

# Relactación

## Relactation

Elvia Irene Badell Madrid

### RESUMEN

*La relactación o inducción a lactancia es una práctica excepcional, posible para cualquier madre sustituta, adoptiva, homosexual femenino o masculino o trans quien desee alimentar a su hijo con leche humana; si está adecuadamente motivada. Tiene ventajas nutricionales para el niño, también mejora la relación de ambos. La estimulación por succión directa, frecuente del pecho por el niño, día y noche, es clave para lograrlo; muchos niños están dispuestos a mamar de una vez, al sentir el pecho, otros hay que ayudarlos a iniciar la succión.*

*El apoyo continuo, la orientación en lactancia a la madre por el pediatra entrenado, enseñar a la familia y amigos a apoyarla, contribuye en el logro de esta práctica. La edad de la madre, del bebé, la paridad, la experiencia de amamantamiento previo, el intervalo de*

*lactancia de ambos, son factores menos importantes, que el estímulo del pecho y la motivación materna.*

*En caso de no producción de leche, dos semanas después de haber iniciado la relactación o inducción a lactancia, considerar uso de lactogogos, de efectividad no comprobada y uso no rutinario. En ningún caso estos fármacos reemplazan la succión del niño, la motivación y el apoyo materno en la producción de leche.*

*Debe vigilarse la ganancia de peso del bebé para certificar la producción de leche. A medida que esta aumenta disminuir el suplemento, sin embargo, en ocasiones el suplemento de leche se mantiene hasta iniciar la alimentación complementaria.*

**Palabras clave:** *Relactación, lactancia inducida, colecho, piel con piel, lactancia y adopción, homosexualidad, transgénero.*

### SUMMARY

*Relactation and breastfeeding induction is an exceptional practice, possible for any woman, surrogate mother, adoptive mother, female or male homosexual, or trans who wish to feed her child with human milk; if properly motivated, it has nutritional advantages for the child and it improves the relationship between both the mother and the child. Stimulation by direct, frequent suction of the chest by the child, day and night, is key to achieving this; many children are willing to suckle at once when feeling the breast, others require help to start sucking. The continuous support, the orientation in relactation and relactation induction to the mother by a trained pediatrician, as*

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.s3.17>

ORCID 0000-0002-4672-1087

Pediatra de CPI Dr. Carlos Hernández Acosta.  
Colaborador docente de la cátedra de Pediatría del Hospital de Niños JM de los Ríos, Escuela de Medicina José María Vargas, UCV. Invitado de Cortesía de la ANM.  
Tel: 0414-3850342  
E-mail: elvirenebadell@hotmail.com

**Recibido: 16 de agosto 2021**

**Aceptado: 6 de septiembre 2021**

*well as teaching the family and friends to support her, contributes to the achievement of this practice. The age of the mother, the baby, parity, the experience of the previous breastfeeding, the lactation interval of both, are less important factors than breast stimulation and maternal motivation.*

*In case of non-production of milk, two weeks after having started the relationship or induction to lactation, consider the use of lactogogos, of unproven effectiveness and non-routine use. In no case do these drugs replace the child's suction, motivation, and maternal support in milk production.*

*The baby's weight gain should be monitored to certify milk production. As these increases to decrease the supplement, however sometimes the milk supplement is maintained until the complementary feeding starts.*

**Keywords:** *Relactation, lactation induction, co-sleeping, skin-to-skin, lactation and adoption, homosexuality, trans.*

## INTRODUCCIÓN

La relactación y la lactancia inducida, son excelentes prácticas poco usadas entre las madres sin éxito en la lactancia, en madres adoptivas, sustitutas o en casos de homosexualidad y transgénero (1). Estas pueden ser muy útiles al pediatra para establecer o reestablecer la lactancia, en algunos casos lograr lactancia exclusiva. Son de invaluable valor en países subdesarrollados donde resultan la clave, para salvar muchas vidas (2-4).

Existe evidencia científica que apoya su efectividad, por lo que urge su incorporación sin demora y con más empeño a la alimentación del lactante y niño pequeño en emergencia (ALNPE) (5).

Actualmente en países subdesarrollados, vulnerables a la desnutrición, mortalidad por enfermedades infecciosas (diarreas, neumonías) (6) que sufren el impacto negativo global de la pandemia de la COVID-19, nos hace entender a los pediatras que: “La lactancia humana, se crece en importancia para la alimentación de los primeros 1 000 días de vida de nuestros niños, a partir de la primera hora de nacido (3,7).

La lactancia puede interrumpirse temporalmente por múltiples causas, algunas dependen de la madre otras del bebé; no obstante, la

madre puede reestablecer la lactancia parcial o totalmente e inclusive lograr lactancia exclusiva; esto es relactación (2,3).

