

Inducción de la lactancia en parejas femeninas de mujeres embarazadas cuya gestación se ha obtenido mediante el método ROPA (Recepción de Ovocitos de la Pareja). Aproximación a través de un caso clínico

Lactation induction in female partners of pregnant women undergoing ROPA method. A clinical case.

Julia Rodríguez Sánchez-Reyman^a, Álvaro Laviana Martín^b, Marta Romero Matas^a, Elisa Hernández Llorente^c, Isabel Corrales Gutiérrez^{a-c}

^aUnidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla (España)

^bUnidad de Gestión Clínica de Neurología del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla (España)

^cDepartamento de Cirugía. Facultad de medicina. Universidad de Sevilla.

RESUMEN

La aceptación en la sociedad de parejas homosexuales como nueva estructura familiar ha favorecido un importante desarrollo en las terapias de reproducción asistida, como el método de Recepción de Ovocitos de la Pareja (ROPA). La necesidad de mantener el vínculo, no sólo a nivel gestacional sino también en el proceso de la lactancia materna ha favorecido el interés por la inducción de la lactancia en madres no gestantes. Sin embargo, no existe evidencia publicada con respecto la inducción de la lactancia en pacientes como las que se presentan en el caso, sometidas a esta técnica reproductiva. La inducción de la lactancia puede llevarse a cabo mediante métodos farmacológicos, métodos mecánicos, o la combinación de ambos.

Palabras clave: *Lactancia materna, fecundación in vitro.*

Correspondencia: Marta Romero Matas
E-mail: marta.6317@gmail.com
SOLICITUD REIMPRESIÓN: Email: fertilidad@editorialmedica.com

SUMMARY

The approval and normalization of homosexual couples as a new family structure in our society has benefited an important development in assisted reproduction therapies, such as the ROPA method (reception of oocytes from the couple). The need to maintain the link in the process of breastfeeding has favored interest in inducing breastfeeding in non-pregnant women.

However, there is no published evidence regarding the induction of breastfeeding in patients presented in our clinic case, subjected to reproductive techniques.

Breastfeeding induction can be carried out by pharmacological methods or mechanical methods, based on breast stimulation techniques.

Key words: *Breastfeeding, in vitro fertilization.*

INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo, las terapias de reproducción asistida han experimentado un importante desarrollo, proporcionando opciones a los nuevos modelos de familia para la experiencia de la maternidad (1). Se destaca el método Recepción de los ovocitos procedentes de la pareja (ROPA), una modalidad de reproducción asistida aplicada a parejas formadas por dos mujeres, realizándose la extracción oocitaria en una de ellas (madre genética) y la transferencia embrionaria en el otro miembro de la pareja (madre gestante) previa fecundación in vitro con semen de donante (2). De esta manera es posible compartir un papel biológico y una mayor implicación en el proceso de embarazo, surgiendo la necesidad de mantener ese vínculo durante el embarazo y tras el parto, compartiendo la experiencia de la lactancia materna.

La lactancia materna promueve el contacto físico estrecho con el lactante y la creación del vínculo afectivo que favorece que la madre experimente un gran sentimiento de satisfacción y autoestima. Se considera la opción más adecuada para el crecimiento y desarrollo del lactante, recomendándose durante los 6 primeros meses de manera exclusiva (3). Ha demostrado reducir el riesgo de infecciones gastrointestinales, urinarias, respiratorias y del oído medio, así como enfermedades no transmisibles: asma, alergias, obesidad y diabetes. También confiere beneficios maternos como la reducción del riesgo de cáncer de mama, endometrio y ovario, junto con un retorno más rápido al peso previo al embarazo (1).

Es necesario conocer los retos a los que se enfrentan las mujeres no gestantes en la inducción de la lactancia (1) en parejas femeninas del mismo sexo, siendo un proceso muy desconocido en la sociedad a pesar del creciente número de los nuevos modelos de familia.

