



Secretaría
de Salud

Gobierno de Puebla

HOSPITAL PARA EL NIÑO POBLANO

No. de Oficio HNP/ENS/766/23.

Asunto: Autorización de impresión de tesis.

Puebla, Pue. a 12 de diciembre de 2023.

DRA. MICHELLE SAORI ROJAS SOSA
R3 DE PEDIATRIA
PRESENTE

Por medio del presente, la Jefatura de Enseñanza e Investigación del Hospital para el Niño Poblano, le comunica que después de haber sido revisado su trabajo de tesis con número de registro HNP2022-23 titulado **“Incidencia y factores determinantes para lograr una relactación en pacientes egresados del Hospital para el Niño Poblano”.**

SE AUTORIZA SU IMPRESIÓN

Toda vez que cumple con los requisitos mínimos marcados por esta Jefatura y el Comité de Investigación de este hospital.

Sin más por el momento me despido y quedo de usted.

ATENTAMENTE:

DRA. YANETH MARTÍNEZ TOVILLA
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.



SERVICIOS DE SALUD
ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PARA EL NIÑO POBLANO

c.c.p. Archivo



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PARA EL NIÑO POBLANO

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA

**INCIDENCIA Y FACTORES DETERMINANTES PARA LOGRAR UNA
RELACTACIÓN EN PACIENTES EGRESADOS DEL HOSPITAL PARA EL NIÑO
POBLANO**

PRESENTA

DRA. MICHELLE SAORI ROJAS SOSA

ASESOR EXPERTO:

DR. ALFREDO YEUDIEL MARTÍNEZ VÁZQUEZ

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. FROYLAN EDUARDO HERNÁNDEZ LARA GONZALEZ

PUEBLA, PUEBLA. FEBRERO 2024



AGRADECIMIENTOS

Esta tesis, es la representación tangible de esta etapa de la medicina llamada “Residencia”, la cual sin duda alguna fue más fácil y llevadera gracias a Verónica y Miguel, mamá y papá, quienes me apoyaron desde el momento en que dije que quería ser Pediatra, y me acompañaron física, moral y emocionalmente en todo este viaje, gracias por los días que me escucharon, me aconsejaron, me cuidaron, me llevaron, y me enseñaron, cosas relacionadas y no, con la Medicina, creo que el camino de la especialidad ha sido más ameno gracias a la persona que me enseñaron a ser. También gracias a Naomi, mi hermana menor, que algunas veces ante el cansancio de esta “Residencia” cuidó de mí y me acompañó, como una hermana mayor.

A todos mis médicos adscritos quienes siempre tuvieron disponibilidad para enseñarme y explicarme las cosas que era necesario aprender en este camino, gracias por siempre contestar mis dudas, por motivarme, por ayudarme, por retarme, por alentarme; también agradezco la confianza que muchas veces sentí que depositaron en mí.

A todos mis compañeros residentes de mayor, igual o menor grado, quienes me enseñaron, me motivaron, llamaron mi atención cuando fue necesario o aquellos quienes me acompañaron de una manera más amistosa durante estos 3 años.

¡Gracias!

INDICE

Contenido

Resumen.....	5
Introducción	7
Antecedentes.	9
1. Antecedentes generales.....	9
TIPOS DE LECHE.....	12
DIFERENTES TIPOS DE LECHE HUMANA.....	13
CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA.	16
INDICACIONES PARA LA RELACTACIÓN.....	17
BASES FISIOLÓGICAS DE LA LACTANCIA DE LA QUE DEPENDE LA RELACTACION.....	18
LACTOGÉNESIS	19
FACTORES RELACIONADOS A LA RELACTACION.....	23
TÉCNICAS DE RELACTACIÓN.....	25
2. Antecedentes específicos.....	26
TIEMPO PARA QUE SE PRODUZCA LA LECHE MATERNA.....	29
Planteamiento del problema.	31
Pregunta de investigación.....	32
Objetivos.	33
1. Objetivo General.	33
2. Objetivos Específicos.....	33
Materiales y métodos.	34
Criterios de selección.	35
De selección:	35
De eliminación:.....	36
De exclusión:	36
Aspectos éticos.....	36
Resultados.....	37
Discusión	43
Conclusiones	46
Referencias.....	47

Resumen

La leche materna es el alimento adecuado y más natural para cualquier bebé durante los primeros meses de vida, proporcionando nutrientes necesarios para su correcto crecimiento y desarrollo, se ha recomendado la lactancia materna exclusiva los primeros 4 a 6 meses de vida, ya que dentro de sus beneficios se encuentran el reducir el síndrome de muerte súbita del lactante y la muerte durante el primer año de vida, así como su disminución de otro tipo de enfermedades

El objetivo principal de este estudio es determinar los factores asociados, al éxito de la continuidad de alimentación con lactancia materna, en pacientes hospitalizados en el Hospital para el Niño Poblano, en el periodo del 1 de marzo 2021 al 28 de febrero 2023.

Este trabajo de investigación corresponde a un estudio observacional, cualitativo, descriptivo, transversal, prospectivo, homodérmico y unicéntrico. Se llevó a cabo en el Hospital para el Niño Poblano, durante un periodo de 2 años, realizando entrevistas directas sobre la alimentación de lactantes menores de 6 meses que posteriores a su egreso hospitalario en el que se haya tenido que suspender la lactancia materna, haya sido posible retomarla dos meses después de su egreso.

En este estudio se muestra que los pacientes que más se hospitalizan son del sexo masculino con un 54%, la mayoría menores de un mes, otros factores importantes en este estudio resulta ser la edad gestacional y el peso de acuerdo a la misma. Los pacientes que se alimentaron al seno materno previo a la hospitalización representan el 47.5% y solo un 27.8% retomó dicha alimentación, en cambio, los pacientes alimentados con sucedáneo de leche representaban el 11.4% y se logró que el 3.2% posterior al egreso se alimentaran con lactancia materna.

Se concluyó que en aquellos pacientes en los que se necesitó suspender la alimentación, hay un mayor número de lactantes que fueron a término y con un adecuado peso para la edad gestacional, con lo que se obtiene un índice de relactación del 21.3%, en nuestro hospital se observa un nivel bajo de relactación sin embargo, puede deberse a que la mayoría de los pacientes que ameritaron hospitalización, son pacientes que cursan con alguna patología quirúrgica, por lo

que resulta más difícil volver a establecer una alimentación con lactancia, ya que este tipo de patologías son más complejas.

Introducción

En México se cuenta con la Norma Oficial Mexicana 050, en la cual se habla del fomento, protección y apoyo a la lactancia materna. (22)

Los estudios de epigenómica, han demostrado que la alimentación con lactancia materna hasta por lo menos los 2 años, logra una modificación de la expresión genética en los lactantes, con lo que se previenen enfermedades como: obesidad, diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y algunos tipos de cáncer; por lo que se ha tratado de establecer acciones y criterios para apoyar a las madres para continuar la lactancia materna en los lugares de trabajo, estancias infantiles y promover una orientación adecuada del personal de salud para una adecuada intervención en la nutrición infantil. (22)

El personal de salud de todos los establecimientos, deben promover y fomentar que se practique la Lactancia Materna Exclusiva los primeros 6 meses de vida de los recién nacidos y preferentemente que se mantenga hasta los 2 años de edad, se debe otorgar información sobre los beneficios de ésta, así como comentar el riesgo del uso de sucedáneos. (22)

En aquellos establecimientos donde se brinde atención neonatal, se debe promover y fomentar el inicio de la alimentación enteral con leche humana, además la entrega de sucedáneos de leche materna debe hacerse solamente bajo prescripción médica y solo en casos justificados. (22)

Es por eso que en México se han establecido por la Secretaría de Salud, tanto Salas de Lactancia, como los Lactarios Hospitalarios, éstos últimos, son espacios privados dentro de las instituciones de salud en donde las mujeres en lactancia, pueden realizar la extracción de leche, para los recién nacidos o lactantes que por algún motivo se encuentren internados, asegurándose el personal de salud, de una adecuada conservación y procesamiento hasta su llegada al paciente, los beneficios de los que se ha hablado, son tanto económicos como sociales, hablando de la

reducción de días de estancia hospitalaria del Recién Nacido y que se favorece el vínculo madre-hijo. (12)

Se desarrolló este estudio, con el fin de investigar cuales han sido los factores que resultan determinantes, para aquellos pacientes pediátricos en quienes posterior a un internamiento se logra retomar la lactancia materna que fue interrumpida por cursar con una hospitalización.

En nuestro hospital se cuenta con diversas y múltiples patologías, que solamente pueden ser tratadas en el tercer nivel de atención; son bien sabidos los beneficios de la leche materna como el desarrollo del sistema inmunológico y el desarrollo tanto sensorial como cognitivo. Por lo que al ser una unidad de tercer nivel, resulta importante determinar la importancia que tiene la falta de infraestructura y capacitación del personal de salud, al no estar involucrados en procesos maternos, como el asesoramiento por parte del personal del hospital para fomentar en cada madre que da lactancia materna, para mantenerla o retomarla posterior a su estancia hospitalaria en la cual es necesario suspender la lactancia.

Antecedentes.