Mujeres quienes adoptan o son madres sustitutas (8), con homosexualidad femenina (9) o masculina, transgénero (1), sin embarazo previo (10), son capaces de inducir la lactancia y ofrecer leche humana a su bebé en cantidad suficiente, con menos frecuencia, de forma exclusiva (7), esto es lactancia inducida (6). En todos los casos la madre produce leche de calidad óptima con todos los tipos de leche, excepto calostro (11,12).

Para lograr la relactación o la lactancia inducida, la estimulación del pezón por la succión directa de él y la motivación materna son esenciales (13), mucho más que la estimulación farmacológica (14). La edad del niño y de la madre, el no uso de biberón, el apoyo familiar o social, el acompañamiento y la asesoría del pediatra capacitado son piezas clave en el éxito de este reto (3,15). La relactación no sería necesaria, si las madres reciben apoyo y orientación en el embarazo y en el parto. En países subdesarrollados, esta necesidad de relactar es un indicador de la falla en los programas de soporte de la lactancia, de la consulta prenatal y de la humanización del parto (2).

La urgencia en Venezuela es garantizar servicios de atención materno infantil, en centros de salud, que ayuden a las madres a iniciar, establecer y mantener la lactancia; cumplir la iniciativa de Hospital Amigo del Niño (IHAN), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el programa de “Diez pasos para una feliz lactancia natural” (2,5,16,17).

En la consulta, debe evaluarse crecimiento, desarrollo, vacunas, enfermedades y lactancia, el pediatra debe conocer si todo va bien con la madre y el niño en relación con la lactancia.

El propósito de esta revisión es documentar al pediatra sobre los lineamientos a seguir para ayudar a la madre motivada, a relactar o inducir la lactancia exitosamente, aumentando así las tasas de lactancia en nuestro país y cumplir con el objetivo de la OMS: “Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, complementaria hasta los 2 años o más”.

## RELACTACIÓN

La relactación: es una intervención eficaz, un esfuerzo poco explorado (3), un procedimiento útil para lograr que una madre quien ha estado ausente o enferma, reinicie la lactancia después de haberla suspendido o minimizado, por tiempo indefinido, debido a la disminución en la producción de leche (17,18) por uso de sucedáneos de leche materna (SLM).

Existen causas que impiden al bebé alimentarse del seno materno: defectos anatómicos (frenillo lingual, paladar hendido), prematuridad (19), bajo peso al nacer, ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, separación temporal por la pandemia actual o por prácticas obsoletas de parto no humanizados, que aún se mantienen en hospitales de atención materno infantil, en países subdesarrollados como Venezuela (2,4).

La relactación es un excelente recurso contra la desnutrición evita enfermedades infecciosas en los primeros 1 000 días de vida, es muy exitosa, trabajos reportan 100 % de los casos estudiados logran relactación (5,17,18).

La lactancia inducida: es un valioso recurso que logra que una mujer pueda ser madre sustituta, adoptiva (9), parejas con homosexualidad femenina, individuos trans masculinos y femeninos (1), sin embarazo previo (10) puedan iniciar la producción de leche, para alimentar sus bebés, en pocos casos, en forma exclusiva (3,8).

## PRIMEROS PASOS EN UNA RELACTACIÓN (7)

- Conocer la cantidad de leche que toma el bebé en 24 horas.
- Hacer un recordatorio de 24 o 48 horas, de la leche que toma el niño.
- Bebé esta lactancia mixta, sólo toma dos suplementos o menos de leche 180 mL (3 onzas) hacer relactación directa: le pedimos a la mamá que se mantenga con el bebé en casa durante el fin de semana, elimine todo suplemento de leche y sólo ofrezca lactancia humana.
- Si la cantidad de fórmula es superior a 3 onzas, se elimina progresivamente. No eliminar la fórmula en su totalidad, de un día a otro,

genera gran estrés a la madre y al bebé (7).

- Aumentar la producción de leche: estimular el pecho con succión directa, sacaleche y finalizar con extracción manual, está demostrado que se obtiene más leche (2).
- Estimulación breve y frecuente cada 2 o 3 horas de día y cada 4 horas de noche, en lugar acogedor y cómodo.
- Los tiempos de extracción aumentan según aumenta la leche extraída: a más leche mayor tiempo de extracción (7).

## ¿COMO ES LA LECHE EN LA RELACTACIÓN?

No existen diferencias significativas entre la leche producida durante la relactación o la lactancia inducida y la que se produce en el puerperio (11). Kleinman y col. (12), observaron que las madres si embarazo previo no produjeron calostro (10). En los primeros 5 días lactancia su leche fue similar a la leche de transición y leche madura en su contenido de proteínas totales (12), alfa-lactoalbúmina e IgA.

## ¿QUE FACTORES AFECTAN LA RELACTACION?

Factores que favorecen la relactación, algunos dependen de la madre y otros del lactante (9,21).