Conocidos los beneficios de la lactancia materna y con el objetivo de mejorar el vínculo entre el recién nacido y ambas madres, se presenta el caso de una pareja cuya gestación se obtuvo a través del método ROPA, consiguiendo una gestación gemelar normoevolutiva, que solicita información sobre la inducción de la lactancia en la madre genética. Se lleva a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva encontrando una evidencia científica limitada con respecto a la inducción de la lactancia en pacientes como las que se presentan en el caso, sometidas a esta técnica reproductiva.

CASO CLINICO

Se presenta el caso de una mujer de 32 años, nuligesta sin antecedentes relevantes, que acude a consulta de ginecología solicitando información sobre inducción de la lactancia en madres no gestantes. Se trata de la madre genética de una gestación gemelar bicorial conjunta con su pareja femenina, obtenida mediante método ROPA, que evoluciona favorablemente. Tras anamnesis y exploración física, explicando pormenorizadamente las características del proceso, se decide iniciar protocolo de inducción de la lactancia en base a métodos farmacológicos con anticoncepción hormonal combinada y domperidona así como métodos mecánicos con estimulación mamaria.

Se inicia la inducción de la lactancia el primer día del siguiente ciclo menstrual, con la administración de anticonceptivos orales combinados (Drospirenona 3mg/ Etilnilestradiol 0,02 mg/ 24h) y Domperidona 10mg/6h vía oral (40 mg diarios), aumentando la pauta de esta semanalmente: 20 mg/8h (60 mg diarios) durante 7 días, alcanzando la dosis máxima de mantenimiento con 20 mg/6 h (80 mg diarios). Tras 16 días de tratamiento, la paciente refiere ingurgitación mamaria sin otros efectos adversos. Posteriormente, se inicia la estimulación mecánica mediante

extracción de leche, durante al menos 5 minutos cada 3 o 4 horas al día, realizándolo además de forma nocturna durante el último mes de gestación de la pareja.

Un mes después, la paciente continúa con la misma dosis de ambos fármacos, sin efectos adversos y sin objetivarse nuevas modificaciones mamarias o secreción de leche.

A las 3 semanas del inicio del tratamiento, se observa mínima secreción unilateral sin poder cuantificarse objetivamente, por lo que se recomienda continuar el protocolo incidiendo en la estimulación mecánica cada 4h. La paciente refiere dificultades para la estimulación mecánica, sin disponer de permisos específicos que le permitieran su estimulación en horario laboral. Se indica sustitución de la estimulación mecánica por succión tras el nacimiento de los bebés, a la vez que se reduce de manera pautada las dosis de domperidona, en intervalos de 48h: 20 mg/8h, cada 12 horas y cada 24h hasta suspenderlo.

El parto se produjo en otra área hospitalaria, naciendo dos varones, siendo uno de ellos ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del mismo hospital por bajo peso, lo que generó una serie de dificultades para la estimulación mamaria de la paciente. Inicialmente, ambos recién nacidos fueron alimentados mediante lactancia mixta (por la madre biológica y leche de fórmula). Al alta, se inició de nuevo la estimulación por parte de la madre genética sin éxito. Por este motivo, los recién nacidos fueron alimentados finalmente a partir de lactancia materna exclusiva por parte de la madre biológica.

DISCUSIÓN

En países desarrollados, la principal indicación de la inducción de la lactancia en mujeres no gestantes es la alimentación de niños adoptados, parejas femeninas o gestación subrogada. La principal motivación, según un estudio cualitativo realizado por Cazorla-Ortiz et al. es aumentar la cercanía entre madre e hijo (1).

La inducción de la lactancia puede llevarse a cabo mediante métodos farmacológicos con fármacos galactogogos, generando un aumento de la prolactina, o mediante métodos no farmacológicos, basados en técnicas de estimulación mamaria o mediante una combinación de ambos (3).

