

**CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES QUE PUEDEN INCIDIR EN EL PROCESO DE
RELACTACIÓN LOS SEIS PRIMEROS MESES POSTPARTO DE LAS USUARIAS DE LA
ASOCIACIÓN ESPERANZA Y PROGRESO, LOCALIDAD DE SUBA**

MARÍA ALEJANDRA BUITRAGO RIOS

TRABAJO DE GRADO

Presentado como requisito parcial para optar al título de

Nutricionista Dietista

DIRECTORA

Maria Silvia Bohórquez ND MSc

CODIRECTOR

Luz Stella Hidalgo ND Esp Nutrición clínica

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Bogotá, D. C. 16 de Noviembre 2018

NOTA DE ADVERTENCIA

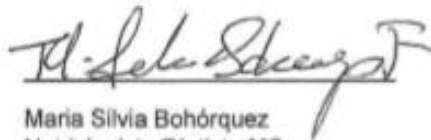
Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por que las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES QUE PUEDEN INCIDEN EN EL PROCESO DE
RELACTACIÓN EN LOS SEIS PRIMEROS MESES POSTPARTO DE LAS USUARIAS DE
LA ASOCIACIÓN ESPERANZA Y PROGRESO, LOCALIDAD DE SUBA

María Alejandra Buitrago Rios

APROBADO



Maria Silvia Bohórquez
Nutricionista Dietista MSc
Directora



Luz Stella Hidalgo
Nutricionista Dietista Esp.
Asesora



Fanny Aldana
Nutricionista Dietista MSc (c) Phd
Jurado

**CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES QUE PUEDEN INCIDIR EN EL PROCESO DE
RELACTACIÓN EN LOS SEIS PRIMEROS MESES POSTPARTO DE LAS USUARIAS DE
LA ASOCIACIÓN ESPERANZA Y PROGRESO, LOCALIDAD DE SUBA**

María Alejandra Buitrago Rios

APROBADO

Concepción Judith Puerta Bula
Bacteriologoca Phd
Decana de la facultad

Martha Constanza Liévano Fiesco
Nutricionista Dietista MSc.
Directora de Carrera

DEDICATORIA

Dicen que la mejor herencia que nos pueden dejar los padres son los estudios, sin embargo no creo que sea el único legado del cual yo particularmente me siento muy agradecida, mi madre me ha permitido trazar mi camino y caminar con mis propios pies. Ella es sin duda alguna mi mayor inspiración.

Le dedico este trabajo de grado porque aunque ella no lo sabe, esto lo hicimos juntas. Te amo mami.

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCIÓN	10
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 LACTANCIA MATERNA	10
2.1.1 FISIOLÓGÍA	11
2.1.2 BENEFICIOS	11
2.1.3 DETERMINANTES	12
2.1.4 MARCO NORMATIVO NACIONAL E INTERNACIONAL	13
2.2 RELACTACIÓN.....	14
2.2.1 INDICACIONES	15
2.2.2 TÉCNICAS	15
2.2.3 PROBABBILIDAD DE ÉXITO	16
2.3 ASOCIACIÓN ESPERANZA Y PROGRESO	18
3. FORMULACIÓN DE PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	18
3.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	18
3.1 JUSTIFICACIÓN	19
4. OBJETIVOS	20
4.1 GENERAL	20
4.2 ESPECÍFICOS	20
5. MATERIALES Y MÉTODOS	20
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	20
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	20
5.4 VARIABLES DEL ESTUDIO	21
5.4.1 VARIABLES DEPENDIENTES	21
5.4.2 VARIABLES INDEPENDIENTES.....	21
5.5 MÉTODO	22
5.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	23
5.7 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	24
6. RESULTADOS	24
6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	26
6.2 VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES DE VIVIENDA	27
6.2 ANTROPOMETRÍA	27

6.4 VARIABLES RELACIONADAS CON EL PARTO Y PUERPERIO	28
6.5 VARIABLES RELACIONADAS CON LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA	28
6.6 VARIABLES RELACIONADAS CON EL APOYO PERCIBIDO.....	31
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	32
7. CONCLUSIONES	37
8. RECOMENDACIONES.....	38
9. REFERENCIAS	39