### Factores de la madre biológica o sustituta

- El deseo materno de relactar.
- La capacidad que muestre la madre al interactuar con el bebé en respuesta a las necesidades de hambre.
- El tiempo que ha transcurrido desde que dejó de amamantar al bebé, es el intervalo de lactación.
- El estado de sus mamas, del complejo areola-pepón.
- La edad de la madre, menor de 25 años.
- El apoyo de su familia, de la comunidad y del personal de salud (20).
- Identificarse con otras madres que estén en el mismo proceso.

## RELACTACIÓN

- Descanso materno y suprimir otras actividades, mientras se restablece la lactancia.

La motivación materna de la madre biológica o adoptiva es fundamental para relactar o inducir la lactancia (10), algunas madres la tienen ya, otras la buscan en razones como: mejorar la relación madre-hijo o por sus beneficios a la nutrición infantil y la salud materna. Es muy importante la capacidad de respuesta de la madre, a las señales de hambre tempranas que da el bebé cuando están juntos, cuando el bebé comienza a manifestar el reflejo de búsqueda, a chuparse los dedos o a quejarse o gruñir la madre atenta ofrece lactancia (7).

El intervalo de lactancia de la mujer es el tiempo transcurrido desde la última vez que amamantó su niño. Mientras más corto es, más probable será que relacte, aunque la relactación ocurra 15 ó 20 años después de amamantar al último niño e incluso después de la menopausia. En países subdesarrollados, las abuelas han relactado con éxito a sus nietos mientras esperan que la madre llegue a casa, después del trabajo (13).

En casos de pezones invertidos o fisurados, mastitis o cicatrices tras cirugía mamaria, se afecta la lactancia y más aún relactancia, con motivación, apoyo a las madres se logra la relactación o lactancia inducida (2,4).

La madre biológica o sustituta debe cuidar al niño, tener contacto piel con piel frecuentemente e incluso hacer colecho (21) observando estrictas medidas de seguridad para evitar efectos no deseados, como el síndrome de muerte súbita infantil, por lo cual se colocaría la cuna al lado de la cama para que el niño duerma más seguro y la madre lo tenga más cerca. La madre debe estar disponible a alimentar al niño siempre que lo requiera y esté dispuesto. Ella necesita estar libre de trabajo u otras tareas, durante varias semanas. Sin esto, es poco probable que la relactación tenga éxito (2).

La madre necesita el apoyo de su pareja, sobre todo en caso de adopción. La familia, la comunidad o el pediatra no entrenado en lactancia, pudieran ser de poco apoyo, en el caso de relactación o inducción a lactancia, más por desconocimiento que por otra razón (8,9).

La identificación de pares, buscar otras madres que hagan lo mismo puede ser muy útil en estos casos.

La formación en lactancia puede cerrar esta brecha, generando “Cultura de lactancia” como norma, donde la relactación e inducción a la lactancia, no sea excepcional, así el pediatra ofrezca apoyo y formación a estas madres.

La experiencia de lactancia previa de una mujer, sólo tiene un pequeño efecto sobre su capacidad para relactar. Relacta o induce lactancia aquella mamá que se pone a su bebé al seno materno, mientras más temprano mejor (3).

La producción de leche humana se inicia entre unos pocos días a unas pocas semanas; en cantidad se produce desde poca cantidad en algunos casos, donde hay que complementar, hasta cantidad suficiente para establecer lactancia exclusiva (7).

La relactación y lactancia inducida son posibles a cualquier edad materna, en madres jóvenes menores de 25 años se ha observado mayor producción de leche (1,14).

La mayoría de las mujeres producen leche alrededor de la 1era semana y casi la mitad de todas las madres que relactan son capaces de amamantar a sus hijos exclusivamente en un mes. Las madres que relactan a sus propios hijos dan lactancia exclusiva más a menudo que las madres adoptivas. En el trabajo de Seema y col. (3) la primera leche apareció entre el 2do y el 6to día, la relactación parcial se logró entre los días 4to a 28vo, la relactación completa entre los días 7mo a 60mo.

La inducción de lactancia en homosexualidad masculina, individuos trans masculinos o femeninos parejas cada vez más frecuentes, involucra dos aspectos social y culturalmente asociados con la mujer. Hay pocas diferencias biológicas en el tejido glandular mamario entre hombre y mujer, la lactancia es un proceso viable que no depende del sexo (1,8,10).

Se han establecido protocolos para lograr en trans femeninos, el desarrollo de la glándula mamaria, lactogénesis e inducción a la lactancia, en madres adoptivas con embarazos subrogados. Alimentar con el pecho a un bebé, puede causar diversos sentimientos en estas madres con disforia de género, siendo incómodo para el trans masculino, en otro caso produce euforia, refuerza la feminidad en el trans femenino. Existe poca literatura científica, que evalúe los aspectos médicos relacionados con lactancia en estas

personas, sin embargo, hay recomendaciones para optimizar la atención brindada a ellos a fin de promover y mantener la lactancia en busca de satisfacción en todo el proceso (1,15).