La mayor parte de los programas incluyen inicialmente la toma de estrógenos y progesterona, en forma de anticonceptivos combinados orales, para promover el desarrollo glandular, continuando con la toma de un fármaco galactogogo (4). Los fármacos habitualmente utilizados son la domperidona y la metoclopramida (3). A pesar de que la metoclopramida se consideraba el fármaco de primera línea,

actualmente el fármaco de elección es la domperidona, por su mayor eficacia frente al placebo, no se excreta en la leche materna, presenta una menor tasa de reacciones adversas y parece tener efecto dosis dependiente (3). Con respecto a los efectos secundarios maternos, se destaca la clínica neurológica e hiperestimulación del sistema parasimpático en ambos medicamentos (5), como cefalea y sequedad de boca (6), presentándose con mayor incidencia con la toma de metoclopramida, así como también se han reportado casos de episodios de discinesia tardía (3). Actualmente no existe evidencia suficiente para determinar si el uso de galactogogos tiene algún impacto negativo en la composición de micronutrientes y macronutrientes de la leche materna, por lo que se requieren futuras investigaciones al respecto (1).

Por otra parte, la estimulación de los pezones parece constituir el factor más importante para lograr una inducción exitosa, independientemente del uso de métodos farmacológicos (7). El método que permite la mayor estimulación posible del pezón es apretar suavemente la mama, colocando el pulgar y el índice de 2 a 3 cm detrás del pezón, presionando mientras que se realizan giros suaves del pezón, cambiando repetidamente la posición de los dedos alrededor de la areola. La estimulación manual del pezón debe realizarse varias veces al día durante 5 minutos en cada mama durante al menos 6 semanas previo al nacimiento, tal y como se le recomendó a nuestra paciente. El método de elección para la estimulación del pezón es el uso de un extractor de leche electrónico, utilizándolo cada 3h en ambas mamas durante los 2 meses previos al nacimiento (7).

En definitiva, el inicio del proceso de inducción de la lactancia materna debe basarse en la combinación del uso de galactogogos con terapia hormonal y la estimulación mamaria, simulando en todo lo posible al proceso fisiológico de una gestación. Se recomienda a las mujeres seguir con los protocolos que integren estos 3 métodos, a destacar los protocolos de Jack Newman en Canadian Breastsfeeding Foundation (5). Su pauta estándar consiste y empezar 6 meses antes del parto con anticonceptivos combinados orales y domperidona 10mg/6h la primera semana, después 20mg/6h y seis semanas antes del parto, retirar anticonceptivos y utilizar sacaleches mecánico cada 3h, reduciendo el uso de domperidona (5).

Aún existen ciertas dudas sobre la fisiología del proceso, siendo posible que los niveles de prolactina no sean suficientes como para producir una adecuada cantidad de leche (8). Zingler et. al sometió a una paciente a diversos métodos de inducción de forma secuencial sin alcanzar un aumento de la prolactina por encima de los niveles basales (2-8-29ng/mL) a pesar de que la paciente produjo leche en pequeña cantidad (8).

Existe una limitada evidencia bibliográfica acerca de la administración de medicamentos como la hormona del crecimiento, la prolactina humana recombinante y la liberación de tirotropina. Hallazgos iniciales de un estudio piloto que evalúa la metformina podría considerarse como una terapia prometedora para mejorar el suministro de leche materna en mujeres con signos de resistencia a la insulina, sin proporcionar aún evidencia convincente para respaldar su uso como tratamiento terapéutico (1).

Un estudio realizado por Gómez-Ortiz (1) en base a los hallazgos descritos por Lommen y Brown (9), afirman que es necesario un mayor apoyo por parte de la sociedad para poder fomentar la lactancia materna en las madres no gestantes. Los problemas que la paciente manifestó se asemejan a los reflejados en estudios previos: la dificultad en el inicio de la lactancia materna en aquellas pacientes que amamantaban por primera vez con respecto a las que ya habían amamantado previamente (10). La inducción de la lactancia requiere unos métodos rigurosos por lo que la paciente debe estar extremadamente motivada para persistir en este proceso. El apoyo y el asesoramiento son esenciales para una inducción exitosa. Una madre que se siente segura de su capacidad para amamantar y que quienes la rodean la tranquilizan, tendrá más probabilidades de éxito (8).

El regreso al trabajo a menudo se relaciona con el abandono de la lactancia (11), como fue en el caso de nuestra paciente y debe ser uno de los principales problemas a resolver.

