

PERSPECTIVAS DE LA RELACTANCIA, EGRESO DEL BINOMIO Y GRUPO DE APOYO

NERY EDUARDO SOLIS PERALES, M.D.¹

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la alimentación exclusiva al seno, durante al menos los primeros 6 meses de vida del niño, y continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los 2 años de edad; muchos niños verán interrumpida la alimentación al seno en las primeras semanas o meses de vida. Durante décadas pasadas y aún en la actualidad, profesionales mal informados, han advertido a la madre del peligro de desnutrición derivado de la alimentación con leche materna, lo cual ha conducido, a un patrón de crecimiento "ideal", propiciado por la sobrealimentación con sucedáneos de la leche materna. Se plantean dos problemas en la relactación: 1) La decisión de no amamantar y 2) El abandono o destete precoz de la lactancia materna. Cuando las madres reciben un buen apoyo para amamantar, rara vez debería ser necesaria la relactación. Si esta necesidad ocurre frecuentemente, indica que el apoyo a la lactancia materna debe mejorarse. Es posible identificar los factores asociados al éxito o fracaso de la lactancia, así como las acciones que presentan mayor efectividad, acciones específicas realizadas en unidades de atención primaria pueden lograr el inicio y prolongar la duración de la lactancia materna.

Palabras clave: Leche materna, Relactancia, Niños

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la alimentación exclusiva al seno, durante al menos los primeros 6 meses de vida del niño, y continuar el amamantamiento junto con

¹Gastroenterólogo y Nutriólogo Pediatra, Endoscopista Pediatra. Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Pediátrica. Clínica de lactancia materna. Hospital Materno Infantil. León Guanajuato México

Recibido para publicación: enero 15, 2010
Aceptado para publicación: abril 1, 2010

SUMMARY

The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breast-feeding for at least the first 6 months of a child's life and continued breastfeeding with appropriate complementary foods until 2 years of age, many children will be interrupted breast feeding in the first weeks or months of life. During past decades and even today, professional misinformed mother warned of the danger of malnutrition resulting from breast-feeding, which has led to a growth pattern "ideal", led by overeating substitutes breast milk. There are two problems in relactation: 1) The decision not to breastfeed and 2) The abandonment or early weaning of breastfeeding. When mothers receive good support for breastfeeding should rarely be necessary relactation. If this necessity occurs often indicates that support for breastfeeding should be improved. It is possible to identify the factors associated with success or failure of breastfeeding, as well as the actions that have greater effectiveness, specific measures undertaken in primary care units can achieve the onset and prolong the duration of breastfeeding.

Key words: Breast milk, Relactation, Children

comidas complementarias adecuadas hasta los 2 años de edad; muchos niños verán interrumpida la alimentación al seno en las primeras semanas o meses de vida¹. A pesar de esta práctica, la alimentación al seno puede ser restablecida. Una mujer que ha interrumpido el amamantamiento de su hijo, recientemente o en el pasado, puede volver a producir leche para su propio hijo o para uno adoptado, incluso sin un embarazo previo. Esta medida salvavidas se llama relactación o relactancia¹. En el pasado, la relactación se consideraba una experiencia excepcional, actualmente hay suficiente información que muestra que las mujeres pueden relactar si están motivadas, y si cuentan con información y apoyo adecuados.

ANTECEDENTES

Durante décadas pasadas y aún en la actualidad, profesionales mal informados, han advertido a la madre del peligro de desnutrición derivado de la alimentación con leche materna, lo cual ha conducido, a un patrón de crecimiento "ideal", propiciado por la sobrealimentación con sucedáneos de la leche materna. Se ha invertido tanto económicamente como en material humano, en desarrollar un sucedáneo o sustituto ideal casi perfecto de la leche materna, que la importancia de la alimentación al seno materno disminuyó, y aún en la actualidad para algunos profesionales de la salud sigue en este papel de ser "algo fácilmente sustituible y sin consecuencias aparentes". En décadas recientes se han documentado los beneficios tanto a la madre como al hijo de la utilización de la lactancia materna exclusiva²⁻⁵. La prevalencia de la utilización de la lactancia materna exclusiva es baja en países en vías de desarrollo, y México ocupa uno de los últimos lugares en esta lista de países en vía de desarrollo, aun cuando en años recientes, la lactancia materna exclusiva se ha incrementado; se calcula que más del 50% de los niños mexicanos, no reciben leche materna después de los 6 meses de edad, y a los 12 meses de edad menos del 30% recibe leche materna⁶. El inicio de los sucedáneos de la leche materna se asocia casi de manera inversa con el abandono de la exclusividad de la lactancia materna, como se observa en la figura 1, el abandono de la lactancia materna exclusiva se relaciona con el porcentaje de uso de sucedáneos de la leche materna⁷.

