

Relactancia metodo exitoso para reinducir el amamantamiento en madres que abandonaron la lactancia natural

José G Fuenmayor V¹, Thaís Alvarez de Acosta², Isabel Cluet de Rodríguez²,
María del R Rossell-Pineda.²

Resumen: Se trata de un trabajo prospectivo, descriptivo y transversal para evaluar el amamantamiento natural en madres que recibieron entrenamiento sobre la relactancia, como técnica para reinducirlo. Se utilizó la técnica de relactación recomendada por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo 50 madres y sus respectivos hijos en edades comprendidas entre 2 y 5 meses, hospitalizados en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo desde Octubre de 2001 hasta Agosto de 2002. Se observó que la edad materna fue $27 \pm 12,8$ años, el 32% eran solteras, 38% estudiantes y 36% empleadas y obreras, 78% se encontraban en condiciones de pobreza, con un promedio de 4 ± 2 hijos. La edad de los lactantes fue de 3 ± 2 meses con un peso de $4,200 \pm 2,900$ Kg. y talla de $56,6 \pm 5,7$ cm. 56% fueron hembras y 40% presentaron diarrea. El 50% del binomio madre-hijo tuvieron una relación psicoafectiva de rechazo antes de la relactación. El 38% de los niños fueron amamantados por última vez, un mes antes de iniciarse el estudio. El inicio de la producción de leche fue de $6,6 \pm 2,4$ días. A los tres meses de iniciada la relactación hubo incremento significativo de peso ($p < 0.00023$), de talla ($p < 0.00095$) y del acercamiento en la esfera psicoafectiva ($p < 0.0001$). Se concluye que la relactación mejora el estado nutricional y la relación psicoafectiva madre e hijo. Se sugiere estimular la relactación, como método exitoso. *An Venez Nutr 2004; 17(1): 12-17.*

Palabras clave: relactancia, amamantamiento, relación psicoafectiva, lactancia materna.

Relactation as an effective technique that assures excellent breastfeeding

Abstract: It is a prospective, descriptive and transverse work. To evaluate the relactation like successful technique for reinduce the natural breastfeeding. The technique of recommended relactation was used by the World Organization of the Health, including 50 mothers and hers respective children in understood ages between 2 and 5 months, evaluated in the Service of Pediatric Emergency of the Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo from October of 2001 until August of 2002. The maternal age was $27 \pm 12,8$ years, 32% was single, 38% students and 36,0% employees and workers, 78% was under conditions of poverty, with an average of 4 ± 2 children. The age of the infants was of 3 ± 2 months with a weight of $4,200 \pm 2,900$ Kg. and it carves of $56, 6 \pm 5, 7$ cm. 56% was female and 40% presented diarrhea. 50% of the binomial mother-son had a relationship psycho-affective of rejection before the relactation. 38% of the children were breastfeed by last time, one month before beginning the study. The beginning of the production of milk was of $6, 6 \pm 2, 4$ days. To the 3 months of initiate the relactation had significant increment of weight ($p < 0.00023$), of size ($p < 0.00095$) and of the approach in the sphere psycho-affective ($p < 0.0001$). It concludes that the relactation improves the nutritional state and the psycho -affective relationship mother and son. It is suggested to stimulate the relactation, as successful method. *An Venez Nutr 2004; 17(1): 12-17.*

Keywords: relactation, breastfeeding, psycho-affective relationship.

Introducción

Desde la pre-historia y aún mucho antes, se conoce que la leche humana es el alimento ideal para el normal crecimiento y desarrollo del niño incluyendo el aspecto psicoafectivo. Se ha demostrado que la leche humana contiene los requerimientos nutricionales esenciales y en cantidades adecuadas, para que el niño alimentado al

seno materno no necesite ingerir ningún otro alimento, ni siquiera agua. La leche desde el punto de vista biológico posee no solo las cantidades necesarias de proteínas, carbohidratos y lípidos, sino que su arsenal inmunológico es insuperable ya que posee anticuerpos específicos: IgA – IgG – IgM – IgD, así como el factor bifido, linfocitos T y B y complemento C3 – C4. (1). La leche humana es un alimento completo tanto en cantidad como en calidad, siempre esta disponible, libre de contaminación por bacterias, su temperatura es óptima, no presenta problemas de intolerancia, ni reactividad alérgica. Además el amamantamiento es responsable de la maduración de los músculos: Temporal, Masetero.