#### **Factores relacionados con el lactante (9)**

- La disposición del lactante para mamar.
- La edad del bebé.
- La edad gestacional, para prematuros o lactantes con bajo peso al nacer.
- El intervalo de lactancia.
- La experiencia alimentaria del lactante durante el intervalo de lactancia, en menores de 6 meses y la experiencia de la alimentación complementaria, para niños mayores de 6 meses.
- Las razones relacionadas con el lactante para la interrupción de la lactancia.

La succión, es indispensable para la relactación o la inducción de la lactancia (10), hay lactantes quienes comienzan a mamar al encontrar el pezón (22) con buen agarre, familiarizándose con él en pro de la lactancia.

Otros niños necesitan ayuda y tiempo para ponerse al pecho, reusan mamar inicialmente, presentan dificultades con el agarre, la intervención de un pediatra conocedor de lactancia, es útil en este momento para iniciar y mantener la succión (3,10).

Los bebés no están dispuestos a mamar de un pecho que produce poca cantidad de leche, excepto durante las 2 o 3 primeras semanas de vida; niños menores de 3 meses de edad están más dispuestos a mamar, menores de 6 semanas han logrado hasta 100 % de relactación (13,17).

Niños adoptados presentan: mientras más pequeños más están dispuestos a mamar, a partir de la octava semana esto disminuye (8,22).

Niños mayores están menos dispuestos a mamar sobre todo si han usado teteros y chupones. Es posible relactarlos si ellos quieren mamar y toman la iniciativa.

La relactación se logra, mientras más corto es

el intervalo, que es el tiempo transcurrido desde que el niño dejó de mamar hasta cuando inicia la relactación. Niños quienes dejaron de mamar mayores, pueden estar dispuestos a relactar, después de un intervalo mayor (2,13,22).

El contacto con los padres: “método canguro”, en lactantes prematuros con bajo peso al nacer (16), favorece y hasta logra relactación total o parcial, de niños desde las 32 semanas de edad gestacional, con peso de 1 300 g (19). Estos bebés, alimentados con taza, maman más fácilmente que quienes usaron tetero (7).

Succionar la mama es más difícil, que succionar la mamila del tetero. También es más difícil enseñar un lactante a succionar el pecho, cuando usa mamila, aun cuando haya buena producción de leche. Suspender el uso de teteros y chupones para evitar la resistencia de los bebés a mamar el seno materno (17).

Los lactantes dejan de mamar por dificultades en el agarre, por frenillo lingual, uso torpe de la lengua, paladar hendido, rechazo al pecho o llanto excesivo por cólicos o reflujo gastroesofágico, todos estos inconvenientes hay que corregirlos en la consulta, para lograr la lactancia (2,9).

A partir de los 6 meses la alimentación complementaria, reemplaza tomas de leche, disminuyendo así la producción de leche materna.

#### **INDICACIONES PARA RELACTAR**

Cuando se interrumpe la lactancia por causa materna o del bebé o surgen razones en ambos que incentivan a relactar o a inducir la lactancia, los pediatras debemos conocer cómo ayudar a las madres a relactar.

Se debe hacer relactación o de lactancia inducida (8,22), en los siguientes casos:

- En lactantes enfermos, desnutridos o no, menores de 6 meses con diarrea aguda o persistente, quienes cambiaron la lactancia por la fórmula y presentan intolerancia a la leche.
- En lactantes con bajo peso al nacer no amamantados de forma eficaz en las primeras semanas de vida que usaron alimentación por

## RELACTACIÓN

gravedad o con taza.

- En lactantes menores de 6 meses, cuyas madres presentaron dificultades para establecer la lactancia y la producción de leche disminuyó por mala técnica.
- En lactantes separados de sus madres, por hospitalización.
- En situaciones de emergencia puede usarse una madre sustituta o nodriza para: niños desamparados por fallecimiento de la madre, niños “dejados atrás” por la migración forzada en la Venezuela actual, madre seropositiva VIH, niños alimentados artificialmente antes de la emergencia o cuyo amamantamiento ha sido interrumpido.
- En madre que tenía la sensación que su bebé no se llenaba porque producía poca leche (17) y eligió dar fórmula, luego cambia su manera de pensar.
- En caso de madre adoptiva o madre sustituta, homosexual femenino, masculino o transgénero.

### RECOMENDACIONES

La madre biológica o adoptiva debería con estas técnicas lograr en muchos casos iniciar la producción de leche (3,18):

- Conocer la dificultad por la que suspendió la lactancia, corregirla.
- Conocer la razón por la que quiere hacer relactación o inducción a la lactancia, promoverla.
- Conocer la producción de leche, eliminar factores que disminuyan la producción (uso de anticonceptivos con estrógenos, diuréticos tiazídicos o nicotina).
- Conocer el tiempo que va a tomar el compromiso que está adquiriendo, la cuota de persistencia y paciencia que necesita para lograrlo (15).
- Eliminar factores que interfieran con la succión (teteros, chupones).
- La madre debe estar asesorada por el pediatra entrenado en lactancia.