ANEXOS

Anexo 1. Operalización de variables.....	
Anexo 2. Consentimiento informado	
Anexo 3. Cuestionario	
Anexo 4. Cronograma de muestreo poblacional y aplicación de cuestionario	
Anexo 5. Rotafolio de invitación.....	
Anexo 6. Ficha de muestreo	
Anexo 7. Esquema metodológico	
Anexo 8. Material educativo en lactancia: Presentación del pecho	
Anexo 9. Material educativo en lactancia: Posturas de lactancia	
Anexo 10. Material educativo en lactancia: Extracción de leche materna	
Anexo 11. Material educativo en lactancia: Conservación de la leche materna.....	
Anexo 12. Material educativo en lactancia: Plétora	
Anexo 13. Material educativo en lactancia: Mastitis	
Anexo 14. Material educativo en lactancia: Absceso mamario	
Anexo 15. Material educativo en lactancia: Pezón agrietado	
Anexo 16. Material educativo en lactancia: Pezones invertidos	
Anexo 17. Material educativo en lactancia: Quistes mamarios	
Anexo 18. Material educativo en lactancia: Candidiasis.....	

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Proporción de leche materna suministrada al momento de la encuesta	25
--	----

INDICE DE TABLAS

	<i>Pag.</i>
Tabla 1. Estratificación de la edad materna y edad de los lactantes en relación al porcentaje de leche materna administrada.	26
Tabla 2. Estratificación de las características sociodemográficas en relación al porcentaje de leche materna administrada	26
Tabla 3. Estratificación del IMC actual en relación al porcentaje de leche materna administrada	28
Tabla 4. Estratificación de las variables relacionadas con el parto y puerperio en torno al porcentaje de leche materna administrada.....	28
Tabla 5. Estratificación del periodo de LME en relación al porcentaje de leche materna administrada.....	29
Tabla 6. Estratificación de las variables relacionadas con la práctica de la LM en torno al porcentaje de leche materna administrada.	29
Tabla 7. Estratificación del periodo de tiempo de uso de biberón en relación al porcentaje de leche materna administrada.	30
Tabla 8. Estratificación de dudas y problemas relacionados con la práctica de la LM en torno al porcentaje de leche materna administrada.	31
Tabla 9. Estratificación del apoyo percibido en relación al porcentaje de leche materna administrada.	32

RESUMEN

La interrupción de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) puede afectar la salud y desarrollo de los niños menores de 6 meses, especialmente en las poblaciones vulnerables; como lo son las beneficiarias de la Asociación Esperanza y Progreso, Suba. Este trabajo indago y caracterizo los factores que pueden incidir en el logro de la relactación, entendida como el restablecimiento de la lactancia materna (LM) después de que una madre ha dejado de amamantar por cierto periodo de tiempo o ha tenido una importante disminución en la producción de leche materna; con el fin de documentar en esta población las variables a tener en cuenta en el momento de establecer una propuesta de intervención en relactancia. Durante 3 semanas se aplicó en 31 usuarias de la Asociación que se encontraban en los primeros 6 meses post parto y no brindaban LME, el cuestionario diseñado con las variables que según la literatura pueden incidir en la relactación. Los factores identificados en la muestra que pueden influir positivamente en la relactación fueron: la motivación y apoyo familiar con el que cuentan las mujeres entrevistadas, la edad (media: 26,2 años), escolaridad (45,1% bachilleres), estado civil (83,9% casada o unión libre), ocupación materna (71% amas de casa), el inicio temprano de la LM (77,4%) y el contacto piel a piel después del parto (93,6%). En los factores que influyen negativamente, se resalta el uso de biberón por parte de la mayor proporción de los lactantes (93,6%), la mayor prevalencia de lactantes entre 5 y 5,5 meses de edad (32,3%), la primigravidad (41,9%), la percepción por parte de las mujeres de la poca eficiencia del personal que asesora en LM, y la percepción de baja producción de leche (45,2%). Además, esta caracterización permitió identificar aquellos factores que se describen como favorables para la práctica de la LM; los cuales se analizaron según su posible incidencia favorable o no para la relactancia.

