

Relactación: La mejor alternativa para la alimentación del neonato hospitalizado por tiempo prolongado.

Breast feeding: the best alternative for the newborn during his hospitalization.

AZABACHE Verónica*, CARAVEDO Luis**

*Bachiller en Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia

**Jefe del Servicio de Recién Nacidos Hospital Nacional Cayetano Heredia. Profesor Asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

SUMMARY

We investigated the relactation process in newborn from Intensive Care Unit of Cayetano Heredia National Hospital, who were hospitalized for a long time; it was done through the revision of clinical notes (N=130) and maternal interviews (N=34). The risk of no getting the totally breastfeeding, when the newborns stayed at the hospital for seven or more days was 3.2 more times that for health babies who had soon discharge. The risk of no getting totally breast feeding was 8.6 more times when the mother thought that her milk was insufficient at the time of discharge the hospital; 5.7 more times when the children didn't receive much milk from their own mother during the hospitalization; 3.6 more times when the sucking was not frequent; 1.8 more times whether the sucking to the breast was through a schedule ; 1.6 more times whether the time of hospitalization was more than 5 days. Totally breast feeding was constant through the follow up; so it is important to assure successful breast feeding during the early time of hospitalization before discharge. (Rev Med Hered 1992; 3: 7-12).

KEY WORDS: Newborn, breast feeding.

RESUMEN

Se realizó una investigación sobre el proceso de relactación en el recién nacido con hospitalización neonatal prolongada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Cayetano Heredia en base a revisión de historias clínicas (N=130) y entrevistas maternas (N=34). El riesgo de no lograr lactancia materna exclusiva en el grupo hospitalizado por siete o más días fue 3.2 veces mayor que en los niños nacidos sanos con alta precoz. El riesgo de no lograr relactación completa se incrementó 8.6 veces cuando la madre percibió insuficiencia láctea al momento del alta; 5.7 veces cuando la alimentación durante la hospitalización no fue predominantemente con leche materna; 3.6 veces cuando la succión del niño al alta fue poco frecuente; 1.8 veces si la lactancia materna se realizó con horario fijo; 1.6 veces si el tiempo de hospitalización fue de 15 o más días. La cifra de lactancia materna exclusiva se mantuvo sin variación durante los cuatro meses de seguimiento. Por lo tanto resulta indispensable asegurar el éxito de relactación completa durante la hospitalización temprana, antes de producirse el alta hospitalaria. (Rev Med Hered 1992; 3: 7-12).

PALABRAS CLAVE: Relactación, neonatos, lactancia materna.

INTRODUCCION

Las ventajas nutricionales e inmunológicas de la leche materna exclusiva como forma de alimentación en los primeros seis meses de vida han sido ampliamente demostradas tanto para los nacidos sanos, como para los nacidos prematuros y/o con algún factor de morbilidad (1,2,3,4).

En los últimos 20 años muchos han sido los esfuerzos por incrementar los índices de lactancia materna en niños nacidos sanos con resultados favorables (5,6) ; sin embargo poco se ha trabajado en la promoción de la lactancia materna en los neonatos con problemas, quienes a pesar de ser más susceptibles de enfermar o morir están expuestos a los riesgos y desventajas de la alimentación artificial luego de su alta hospitalaria, debido principalmente a que a sus madres “se les ha secado la leche” (3,7,8,9).

El problema puede ser evitado si preventivamente se toman las medidas necesarias que aseguren la conservación o el incremento del flujo lácteo por medio de la relactación (10). La relactación es el proceso por el cual un organismo femenino, previamente expuesto a la paridad reinicia o incrementa la producción de leche cuando ésta ha disminuido o cesado completamente (11). El factor causante de la disminución de producción láctea es la ausencia de succión de pezón materno por el niño enfermo, pero a su vez la recuperación de este estímulo reinicia la lactancia (12).

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Neonatal del Hospital Nacional Cayetano Heredia, existe real preocupación por este aspecto, por ello se procura mantener volúmenes adecuados de leche enseñándoles a las madres la importancia de la succión continua, la técnica de extracción manual de leche, evitando el uso de biberones y supervisando la evolución de la alimentación del lactante. No obstante el resultado de estas acciones no ha sido debidamente evaluado.