- Dar apoyo continuo a la madre y enseñar a la familia a apoyar.
- Tratar enfermedades o defectos anatómicos de la madre o del niño, con ayuda experta.
- Estimulación del pecho y del pezón: por succión directa, extracción manual o mecánica.
- Asegurarse que el lactante tiene un buen agarre, para que la succión sea efectiva y no lastime el pezón.
- Ayudar al lactante a mamar frecuentemente día y noche, de ambos pechos: entre 8 a 12 veces en las 24 horas, cada 1 a 3 horas en el día, cada 4 horas en la noche al menos 15 minutos en cada pecho hasta llegar a hacerlo a libre demanda.
- Incentivar colecho y contacto piel con piel.
- Aporte de leche extraída, del banco de leche o fórmula como suplemento temporal, con vaso, taza, jeringa o dedo, hasta establecer buen suministro de leche.
- Uso de suplementador con leche: leche de la madre, leche humana proveniente de bancos de leche o fórmula.
- Para el lactante quien no está dispuesto a mamar, usar el método de chorrear y gotear con suplementador de lactancia para invitarlo a mamar.
- Uso de lactogogos.
- Monitorizar el peso del niño.

### PASOS A SEGUIR PARA RELACTAR (2,3)

#### • Cuando el lactante dispuesto a mamar

Máxima estimulación de ambos pechos y complejo areola-pezón, debe mamar entre 8 a 12 veces al día (22).

#### • Cuando el lactante no está dispuesto a mamar (3)

Garantizar que no está enfermo o con problemas anatómicos que interfieran con la succión, la madre debe estimular el pecho con masajes y el complejo areola-pezón con extracción manual o mecánica. Debe ofrecer el pecho frecuentemente o cuando muestre el más mínimo interés.

La leche obtenida debe ser dada con “Suplementador de Lactancia” o el “Método de Gotear y Chorrear”, no usar tetero o chupón (7).

El Suplementador de lactancia: garantiza flujo continuo de leche al bebé, mientras succiona estimulando al pecho y la mama no produce suficiente leche.

Los suplementadores de lactancia están diseñados para proporcionar al bebé un flujo continuo de leche suplementaria mientras mama, estimulando el pecho y el pezón. Son particularmente útiles cuando un pecho no produce suficiente leche para cubrir la demanda del niño, contribuye a permanecer al lactante, durante más tiempo en la mama, con un buen patrón de succión (18).

### **¿COMO ES EL SUPLEMENTADOR DE LACTANCIA? (2)**

Se trata de un recipiente: una bolsa, botella, taza o vaso que se ubica colgado del cuello, en algunos casos se puede tener en la mano, más abajo de los pechos, en la cual se coloca un extremo de la sonda para alimentación delgada, número 5, el otro extremo de la sonda se fija en la mama con adhesivo, de manera que llegue hasta el pezón la otra punta de la sonda, de forma que al succionar salga la leche extraída previamente o fórmula a través de la sonda directo a la boca del niño. El flujo de leche se regula presionando la sonda o bajando (sale menos) o subiendo (sale más) la taza con la leche, para que el pecho reciba suficiente estimulación de la succión, antes de satisfacer la sed y el hambre. Dejar succionar al bebé tanto como él desee. La sonda puede lavarse con agua y jabón con una jeringa, sin embargo, debe reemplazarse con cierta frecuencia.

### **¿COMO ES LA TÉCNICA DE CHORREAR Y GOTEAR? (2)**

Se trata de verter la leche extraída o fórmula con un gotero o directamente desde la taza, sobre el pecho materno mientras el bebé está mamando, para lograrlo debe haber una persona ayudando mientras la madre lo mantiene en la posición correcta para lograr el mejor. Con esto se logra, que el bebé quien no quiere mamar comienza a

succionar el pecho y luego se continúa usando el suplementador de lactancia. Cuando el niño tiene buen agarre es poco probable que funcione, porque la leche no entra fácilmente en su boca.

### **EXTRACCIÓN DE LECHE (7)**

La leche humana se extrae de forma manual: con ordeño o con sacaleche manual o de forma mecánica con sacaleche mecánico o eléctrico, para administrar leche al bebé sin interés de mamar. El pecho debe masajearse suavemente, estimular el pezón entre 8 a 12 veces al día. La estimulación frecuente de la mama, simulando la alimentación en los primeros días de vida, conduce a la producción de leche entre una a seis semanas después (2).

Las madres pueden preferir alguno de los métodos: extracción manual o mecánica, ambos suelen ser exitosos, aun cuando se restablece la lactancia, se recomienda mantener la extracción simultánea de leche al momento de mamar, del otro pecho, con apoyo de la pareja, para almacenar leche para otra ocasión.

### **¿CÓMO SE HACE LA EXTRACCIÓN MANUAL? (18)**

Se usa para estimular la producción de leche antes de relactar y mantener su producción, la madre debe hacerlo ella misma, tocarla delicadamente sólo para mostrar lo que debe hacer.