¹Pediatra. Residencia de Postgrado de Puericultura y Pediatría. Universidad del Zulia. ² Pediatra Doctora en Ciencias Médicas. Servicio Autónomo del Hospital Universitario de Maracaibo. Profesora Titular Escuela de Medicina de La Universidad del Zulia. Solicitar copia a: Dra. Thaís Alvarez de Acosta, e-mail: tcav1155@cantv.netemergpediasahum@cantv.net

Pterigoideo Externo y Pterigoideo Interno y garantiza un buen crecimiento y desarrollo del área dento-facial (2)

En algunas circunstancias que son excepcionales, la lactancia materna se indica en forma relativa como es el caso de madres con virus VIH positivo, pese al riesgo de transmisión la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda en casos especiales el uso de la lactancia para evitar la desnutrición, en especial en aquellas circunstancias de pobreza extrema. (3)

Por muchas razones, tales como el trabajo de la madre, estudios, ignorancia o falsas creencias de algunas mujeres como pensar que la lactancia materna puede afectar su belleza, lleva a reemplazarla por la lactancia sustitutiva. Esta situación se ha incrementado a la par que han aparecido en el mercado gran cantidad de productos industrializados que venden la idea de ser sustitutos de la leche humana, tal situación ocasiona que la madre establezca la lactancia mixta (4) provocando pobre producción o abolición de la secreción láctea. A esto se suma la práctica en algunos hospitales del uso de fórmulas, el contacto tardío entre la madre y su hijo, los cuales se consideran factores de riesgo (5) para que ocurra la suplementación con fórmulas artificiales, que por no poseer los requerimientos inmunológicos adecuados, originan un aumento de las enfermedades diarreicas, alergias y afecciones respiratorias, entre otras muchas relacionadas con la ausencia de la leche humana (6)

Estudios recientes en América Latina indican que la prevalencia y duración de la lactancia materna es más baja que en África y Asia (7). En Venezuela se ha observado un importante descenso de la utilización de la lactancia natural, especialmente en la etnia Guajira, caracterizada por utilizar la lactancia natural en forma exclusiva, posiblemente por el intercambio de otras culturas (8)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la alimentación exclusiva al pecho los primeros seis meses de la vida y continuar el amamantamiento junto con la alimentación complementaria hasta los dos años o más. Aún así a muchos niños se les interrumpe la alimentación al pecho en las primeras semanas o meses de vida y como resultado en ellos se incrementa el riesgo de enfermedad, malnutrición y muerte. Sin embargo, la alimentación al pecho materno puede restablecerse aún después que la madre haya dejado de producir secreción láctea. Una mujer que ha interrumpido el amamantamiento recientemente o en el pasado puede volver a producir leche, para su propio hijo o para uno

adoptado, incluso sin un embarazo adicional, esto se conoce como relactación (9). La mayoría de las mujeres que relactan pueden producir suficiente leche para amamantar un niño de forma exclusiva. Las mujeres que nunca han estado embarazadas pueden también establecer la lactancia y se conoce como lactancia inducida (10,11)

En el pasado, la relactancia y la lactancia inducida fueron consideradas experiencias excepcionales y por lo tanto no fueron bien investigadas. Sin embargo, actualmente suficientes estudios e investigaciones muestran que las mujeres en su mayoría pueden relactar si están motivadas y tienen la información y el apoyo adecuado (12,13)

Cuando la producción de leche ha disminuido o se ha abolido por falta de estímulo, la relactancia es una técnica muy bien estudiada y eficaz que permite a esas madres, mediante la estimulación del pezón y con terapia psicoafectiva, tener nuevamente una producción adecuada de leche suficiente para alimentar a su hijo. En la Unidad de Capacitación para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (UCAIEPI) de la Emergencia de Pediatría del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM), desde hace más de un quinquenio se ha implementado la relactancia como una estrategia para apoyar a las madres que han abandonado la lactancia. Tomando en cuenta que por las razones anteriores, los niños son destetados en forma precoz, lo que contribuye a elevar el índice de morbimortalidad infantil, este trabajo se planteó evaluar la respuesta a la aplicación de la técnica de relactación como método favorecedor para inducir el amamantamiento en madres que han abandonado la lactancia natural.