1. Antecedentes generales.

La leche materna es el alimento adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida. Proporciona los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo adaptándose perfectamente al sistema gastrointestinal. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Mexicana de Pediatría (AMP), la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), han recomendado la lactancia materna exclusiva en la primera hora de vida, que solo reciba leche materna, durante al menos los primeros 4 meses y si es posible 6 meses de la vida del lactante, y continuar amamantando junto con alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de edad o más. (2) (3)

A nivel internacional, la tasa de lactancia exclusiva es baja. En 1981, se publicó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, que en México es un documento que únicamente emite recomendaciones, sin tener carácter de obligatorio. A pesar de este documento la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 y la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) 2015, señalan que la lactancia materna en nuestro país es baja. (4)

En las últimas actualizaciones de estas encuestas (ENSANUT 2022) hablando de la lactancia materna exclusiva se ha incrementado, mostrando un incremento en 6 años (2012 a 2018) hasta el 28.3%, previo de 14.8% y en 2022, es decir, los siguientes 4 años se alcanzó un porcentaje hasta de 33%, aun quedando debajo de los estándares internacionales que se puntúan en un 60%. (20)

Se ha demostrado que la lactancia materna reduce el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y muerte durante el primer año de vida, además disminuye el riesgo de padecer enfermedades gastrointestinales, respiratorias y

urinarias y, de presentarse, que sean menos graves. La lactancia materna exclusiva ayuda a prevenir la obesidad y futuras enfermedades crónicas. (3)

Existen estudios donde se encontró que la lactancia materna mejora la oxigenación, por otro lado, existen riesgos inherentes al uso de fórmula y mamadera en reemplazo de la LM, por lo que es importante fomentar la lactancia desde el embarazo, durante el parto y el puerperio de manera empática, respetuosa y acogedora por parte de todo el equipo de salud. (5)

La leche materna se considera un órgano inmunológico de transición del recién nacido, al transferir anticuerpos, especialmente IgA secretora y macrófagos cuya capacidad es anti infecciosa, por lo que disminuye el número y la gravedad de las enfermedades infecciosas tales como: Infecciones de las vías respiratorias bajas, otitis, infecciones del tracto gastrointestinal. La lactancia materna reduce un 64% las infecciones inespecíficas gastrointestinales, enterocolitis necrosante del prematuro (ECN), patología alérgica, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal. (3)

De igual forma se ha observado que la leche materna consigue un rendimiento nutritivo con la menor sobrecarga metabólica: obesidad, diabetes, entre otras metabopatías (3).

Se han encontrado múltiples beneficios tanto para los infantes como para las madres que llevan a cabo la lactancia materna, dentro de los beneficios maternos, se encuentran: el aumento del vínculo afectivo, y un “empoderamiento” que se ve desarrollado por la relación entre madre-hijo que se considera una fortaleza humana, ya que se desarrollan características psicológicas determinadas por la liberación de oxitocina y prolactina que se vinculan con el comportamiento posterior al parto, haciendo que las mujeres vuelvan a su estado pregestacional más fácilmente de aquellas mujeres que no lactaron, además disminuye la incidencia de desarrollar obesidad en etapas avanzadas, durante el periodo postparto la

presencia de la oxitocina, estimula la contracción uterina favoreciendo la involución, haciendo que regrese a su estado pregestacional antes de 6 semanas. A largo plazo, el riesgo de osteoporosis disminuye en aquellas mujeres que dieron lactancia materna, la densidad mineral ósea disminuye solo transitoriamente durante la gestación y la lactancia, regresando a la normalidad posteriormente, ya que los niveles minerales aumentan incluso superando los niveles basales, los niveles de calcio y fósforo sérico son mayores en las mujeres que si dieron lactancia. Cabe destacar también la importancia que tiene sobre la enfermedad cardiovascular, la hiperlipidemia y la diabetes, que ha sido descrito durante dos décadas, ya que se ha demostrado una menor prevalencia de dichas enfermedades en mujeres que tuvieron 12 meses de lactancia o más y en las últimas décadas también se ha visto la relación que tiene con la prevención del cáncer de mama y ovárico (19).

Se ha visto que existen riesgos al no amamantar como alteraciones en la cavidad oral, sobre todo por uso de chupones, existen riesgos de deglución atípica, respiración bucal, disfunción masticatoria, dificultad del fono, alteración de la postura corporal y más (5).

No se han encontrado riesgos de la lactancia materna prolongada, el mayor inconveniente en estos momentos puede ser la pérdida de la cultura del amamantamiento, que puede ejercer presión psicológica o cierto aislamiento de aquellas madres que siguen amamantando a sus hijos más allá del tiempo considerado. Tampoco hay evidencia de que la lactancia produzca alguna alteración psiquiátrica, o incluso algún daño físico; no deberían existir razones para suspender la lactancia o no recomendarla. Se ha creído que la lactancia puede producir la caída de los pechos, sin embargo, no existe evidencia de eso, más bien está relacionado con la edad, la genética, el embarazo, entre otras cosas. Ayuda mucho realizar el destete de forma gradual y no de manera brusca. A pesar de que no es precisamente necesario, el niño que tiene dos años, aún puede recibir aporte lácteo necesario con 3 o 4 tomas diarias, junto con una alimentación variada, relacionada con la dieta familiar, frutas, verduras, carne, pescado, pollo o huevo. (7)

Desde 1991 la OMS y el UNICEF han promovido y desarrollado prácticas de apoyo mediante la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, que se enfoca en aquellos hospitales que cuentan tanto con la especialidad de Obstetricia como Neonatología, tomando en cuenta la importancia que tiene para el recién nacido establecer la lactancia durante los primeros minutos de vida y de igual manera promover el apoyo necesario para las madres en el momento del amamantamiento, la cual introduce los “Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural” en las maternidades mediante la capacitación del personal de salud en Consejería en Lactancia Materna y mediante la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

(5)(21)

TIPOS DE LECHE.

	Leche humana	Leche de animal	Leche artificial
Contaminantes bacterianos	Ninguno	Probable	Probable al mezclarla
Factores inmunológicamente activos	Presentes	No están presentes	No están presentes
Factores de crecimiento	Presentes	No están presentes	No están presentes
Proteínas	Cantidad correcta, fácil de ingerir	Demasiada, difícil de ingerir	Parcialmente corregidas
Grasa	Suficientes ácidos grasos esenciales, lipasa para la digestión	Faltan ácidos grasos esenciales, no tiene lipasa	Faltan ácidos grasos esenciales, no tiene lipasa
Hierro	Pequeña cantidad, bien absorbida	Pequeña cantidad, no se absorbe bien	Cantidad extra añadida, no se absorbe bien

Vitaminas	Suficientes	Insuficiente vitamina A y Vitamina C	Se le añaden vitaminas
Agua	Suficiente	Se necesita agua extra	Puede necesitar agua extra.

Tabla 1. Diferentes tipos de leche (7)

DIFERENTES TIPOS DE LECHE HUMANA.

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son calostro, leche de transición y leche madura. (5)

CALOSTRO

Es la leche que las mujeres producen en los primeros días después del parto. El color amarillo característico resulta de los betacarotenos. Contiene proteínas, vitaminas e inmunoglobulinas que pasan a la sangre a través del intestino del recién nacido/a. El calostro es suficiente para alimentar al recién nacido/a, puesto que su estómago es muy pequeño y sus necesidades se satisfacen con pocas cantidades y en tomas de 8 a 12 tomas diarias aproximadamente. El calostro es amarillento o de color claro y espeso. (5)(19)

Resulta de la mezcla entre los materiales residuales presentes en la glándula mamaria y los ductos, que progresivamente se van combinando con la nueva leche secretada. Los primeros cambios son las concentraciones de sodio y cloro, así como un incremento en la lactosa, su densidad es de 1.04 a 1.06 y tiene un valor calórico de 67kcal/dL, el volumen varía entre 2 a 20 ml por cada vez que el bebé se alimenta, durante los primeros 3 días y en general el volumen total depende del número total de veces que el bebé se pegue al seno materno alcanzando hasta 100 ml en las primeras 24 horas. En cuanto a su composición se observa que hay un decremento en las concentraciones de sodio y cloro, así como un incremento en la lactosa, haciendo que la fase acuosa disminuya y así se dé un incremento en los lípidos. Como característica fundamental es que en el calostro hay mayor porcentaje de proteínas, vitaminas liposolubles y minerales, la inmunoglobulina A y la lactoferrina

también aumentan de concentración y en conjunto con los azúcares complejos, los oligosacáridos causan un efecto potencializador a la propiedad de protección en esta etapa. (19)

LECHE DE TRANSICIÓN

Es la leche que se produce entre el 4 y 15 día postparto. Entre el 4-6 día se produce un aumento brusco en la producción de leche, que posteriormente aumenta hasta alcanzar un volumen de 600- 700 ml día entre los 15 y 30 días postparto (5).

Esta leche es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura, teniendo marcados cambios como un aumento del 2 al 2.9% de contenido de grasas, ya que aparece la síntesis de colesterol en la glándula mamaria, la concentración de inmunoglobulinas y proteínas totales desciende, en relación inversa a la lactosa, las grasas y el contenido calórico que tiene un notable aumento, así como las vitaminas hidrosolubles (19).

LECHE MADURA

Cambia a lo largo de la toma, la del principio es más “aguada” (rica en lactosa) que ayuda a calmar la sed y la cantidad de grasa va aumentando a medida que sale la leche, concentrándose al final de la toma; cosa que provoca la saciedad del bebé. Por eso es conveniente vaciar el primer pecho antes de ofrecer el segundo sin limitar el tiempo de la toma. Suele ser suficiente un solo pecho durante el primer mes de vida. La cantidad y composición de la leche siempre se verán influenciados por la frecuencia y duración de las tomas, de un pecho o de 2. (1)(5)

Hay un aumento en la producción de citrato que es paralelo al aumento del volumen Su valor calórico se encuentra en 75kcal/dL, determinado en gran parte por la cantidad de grasas que se encuentra en aumento desde la fase de calostro hasta la fase de leche madura, con un aumento hasta el 3.6% presentado en esta fase de la transición. (19)

TABLA 2. COMPARATIVA DE ETAPAS DE LA LECHE (19)

Tipo de Leche/ Característica	Calostro	Leche de transición	Leche madura
DURACION (días)	1 a 3	4 a 15	15 en adelante
VOLUMEN (mL/día)	2 a 20	100 a 600	700
COLOR	Amarillo		Blanquecino
DENSIDAD	1.04 A 1.06		
VALOR CALÓRICO	67kcal/dL		75kcal/dL
PH	6.83 ± 0.18		
LACTOSA (g/L)	20-31	32 – 35	+35
CONTENIDO DE GRASA	2 %	2.9%	3.6%
PROTEÍNAS (g/L)	12 a 32	11 a 12	8
SODIO	61.26 ± 25.82 mM		180 ± 40 mcg
POTASIO	18.30 ± 5.67 mM		525 ± 35 mcg
CLORO	62.21 ± 17.44 mM		420 ± 60 mcg
COLESTEROL (mg/dL)	29	20	13.5

Los bebés no necesitan otras bebidas de agua antes de que tengan 4-6 meses de edad, ni siquiera en climas calientes. Si se les calma la sed con agua, dichos bebés podrían ser que tomen menos leche materna presentando riesgo de desnutrición.