Considerando la importancia de la salud del niño y nuestra responsabilidad en su cuidado y alimentación, decidimos realizar un diagnóstico situacional del proceso de relactación en los neonatos con hospitalización prolongadas, para evaluar la efectividad de nuestra rutina hospitalaria y los factores asociados que influyen en el proceso.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron todas las historias clínicas de los niños nacidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia durante doce meses consecutivos, con un tiempo mínimo de seis meses desde el momento del alta (nacidos entre el 1-2-88 y 31-1-89), con los siguientes criterios de inclusión: permanencia hospitalaria en la UCI Neonatal de 7 o más días, succión adecuada al alta, cuidado y crianza por la madre natural luego de la hospitalización. N=130.

Con la finalidad de tener un grupo control se tomó una muestra aleatoria simple entre los niños nacidos entre el 1-2-88 y 31-1-89, de parto hospitalario eutócico, sin problemas neonatales y con alta precoz (24-48 h), entre los niños continuadores del Programa de Niño Sano. N=57.

Se realizó una encuesta prospectiva a las madres de todos los niños dados de alta de la UCI durante cinco meses de evaluación, con los criterios de inclusión mencionados y primer control ambulatorio en los 30 días siguientes al alta. La encuesta se sometió previamente a una fase piloto, completándose en tres controles consecutivos.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de chi cuadrado y el riesgo relativo cuando hubo diferencia estadísticamente significativa.

Definiciones operacionales utilizadas:

- a. Lactancia Materna Exclusiva (LME): Lactancia con leche materna y ningún suplemento de leche artificial.
- b. Lactancia Mixta (LMX): Lactancia con leche materna y leche artificial en cualquier proporción.
- c. Lactancia artificial (LA): Lactancia sin leche materna.
- d. Relactación: Reinicio de lactancia luego de 7 días o más.
- e. Relactación parcial: Alimentación con lactancia mixta luego del período de separación materna.
- f. Relactación completa: Alimentación del niño con lactancia materna exclusiva luego del período de separación materna.
- g. Éxito en Relactación: Lograr la relactación completa.
- h. Alimentación mixta predominantemente con leche materna: Alimentación mixta con leche materna al menos una vez al día en el 50% o más de un tiempo determinado.
- i. Alimentación mixta predominantemente con leche artificial: Alimentación mixta con leche materna al menos una vez al día en menos del 50% de un tiempo determinado.

RESULTADOS

Riesgo de no tener lactancia materna exclusiva:

El riesgo de no gozar de lactancia materna exclusiva al mes de contacto materno fue 3.2 veces mayor en los niños nacidos con problemas en relación a los nacidos sanos (Tabla N° 1).

Tabla No 1
Lactancia materna exclusiva y relactación completa al mes del alta hospitalaria

GRUPO	LME	LMX	LA
Pacientes de UCI	49.0%	41.0%	10.0%
Niños nacidos sanos	84.2%	15.8%	0.0%

LME: Lactancia materna exclusiva
 LMX: Lactancia mixta
 LA: Lactancia artificial

Riesgo relativo de NO LOGRAR LME fue 3.2 veces mayor para el grupo de pacientes de UCI ($p < 0.05$).

Edad gestacional y peso al nacimiento:

Los niños hospitalizados por tiempo prolongado fueron en su mayoría prematuros y menores a 2500 grs (Tabla N° 2).

Tabla No 2
Edad gestacional y peso al nacimiento

Características	Clasificación	%
Edad Gestacional (100%)	Pretérmino	57.0%
	A término	43.0%
Peso de nacimiento (100%)	< 2500 gr	59.2%
	2500 - 4500 gr	39.2%
	> 4500 gr	1.6%

Alimentación durante la hospitalización:

El tiempo promedio de hospitalización fue 18.9 días (7-71); el de alimentación oral en el internamiento fue de 15 días. Encontramos en las historias clínicas que las indicaciones médicas en este tiempo fueron de tres tipos: alimentación mixta predominantemente con leche materna 40%; alimentación mixta predominantemente con leche artificial 38% y alimentación con leche artificial exclusiva 22%; sólo el 16.5% de los niños recibió alimentación mixta predominantemente con leche materna, 55% alimentación mixta predominantemente con leche artificial y 28% alimentación con leche artificial exclusiva. Hubo diferencia significativa ($p < 0.05$) entre lo recibido y lo indicado para cada grupo.