Materiales y método

Se trata de un estudio prospectivo descriptivo y transversal. La muestra fue de 50 madres y sus respectivos hijos en edades comprendidas entre 2 y 5 meses. Los niños fueron hospitalizados desde Octubre de 2001 hasta Agosto de 2002 por diversas patologías, en UCAIEPI, del Servicio de Emergencia de Pediatría del SAHUM. En todos los casos, las madres acompañaron permanentemente a sus hijos hasta el egreso, el cual se produjo a los 8 días. A cada madre se le realizó una encuesta, con registro de los datos de identificación, nivel educativo, ocupación, paridad y tiempo de destete. Igualmente se realizó el examen físico de las mamas, para descartar patología mamaria. A todas las madres se les explicó, demostró y se puso en práctica la técnica

de la relactación, sugerida por la OMS (15) la cual consiste en conectar el extremo inferior de una sonda nasogástrica a un vaso con alimento lácteo, el otro extremo se coloca en la boca del niño junto al pezón, con la finalidad de proporcionar un flujo continuo de alimento mientras esté amamantándose, estimulando así el pecho y el pezón. A ninguna de las madres se les indicó medicación para estimular la producción de leche. Igualmente se les educó sobre las técnicas de buena posición y buen agarre, para favorecer el amamantamiento; así como las ventajas de la lactancia exclusiva tanto para el niño como para ella.

Una vez egresado el niño, se hizo el seguimiento del binomio madre-hijo, siendo evaluados mensualmente durante tres meses, en la consulta externa de Pediatría del SAHUM. El mismo investigador evaluó el peso y la talla del niño y usando la técnica de observación, identificó la posición del niño y de la madre durante el amamantamiento y los signos del buen agarre. En las madres se evaluó el uso exclusivo de la lactancia materna en el hogar, a través de preguntas de verificación, como son las recomendadas por el Programa para la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de la OMS (16), evitándose aquellas inductivas, o que pudieran responderse con un si o con un no.

Los criterios de inclusión fueron: madres que abandonaron la lactancia materna, madres sin patología mamaria ni del pezón, lactantes menores de seis meses sin anomalías congénitas de la cavidad bucal, lactantes que iniciaron la lactancia materna y luego les fue suspendida.

Variables: Maternas: edad, número de hijos, estado civil, profesión, ocupación, estrato socioeconómico evaluado por el método Graffar modificado por Méndez Castellano (14), tiempo de inicio de la producción de la leche. Del niño: edad, peso, talla, sexo, diagnóstico nosológico, tiempo de destete (gap). Binomio madre-hijo: relación psicoafectiva.

La relación psicoafectiva se exploró mediante una serie de preguntas para identificar el bienestar de ambos, el rechazo, la indiferencia, la tristeza y el acercamiento. La observación de estas variables se hizo durante el tiempo que duró el amamantamiento en la hospitalización y en la consulta.

Los datos se expresaron en cifras absolutas y porcentajes, en promedios, \pm desviación estándar cuando fueron aplicables y se analizaron mediante las pruebas estadísticas, análisis de la varianza (Anova) y prueba de Fisher, con una confiabilidad estadística del 95% ($p < 0,05$).

Resultados

La edad promedio de la población materna estudiada fue de $(27,0 \pm 12,8)$ y el promedio de hijos de $(4,0 \pm 2,0)$.

El 40 % de las madres produjeron leche al sexto día de iniciada la relactación, independientemente del tiempo del destete, y de este grupo, 7 madres (14%) habían destetado al niño hacía un mes, 6 madres (12%) hacía dos meses, 5 madres (10%) tres meses y 2 (4%) con más de tres meses de destete. El promedio de inicio de la producción de la leche fue de $6,6 \pm 2,4$ días (Cuadro 1).

En cuanto al estado civil, 32% solteras, 24% divorciadas y concubinatos, 16% casadas y 4% viudas. El 38% de las madres fueron estudiantes y los 36% empleadas y obreras. Según el estrato socioeconómico, 78% de la población se encuentra en condiciones de pobreza. Los diagnósticos nosológicos más frecuentes que presentaron los niños al ingreso fueron diarrea 40% y afecciones respiratorias 34% (Figura 1).

La relación psicoafectiva del binomio madre-hijo desde que dejó de recibir la lactancia y previo al inicio de la relactancia, fue de rechazo en el 50%, indiferencia 38% y acercamiento 12% (Figura 2).