(5)(7)

CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA.

Existen contraindicaciones de la lactancia materna, relacionadas con enfermedad materna y que en estos casos sí pueden causar enfermedad en el recién nacido, destacan las siguientes:

- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- Galactosemia
- El consumo de drogas como heroína, cocaína, anfetamina y marihuana también es incompatible con la lactancia materna, por sus efectos adversos en el niño. (7)

Actualmente algunas de las razones por las que se interrumpe la lactancia materna exclusiva es: la gran difusión de fórmulas lácteas por parte de la industria, disponibilidad de biberones y tetinas, la incorporación al trabajo, el mal manejo de las dificultades durante la lactancia, la presión social, y la separación madre-hijo. (10)

Muchos de los lactantes interrumpen la lactancia en las primeras semanas o meses, y se incrementa el riesgo de enfermedad, malnutrición y muerte. (2)(11)

La lactancia puede ser restablecida, en una mujer quien la interrumpió recientemente o en el pasado, y puede producir leche, incluso sin un embarazo adicional (relactación), alcanzando incluso la cantidad suficiente para proporcionar una Lactancia Materna Exclusiva, siendo únicamente necesario que la madre tenga motivación y suficiente información, así como apoyo suficiente y adecuado (2).

La relactación, es el proceso por el cual se estimula la producción de leche humana, seguida a la cesación o disminución muy significativa en la síntesis, ya sea porque la lactancia ha sido suspendida total o parcialmente. (9)

En cambio, la lactancia inducida es aquel proceso por el cual muchas de las mujeres que relactan pueden producir suficiente leche para amamantar un lactante de forma

exclusiva. Tanto una mujer que nunca ha estado embarazada como aquella que no puede lograr la lactancia adecuada. (9)

Desde hace años, y en diferentes ámbitos, se ha obtenido en diferentes estudios principalmente en animales, la confirmación de que la aplicación prolongada de estimulación en la glándula, induce un crecimiento de la mama, para la secreción láctea. (9)

En la especie humana se tiene pocos estudios y la información, solamente depende de las experiencias que se han tenido de mujeres que han intentado la relactación. (9).

En varios estudios principalmente en Estados Unidos se ha descrito el proceso de relactación como parte de un tratamiento médico establecido, se han realizado también estudios en los que se toman en cuenta lactantes hospitalizados, en los cuales, la relactación tuvo éxito en casi todos los casos excepto en uno. (9)

INDICACIONES PARA LA RELACTACIÓN

Habrán ocasiones en las que la lactancia es interrumpida o mal dirigida o en las que una mujer no puede amamantar porque está enferma, o simplemente porque no está presente. (2)

- Manejo de lactantes enfermos, aquellos menores de 6 meses de edad, con diarrea aguda o persistente, que han detenido el amamantamiento o que no toleran las leches artificiales.
- Lactantes con bajo peso al nacer, que, en las primeras semanas de vida, requirieron de alimentación por gravedad o con taza.

- Lactantes con problemas alimentarios: menores de 6 meses, cuyas madres, tuvieron dificultades para lactar o que ha disminuido por mala técnica.
- Enfermedad materna que ameritó hospitalización.
- Madre que prefirió la alimentación artificial y posteriormente decide dar lactancia
- Madres que adoptan, para mejoría del vínculo afectivo.
- Lactante cuya madre falleció.
- Madres seropositivas a VIH. (2)

Factores de éxito para la relactación

- Deseo de la madre
- Tiempo de interrupción corto
- Antecedente de lactancia previa
- Técnica correcta
- Apoyo de la familia
- Disposición del niño para “mamar” o adecuada succión
- Bebé menor de 3 meses.
- No uso de tetinas. (2)

BASES FISIOLÓGICAS DE LA LACTANCIA DE LA QUE DEPENDE LA RELACTACION

Una producción de leche en adecuada cantidad, necesita de varios factores, como crecimiento alveolar secretor en la glándula mamaria, secreción de leche por los mismos alvéolos, retiro por el menor o por extracción y fisiológicamente se dará respuesta en base a dos hormonas fundamentales, la prolactina y la oxitocina. (10)

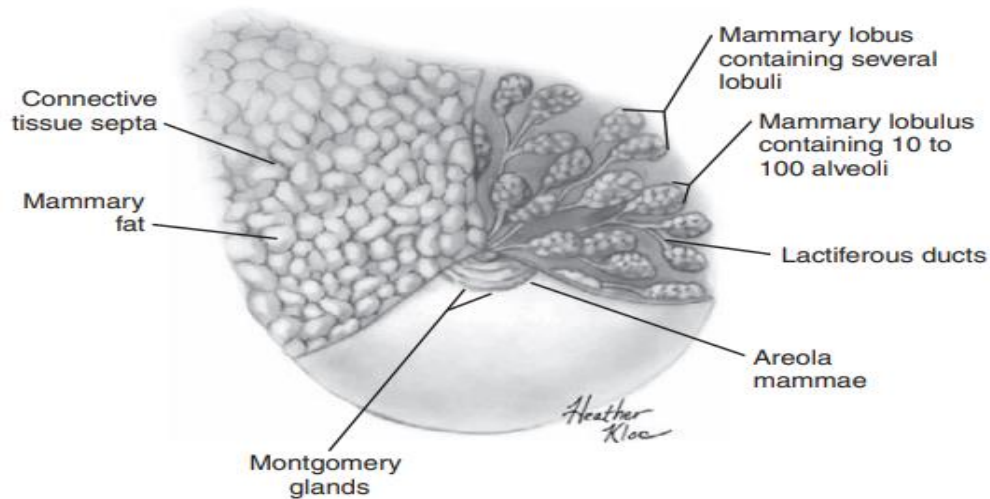


Figura 1. Morfología de la mama madura
 Tomado de Lawrence, R. 2016, Breastfeeding, a guide for a personal medical.

LACTOGÉNESIS

Estadio I.

La lactogénesis empieza en el embarazo con la producción de estrógenos y progesterona, los cuales son secretados por la placenta; las cuales son hormonas esenciales para el desarrollo de las mamas y al mismo tiempo inhiben la secreción de leche, en cambio la hormona prolactina estimula la secreción y su concentración en sangre se eleva desde la quinta semana de embarazo hasta el nacimiento del bebé. (10)

Estadio II.

Comienza con la secreción láctea y ocurre inmediatamente después del parto, ante el descenso brusco de los estrógenos y la progesterona y aumento de los niveles de prolactina. Las mamas comienzan a secretar leche en lugar de calostro, pasando de 30 a 150 ml, hasta alcanzar 200 ml, entre el quinto y sexto día posparto. Esta secreción láctea requiere el estímulo de otras hormonas como son el cortisol, paratiroidea y de insulina, necesarias porque proporcionan sustratos para la formación de leche (aminoácidos, ácidos grasos, glucosa y calcio). Algunos

procesos retrasan la producción de leche como es el caso de la retención placentaria con la liberación de progesterona y la hemorragia posparto. (10)

Estadio III.

Es el estadio en el que se da la galactopoyesis, el establecimiento y mantenimiento de la secreción láctea madura. El mecanismo se inicia con el reflejo de succión del bebé al estimular los receptores sensitivos del pezón, lo que produce un reflejo neural aferente, vía médula espinal al mesencéfalo y de ahí al hipotálamo, desencadenando la secreción de prolactina de la hipófisis anterior y oxitocina de la hipófisis posterior. La prolactina estimula la síntesis y producción de leche y cada vez que la madre amamanta al bebé se produce una oleada, cuya secreción aumenta de 10-20 veces sobre los niveles basales, efecto que dura aproximadamente una hora. La cantidad secretada es proporcional a las veces que se estimula el pezón, además los niveles son mayores por la noche. Por otro lado, la oxitocina estimula la contracción de las células mioepiteliales que cubren los alvéolos, y estimula el vaciamiento hacia los conductos galactóforos y finalmente hacia el pezón. Los fármacos que suprimen la secreción de prolactina son el citrato de clomifeno, la piridoxina, los IMAO y las prostaglandinas. (10)

¿Cuál es la función de la prolactina?

Producida en la hipófisis anterior, juega el papel más importante en el desarrollo alveolar y para la secreción de leche por los mismos. Actúa junto a los estrógenos, progesterona y otras, sin embargo, el porcentaje de importancia recae en más en la prolactina, ya que puede estimular el crecimiento alveolar sin la acción hormonal de las anteriormente mencionadas, se produce por estimulación del pezón. Por medio de impulsos nerviosos, sensitivos, pezón-cerebro haciendo que la hipófisis anterior secrete prolactina. (2)

La prolactina estimula a las células a producir proteínas lácteas y lactosa y con ello se logra secretar leche. Hay diferentes métodos de estimulación del pezón, el principal es la succión del pecho por el niño, luego la extracción manual y la

mecánica. Al haber extracción, esto ayuda a incrementar y mantener la producción, si la leche se mantiene en las glándulas mamarias actúa como mecanismo de retroalimentación haciendo que la presión y la plenitud inhiban la producción posterior de leche. (2)

La leche puede extraerse por la succión del niño o mediante extracción manual o extracción mecánica. De manera que la succión y extracción de la leche, con las cuales incrementan los niveles de prolactina y el retiro de la leche, son los factores claves para la estimulación de la producción láctea tanto para la relactación como para la lactancia inducida. (2)

La extracción de la leche del pecho requiere de la acción de otra hormona, la oxitocina, ésta se produce en la hipófisis posterior, haciendo que las células de músculo liso alrededor de los alvéolos secretorios se contraigan y expriman la leche, es fundamental que haya presencia de leche en el pecho, si hay desarrollo de las células glandulares, es una hormona que ayuda al proceso de lactancia. La acción puede afectarse por el estado emocional de la madre, por lo que es importante mantener una red de apoyo, así como reforzar su confianza para un estado emocional pleno, en el que se facilite el proceso de extracción de leche. (2)

La mejor manera tanto de estimular el pezón como de extraer leche, es por medio de la succión del bebé, entre más tiempo y más número de veces se pegue el lactante, más producción de leche se dará, para una extracción eficaz se necesita de un buen agarre. (2)

¿Qué instrumentos son útiles para la lactancia?