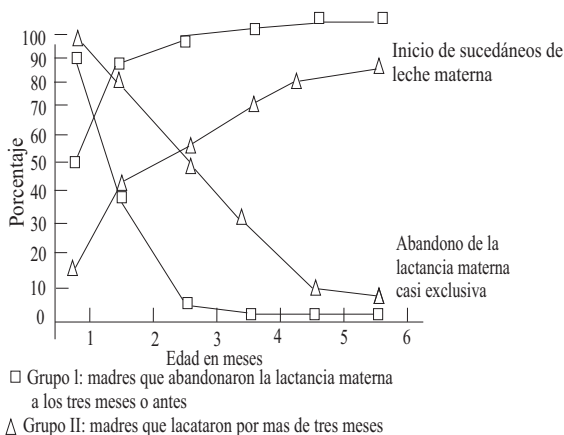


Figura 1. Lactancia materna en los primeros 6 meses de vida en niños mexicanos

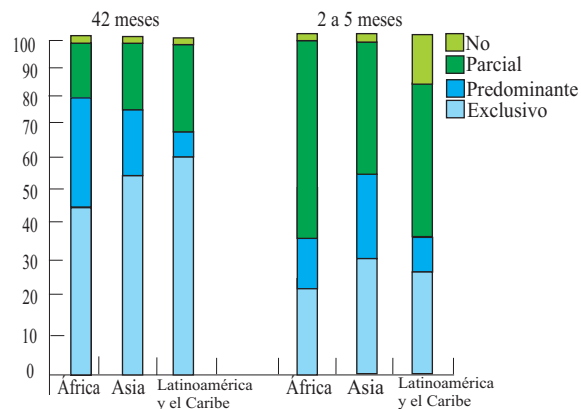


Figura 2. Lactancia materna en Latinoamérica, África y Asia

A nivel continente la situación de la lactancia materna no es muy distinta; en la figura 2, de acuerdo con datos proporcionados por la Global Nutrition Series, la lactancia materna exclusiva en América latina no llega al 60% en los primeros 2 meses de vida y para los 5 meses la exclusividad en la lactancia materna cae a menos del 30%, perdiendo terreno ante la alimentación parcial y la suspensión de la leche materna que se incrementa de un 2% hasta un 15%.

De continuar con la aplicación de políticas en salud de manera parcial, dispersa y desorganizada, la tendencia permanecerá como se encuentra en la actualidad o podrá empeorar. Es necesario el planteamiento de estrategias encaminadas a la prevención del abandono de la lactancia, del abandono de la exclusividad, y con ello, de la necesidad de relactancia, o disminuir esta necesidad hasta índices mínimos; estas acciones desde luego derivan en una protección a la exclusividad de la lactancia materna, y a la promoción de la misma en distintos niveles.

EL ORIGEN DE LA NECESIDAD (LA RELACTANCIA) ¿CUÁL ES EL PROBLEMA?

Se plantean dos principalmente: 1) La decisión de no amamantar y 2) El abandono o destete precoz de la lactancia materna. Ambos problemas tienen un origen multifactorial y como tal las respuestas y manejo también serán múltiples. Existen factores adherentes a la madre, al hijo y al medio sociocultural, así como hay factores que inciden en la decisión de lactar los hay en contra (sea no lactar o bien sea el abandono temprano de la

lactancia). Dentro de los factores que indican el inicio y mantenimiento del seno materno exclusivo, uno de los más importantes es la actitud de la madre frente a la lactancia materna⁸; la mayor parte se basan en creencias y convicciones personales, y en general lo han decidido en etapas tempranas del embarazo o incluso antes de el mismo^{9,10}, es por eso que se deben tomar en cuenta los factores que influyen en el inicio y mantenimiento del seno materno así como los factores que se expresan para el abandono de la lactancia materna, en algunos casos estos dos grupos de manera individual se podrán superponer.