Luego de lavarse las manos y tener una posición cómoda la madre debe:

- Colocar el dedo índice y pulgar a ambos lados de la areola, detrás del pezón.
- Presionar el pulgar y el índice hacia la pared torácica.
- Comprimir y soltar la mama.
- Presionar y soltar alrededor de todo el pecho, para estimularlo todo.
- Mantener la extracción durante al menos 5 minutos.
- Pasar al otro pecho.
- Repetir todo varias veces durante 20-30 minutos.

## RELACTACIÓN

- Repetir varias veces al día hasta al menos 8 veces en 24 horas, día y noche.
- La leche comienza a salir una semana o más.
- Mantener la extracción incluso si no parece salir leche durante muchos días.

### ¿CUÁNDO USAR LACTOGOGOS (2,23,24)?

Cuando con las técnicas fisiológicas no se produce leche, después de dos semanas estimulando el pecho o el bebé no aumenta de peso, debe considerarse el uso de fármacos (25) que promuevan la producción de leche o lactogogos, sin embargo, la succión, es el mejor galactogogo que hay, si no hay estimulación de los pechos o motivación y en algunos casos asesoría del pediatra, no habrá relactación o inducción de la lactancia.

El uso de galactogogos (6), no se ha probado sea efectivo en comparación con el uso de las técnicas fisiológicas de relactación; las madres podría creer que no es posible lactar sin tomar un fármaco y dejan de lado la consejería, la estimulación de la mama o la motivación.

Al interrumpir el uso de galactogogos, puede haber disminución en la producción de leche, si no persisten las técnicas fisiológicas y el apoyo adecuado. Estos medicamentos se usarían máximo durante dos semanas o antes al producir leche.

Los más utilizados son:

- Metoclopramida: 10 mg cada 8 -12 horas durante 7 a 14 días.
- Domperidone: 20 mg c/8h. Medicamento de elección durante 4 semanas.

La metoclopramida es más utilizada, tiene efecto antidopaminérgico, aumenta la secreción de prolactina y la secreción de leche (14,18). Se secretan el 1 % de la dosis materna, esta dosis no afecta a lactantes. No se recomienda en casos de prematuridad, ya que su efecto se observa a partir de la tercera semana. Algunas madres se quejan de efectos secundarios como: mareos, somnolencia, boca seca ansiedad, depresión.

La domperidona (23,26-28) es antagonista de la dopamina no atraviesa la barrera hematoencefálica, con escasos efectos extrapiramidales y mucho menos efectos secundarios, se excreta por la leche en menor cantidad, resulta más segura y eficaz para aumentar la producción de leche por estimulación a la prolactina (28).

La administración de medicamentos y alimentos FDA, por sus siglas en inglés, en junio de 2.004, hizo una advertencia contra el uso de domperidona por efectos adversos cardiacos alargamiento del QT en el electrocardiograma y muerte súbita, cuando su uso era endovenoso y en pacientes con comorbilidad, no existe evidencia clínica de tales efectos en madres o bebés con el medicamento administrado por vía oral (23,28).

### • Hormonas

Sólo se usan en pacientes para inducir lactancia, como madres adoptivas, sustitutas, homosexuales femeninas, transgénero o parejas del mismo sexo, quienes no han tenido un embarazo previo (1,10). Estas parejas son mucho más frecuentes en los últimos años (14).

Se usa estrógeno y progesterona, anti-conceptivos capaces de inducir lactancia, estimulando el crecimiento y desarrollo de la glándula mamaria, tal cual ocurre durante el embarazo, antes de iniciar la succión el bebé.

La producción de leche comienza pocos días después de la supresión de las hormonas, lo cual se sincroniza, para que coincida con la llegada del bebé adoptado (11).

Iniciar la estimulación mecánica del pecho, poco antes de que el niño sea adoptado, se combina el uso de hormonas con metoclopramida, esta se administra después de que ha comenzado la succión.

Seema y col. concluyen que con la ayuda adecuada de un pediatra experto en lactancia, no debería ser necesario un lactogogo (3) .

Cuando la lactancia se ha interrumpido totalmente, es dudoso que los lactogogos ayuden a aumentar el suministro de leche. La ayuda experta del pediatra en lactancia es técnicamente muy útil para la relactación.

- **Lactogogos naturales (24)**

La influencia y creencia familiar hace que madres tomen lactogogos naturales mientras están relactando: levadura de cerveza, té de hierbas, bebidas de cereales calientes, algunos son de apariencia lechosa. Pocos se han evaluado científicamente, sin embargo la madre quien tiene una fuerte creencia en la efectividad de una bebida tradicional, al tomarla puede ayudarle psicológicamente (24).