- El sistema de alimentación suplementaria (SNS) tiene un tubo de alimentación delgado y flexible que se fija junto al pezón de la madre para proporcionar a su bebé leche extraída o de fórmula suplementaria mientras ella amamanta.

- Una pezonera puede ser útil para un bebé acostumbrado a tomar la leche del biberón, ya que cubre el pezón de la madre con una tetina artificial. Las pezoneras están diseñadas como una solución a corto plazo, que se utiliza bajo la supervisión de un experto en lactancia materna para garantizar que el bebé tenga un agarre profundo. (Relactación Exclusiva) (2)

Medicamentos:

Galactogogos: es una sustancia o acción que estimula la producción de leche. Si queremos aumentar la producción de leche la succión repetida del pecho será el mejor galactogogo. (2)

Ejemplos:

- Metoclopramida 10mg/8hs
- Sulpirida 50mg/8hs
- Domperidona 20-30mg/6-8hs (2) (10)

No se han encontrado diferencias significativas entre la leche producida durante la relactación o la lactancia inducida y la que se produce en el puerperio, aunque existen pocos estudios. (2)

Pasos para la relactación:

1. Valorar la cantidad total de leche que toma el bebé en 24 horas.
2. Si el bebé solamente toma uno o dos suplementos y la cantidad total no supera los 140ml aproximadamente, podemos hacer una relactación directa.
3. Eliminar los biberones poco a poco.
4. Aumentar la producción de leche
5. Empezar a estimular el pecho con el sacaleches
6. Buscar uno o diversos espacios cómodos y adecuados en el que realizar la estimulación, a ser posible se debería realizar cada dos o tres horas de día y cada cuatro de noche.

7. Un agarre efectivo del bebé al pecho.
8. Eliminar succiones que no sean del pecho: chupetes, biberones, entre otros.
9. Suplementación adecuada: jeringa-dedo, vasito, cuchara, algunos ejemplos.
10. Disminuir la cantidad de leche artificial que el bebé toma (60 ml). (2)

Las relactaciones no son simples ni sencillas, pero se puede conseguir, acudir a un grupo de apoyo a la lactancia y buscar la complicidad de una asesora de lactancia que pueda acompañar todo el proceso, suele ser muy efectivo. (14)

Lo primero que se necesita es confiar y tener paciencia y perseverancia. Es muy importante proporcionar contacto piel con piel con el bebé el mayor tiempo que se pueda. (2)

Es importante controlar la ganancia de peso y la excreción de orina, para asegurar que se está obteniendo suficiente leche. Si no está obteniendo suficiente leche, no reducir el alimento artificial durante unos pocos días y si fuese necesario, aumentar la cantidad de leche artificial durante un día o dos. (2)

Es importante llevar a cabo una evaluación rutinaria simple, puesto que hay ciertas dificultades para el proceso de la relactación por lo que se debe evaluar tanto los factores maternos como los del lactante. (2)

FACTORES RELACIONADOS A LA RELACTACIÓN

Se ha determinado la presencia de 2 partes importantes para la relactación, una madre biológica o adoptiva con deseos de relactar y un niño con suficiente capacidad de estimulación del pezón en últimos estudios se ha visto que una parte fundamental en el proceso de la relactación, resulta ser la red de apoyo por parte del sistema de salud. (2)

Factores relacionados con el bebé: succión, influenciada por disposición para mamar, edad, intervalo de lactancia (desde que se dejó la lactancia), razón por la que se interrumpió la lactancia. (2)

Otros factores importantes: edad gestacional, peso bajo al nacer, alimentación complementaria. (2)

Factores relacionados a la madre: motivación, intervalo de lactación, estado de las mamas, capacidad para la interacción con el lactante, apoyo familiar, comunitario y del personal. (2)

Experiencia previa en la lactación, estado de salud y nutricional: se ha notado que, si el amamantamiento fue interrumpido de manera completa, se encuentran dificultades para la relactación por malas técnicas con el agarre del pecho. (2)

Un niño que es más pequeño, tiene mayor disposición para tomar el pecho, ya que aquellos niños mayores que han utilizado biberones suelen tener menos disposición para retomar la lactancia, se han visto mejores resultados en lactantes cuya edad es menor a 3 meses, es frecuente que aquellos bebés que maman de un pecho que tiene poca cantidad de leche, muestre menos disponibilidad para succionar posterior a las 3 semanas de vida. (2)

El período de tiempo medido de la suspensión de la lactancia, es importante, dado que es más probable que la relactación ocurra, en cuanto más corto es el intervalo de tiempo, influye demasiado la edad del bebé, además, también se debe tomar en cuenta que un bebé que ha sido alimentado con biberón, le resulta más difícil succionar un pecho, aunque todos los lactantes tienen la posibilidad de succionar. (2)

TÉCNICAS DE RELACTACIÓN

La técnica que se lleve a cabo en el proceso de relactación es fundamental para garantizar el éxito parcial o total. (2)

Método “gota a gota” o “chorrear y gotear”, también conocida como “drop and drip” o “caída y goteo”, consiste en amamantar al bebe colocando leche materna o algún sucedáneo de ella por medio de un cuentagotas o taza directamente sobre el pecho de la madre estimulando de esta manera el reflejo de succión del lactante que aún no se encuentra receptivo. (2)



Figura 2. Técnica relactación: Método gota a gota. Tomado de: Alimentación Gota a Gota, Método para recuperar la lactancia, Canadá 2021.

Extracción manual o mecánica; succión suplementaria y finalmente el uso de métodos para aumentar el flujo de leche materna; dentro de ellos se encuentran los métodos naturales o farmacológicos; la extracción es útil en casos donde el lactante se rehúsa a recibir leche materna del pecho o se le dificulta lactar durante un lapso de tiempo, viéndose la madre en la necesidad de estimular la secreción de leche extrayéndola de 8 a 12 veces al día, rango esperado para la alimentación en los primeros días del lactante teniendo en cuenta que entre más frecuente sea la extracción, más precoz será la aparición de leche.(2)(16)



Figura 3. Método con relactador. Tomado de Relactación

2. Antecedentes específicos.

En México, en diversos hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó un estudio donde se reportó que existe un 3% de niños con lactancia materna exclusiva, en niños egresados de unidades de cuidados intensivos neonatales, de pacientes recién nacidos prematuros, y un 64% de alimentación mixta, es decir, leche materna y fórmula, a diferencia de Estados Unidos que reporta hasta 50% de éxito en lactancia materna exclusiva en el mismo grupo de pacientes.

(4)

Por otro lado, se ha investigado la eficacia de la relactación. En animales, se ha reconocido durante muchos años que la estimulación frecuente de las mamas puede resultar en lactación, incluso sin el desarrollo de la glándula mamaria inducido por el embarazo. (15)

En investigaciones con cabras confirmaron que "la aplicación prolongada del estímulo puede inducir el crecimiento mamario y la secreción de leche". En humanos, la fuente de información son aquellas mujeres que han relactado o inducido la lactancia para sus hijos. (15)

Slome et al, en una publicación periódica en 1956, habló sobre la experiencia de 10 abuelas en Natal que relactaron a sus nietos, en el cual no se observó el éxito esperado dada la complejidad del proceso, pero se hace destacable, desde ese momento, la importancia de la capacitación que debía tener el personal de salud para dicho proceso. (15)

Thullen y Thompson describieron la relactación como parte de un tratamiento médico formal. En 1998, Marquis y cols. publicaron que la relactación era un suceso común en una comunidad en Perú. (15).

Una serie de estudios retrospectivos realizados por Auerbach y Avery, en Estados Unidos, describen el uso del método de recuerdo para estudiar cuatro grupos de madres: 174 madres que suspendieron prematuramente la lactancia, 117 mujeres que relactaron a un bebé con bajo peso al nacimiento, 75 que retomaron la lactancia después de haber estado hospitalizados (madre o hijo), 240 mujeres que lactaron a un hijo adoptado (83 de ellas no estuvieron embarazadas, 55 si estuvieron embarazadas, pero no lactaron, y 102 tuvieron antecedente de lactancia). (2)

En Veracruz, se realizó un estudio en el 2012, por el Dr. Rodríguez León, en el IMSS, sobre el abandono de la lactancia en derechohabientes, dónde se reportó, que de 130 pacientes, 103 abandonaron la lactancia antes de los seis meses, 27 completaron hasta el sexto mes, la escolaridad fue bachillerato 55.6 %; el 93.1 % cuentan con una pareja estable y el nivel socioeconómico en el 54.6 % de las familias fue bajo, se encontró que el 56.92 % de los casos eran primigestas, las familias nucleares representaron el 50.8 %, la fase de independencia 58.5%, en el 83 % de los casos se llevó un control prenatal adecuado, solo el 66.9 % de los embarazos fueron planeados, el 63.8 % de estos finalizaron por cesárea. El 90.8% de las pacientes iniciaron la lactancia antes de la primera hora posterior al parto. (17)

Es importante mencionar que en el estudio realizado en Veracruz sólo el 31.5 % de las madres recibieron orientación sobre la lactancia durante el embarazo, el 72.3 % de las madres tuvo un grado de información alto sobre la lactancia. (17)

Resultó que la influencia en la educación materna respecto a la lactancia es importante, las pacientes que abandonaron la lactancia no tuvieron una adecuada capacitación por el personal de salud a cargo con un $p = 0.036$. El principal factor que se encontró en el estudio que se realizó, es el bajo de conocimiento sobre lactancia de madres, que influye fuertemente sobre la decisión de abandonar la lactancia una vez que dan a luz. Se consideró la implementación de técnicas, para mejorar la capacitación de las pacientes. (17)

En relación a la producción de leche Kleinman et al. (Argentina, 2017), observaron que aquellas madres que no estuvieron embarazadas no produjeron calostro. Y que alrededor de los primeros 5 días de la lactancia, la leche de estas mujeres fue similar a la leche de transición y madura en cuanto a su contenido de proteínas totales, alfa-lacto albúmina, e Inmunoglobulina A. (2)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de las madres que empiezan a relactar pueden producir gotas de leche materna en una semana y aproximadamente el 50% pueden amamantar exclusivamente en un mes. (2)