Cuadro 1: Relación entre el tiempo de destete y la aparición de la leche humana

Tiempo de destete (meses)	Días transcurridos para la aparición de la leche						Total No (%)
	4 No (%)	5 No (%)	6 No (%)	7 No (%)	8 No (%)	9 No (%)	
1	5 (10)	2 (4)	7 (14)	3 (6)	1 (2)	1(2)	19 (38)
2	2 (4)	1(2)	6 (12)	3 (6)	4 (8)	1 (2)	17 (34)
3			5 (10)	1 (2)	3 (6)		9 (18)
> 3			2 (4)	2 (4)	1 (2)		5 (10)
Total	7 (14)	3 (6)	20 (40)	9 (18)	9 (18)	2 (4)	50 (100)

$\bar{x} = 6,6 \pm 2,4$

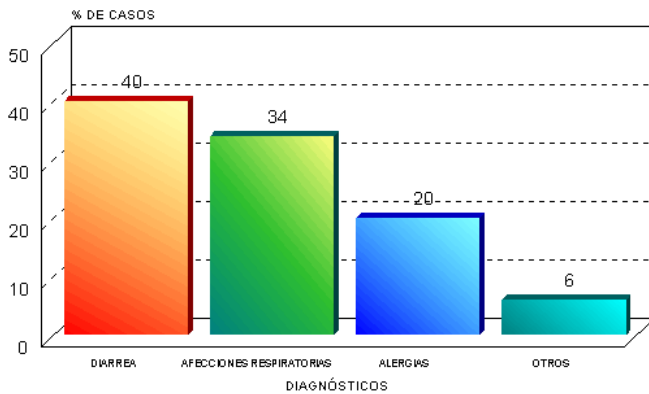


Figura 1 . Distribución porcentual según diagnósticos al ingreso

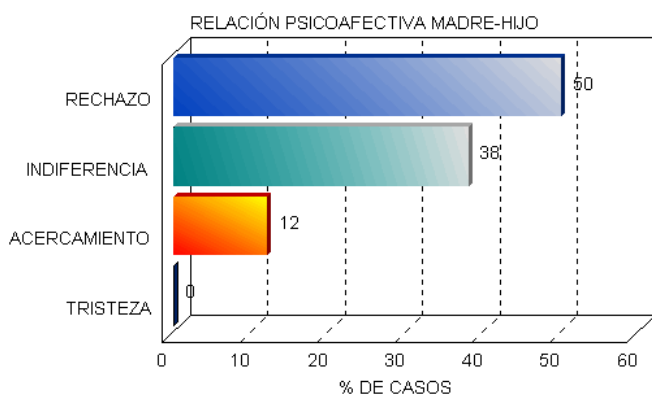


Figura 2. Distribución porcentual según la relación psicoafectiva madre-hijo previo a la lactancia

Cuadro 2: Análisis de las variables peso, talla antes y después de iniciada la lactación

Variables	Antes de la Lactación	Al tercer mes de la Lactación	Valor p*
	X ± DE	X ± DE	
Peso (Kg)	4,2 ± 3,0	7,2 ± 1,25	0,0023
Talla (cm)	56,6 ± 5,7	76,7 ± 16,5	0,00095

* p < 0,005

Cuadro 3: Análisis de la relación psico- lactación afectiva (acercamiento) antes y después de iniciada la lactación

Relación Psicoafectiva	Antes de la Lactación	Al tercer mes de la Lactación	Valor p*
	n (%)	n (%)	
Acercamiento	6 (12,0)	25 (80,6)	0,0001

* p < 0,005

El Cuadro 2 presenta las características de los lactantes estudiados. En este grupo, el promedio de edad fue de 3 ± 2 meses, el peso $4,200 \pm 2,900$ Kg., la talla $56,6 \pm 5,7$ cm. El 56% fueron del sexo femenino 56% y 44% masculino.

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten conocer importantes aspectos relacionados con la lactación.

La edad promedio de la población materna fue joven, resultados similares a los publicados por Auerbach y Avery (16) en 1980. En esta etapa las madres se encuentran en edad potencialmente productiva, en donde la función neurohormonal es óptima, pero es también susceptible de introducir fórmulas debido a la inexperiencia, ansiedad y facilidad de convencimiento por las propagandas realizadas por la industria láctea, así como las opiniones de médicos, enfermeras y parientes que en ocasiones influyen negativamente, causando una desmotivación en la madre, tomando en cuenta que la motivación es un factor importante en el amamantamiento (17).

El promedio de número de hijos fue de 4.0 ± 2.0 , aunque está demostrado que la multiparidad es un factor que favorece la lactancia materna exclusiva, en esta casuística aparentemente esto no influyó (18).