Preparación para Relactación:

La tabla N° 3 muestra algunas características maternas en relación a la preparación para relactación. Observese que el 93.7% deseaba dar LME antes del parto. Ninguna madre tuvo obstáculos para visitar por parte del sistema hospitalario.

Tabla No 3
Preparación para relactación

ASPECTO EXPLORADO	PORCENTAJE
Deseo de la madre de LME	93.7%
Control Prenatal completo	84.3%
Charla prenatal-lactancia	40.6%
Charla postnatal-lactancia	71.9%
Recibió indicación para extracción de leche	87.5%
Le enseñaron como extraer leche	64.3%
Le enseñaron importancia de succión	28.1%
Recibió indicación para estimulación de pezones	34.4%
Se extrajo la leche (manualmente)	93.7%
Niño succionó el pecho durante hospitalización	76.5%
Facilidad para visita hospitalaria	100.0%

FUENTE: Entrevista materna

Éxito de Relactación y factores asociados:

Los factores que aumentaron el riesgo de no tener éxito en la relactación se enumeran en la tabla N° 4. No encontramos riesgo por edad gestacional y/o peso al nacimiento.

Tabla No 4
Factores que aumentan el riesgo de no lograr
relactación completa

Factor	Riesgo
Percepción de insuficiencia lactea al alta	8.6 veces
Alimentación mixta predominantemente artificial durante la hospitalización	*5.7 veces
Succión espaciada (c/3horas o mas)	3.6 veces
Oferta de lactancia materna con horario	1.8 veces
Tiempo prolongado de hospitalización (mayor o igual a 15 días)	*1.6 veces

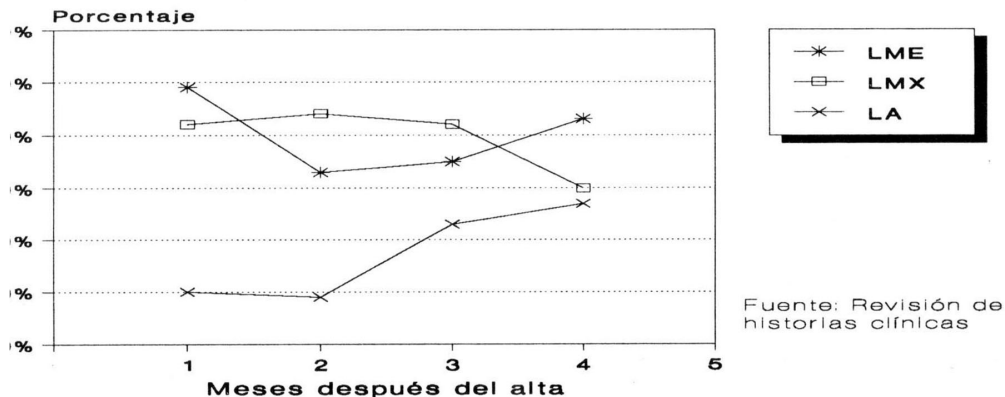
FUENTE: Revisión de historias clínicas (*), y entrevista materna.

Relactación durante el seguimiento:

No se encontró diferencia significativa en el éxito de relactación entre el primer control y los cuatro meses posteriores al alta.

Durante el seguimiento se observó incremento en el grupo alimentado con lactancia artificial fundamentalmente a expensas del grupo con alimentación mixta (Gráfico N° 1).

Gráfico No 1
Relactación después del alta



DISCUSION

El riesgo de no gozar de lactancia materna exclusiva en los niños provenientes de la Unidad de Cuidados Intensivos fue 3.2 veces mayor que en los neonatos sanos, no obstante en el 90% de los casos se mantuvo algún grado de alimentación al pecho un mes después del alta. Estas cifras son parecidas a las encontradas en nuestro servicio por Luna en 1983 (3) y aunque son similares a las reportadas por Meberg en una UCI de Suecia con gran promoción de lactancia (13), y a otros reportes mundiales, creemos que nuestros resultados podrían ser mejores, o por lo menos similares a lo encontrado en neonatos sanos.