Las tasas de éxito suelen ser un poco más alto en los lactantes más pequeños (generalmente menores de 4 meses), así como en aquellos que han sido amamantados previamente, en aquellos lactantes que nunca han sido amamantados o que las madres no estuvieron embarazadas el tiempo puede ser variable. Se dice que una madre con lactancia inducida puede producir entre el 25 y 75% de las necesidades nutricionales del bebé. (13)

La relactación puede llevar mucho tiempo y ser difícil a veces, pero es posible con el apoyo adecuado. (2)

TIEMPO PARA QUE SE PRODUZCA LA LECHE MATERNA

El tiempo necesario para iniciar la producción de leche materna es muy variable, va desde unos pocos días hasta unas semanas, y es difícil de predecir. Algunas mujeres no alcanzan a producir suficiente leche para establecer o reestablecer la alimentación exclusiva al pecho, pero otras consiguen un suministro completo en pocos días. (2)

Algunos autores informan que la relactación ocurre precozmente en madres que han dejado de lactar recientemente o que aún lactan a veces, pero no siempre ocurre así. (2)

Las mujeres que no han amamantado durante mucho tiempo se han tardado entre 4 y 6 semanas en lograr producir cantidades significativas, aunque en ellas a veces también aparece leche en pocos días. Seema y cols. observaron que la primera leche apareció entre el 2º y el 6º día; la relactación parcial se estableció en 4 a 28 días, y la relactación completa en 7 a 60 días. Abejide y cols. estudiaron casos de lactancia adoptiva, encontraron que la leche apareció entre el 4º y el 7º día, la lactancia parcial se alcanzó entre los días 11 al 18, y la lactancia exclusiva del día 21 al 25. (2)

En Bogotá, Bohorquez, M., realizó una revisión que incluyó estudios que reportaran el éxito en relactancia durante el periodo de 1990 a 2019. Las variables estudiadas fueron, sociodemográficas y aquellas relacionadas con la nutrición y prácticas de alimentación de la madre y el lactante. Se eligieron trece artículos, de estos, siete estudios fueron estudios de cohorte prospectivos, tres reportes de caso, dos series de casos y un ensayo controlado aleatorizado. Se concluyó que la práctica de la lactancia materna puede reestablecerse por medio de la relactación; tomando en cuenta la motivación de la madre, técnica de relactación empleada y un fuerte apoyo por parte de los centros de salud. (16)

Una revisión narrativa se realizó en las bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, Cinahl, Cuiden, Web of Science, Scopus, Dialnet, Medes y Enfispo. Se seleccionaron 19 artículos entre 2006 y 2016 en lengua inglesa y portuguesa, relacionados con el proceso de relactación o lactancia inducida. Después de realizar el análisis de los artículos seleccionados se comprobó que los procesos de relactación y lactancia inducida pueden llevarse a cabo de manera satisfactoria en la mayoría de los casos. Los factores determinantes para ello fueron una buena instrucción y motivación por parte de los profesionales sanitarios, el apoyo de los familiares y seres queridos (en especial de la pareja), la buena realización de los métodos no farmacológicos, la utilización de los suplementadores de lactancia y la prescripción de un tratamiento farmacológico. (8)

Planteamiento del problema.

A nivel internacional, la tasa de lactancia exclusiva, es baja. En 1981, se publicó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, que en México, únicamente emite recomendaciones, sin ser de carácter obligatorio, sin embargo: La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 y la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 señalan que la lactancia materna en nuestro país es baja, sin embargo ha tenido un alza durante los últimos 6 años, ya que en el estudio de 2022, se alcanzó un porcentaje de hasta 33%, sin embargo, aun con una tasa de éxito debajo del promedio la cual se encuentra en 60%.

Existen estudios donde se encontró que la lactancia materna tiene importantes repercusiones en la salud actual y futura de los lactantes, mejora la saturación y previene enfermedades crónicas, por otro lado, existen riesgos inherentes al uso de la fórmula, por lo que es importante fomentar la lactancia desde el embarazo.

Se ha visto que existen riesgos al no amantar como alteraciones en la cavidad oral, sobre todo por uso de chupones, existen riesgo de deglución atípica, respiración bucal, disfunción masticatoria, dificultad del fono, alteraciones de la postura corporal y más.

Actualmente algunas de las razones por las que se interrumpe la lactancia materna es por la gran difusión de fórmulas lácteas por parte de la industria, disponibilidad de biberones, la incorporación al trabajo, el mal manejo de las dificultades durante la lactancia, la presión social y la separación madre-hijo. Muchos de los lactantes interrumpen la lactancia en las primeras semanas o meses, y con ello se incrementa el riesgo de enfermedad, malnutrición y muerte, muchos de estos, en ocasiones ameritando manejo hospitalario, lo cual resulta con varios factores de riesgo para su interrupción a nivel hospitalaria, dado la falta de capacitación por parte del personal de salud, así como la poca infraestructura que se tiene a este nivel para

contar con lugares en los cuales se pueda desarrollar en óptimas condiciones la lactancia materna.

La lactancia materna interrumpida, recientemente o en el pasado, se puede volver a iniciar con la producción de leche, la relactación es el proceso por el cual se estimula la producción de leche humana, seguida a la cesación o disminución muy significativa en la síntesis, ya sea porque la lactancia ha sido suspendida total o parcialmente. En cambio, la lactancia inducida es aquel proceso por el cual muchas de las mujeres que relactan pueden producir suficiente leche para amamantar un lactante de forma exclusiva. Tanto una mujer que nunca ha estado embarazada como aquella que no puede lograr la lactancia adecuada.

Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las determinantes que influyen en retomar la lactancia materna, posterior al uso de fórmulas lácteas durante la estancia hospitalaria en el Hospital para el Niño Poblano?

Objetivos.

1. Objetivo General.

Determinar la incidencia y definir los factores que resultan determinantes para lograr una relactación en pacientes egresados del Hospital para el Niño Poblano en un periodo de tiempo comprendido entre el 01 de marzo del 2021 al 28 de febrero del 2023.

2. Objetivos Específicos

- a) Determinar el porcentaje de relactancia, posterior al egreso hospitalario
- b) Identificar las características, tanto maternas como pediátricas, que influyen en retomar la lactancia materna.
- c) Caracterizar la relación laboral, sociodemográfica y nutricional de los casos en los que se retoma la lactancia y en los que no fue posible retomarla.

Materiales y métodos.

Se realizó un estudio descriptivo y observacional con pacientes entre 1 día de vida y 6 meses de edad, en un periodo comprendido entre el 01 de marzo del 2021 al 28 de febrero del 2023, que hayan cursado con una hospitalización, en el Hospital para el Niño Poblano, en la cual se suspendió la lactancia materna.

Se trata de un estudio observacional, cualitativo, descriptivo, transversal, prospectivo, homodérmico y unicéntrico; tomando una muestra conveniente, determinística, no aleatorizada, determinada por el número de pacientes que resulten ingresados en los diferentes servicios del hospital en el periodo de tiempo previamente descrito y que hayan tenido seguimiento 2 meses posterior a su egreso.

Se incluyó una población total de 61 pacientes pediátricos, quienes cuentan con expediente en el Hospital para el Niño Poblano; estos pacientes se alimentaron con leche materna previamente, o cursaron con alguna patología que haya ameritado ayuno desde su nacimiento, y cuya hospitalización haya sido motivo de la suspensión de dicha alimentación, y/o cambio por alimentación con sucedáneo de leche materna, y que posterior a 2 meses de egreso, se hayan encontrado nuevamente alimentados con lactancia materna.

Se realizó seguimiento mediante contacto telefónico de pacientes que cuentan con expediente en la base de datos del hospital, donde se recabaron todas las variantes asociadas a nuestro estudio (sexo, edad, diagnóstico y área de ingreso, lugar de origen, edad de la madre, edad gestacional, peso al nacimiento, clasificación del mismo, ocupación y escolaridad de la madre, así como características del control prenatal, en dicha entrevista telefónica, se realizó un interrogatorio donde se recabaron los datos asociados a la relactación (la alimentación previa a la hospitalización, o en su defecto la condición congénita por la que se encontró en ayuno, el tiempo que se suspendió la lactancia, el motivo de la suspensión, así como

las características totalmente relacionadas con la relactación, si la madre quería relactar o no, y si contó con apoyo o capacitaciones por parte del personal de salud).

De cumplir con las características: “alimentación al seno materno, hospitalización con interrupción de la vía enteral y/o alimentación enteral con sucedáneos de la leche materna, egreso mayor a dos meses, y posterior alimentación con leche materna” se tomó en cuenta por cumplir con criterios de elegibilidad y se dio seguimiento telefónico a dicho paciente.

Se aplicó un cuestionario telefónico con entrevista directa semi-estructurada, a los tutores sobre las características de la alimentación con lactancia materna previo al ingreso, las características del ingreso hospitalario, las técnicas empleadas durante el ingreso para el mantenimiento de la producción láctea y el proceso de retomar la lactancia materna a dos meses posteriores a su egreso.

Posterior a la aplicación de dichos cuestionarios enfatizando el proceso que llevaron para retomar la lactancia materna, se recabaron los datos y se vaciaron en un documento de Excel, tratando de identificar aquellos factores que sí influyeron en tener éxito en el proceso de la relactación, al tener el 100% de la muestra poblacional se revisó la base de datos y se procedió a analizar la información.

Criterios de selección.

De selección:

- Pacientes pediátricos cuya hospitalización se haya dado entre su día 1 de vida y 6 meses de edad
- Lactantes cuya alimentación previa a su internamiento se basara en Lactancia Materna Exclusiva o hayan permanecido en ayuno desde su nacimiento.

- Pacientes en cuya hospitalización hayan sido alimentados con un sucedáneo de leche materna
- Pacientes captados 2 meses posterior a su egreso quienes ya se encontraran con alimentación enteral.
- Pacientes hospitalizados en el Hospital para el Niño Poblano.