El 74% de las madres trabajaban o estudiaban, este hallazgo se encontró como factor determinante para el abandono de la lactancia, Bharanti *et al* en su estudio realizado en el 2002 hallaron un hecho similar (19).

La mayoría de las madres se encontraban en situación de pobreza, observación que refleja la situación actual de esta población, condición que muy probablemente contribuya al abandono precoz de la lactancia ya que la madre en la mayoría de los casos, debe salir del hogar para trabajar. Sin embargo, estos hallazgos eran de esperarse, debido a que el estudio se realizó en un hospital público, donde se atienden a pacientes de escasos recursos económicos.

Las diarreas y las afecciones respiratorias fueron las enfermedades más frecuentes, obviamente si el lactante no ha recibido una lactancia materna adecuada, carece de mecanismos inmunológicos competentes para defenderse de los agentes infecciosos como lo demuestran Quisber (13) y Chen *et al* (20) .

Antes de la lactación sólo el 12% de los lactantes mostraron rechazo hacia la madre, posterior a ésta se

comprobó, mayor acercamiento entre ellos, resultado altamente significativo. Esta relación psicoafectiva positiva beneficia al lactante en varios aspectos, entre los que destacan una adecuada nutrición en los primeros seis meses de vida y además le garantiza un equilibrio emocional en su desarrollo y le sirve de un estímulo importante para la esfera audiovisual y psicomotora (21).

Algunos estudios reportan que todas las mujeres producen leche, pero la edad, paridad, la experiencia de amamantamiento previo y el GAP son factores que inciden en el éxito de la relactación (22). Otros investigadores observan que son factores de menor importancia (23). El inicio de la producción de leche, luego de iniciada la relactancia, ocurrió a los $6,6 \pm 2,4$ días, algunos autores han encontrado que el inicio de la producción de leche materna, varía entre días y semanas siendo difícil de predecir (19). Algunas mujeres nunca producen suficiente cantidad de leche para establecer o restablecer la alimentación exclusiva al pecho, pero otras consiguen un suministro completo en pocos días (9,22).

Otros investigadores informan que la relactación ocurre precozmente en madres que han dejado de lactar recientemente o que a veces lactan, pero no siempre es éste el caso. Mujeres que no han amamantado durante mucho tiempo a veces tardan entre 4 y 6 semanas en producir cantidades significativas (24). Nemba encontró que mujeres que no habían lactado previamente consiguieron una lactancia adecuada entre los 5 a 13 días después de iniciar la relactación (22). Riverón *et al* (25) observaron que los primeros indicios de leche aparecieron entre el segundo y sexto día.

En relación a las características de los lactantes estudiados, la edad osciló entre 1 y 5 meses con un promedio de 3.0 ± 2.0 algunos autores consideran que los niños están más dispuestos a aceptar el pecho cuanto más pequeño son (12, 16,19), sin embargo Marquis *et al* (26) en un estudio realizado en Perú observaron que las madres relactaron a niños mayores de 12 meses de edad.

Cuando se analizan los promedios de peso y talla, se observa que éstos se encuentran por debajo del promedio para su edad, lo cual confirma el estado de desnutrición. Es conocido el efecto nocivo que tiene el destete sobre la nutrición, estudios realizados por Alves *et al* en 1999 observaron la relación existente entre el destete y la desnutrición en niños hospitalizados (27). Se observó que las madres dejan de amamantar más precozmente a las hembras que a los varones, este dato puede que guarde relación con la tasa de nacimiento y no precisamente

con la lactancia materna. El mayor porcentaje de los lactantes presentaron el gap de amamantamiento entre uno a dos meses, este hecho tiene su importancia ya que los informes de casos individuales sugieren que, en general, la relactación es más probable que ocurra cuanto más corto es el gap, pero ello puede depender en parte de la edad del niño (19, 23).

En cuanto al peso y talla luego de la relactación se observó un incremento estadísticamente significativo, hecho que determina que el amamantamiento favorece la velocidad de crecimiento en esta etapa de la vida, ya que esta leche viene adaptada a las condiciones fisiológicas del lactante (7, 10). Sin embargo es de hacer notar que en este periodo, la velocidad de crecimiento del niño es acelerada aun recibiendo fórmulas lácteas preparadas en forma adecuada.

La relactación favoreció el estado nutricional y la relación psicoafectiva madre e hijo en el grupo estudiado. Se sugiere promover a la relactancia como método exitoso.