ABSTRACT

The interruption of Exclusive Maternal Breastfeeding (EMB) can affect the health and development of children under 6 months, especially in vulnerable populations; as are the beneficiaries of the Esperanza y Progreso Association, Suba. This work investigated and characterized the factors that can affect the achievement of relactation, understood as the reestablishment of breastfeeding (BF) after a mother has stopped BF for a certain period of time or has had a significant decrease in breast milk production; in order to document in this population the variables to be taken into account when establishing a relational intervention proposal. During 3 weeks it was applied in 31 users of the Association who were in the first 6 months postpartum and didn't provide EMB, the questionnaire designed with the variables that according to the literature can affect relactation. The factors identified in the sample that can positively influence the relactation were: the motivation and family support of the women interviewed, the age (average: 26.2 years), schooling (45.1% high school graduates), marital status (83.9% married or free union), maternal occupation (71% housewives), the early onset of LM (77.4%) and skin-to-skin contact after delivery (93.6%). In the factors that influence negatively, the use of bottles by the largest proportion of infants is highlighted (93.6%), the highest prevalence of infants between 5 and 5.5 months of age (32.3%), the primigravity (41.9%), the perception by women of the low efficiency of the personnel that advises in BF, and the perception of low milk production (45.2%). In addition, this characterization made it possible to identify those factors that are described as favorable for the practice of EMB; which were analyzed according to their possible favorable incidence or not for the relactation.

INTRODUCCIÓN

La Encuesta Nacional de La Situación Nutricional del 2010 en Colombia (ENSIN 2010) mostró que la duración en promedio de lactancia materna exclusiva (LME) fue de tan sólo 1.8 meses de edad, y menos de la mitad (42,8%) de los niños y niñas menores de seis meses fueron lactados de manera exclusiva, mientras que para el 2015 esta encuesta reportó tan solo el 36,1%. La mediana de LME a nivel Distrital ha aumentado en los últimos años, sin embargo, aún sigue siendo muy baja respecto a las recomendaciones nacionales e internacionales. Para el 2010 el Ministerio de Salud y Protección Social reportó una mediana de 2,6 meses, mientras que para el 2016 el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) reportó una mediana de 3,1 meses. De acuerdo con el Comité de Vigilancia Epidemiológica Distrital, la mediana de lactancia materna (LM) en la localidad de Suba para el 2016 fue 0,2 meses menor respecto a la mediana Distrital en este mismo año.

La LM es una práctica fundamental para el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de seis meses, y considerando que esta práctica continúa en descenso en nuestra población; se hace necesario intervenir con estrategias que contribuyan a su mantenimiento como la relactación. Entendiendo esta última como el proceso que se lleva cabo para restablecer la alimentación al seno materno después de un periodo de haber suspendido la lactancia materna.

En este trabajo de grado se caracterizaron los factores que de acuerdo a la literatura inciden en el logro de la relactancia, para ello se realizó una entrevista a 31 usuarias de la Asociación Esperanza y Progreso con sede en Suba, que se encontraran en los seis primeros meses post parto y no practicaban la lactancia materna exclusiva. Se pretende que estos resultados sean el punto de partida para la posterior construcción de un proyecto de intervención en relactancia dirigido a esta población.

1. MARCO TEORICO

2.1 LACTANCIA MATERNA

La OMS (2013) define la LM como “un acto natural y un comportamiento que se aprende” por el cual se ofrece al lactante leche materna siendo ésta “la forma ideal de aportar los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables”(OMS, 2017a). La leche materna constituye el alimento universal indicado hasta los seis meses de vida. Después de esta etapa hasta los dos años la LM se debe acompañar con otros alimentos, para completar los requerimientos nutricionales que la leche materna per se no los aporta en su totalidad (Alzate-meza et al., 2011).

2.1.1 Fisiología de la LM

El proceso de la lactancia se fundamenta en la acción hormonal de la prolactina y la oxitocina, además de los estrógenos que efectúan una acción indirecta (OMS et al., 2007), "Cuando el lactante succiona el pecho materno, los impulsos sensoriales viajan del pezón hacia el cerebro. Como respuesta, el lóbulo anterior de la glándula pituitaria secreta prolactina y el lóbulo posterior secreta oxitocina" (OMS, 2010). Los niveles de prolactina se incrementan y estimulan la producción de leche en las células secretoras de los alvéolos. Paralelamente, la oxitocina estimula la contracción de las células mioepiteliales que rodean los alvéolos, generando que la leche que está en los alveolos, fluya hacia los conductos. (OMS, 2010).