De eliminación:

- Lactantes cuyas madres tengan contraindicación médica para retomar o continuar con lactancia materna
- Pacientes cuya causa de internamiento determine finalmente contraindicación de lactancia materna
- Aquellos que por cualquier causa no hayan respondido en 3 ocasiones al llamado telefónico para seguimiento.

De exclusión:

- No se cuentan con criterios de exclusión.

Aspectos éticos.

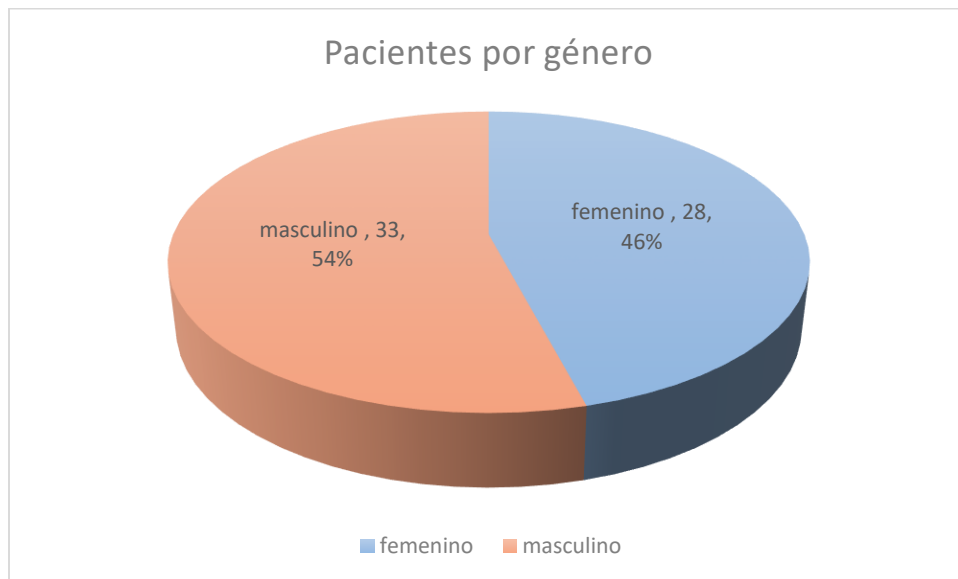
No representó ninguna exposición directa de los pacientes a algún procedimiento. La confidencialidad del paciente se mantiene, tomando en cuenta los códigos institucionales y protocolos del Hospital para el Niño Poblano, basado también en la Ley General de Salud, reglamento en Materia de Investigación para la Salud

No es necesaria la firma de consentimiento informado. No existe conflicto de intereses y se cuenta con el permiso de la institución para recolectar los datos.

Resultados

El número de pacientes hospitalizados, en el Hospital para el Niño Poblano, mostrando el género de los mismos, que cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio.

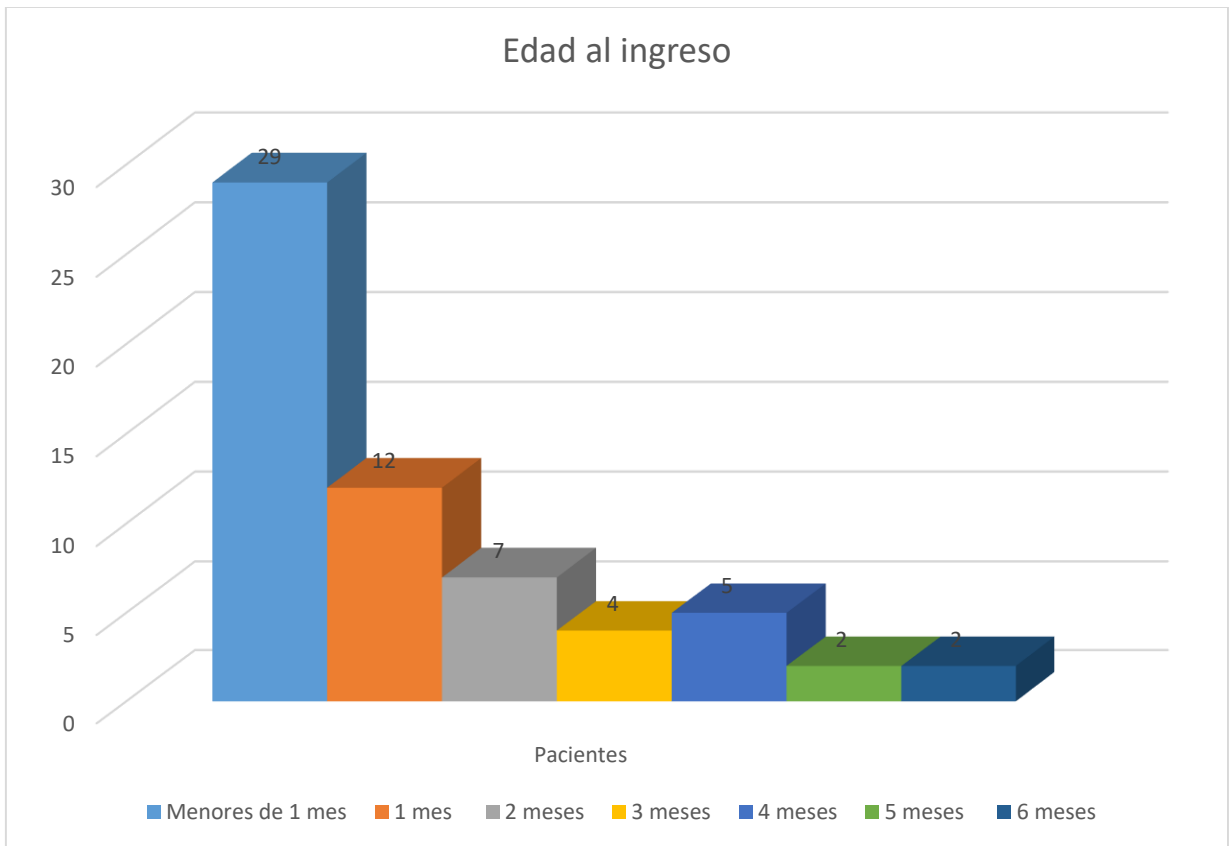
Grafica 1. Género de los pacientes con criterios de inclusión en estudio



De acuerdo a la gráfica anterior, podemos observar que hay un mayor número de pacientes ingresados al Hospital para el Niño Poblano del género masculino, con una frecuencia de 33 pacientes masculinos, que representan un 54% de la muestra.

Para este estudio se tomaron en cuenta pacientes desde recién nacidos, hasta 6 meses de edad cumplidos, aquellos en los que idealmente deberían tener lactancia materna exclusiva; a continuación, se muestra en una gráfica de barras, la división por edades, describiendo los primeros 6 meses de edad.

Gráfica 2. Edad al ingreso a Hospitalización



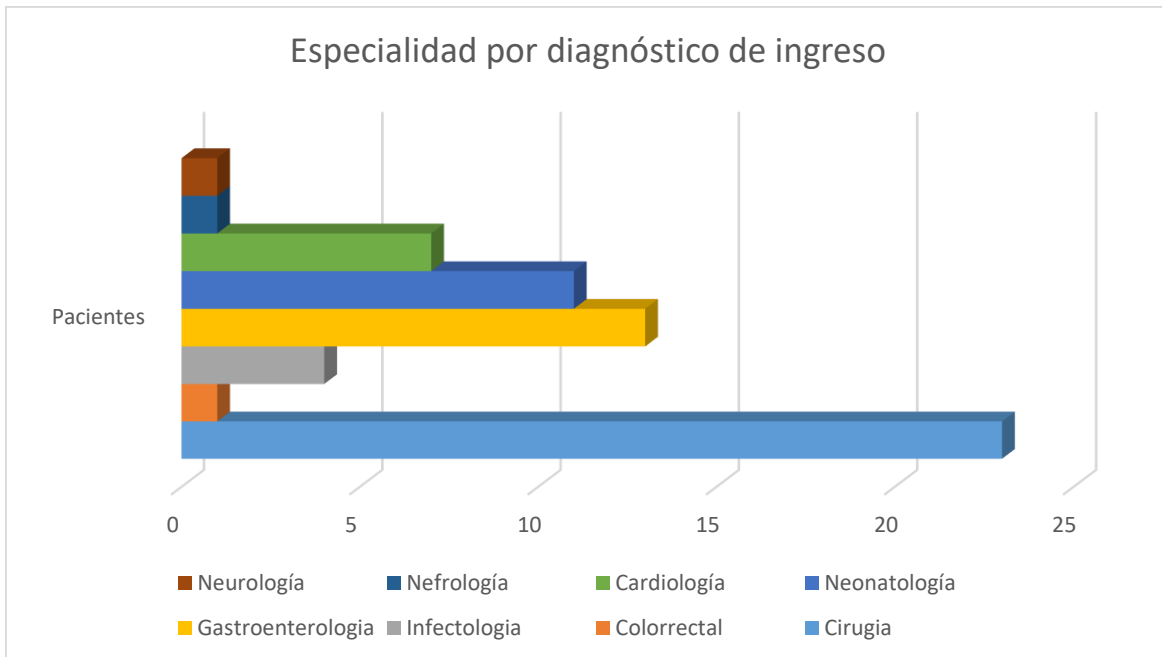
En dicha gráfica, podemos observar que fue más frecuente la hospitalización de pacientes menores de 1 mes, con un porcentaje del 47.5%, con lo que podríamos determinar que un origen importante de dichas hospitalizaciones está determinado por patologías congénitas.

Respecto a la evaluación, como tal de relactación, se interrogó a las madres, respecto a la alimentación inicial que tenían los lactantes, antes de la hospitalización, posteriormente cuanto tiempo se suspendió la lactancia, y con qué retomaron la alimentación del menor, se describe en la siguiente tabla, las características de la alimentación previa y cuántos se alimentaron con seno materno posterior a la hospitalización.