La población con mayor riesgo de no lactar estuvo constituida en gran parte por niños pretérmino (57%) y con bajo peso al nacer (59%). Aunque hace pocas décadas existió controversia en relación a la alimentación de estos niños, hoy se reconocen las múltiples ventajas nutricionales e inmunológicas que hacen de la leche materna un elemento indispensable para su normal desarrollo (3,4,9).

Para garantizar el éxito de nuestro accionar debemos recordar los tres pilares fundamentales en los que se apoya el éxito de la lactancia y relactación:

I. MOTIVACION Y EDUCACION MATERNA:

Es reconocida la influencia de la educación y motivación materna en el éxito de la lactancia (5). En la relactación esto resulta imprescindible pues la madre participará de un proceso difícil que demandará de ella mucha dedicación, paciencia y perseverancia (7,8,11,12).

La mayoría de las madres de nuestro estudio, (93.7%) tuvo el deseo de dar alimentación al pecho en forma exclusiva antes del parto (tabla N° 3), pero falló el apoyo educativo previo sobre lactancia: sólo 40.6% de las madres recibió charla prenatal de lactancia, a pesar que 84.3% tuvo control prenatal completo. La charla post natal de lactancia es actividad rutinaria y obligatoria en nuestro hospital (1), sin embargo tampoco fue recibida en forma homogénea (71.9%); encontramos aquí la primera falla de nuestro sistema.

La percepción materna de insuficiencia láctea, fue el principal factor que aumentó el riesgo de no lograr éxito en la relactación (tabla N° 4). Se sabe que el síndrome de insuficiencia láctea es la primera causa de fracaso en lactancia materna exclusiva (14,15); cuando la madre se siente incapaz de amamantar a su niño emplea biberones con leche artificial para su alimentación, esto a su vez disminuye el estímulo de succión al pezón y perpetúa el problema. En nuestra evaluación, las madres que percibieron insuficiencia láctea incrementaron el riesgo de no lograr relactación completa en 8.6 veces. Esto es reflejo del déficit en la preparación materna, lo que debe ser corregido durante la hospitalización, más aún sabiendo que durante el seguimiento el éxito de relactación no se incrementó significativamente (Gráfico 1).

II SUCCION DEL NIÑO

La succión del niño resulta el activador clave del proceso de producción de leche y el vaciamiento continuo de las mamas permite la mantención del flujo lácteo (16,17). Para evitar la influencia nociva de la falta de estímulo en las madres de niños hospitalizados, usualmente se les recomienda extracción frecuente de leche y estimulación de pezones como forma de ayuda en la producción y mantención del flujo lácteo durante el tiempo de separación (18). Sin embargo encontramos que las indicaciones y enseñanzas respectivas no se dieron en forma sistemática (tabla N° 3); lo que refleja una deficiencia más en nuestro sistema.

El vaciamiento continuo de las mamas puede garantizar si tempranamente se involucra a la madre con la nutrición del niño. Para ello se administra a cada niño la leche extraída de su propia madre directamente, por medio de una sonda nasogástrica u otro aditamento. En nuestro servicio es el médico quien indica la forma de alimentación del niño, sin embargo, muchas veces, olvidó programar la relactación futura y restó importancia a la leche materna dentro de la alimentación diaria; esto motivó la

desigualdad que se observó en las indicaciones. Por otro lado, también existió diferencia entre la alimentación indicada y la recibida por el niño; sólo 16.5% de los niños recibió alimentación mixta predominante con leche materna durante su hospitalización a pesar que la indicación se dió en el 40.2% de los casos. Al analizar el resultado posterior de relactación encontramos que cuando el niño no recibió alimentación mixta predominantemente con leche materna, el riesgo de no lograr relactación completa se incrementó en 5.7 veces. La explicación a ello la encontramos en la mayor frecuencia de extracción de leche por las madres, cuando los niños son alimentados predominantemente con leche materna. De allí la importancia de la capacitación y entretenimiento pleno en relactación y lactancia al personal de la UCI para asegurar el éxito en el proceso de relactación.

El médico debe verificar que la succión del pezón sea efectiva y adecuada para así garantizar el éxito de la lactancia, por ello la observación del amamantamiento debe hacerse antes del alta hospitalaria. Nosotros detectamos que 76.5% de los niños succionan la mama durante la hospitalización, pero casi un 24% es dado de alta sin esta observación, ello pone en peligro la efectividad de la succión posterior. Los malos hábitos de lactancia también influyeron negativamente en el proceso de relactación: la succión espaciada y el horario fijo de lactancia, incrementaron el riesgo de no lograr relactación completa 3.6 y 1.6 veces respectivamente.