### ¿QUÉ DEBEMOS CUIDAR DE LA MADRE DURANTE LA RELACTACIÓN O LA INDUCCIÓN A LA LACTANCIA?

- **Alimentación**

Debe mantener una dieta saludable, calcular 500 calorías más a la dieta regular quedando entre 2 300 a 2 500 calorías al día en una madre que relacta a un bebé y 2 600 a 3 000 si relacta a gemelos. Las madres que no han tenido embarazo previo no han desarrollado los depósitos de grasa asociados con el embarazo de madres nutridas adecuadamente, aunque más comida no signifique más leche, en el caso de las madres desnutridas si puede afectar la lactancia, ellas deben recibir apoyo nutricional con suplementos nutricionales: Ready-to-use Supplementary Food (RUSF) “plumpy mum”, bebidas nutritivas o bocadillos para mejorar las condiciones nutricionales de la madre. La madre no debe suponer que para relactar se necesita una dieta especial.

En cuanto a los líquidos, la pauta la dicta la sed de la madre, no hay pruebas que beber más tenga algún efecto en lactancia (13).

- **Descanso**

Este permite que la madre responda a las manifestaciones de hambre del bebé alimentándolo frecuentemente favoreciendo la relactación o inducción a la lactancia. Debe la familia descargar a la madre de obligaciones, para ayudarla a lograr su objetivo.

- **Tiempo libre en el trabajo**

Hay pocos países en el mundo que dan más de 16 semanas posterior al parto para que la madre se quede cuidando a su bebé y den pecho, la

madre que trabaja, está en riesgo de disminuir la producción de leche materna (17) por la disminución de las oportunidades del bebé de succionar el seno materno. Si la madre no puede dejar de trabajar, debe mantener la estimulación del pecho, sacarse la leche y administrar con taza (9).

### ¿CÓMO SABER SI LA RELACTACIÓN ESTÁ FUNCIONANDO? (2)

- **Control de peso del bebé**

Pesar al niño semanalmente, puede aumentar 125 g. Después de los primeros 10 días de vida, debe aumentar por lo menos 500 g en el primer mes. Esto nos indica que la madre esta produciendo suficiente leche.

- **Cambio de pañales**

En un indicador de ingesta adecuada, cambiar 6 a 8 pañales mojados de orina clara. Durante el primer mes las evacuaciones suelen ser más frecuentes en el día, de color amarillo oro, acidas, grumosas si son de leche humana. Después del mes, puede reducir la frecuencia a una vez al día o cada varios días. Al complementar con fórmula, las características de las evacuaciones cambian: son más pastosas y el color varía desde más marrón hasta verde hoja.

- **Cambios en las mamas**

Las madres sienten las mamas más turgentes, llenas, pueden gotear leche o ser fácil extraerla. El bebé responde al aumento de producción de leche, con disminución del consumo del suplemento que recibe, simultáneamente aumenta de peso semanal.

- **Actividad**

Un bebé quien recibe cantidad suficiente de leche duerme 2 a 3 horas, se despierta buscando comer activamente, luego interactúa con su entorno en forma socialmente adecuada según su edad.

### ¿CÓMO SE EVALUA LA PRODUCCIÓN DE LECHE?

Al establecerse la producción de leche hu-

mana, para saber cuánto produce la madre calculamos la necesidad total de leche del niño según el peso (150 cm<sup>3</sup>/kg/día) y le restamos la cantidad de suplemento que le damos. El resultado es la leche que se toma de la madre.

### ¿CÓMO REDUCIR EL SUPLEMENTO DE LECHE? (2)

- A medida que la producción de leche aumente, se reduce el suplemento, en 50 cm<sup>3</sup> por día cada varios días.
- Esta cantidad se divide en 5 tomas suplementarias en 10 cm<sup>3</sup> cada una o dos tomas en 25 cm<sup>3</sup> cada una.
- Continuar con la cantidad reducida del suplemento durante varios días.
- Si el niño se muestra satisfecho, en el control de peso a la semana ha aumentado 125 g o más, se puede reducir de nuevo el suplemento como se hizo anteriormente.
- Si el niño muestra signos de hambre o si no ha aumentado de peso al final de una semana, no reducir el suplemento, mantener la misma cantidad una semana más.
- Si el niño continúa con hambre o no aumenta de peso después de otra semana, aumentar de nuevo el suplemento a como estaba antes de la reducción.

Las madres administran el suplemento en algunas tomas, en otras no. A veces amamantan sin suplementos en la mañana o por la noche cuando se notan los pechos muy llenos o dan suplemento en las últimas horas del día o alternativamente. Muchas veces los suplementos son necesarios hasta el inicio de la alimentación complementaria (2).