Alimentación previa a la hospitalización	Número de pacientes		Alimentación posterior al internamiento	Número de pacientes	
Seno materno exclusivo	29	47.54%	Seno materno	17	27.86%
			Sucedáneo de leche	12	19.67%
Seno materno complementado con sucedáneo de leche	9	14.75%	Seno materno	3	4.91%
			Sucedáneo de leche	6	9.83%
Sucedáneo de leche	7	11.4%	Seno materno	2	3.27%
			Sucedáneo de leche	5	8.19%
Ayuno desde el nacimiento	16	26.22%	Seno materno exclusivo	5	8.19%
			Seno materno + sucedáneo	1	1.63%
			Sucedáneo de leche	10	16.39%
Total	61	100%		61	100%

Dado que el Hospital para el Niño Poblano, es un hospital de tercer nivel y de concentración, se tomará en cuenta también las especialidades que forman parte de las patologías más comunes por las que los menores de 6 meses, ameritan hospitalización.

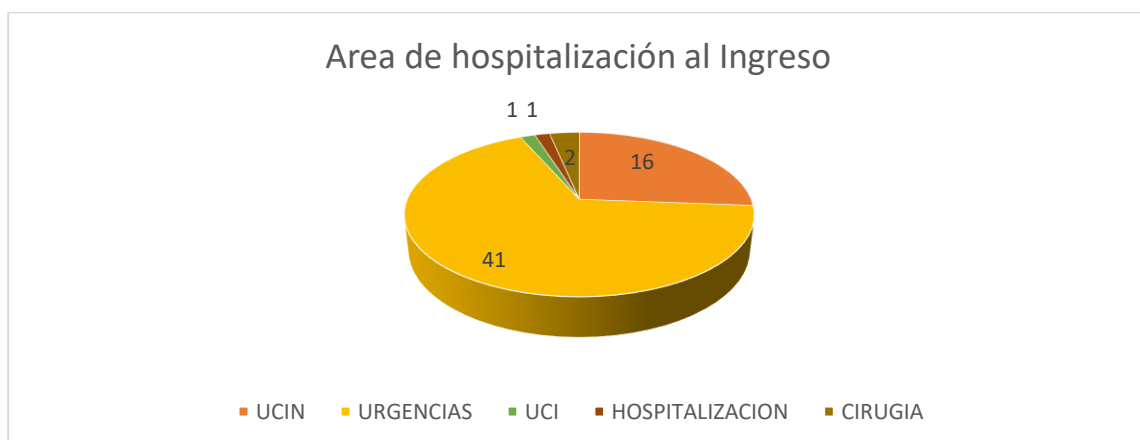
Gráfica 3. Especialidad a la que corresponde el Diagnóstico de ingreso



En ésta, es de remarcarse, que aquella especialidad en la que más pacientes se encontraron, fue en cirugía, por lo que podemos determinar que las patologías con mayor incidencia que ameritan hospitalización y/o suspensión de la alimentación, son aquellas de corrección quirúrgica.

De acuerdo a la patología que amerita ingreso, al ser un hospital de tercer nivel se cuenta con varias áreas en la cual los menores pueden estar ingresados para manejo y tratamiento, las cuales se describen en la siguiente gráfica.

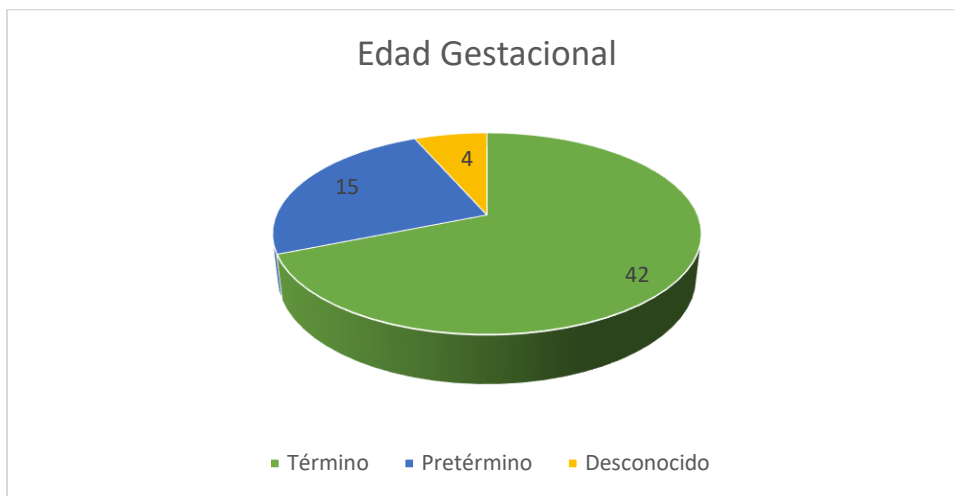
Gráfica 4. Área en la que se recibe a los pacientes al momento del ingreso



En esta tabla, se puede observar que la mayoría de los pacientes, son ingresados al área de urgencias.

Otros factores importantes relacionados a la relactación son la edad gestacional y el bajo peso al nacer, respecto a la edad gestacional se ha dado más oportunidad al apego con los recién nacidos de bajo peso o prematuros, mismas características que se graficarán en el apartado siguiente.

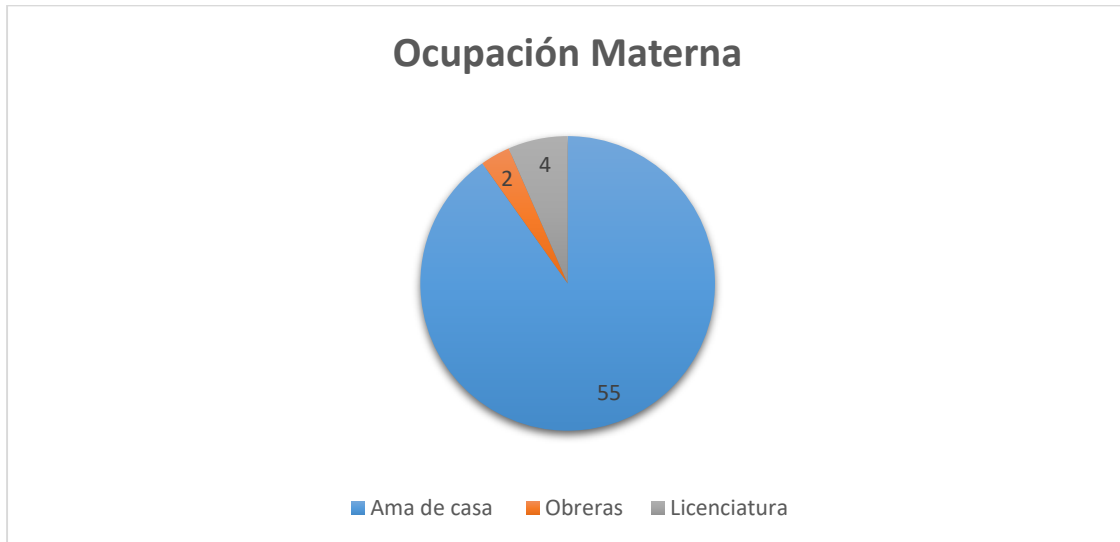
Gráfica 5. Evaluación de la edad gestacional de los pacientes al momento del ingreso.



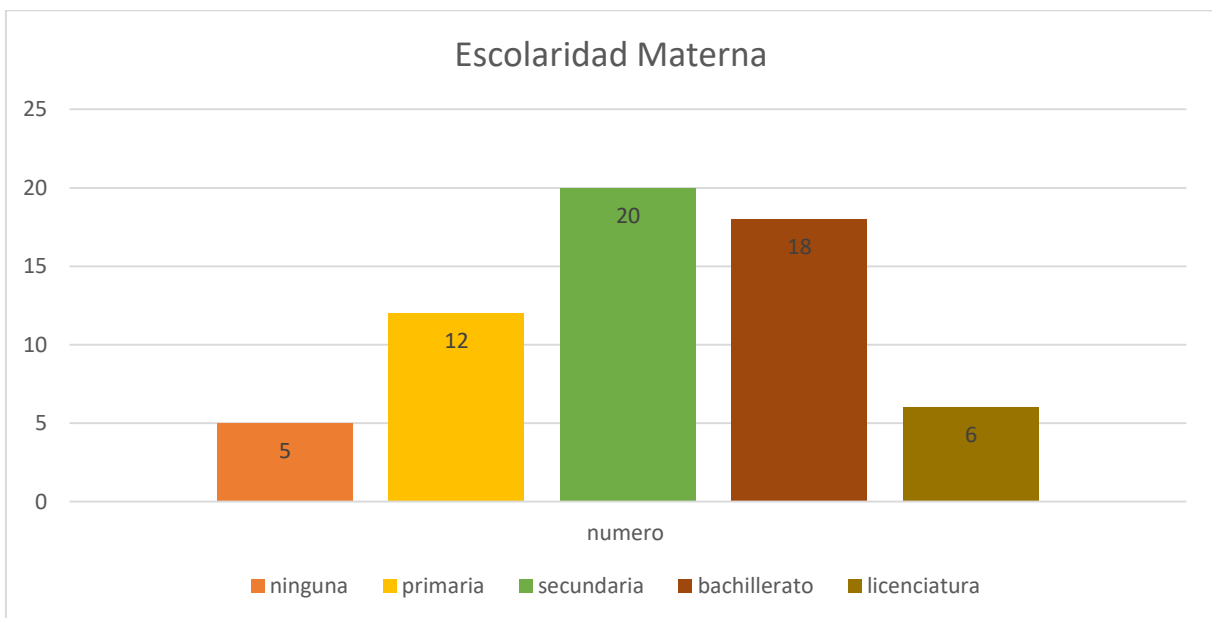
Gráfica 6. Evaluación del peso al nacimiento y su clasificación, al momento del ingreso.



Gráfica 7. Ocupación materna de los pacientes hospitalizados



Gráfica 8. Escolaridad materna de los pacientes hospitalizados



En la gráfica anterior se puede observar que la mayoría de las madres de los pacientes incluidos en este estudio, contaban con una escolaridad hasta nivel básico (60.65%) que puede verse ampliamente relacionado con la ocupación, siendo en el 90.1%, amas de casa, por lo que generalmente son estas madres las que más están apegadas a la lactancia materna.

Discusión

La presente investigación se basó en la importancia que tiene la alimentación con lactancia materna como ya se mencionó previamente, dicha importancia radica en dar prioridad a que se asegure en todos los servicios de maternidad y atención infantil en los establecimientos de salud y en la comunidad, para que se brinde un apoyo por parte de la comunidad para establecer la lactancia materna.