CONCLUSIONES

La inducción de la lactancia en mujeres no gestantes es posible, ayudando a mejorar su experiencia de la maternidad de una forma compartida y plena con su pareja en pacientes sometidas a método ROPA. La divulgación de estos procedimientos, tanto entre la profesión médica como en la población general, podría generar un gran avance que contribuiría a reforzar la experiencia compartida en la maternidad y normalizar los nuevos modelos de familia, así como su aceptación en la sociedad. Para determinar el método más adecuado y los efectos que pueda tener a largo plazo, deben llevarse a cabo más estudios y de mayor calidad. Las principales dificultades referidas por nuestra paciente son similares a las reflejadas en estudios previos, destacando el escaso apoyo social y laboral en un proceso que requiere un gran esfuerzo pero que se ve gratamente recompensado con el vínculo familiar conseguido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cazorla-Ortiz G, Galbany-Estragués P, Obregón-Gutiérrez N, Goberna-Tricas J. Understanding the Challenges of Induction of

Lactation and Relactation for Non-Gestating Spanish Mothers. *J Hum Lact.* 2020 Aug;36(3):528-536. doi: 10.1177/0890334419852939. Epub 2019 Jun 25. PMID: 31237797.

2. Marina S, Marina D, Marina F, Fosas N, Galiana N, Jové I. Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication. *Hum Reprod.* 2010 Apr;25(4):938-41. doi: 10.1093/humrep/deq008. Epub 2010 Feb 9. PMID: 20145005.
3. Grzeskowiak LE, Wlodek ME, Geddes DT. What Evidence Do We Have for Pharmaceutical Galactagogues in the Treatment of Lactation Insufficiency?-A Narrative Review. *Nutrients.* 2019 Apr 28;11(5):974. doi: 10.3390/nu11050974. PMID: 31035376; PMCID: PMC6567188.
4. Flores-Antón B, García-Lara NR, Pallás-Alonso CR. An Adoptive Mother Who Became a Human Milk Donor. *J Hum Lact.* 2017 May;33(2):419-421. doi: 10.1177/0890334416682007. PMID: 28056181.
5. Blank, C.; Eaton, V.; Bennett, J.; James, S.L. A double blind rct of domperidone and metoclopramide as prolactational agents in mothers of preterm infants. *Perinatal Society of Australia and New Zealand 5th. Annual Conference, Canberra, Australia, 13-16 March 2001*; p. 73.
6. Ingram, J.; Taylor, H.; Churchill, C.; Pike, A.; Greenwood, R. Metoclopramide or domperidone for increasing maternal breast milk output: A randomised controlled trial. *Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal.* Ed. 2012, 97, F241-F245.
7. Wittig, S. L. & Spatz, D. L. (2008). Induced lactation: Gaining a better understanding. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 33(2), 76-81. doi: 10.1097/01.NMC.0000313413.92291.0f
8. Zingler E, Amato AA, Zanatta A, Vogt MF, Wanderley MD, Mariani Neto C, Zaconeta AM. Lactation Induction in a Commissioned Mother by Surrogacy: Effects on Prolactin Levels, Milk Secretion and Mother Satisfaction. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017 Feb;39(2):86-89. English. doi: 10.1055/s-0037-1598641. Epub 2017 Mar 3. PMID: 28257588.
9. Lommen A, Brown B, Hollist D. Experiential Perceptions of Relactation: A Phenomenological Study. *J Hum Lact.* 2015 Aug;31(3):498-503. doi: 10.1177/0890334415581646. Epub 2015 Apr 21. PMID: 25900844.
10. Hackman NM, Schaefer EW, Beiler JS, Rose CM, Paul IM. Breastfeeding outcome comparison by parity. *Breastfeed Med.* 2015 Apr;10(3):156-62. doi: 10.1089/bfm.2014.0119. Epub 2014 Dec 30. PMID: 25549051; PMCID: PMC4378341
11. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics.* 2008 Oct;122 Suppl 2:S69-76. doi: 10.1542/peds.2008-1315i. PMID: 18829834.

Financiación

Los autores no recibieron financiamiento para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.