### REFERENCIAS

1. García-Acosta JM, San Juan-Valdivia RM, Fernández-Martínez AD, Lorenzo-Rocha ND, Castro-Peraza ME. Trans pregnancy and lactation: A literature review from a nursing perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;17(1):E44.
2. OMS. Relactación Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. [Internet]. 1998 [citado 1 de agosto de 2021]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68952/WHO\\_CHS\\_CAH\\_98.14\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68952/WHO_CHS_CAH_98.14_spa.pdf?sequence=1)
3. Seema Null, Patwari AK, Satyanarayana L. Relactation: An effective intervention to promote exclusive breastfeeding. *J Trop Pediatr*. 1997;43(4):213-216.
4. Brown RE. Relactation with reference to application in developing countries. *Clin Pediatr (Phila)*. 1978;17(4):333-337.
5. OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño. [Internet]. 2010 [citado 7 de agosto de 2021]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF\\_model\\_SP\\_web.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf)
6. Yang J, Zhang Y, Li H, Wang N, Yan S, Zhang F, et al. The possible effects of breastfeeding on infant development at 3 months: A case-control study. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med*. 2020;15(10):662-670.
7. Padro A, Torres E. Cómo relactar: pasar de lactancia artificial o mixta a lactancia materna exclusiva | Alba Lactancia Materna [Internet]. [citado 1 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/como-relactar-pasar-de-lactancia-artificial-o-mixta-a-lactancia-materna-exclusiva/>
8. Auerbach KG, Avery JL. Induced lactation. A study of adoptive nursing by 240 women. *Am J Dis Child* 1960. 1981;135(4):340-343.
9. Cazorla-Ortiz G, Obregón-Gutiérrez N, Rozas-García MR, Goberna-Tricas J. Methods and Success Factors of Induced Lactation: A Scoping Review. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. 2020;36(4):739-749.
10. Cazorla-Ortiz G, Galbany-Estragués P, Obregón-Gutiérrez N, Goberna-Tricas J. Understanding the challenges of induction of lactation and relactation for non-gestating spanish mothers. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. 2020;36(3):528-536.
11. Kulski JK, Hartmann PE, Saint WJ, Giles PF, Gutteridge DH. Changes in the milk composition of nonpuerperal women. *Am J Obstet Gynecol*. 1981;139(5):597-604.
12. Kleinman R, Jacobson L, Hormann E, Walker WA. Protein values of milk samples from mothers without biologic pregnancies. *J Pediatr*. 1980;97(4):612-615.
13. Rogers IS. Relactation. *Early Hum Dev*. 1997;49:S75-81.
14. Foong SC, Tan ML, Foong WC, Marasco LA, Ho JJ, Ong JH. Oral galactagogues (natural therapies or drugs) for increasing breast milk production in mothers of non-hospitalised term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5:CD011505.
15. Lommen A, Brown B, Hollist D. Experiential

- Perceptions of Relactation: A Phenomenological Study. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.* 2015;31(3):498-503.
16. Ward LP, Tonnis R, Otuneye AT, Clemens N, Akinbi H, Morrow AL. Impact of institutional breastfeeding support in very low-birth weight infants. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med.* 2021;16(3):238-244.
  17. Mehta A, Rathi AK, Kushwaha KP, Singh A. Relactation in lactation failure and low milk supply. *Sudan J Paediatr.* 2018;18(1):39-47.
  18. Belmonte DMF. Relactación, una estrategia posible. Disponible:<https://1library.co/document/yynnen0y-relactacion-una-estrategia-posible.html>
  19. Dehkhoda N, Valizadeh S, Jodeiry B, Hosseini M-B. The effects of an educational and supportive relactation program on weight gain of preterm infants. *J Caring Sci.* 2013;2(2):97-103.
  20. CDC. Supporting Families with Relactation [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 3 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/supporting-families-with-relactation.html>
  21. Bailey C, Tawia S, McGuire E. Breastfeeding duration and infant sleep location in a cohort of volunteer breastfeeding counselors. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.* 2020;36(2):354-364.
  22. Auerbach KG, Avery JL. Relactation: A study of 366 cases. *Pediatrics.* 1980;65(2):236-242.
  23. Sewell CA, Chang CY, Chehab MM, Nguyen CP. Domperidone for lactation: What health care providers need to know. *Obstet Gynecol.* 2017;129(6):1054-1058.
  24. Kwan SH, Abdul-Rahman PS. Clinical study on plant galactagogue worldwide in promoting women's lactation: A Scoping Review. *Plant Foods Hum Nutr Dordr Neth.* 2021.
  25. Mc. Bride G, Stevenson R, Zizzo G, Rumbad A, Amir I, Keir AK, et al. Use and experiences of galactagogues while breastfeeding among Australian women. *PLoS One.* 2021;16(7):e0254049.
  26. Paul C, Zénut M, Dorut A, Coudoré M-A, Vein J, Cardot J-M, et al. Use of domperidone as a galactagogue drug: A systematic review of the benefit-risk ratio. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.* 2015;31(1):57-63.
  27. Knoppert DC, Page A, Warren J, Seabrook JA, Carr M, Angelini M, et al. The effect of two different domperidone doses on maternal milk production. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.* 2013;29(1):38-44.
  28. Grzeskowiak LE, Smithers LG, Amir LH, Grivell RM. Domperidone for increasing breast milk volume in mothers expressing breast milk for their preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2018;125(11):1371-1378.