Es importante determinar el éxito de relactación en el Hospital para el Niño Poblano, ya que cuenta con factores negativos en cuanto a ser un servicio amigable a la maternidad y la atención infantil, además un factor de riesgo muy determinante con el cual, la incidencia de relactación se espera sea bajo en este estudio se debe a que, al ser un hospital de tercer nivel, se encuentran patologías en las que puede resultar controversial el uso de lactancia materna.

Según la literatura mexicana, en la última encuesta de salud y nutrición (ENSANUT 2022), se señala que la lactancia en nuestro país es baja, aunque durante los últimos 6 años, ha mostrado un aumento, con un 33%, aun quedando debajo de los estándares internacionales puntuados en 60%, en nuestro hospital, el número de pacientes hospitalizados cuya alimentación previa se basaba en lactancia materna exclusiva, representa el 47.54%, quedando por arriba de la media nacional. Así mismo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se reporta un éxito de lactancia realmente bajo reportado solo en el 3%, y de alimentación mixta en el 64%, en nuestro hospital reportado solo en el 14.7%.

Respecto a las características pediátricas que influyen en retomar la lactancia materna, un estudio realizado en Estados Unidos por Auerbach y Avery, tomó en cuenta cuatro grupos de madres, en los cuales reporta 117 mujeres que lactaron a un niño con bajo peso al nacer, de ellas solo 75 reanudaron la lactancia, lo que representa el 17.7%, en nuestro estudio, la incidencia de pacientes con bajo peso representa solamente el 21.3% y la mayor parte de este mismo está dado por pacientes con un adecuado peso para la edad gestacional. Aunque no se tienen estudios completos, últimamente ha estudiado la posibilidad de relactación en los

recién nacidos según la edad gestación, dando más oportunidad al apego con los recién nacidos de bajo peso o prematuros, por lo que ahora se ha fomentado el contacto materno para alimentación precoz en recién nacidos de 32 SDG y 1.3 kg, en cuanto a los resultados aquellos pacientes con bajo peso para la edad gestacional se incluyen 13 pacientes, de los cuales solo 5 recién nacidos pudieron retomar la alimentación con seno materno, dando un porcentaje del 38.4%, a su vez, de estos mismos 3 cumplían con la característica de ser prematuros entre 31, 34 y 36 semanas de gestación, y de ellos solo uno tuvo éxito en su proceso de relactación representando solo el 1.6%.

En cambio, en los niños con adecuado peso para la edad gestacional se incluyen 4 pacientes (6.55%), de los cuales solo 2 recién nacidos obtuvieron un índice de relactación positivo, dando un porcentaje de 3.27%, como dato relevante, en este grupo de estudio todos tienen la característica de ser pacientes prematuros entre 34 y 36 SDG con peso adecuado para la edad gestacional.

En cuanto a los recién nacidos de término también se pueden diferenciar los niños con peso adecuado y con peso bajo para la edad gestacional, resultados que se muestran a continuación:

Grupo 1: recién nacidos a término y con peso bajo para la edad gestacional, dentro de éste se incluyen 10 pacientes que representa el 16.39%, de estos solo 4 pacientes continuaron siendo alimentados con seno materno posterior al episodio de hospitalización lo cual representa 6.55%.

Grupo 2: recién nacidos a término y con peso adecuado a la edad gestacional, dentro de éste se incluyen 13 pacientes que representa el 21.31%, de los cuales el 100% de ellos retomaron el seno materno, representando el 21.31% para el total del estudio.

Es importante resaltar un grupo pequeño pero importante en este grupo de estudio, el cual toma en cuenta a los pacientes con peso grande para la edad gestacional, en la cual solo se encuentran 2 pacientes que representan el 6.55%, ambos niños resultaron dos pacientes de edad gestacional de 38 SDG.

Cabe resaltar que las patologías por las que dichos recién nacidos ameritaron hospitalización fue Atresia de Vías Biliares y Trastornos metabólicos de tipo Hipoglicemia del recién nacido, en donde los resultados obtenidos tienen un índice de relactación del 0%, puesto que ambos menores posterior a su egreso a domicilio, se alimentaron con sucedáneos de leche materna, resaltando que el tiempo de suspensión de la lactancia es relativamente bajo con 7 y 10 días respectivamente, siendo los motivos del resultado negativo completamente dependientes de la madre ya sea por características relacionadas con el bebé y motivos personales de la mamá.

Según Rodríguez en Veracruz 2012, se estudia un grupo de madres y su relación a la relactación, en éste se menciona que el tiempo mínimo establecido para la lactancia es de 6 meses y que las madres representaron en cuanto a su escolaridad el 55.6% con bachillerato, siendo en nuestro medio solo el 29.5% lo que representa este grado académico, solo el 9.8% representa aquellas madres que cuentan con educación licenciatura, y el 8.1% se encuentran en analfabetismo, en nuestro hospital, el 60.6% de las madres cumplen con la escolaridad de nivel básico, lo cual se ve ampliamente relacionado con la ocupación de dichas madres, ya que el 90.1% se dedican completamente a las labores del hogar con dedicación a la alimentación de los lactantes de manera completa.

Conclusiones

1. La mayoría de los pacientes que ameritaron hospitalización, cursan con una edad entre Recién Nacidos de horas de vida, hasta el mes de edad y cursan con diferentes patologías, siendo aquellas de características quirúrgicas la que presenta mayor porcentaje en este hospital, siendo el servicio de Cirugía el que tiene más pacientes en los que se suspende la alimentación y posteriormente ameritan seguimiento por parte de la consulta de gastroenterología, entre las más comunes los pacientes Recién Nacidos con malformaciones congénitas, tipo Atresia esofágica, Atresia Intestinal, Atresia duodenal y Malrotaciones intestinales.
2. El mayor número de pacientes en los que se presentó el proceso de relactación, abarca a los recién nacidos de término y con peso adecuado para la edad gestacional en los cuales se obtiene un índice de relactación del 21.3%, adaptados totalmente al seno materno.
3. Se tiene una muestra total de 61 pacientes, en los que el número total de pacientes que se alimentaban previamente al seno materno representa el 62.2%, tomando en cuenta para la incidencia de relactación pacientes alimentados de todo tipo previo a la hospitalización y aquellos en los que ya sea que no se haya podido iniciar la alimentación al momento del nacimiento por malformaciones congénitas y aquellos que por motivos externos se alimentaban por sucedáneos de leche, con un total de 28 pacientes quienes en la consulta externa de gastroenterología en entrevista directa, mencionan alimentarse con seno materno, lo que representa un 45.9%
4. En general se concluye que, en el Hospital para el Niño Poblano, se tiene un incidencia de relactación más alta de la esperada dadas las patologías presentadas en un hospital de tercer nivel, que si bien, no es un porcentaje completamente alto, resulto ser más alto del esperado dadas las condiciones de los pacientes incluidos en este estudio, pues se encuentra cercano al 50% de la población muestra.

Referencias.

1. Asociación Balear A., CONSULTAS Y AYUDA A LA LACTANCIA MATERNA, Portal Salud 2021, Citado el 12 de agosto de 2021, obtenido de: <http://portalsalut.caib.es>
2. Organización A, De M, et al. REACTACION. Revisión de la experiencia y recomendaciones para la practica de la Salud y Desarrollo del Niño
3. De L, Ferrer A., PEDIATRÍA INTEGRAL Introducción Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. *Pediatría Integr.* 2015;XIX(4):243–50.
4. Materna L, El E. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC NIÑO CON ENFERMEDAD DONACIÓN DE LECHE HUMANA Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: GPC-IMSS-704-18.
5. Brahm, P., Valdés V., The Benefits of breastfeeding and associated risks of replacement with baby formulas. 2017;88(1):7–14.
6. Yeny LY, Yeny Y, Carrasco C, Ramirez M, Yeny L, Licda C, et al. Lactancia Materna Exclusiva.
7. Asociación Española de Pediatría, Lactancia Materna: guía para profesional No. 5, Comité de Lactancia Materna, España 2004.
8. García, P., LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES ESPECIALES: REACTACION Y LACTANCIA INDUCIDA. Madrid, España (2016)
9. Asociación, la Liga Internacional de la Leche et al, Reactación. citado el 9 de agosto 2021, obtenido de: <https://www.lili.org/informacion-sobre-la-lactancia-materna-de-la-a-a-la-z/reactación/>
10. Aguilar, M., Fernández, M., Lactancia Materna Exclusiva. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, (2007); 50 (4).
11. Asociación Alba, Cómo reactivar: pasar de lactancia artificial o mixta a lactancia materna exclusiva. citado el 9 de agosto 2021, disponible en: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/como-reactar-pasar-de-lactancia-artificial-o-mixta-a-lactancia-materna-exclusiva/>

12. Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de México, SALAS DE LACTANCIA Y LACTARIOS HOSPITALARIOS, Estado de México, 2023, citado el 12 de noviembre de 2023, tomado de: https://salud.edomex.gob.mx/salud/salas_lactarios.
13. World Health Organization. Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals. (2009); 2.
14. Lawrence, R., LA LACTANCIA MATERNA. Editorial Doyma S. A., (1996) Madrid.
15. Ruiz, L. LACTANCIA MATERNA: FISILOGIA Y PATOLOGIA. Instituto Catalán de Salud (2016) España.
16. Bohórquez M. LA RELACTANCIA, UNA ALTERNATIVA EFECTIVA PARA RECUPERAR LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS MENORES DE 6 MESES. (2019), Bogotá.
17. Rodríguez, L., Reséndiz, D., Fuentes, Y., Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres derechohabientes de la ciudad de Córdoba Veracruz. (2014) México.
18. Molina, L., del Pilar, M., Hidalgo, M., RELACTACIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, Granada.
19. Lawrence, R., Lawrence, R., BREASTFEEDING A guide for they medical profession, Elsevier 2016.
20. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022, Instituto Nacional de Salud Pública.
21. Organización Panamericana de la Salud, La iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades, 2016.
22. Secretaría de Salud, Consejo de Salubridad General., NOM-050-SSA2-2018, PARA EL FOMENTO, PROTECCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA, Secretaría de Gobernación, DOF 2018.