materna tengan un mejor conocimiento y, por tanto, comodidad y confianza, lo que lleva a tomar decisiones más adecuadas en relación con la lactancia materna y la medicación. Sin embargo, "las experiencias personales no se pueden generalizar necesariamente a los pacientes y no se debe confiar en ellas" [1] (p. 28).

La falta de una fuente de información uniformemente aceptada da lugar a consejos contradictorios que pueden tener consecuencias perjudiciales para las mujeres [16]. Esto también puede dar lugar a la desconfianza y el descontento del público [22], y a la pérdida de fe hacia los profesionales de la salud, en particular los farmacéuticos, que son los responsables de proporcionar el consejo sobre la medicación, y en última instancia puede llevar a las mujeres lactantes a buscar el consejo de personas que no están debidamente cualificadas.

Es necesario realizar más investigaciones para determinar si esta situación se está produciendo actualmente, así como para ampliar el alcance de las necesidades educativas de las mujeres de diversos orígenes étnicos y socioeconómicos con respecto al uso de la medicación en la lactancia. En particular, es necesario realizar estudios en profundidad para conocer las opiniones de las mujeres que se plantean tomar medicamentos considerados de riesgo, como los antidepresivos [19, 29]. Del mismo modo, es necesario estudiar las opiniones de las mujeres sobre el uso de otras sustancias por parte de las mujeres lactantes, como el tabaco, el alcohol y la cafeína, así como las drogas ilícitas.

Sin embargo, en este momento, como resultado de la inconsistencia de la información disponible para todas las partes interesadas, los farmacéuticos y otros profesionales de la salud parecen basarse en su propia experiencia personal (o en la falta de ella), lo que da lugar a prácticas variables que pueden significar la recomendación del cese de la lactancia materna y, por lo tanto, ser demasiado precavidos. En consecuencia, el lactante se vería privado de los beneficios que la leche materna confiere al crecimiento, el desarrollo, la salud y la nutrición. Las mujeres que dejan de amamantar pueden percibir que no son una "buena madre", lo que puede afectar negativamente a su autoestima.

Sin embargo, aunque se disponga de una información consistente y de mejor calidad, los profesionales sanitarios deben recibir una formación rigurosa sobre la comunicación con las mujeres que dan el pecho mediante la identificación, a través de una mayor investigación educativa, de los formatos de educación continua que prefieren, por ejemplo, métodos didácticos o de entrega flexible, como los programas de educación en línea. De hecho, en el estudio de Jones y Brown, los médicos de cabecera y los farmacéuticos indicaron que preferirían un paquete de formación a distancia sobre este tema, mientras que los farmacéuticos se mostraron más entusiasmados con los talleres interprofesionales [22]; sin embargo, este trabajo se realizó hace 10 años. Más recientemente, Long y Montouris informaron de que los médicos preferían el material didáctico o basado en la web [31], pero se requiere una investigación más profunda de las necesidades educativas actuales de los profesionales sanitarios en este ámbito.

Los profesionales de la salud también deben buscar activamente información sobre el estado de la lactancia materna de las mujeres, y luego considerar el riesgo de daño de los medicamentos y los efectos de la propia enfermedad, así como los riesgos de no amamantar, tanto en la mujer como en el bebé antes de prescribirlos. Por último, los profesionales de la salud tienen la obligación de informar amplia y adecuadamente a las mujeres que amamantan sobre la seguridad de los medicamentos y sus posibles efectos secundarios, y de ofrecer opciones alternativas en circunstancias en las que no se puedan utilizar los medicamentos, o si la madre decide no iniciar la terapia, para que más mujeres estén satisfechas con el consejo que se les da.

La escasa bibliografía disponible indica que los profesionales de la salud tienen escasos conocimientos, así como actitudes positivas y prácticas variables que se guían sobre todo por la experiencia personal, hacia el uso de medicamentos en mujeres lactantes. A su vez, las mujeres quedan insatisfechas con el consejo que les dan los profesionales sanitarios. Se necesitan más investigaciones para estudiar este fenómeno. Los recursos disponibles para los profesionales de la salud sobre la seguridad de la medicación en la lactancia también necesitan ser revisados y actualizados para eliminar inconsistencias y reflejar la evidencia reciente, así como las experiencias de los profesionales expertos en esta área.

** A continuación, encontrarán el enlace al artículo de publicación original en inglés.*

NOTA: La traducción libre es una traducción que, respetando el sentido del texto, no sigue fielmente la forma de expresión de la obra original. Los datos y conocimientos del texto no se han alterado y siguen siendo fieles al original. Sin embargo, al no ser una traducción oficial del autor se recomienda leer la fuente original en su idioma original si es posible.

Enlace a la publicación Original:

<https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-6-11>

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:

NO reclamamos ningún derecho intelectual sobre el contenido o la información presentada aquí. Todo el contenido/información presentado aquí es propiedad de sus autores originales y/o entidades editoras.
Utilícese únicamente para fines educativos.