Factores asociados al inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Uno de los factores más importantes que se pueden considerar como un predictor en el inicio y continuación de la lactancia materna, es el haber tomado la decisión antes del embarazo o en etapas muy tempranas del mismo¹¹: los argumentos ofrecidos por las madres para la toma de decisión son los beneficios a la salud del niño, a la madre y los socioeconómicos¹².

Factores asociados a la toma de decisión de alimentar al seno materno. Se pueden resumir en la tabla 1¹³.

PREVENCIÓN DE LA NECESIDAD DE RELACTACIÓN

Cuando las madres reciben un buen apoyo para amamantar, rara vez debería ser necesaria la relactación. Si esta necesidad ocurre frecuentemente, indica que el apoyo a lactancia materna debe mejorarse. La prioridad, es asegurar que los servicios de asistencia a la maternidad y a la infancia preparen a las madres con la ayuda necesaria para iniciar, establecer y mantener la lactancia materna exclusiva¹⁸. Cada encuentro entre una madre y un niño con un trabajador sanitario, debería incluir consejos básicos sobre amamantamiento; ésta rutina relativamente simple, podría prevenir la necesidad de otros procedimientos que consumen más tiempo, como la ayuda intensiva y continuada necesaria para restablecer el amamantamiento una vez que este se ha interrumpido¹⁸.

Tabla 1
Factores asociados a la toma de decisión de alimentar al seno materno

Es lo más conveniente para el niño	95%
El seno materno incrementa la salud del niño	91%
Previene alergias	74%
Es más barato	70%
Lo disfruto	69%
Es lo que se debe hacer	60%
Una enfermera lo sugirió	23%
Mi mamá me lo pidió	17%
El médico lo sugirió	13%

En general, estos factores no influyen en el abandono de la lactancia materna pero los factores socioeconómicos sí (Tabla 2)¹⁴⁻¹⁷.

Tabla 2
Factores socioeconómicos, culturales, asociados al niño y a la madre

Factores socioeconómicos y culturales¹⁵

La edad
Número de gestaciones previas
Forma de alimentación en los hijos previos
Estado civil
Vía del parto
Momento en que la madre recibió información acerca de la lactancia materna
El entendimiento y comprensión de la importancia de esta forma de alimentación

Factores asociados al niño¹⁴

La introducción precoz de los alimentos (4 meses de edad)
Las madres encuentran escasa utilidad en el uso de la lactancia materna después de los 6 meses de edad

Factores asociados a la madre^{16,17}

El pensamiento de que sus mamas se van a caer o colgar
Temor a perder la figura
No les gusta dar seno
Estas madres refieren y creen que el método elegido (artificial) es el mejor para sus hijos

INDICACIONES PARA LA RELACTACIÓN

Continuará habiendo ocasiones en las que la asistencia rutinaria no resultó efectiva, y el amamantamiento fue interrumpido o mal dirigido; bajo estas circunstancias, podrán existir indicaciones en casos especiales que sugieren el inicio de la relactancia: 1) Madres que tuvieron dificultades para establecer la lactancia o madres con hipogalactia, que abandonaron o están en riesgo de abandono de la lactancia, fracaso en la lactancia por una mala técnica derivada casi siempre de una deficiente capacitación; 2) El manejo de algunos niños enfermos, bajo peso al nacer, niños con problemas de alimentación menores de 6 meses, niños que han sido separados de sus madres, en emergencias, y situaciones individuales, por ejemplo, cuando una madre que eligió alimentar artificialmente a su niño cambia su manera de pensar, o en el caso de adopción, para mejorar la unión madre-hijo, tanto como para aprovechar otras ventajas del amamantamiento.

FACTORES QUE AFECTAN EL ÉXITO DE LA RELACTANCIA

Independientemente de que el binomio, la madre o el hijo cumplan con los requisitos para el inicio de la relactancia o bien sean ideales para el inicio de la misma, existen dos requerimientos soberanos para la relactación: 1) un fuerte deseo por parte de la madre biológica o adoptiva de alimentar al niño, y 2) la estimulación del pezón¹⁹. Un tercer requerimiento, de particular importancia cuando se promueve la relactación como parte de la asistencia sanitaria, es un sistema de apoyo, para construir y mantener la confianza de la madre²⁰. La simple administración de información basada en evidencia en el periodo prenatal puede no ser suficiente para mantener la lactancia materna en situaciones difíciles, por lo que se recomienda que el consejero se tome el tiempo necesario en el periodo prenatal para explorar en conjunto con la madre las actitudes, creencias y motivaciones, así como posteriormente discutir las y con esta información construir programas apropiados para apoyar a las madres que lo necesiten¹³.