III. CONDICIONES CIRCUNDANTES

El ambiente circundante a la madre y el niño es un factor ampliamente reconocido en el éxito de la relactación (7,8,18). En este aspecto debe considerarse tanto al entorno familiar, como al personal de salud en contacto con el cuidado de la madre y el niño durante y después de la hospitalización. No hemos definido aún líneas de acción específicas en relación al entorno familiar, pero las consideramos fundamentales. La participación del pediatra, a través del seguimiento, permite apoyar a la madre y supervisar la evolución del proceso; creemos que su mayor contribución radica en la matención de los logros obtenidos en la fase inicial (gráfico N° 1) pero aún deben incrementarse los esfuerzos para mejorar los resultados de relactación.

Esta evaluación nos permitió observar el éxito de la relactación en muchos de nuestros pacientes gracias a un sistema básicamente educativo, no obstante encontramos múltiples fallas en el sistema de trabajo que nos obliga a redefinir las líneas de trabajo para lograr mejores resultados

Correspondencia:

Dr. Luis Caravedo R.
Universidad Peruana Cayetano Heredia. Av. Honorio Delgado N° 430 Urb. Ingeniería,
San Martín de Porres. Apartado 5045.

BIBLIOGRAFIA

- 1.Caravedo L. Crecimientos de niños alimentados exclusivamente a pecho. Tesis de Especialistas en Pediatría. UPCH 1985.
- 2.Garza C, Schanler RJ, Butte NFG, Motil KJ. Propiedades especiales de la leche humana. Clínicas de Perinatología. 1987; 1: 11-33.

3. Luna F. Lactancia materna en recién nacidos de bajo peso. Tesis de Bachiller en Medicina UPCH 1984.
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition: Nutritional needs of low birth weight infants. *Pediatrics* 1985; 75: 976-986.
5. Lobbok MH, Simon SR. A community of a decade of in hospital breastfeeding: implications for breastfeeding promotion *Am J. Prev. Med* 1988; 4: 62-67.
6. Winikoff B, Meyers D, Hight Laukaran V, Stone R. Overcoming Obstacles to Breastfeeding in a large Municipal Hospital: Applications of Lessons. *Pediatrics* 1987; 80: 423-433.
7. Auerbach KG, Avery JL. Relactation and the premature infant Report from a Survey. *Resources in Human Nurturing* 1979; Monograph 3: 1-19.
8. Auerbach KG, Avery JL. Relactation after a hospitalización induced separations: Report from a Survey. *Resources in Human Nurturing* 1979; 4: 1-16.
9. Gardner SL, O'Donnell JP, Weisman LE. Breastfeeding the sick neonate. *Handbook of Neonatal Intensive Care*. The C.V. Mosby Company. St. Louis 1989, 238-260.
10. Auerbach KG, Avery JL. Relactation: A study of 366 cases. *Pediatrics* 1980; 65: 236-242.
11. Lawrence R. Induced lactation and relation. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. The C.V. Mosby Company. St. Louis. 1985; 409-428.
12. Brown RE. Relation: An Overview. *Pediatrics* 1977; 60: 116-120.
13. Meberg A, Willgraff S, Sande H. High potential for breast feeding among mothers giving birth to preterm infants. *Ac. Pediatr. Scand.* 1982; 71: 661:662.
14. Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less developed countries. *Pediatrics* 1984; Supp. 667-693.
15. Feinstein J, Berkelhamer JE, Gruszka ME, Wong CA, Carey AE. Factors related to early termination of breast-feeding in an Urban Population. *Pediatrics* 1986; 78: 210.-215.
16. Lawrence RA. Tratamiento de la lactancia como proceso fisiológico. *Clínicas de Perinatología* 1987; 1: 1-10.
17. De Carvalho M, Robertson S, Friedman A, Klaus M. Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics* 1983; 72: 307-311.
18. Boggs KR, Rau PK, Breast-feeding the premature infant. *American Journal of Nursing* 1983; Oct: 1437-1439.