Referencias

1. Espinoza I, Materan M, Puig M, Furzan J, Díaz L, Losada O. Pautas sobre alimentación infantil. Lactancia Materna. Arch Venez Puer Ped 2001; 64 suppl 3: 2-12
2. Blanco L, Guerra M, Mujica C. Relación entre el amamantamiento, el tipo del perfil, oclusión y hábitos viciosos en preescolares. Arch Venez Puer Ped 1999; 62:138-143
3. WHO. Relactation: Review of experience and recommendations for practice. WHO document WHO/CHS/CAH/98.14. Department of child and adolescent Health and Development WHO, Geneva, 1998.
4. Pérez ME, Orta S, Materán M, Betancourt S, Regalado O. Factores inmunológicos celulares y humorales contenidos en el calostro de madres de recién nacidos pretérminos. Arch Venez Puer Ped 1999; 62: 117-123.
5. Bautroni L, Salbusky J, Reina S, Quiroga D. Comportamiento de la lactancia en el primer mes de vida en la ciudad de Córdoba, Argentina. Arch Latinoam Nutr 1996; 46:16-21.
6. Ministerio de Salud, UNICEF: Manual de Lactancia Materna para el Trabajador de Salud. Santa Fe de Bogotá 1992.
7. UNICEF: Fondos de las Naciones Unidas para la Infancia: Estado actual de la lactancia materna. 1999.
8. Villalobos de Rivero E, Parra de Soto H, Vera de Soto D. Comparación en la Composición de macronutrientes en la leche de madres guajiras y no guajiras. Arch Venez Puer Ped 2001; 64: 24-36.
9. Abejide OR, Tadese MA, Babajide DE, Torimiro SE, Davies-Adetugbo AA, Makanjuola RO. Non-puerperal induced lactation in a Nigerian community: case reports.

- Ann Trop Pediatrics 1997; 17:109-114
10. Ávila-Velásquez G. Lactancia Materna: Aspectos Prácticos. Arch Venez Puer Ped 1991; 54 suppl 4:62-65
 11. Lawrence R. Amamantamiento. Clín Perinatología. 1987; 1:11-135.
 12. Auerbach K, Avery J. Relactation: A study of 336 cases. Pediatrics 1980; 65: 236-235.
 13. Quisber VL. Lactancia Inducida y Relactancia. En: Neonatología. 2nd Ed. México Interamericana McGraw-Hill. 1994. p.401-408.
 14. Méndez H. Estratificación Social. Método Graffar Modificado para Venezuela. Arch Venez Puer Ped 1986; 49: 93-104
 15. Organización Mundial de la Salud. Relactación. Revisión de la experiencia y Recomendaciones para la Práctica. Ginebra 1998.
 16. Auerbach KG, Avery JL. Induced Lactation: A study of Adoptive Nursing by 240 Women. Am J Dis Child 1981; 135:1340-343.
 17. Villacrés L, Ramos M. Técnicas de relactación. Rev Ecuat Pediatr 2003; 4:34-42.
 18. Furzán J, Laguna X, Rodríguez B, García J. Introducción precoz de fórmula suplementaria a la alimentación al seno: Un análisis multivariado de los factores de riesgo. Arch Venez Puer Ped 1993; 56:71-76.
 19. Bharanti P, Misrha SK, Pappu K, Chaudhuri SN. Initiating the process of relactation: An institute based study. Indian Pediatrics 2002; 39:173-178
 20. Chen A, Rogan W. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. Pediatrics 2004; 113:435-439.
 21. Becar VC. Módulo para capacitación sobre lactancia materna. OPS/OMS 1990.
 22. Nemba K. Induced relactation: A study the 37 non puerperal mothers. J Trop Pediatrics 1994; 40: 240-242.
 23. Thompson N. Relactation in a newborn intensive care setting. J Human Lactation 1996; 12: 233 – 235.
 24. Therley P. Relactation in mothers of children over 12 months. J Trop Pediatrics 1993; 39: 45 – 46.
 25. Riverón R. Lactancia humana. Revista Hospital Pediátrico. Centro Habana. Cuba 1995; 73: 60-63.
 26. Marquis GS, Díaz J, Bartolini R. Recognizing the reversible nature of child feeding decisions: breastfeeding, weaning and relactation patterns in a study town community of Lima, Perú. Soc Sci Med 1998; 47: 645-656.
 27. Alves J, Figueira F, Nakul L. Hospital induced malnutrition in infants: Prevention by relactation. Indian Pediatr 1999; 36:484-487.