¿QUÉ DEBEMOS Y QUÉ PODEMOS HACER?

Es posible identificar los factores asociados al éxito o fracaso de la lactancia, así como las acciones que presentan mayor efectividad, acciones específicas realizadas en unidades de atención primaria pueden lograr el inicio y prolongar la duración de la lactancia materna²¹. La pregunta que podríamos plantearnos, aún cuando parezca obvio, es ¿en qué puntos o momentos podemos incidir?. Como se ha comentado, el mayor éxito de la lactancia es cuando la madre lo decide como forma de alimentación en etapas tempranas del embarazo o incluso antes de este²¹. Por lo tanto los puntos a incidir serían etapas tempranas y durante todo el embarazo, a través de distintos modelos de educación: formando grupos de apoyo, talleres prenatales, conferencias dirigidas en salas de espera, proyección de videos, distribución de información impresa, en consulta de obstetricia, consulta individual con contenidos precisos, visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, etc. Se deberá prestar especial atención en las madres detectadas con alto riesgo para el no inicio o para el abandono temprano de la lactancia materna, y se deben desarrollar estrategias específicas e individualizadas para contener a estas madres, al mismo tiempo que aliviar las causas determinantes del riesgo^{22,23}.

APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS PUNTUALES Y PRÁCTICAS

Aplicar los programas prioritarios actuales, iniciativa Hospital Amigo del Niño, los lineamientos generales indican la implementación de normas estrictas, lo que directamente incrementa la eficacia de las intervenciones, capacitación del personal, establecimiento precoz de la lactancia y prolongar el alojamiento conjunto²⁴. Establecer una política, clara, y dirigida; capacitar a todo el personal, informar adecuadamente a la madre y familiares, fomentar la leche materna por lo menos 6 meses, estimular la formación de grupos de apoyo, y establecer clínicas de lactancia.

¿QUÉ SE HACE EN NUESTRO MEDIO?

En el Hospital Materno Infantil de León, Guanajuato; el diagnóstico situacional nos

indicaba que en el alojamiento conjunto, la tasa de exclusividad es del 97%, sin embargo, al entrevistar a madres de hijos nacidos en la misma unidad en edades entre 1 y 2 meses, la tasas de exclusividad es de solo del 10%. En la Consulta de Gastroenterología, de manera retrospectiva, las mujeres que amamantaron a sus hijos de manera exclusiva al menos 6 meses, no rebasa el 15%, por lo que las medidas y objetivos establecidos en ésta unidad son resumidas en las Tablas 3 y 4.

Tabla 3

Programa sobre Lactancia Materna. Hospital Materno Infantil de León, Guanajuato

Normatizar el programa de lactancia materna en el Hospital, pues al crear una norma, se crea una obligación, al crear una obligación se produce un sistema: se retomaron los conceptos del Hospital Amigo del Niño de acuerdo a los lineamientos del 2009

Formación de un grupo piloto de madres capacitadas en lactancia materna desde el primer trimestre del embarazo, con capacitación mensual, y seguimiento durante todo el embarazo, nacimiento del producto y 3 meses más después del mismo, con atención grupal e individualizada

Creación de una Clínica de Lactancia Materna, para atención de urgencias en lactancia materna, para la atención de madres en alto riesgo para no inicio o abandono temprano de la lactancia materna detectadas desde el alojamiento conjunto, salas de neonatología, terapia intensiva e intermedia, así como en consultas específicas como neonatología y pediatría

Capacitación secuencial del personal: se capacitó un grupo piloto de voluntarios, y así incrementar la motivación a través de la propagación de la misma de persona a persona

Posterior capacitación de todo el personal del Hospital

Conferencias en consulta de obstetricia

Conferencias continuas en salas de espera

Distribución de información impresa

Proyección de videos de manera continua en todos los turnos en las salas de espera, en las sala de urgencias, pediatría y alojamiento conjunto

Tabla 4

Resultados inevitables y esperados del Programa sobre Lactancia Materna. Hospital Materno Infantil de León, Guanajuato

Promover, sostener y prolongar la lactancia materna, pues constituyen un medio para el cumplimiento de otras metas

Incrementar la tasa de lactancia materna exclusiva

Disminuir el número de consulta de urgencias

Disminuir el número de hospitalizaciones de enfermedades prevenibles a través de la lactancia materna

Disminuir la mortalidad infantil

Disminuir el número de egresos por enfermedades emergentes

Tener niños y madres más saludables; familias más satisfechas con la crianza de sus hijos; comunidades más saludables, y comunidades satisfechas con la prestación de servicios médicos

En conclusión, la relactancia debe de visualizarse como una medida emergente y de urgencia; la verdadera medida es la promoción continua de la lactancia materna exclusiva. Debemos apostar por la medicina preventiva; la medicina del futuro se basa en la prevención, imitar modelos de salud triunfantes en materia de medicina preventiva.

REFERENCIAS

1. OMS. Relactación: revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. Departamento de salud y desarrollo del niño y del adolescente. 1998
2. Dewey K, Heinig MJ, Nommsen-Rivers L. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants, *J Pediatrics* 1995; 126: 696-702
3. Heinig J. Host defense benefits of breastfeeding for the infant: effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Ped Clin NAm* 2001; 48: 197-198
4. Aniansson G, et al. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13: 183-188
5. Chulada PC, Arbes SJ, Dunson D, Zeldin DC. Breast-feeding and the prevalence of asthma and wheeze in children: Analyses from the third national health and nutrition examination survey, 1988-1994. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 111: 328-336
6. ENSANUT 2006, Instituto Nacional de Salud Pública de México
7. Salud Pública de México / vol.45, no.4, julio-agosto de 2003
8. Shaker I, Scott JA, Reid M. Infant feeding attitudes of expectant parents: breastfeeding and formula feeding. *J Adv Nurs* 2004; 45: 260-268
9. Scott JA, Landers MCG, Hughes RM, Binns CW. Factors associated with breastfeeding at discharge

- and duration of breastfeeding. *J Paediatr Child Health* 2001; 37: 254-261
10. Arora S, Mc Junkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics* 2000; 106: e67
11. Scott JA, Landers MCG, Hughes RM, Binns CW. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *J Paediatr Child Health* 2001; 37: 254-261
12. Losch M, Dungy C, Russell D, Dusdieker L. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *J Pediatr* 1995; 126: 507-514
13. Brodribb W, Fallon AB, Hegney D, O'Brien M. for choosing to breastfeed. *J Hum Lact* 2009; 23: 338-344
14. Butte NF, Lopez-Alarcon MG, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for term infant during the first six months of life. Human-milk intake during exclusive breastfeeding in the first year of life. WHO 2002
15. Binns CW, Scott JA. Breastfeeding: reasons for starting, reasons for stopping and problems along the way. *Breastfeeding Rev* 2002; 10: 13-19
16. Simard I, O'Brien HT, Beaudoin A. Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canadian Prenatal Nutrition Program in 4 regions of Quebec. *J Hum Lact* 2005; 21: 327-337
17. Binns CW, Scott JA. Breastfeeding: reasons for starting, reasons for stopping and problems along the way. *Breastfeeding Rev* 2002; 10: 13-19
18. Protecting, promoting and supporting breastfeeding. The special role of maternity services. A Joint WHO/UNICEF Statement 1989
19. Phillips V. Non-puerperal lactation among australian aboriginal women, Part 1 Research Bulletin N° 2 1969
20. Slome C. Non-puerperal lactation in grandmothers. *J Pediatr* 1956; 9: 550-552
21. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001; 17: 326-343
22. Gutiérrez Leyton M, Ageitos ML. Factores de riesgo del amamantamiento exitoso. *Arch Arg Ped* 1982; 80: 555-560
23. Iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y del Niño, 2005, Ministerio de Salud y Medicina Ambiental de la Nación
24. Baby-Friendly Hospital Initiative Revised, Updated and Expanded for Integrated Care 2009 Original BFHI Guidelines developed 1992