La leche materna, contiene los nutrientes y oligoelementos (Zinc, magnesio y Flúor) en la biodisponibilidad y medida justa de los requerimientos del lactante, posee agentes inmunológicos y anticuerpos específicos como las inmunoglobulinas, G, M y D, así como el factor bifidus, linfocitos T y B y complemento C3 – C4 (Fuenmayor et al., 2004), además contiene una variedad de moléculas bioactivas como "las células inmunocompetentes, inmunoglobulinas, poliaminas, oligosacáridos, lisozima, lactoferrina y otras proteínas glicosiladas" (Rodríguez Gómez, 2014) que fortalecen el sistema inmunológico del lactante; por otro lado, la leche materna es una buena fuente de "bacterias comensales, mutualistas y potencialmente probióticas" (Rodríguez Gómez, 2014), permitiendo que la leche sea uno de los factores clave en la iniciación y el desarrollo de la microbiota intestinal del neonato.

2.1.2 Beneficios de la LM

Los beneficios de la lactancia materna sobre la salud de la madre y niño o niña lactante en la con estudios observacionales que datan de los años sesenta y setenta (Gordon, 1963; Waterlow y Thomson, 1979).

En un ensayo aleatorizado en Kinshasa, mediante la LM se redujo significativamente la incidencia de episodios leves y severos de diarrea e infección respiratoria en los primeros 6 meses de vida (Zivich et al., 2018). En otro estudio de cohortes (Yamakawa et al., 2015) al analizar los efectos de la LM en pacientes de la primera infancia hospitalizados por infecciones del tracto respiratorio y diarrea, encontraron que esta práctica mostró efectos protectores una vez dada de alta a los menores.

Así mismo, La LM es un factor protector contra las enfermedades metabólicas y ello se fundamenta en el papel que desempeña la leche materna en la programación metabólica del organismo del lactante (Collazo, Rodríguez, & Campoverde, 2018), varios estudios han

evidenciado el efecto positivo de la LM sobre la reducción de riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2 (Collazo et al., 2018) y obesidad (Jarpa et al., 2015; Jiang et al., 2013; Jing et al., 2014).

En relación con la madre se ha observado que la LM trasfiere beneficios sobre su salud (Aune, Norat, Romundstad, & Vatten, 2014). En un estudio poblacional de cáncer de ovario, se encontró que las mujeres que alguna vez amamantaron tuvieron una reducción del 22% en el riesgo de padecer cáncer de ovario en comparación con las que nunca amamantaron, esta reducción pareció aumentar con una mayor duración del periodo de amamantamiento (Gay et al., 2015). En un metaanálisis desarrollado por Ma y colaboradores (2018), se encontró que la LM puede llevar a una reducción de casi el 9% en el riesgo de padecer cáncer de seno y ovarios, este estudio además, sugiere que el riesgo de estos tipos de cáncer "disminuye en aproximadamente un 7% por cada aumento de 6 meses en el duración total de amamantamiento" (Ma et al., 2018).

La LM también representa beneficios económicos no sólo a nivel familiar por el ahorro en la compra de fórmulas lácteas, sino a nivel estatal. Un estudio de Bartick (2011) sustentó esta premisa al mostrar que las bajas tasas de lactancia en los Estados Unidos generan 13 mil millones de dólares al año en costos, a cuenta de la salud pediátrica y la muerte prematura, en este mismo estudio se llegó a la conclusión de que si el 90% de las madres cumplieran con las recomendaciones sobre la LM, el estado se podría estar ahorrando 3.7 mil millones de dólares en costos directos e indirectos de salud pediátrica, adicionalmente no sería necesario el gasto de 3.9 mil millones de dólares por año en fórmulas infantiles.

2.1.3 Determinantes

La práctica de la lactancia, además, está condicionada por ciertos factores, que pueden bien sea favorecer y perpetuar su práctica, o por el contrario, limitarla.

La intención prenatal por parte de la madre por lactar al niño o niña se asocia positivamente con el inicio de la LM (Amiel Castro, Glover, Ehlert, & O'Connor, 2017; de Jager, Skouteris, Broadbent, Amir, & Mellor, 2013; Feldens, Ardenghi, Cruz, Cunha Scalco, cVítolo, 2013). En un estudio longitudinal (Amiel Castro et al., 2017) se asoció dicha actitud con un aumento del 20 al 30% en el inicio y el mantenimiento de la LM.

La duración de la LME está determinada por la autoeficacia, entendida como la creencia de la mujer sobre sus habilidades para lactar, como uno de los determinantes psicosociales que mayor influencia tienen sobre la duración de dicha práctica (de Jager et al., 2013, & Meedya, 2010). En un estudio de cohorte, se encontró que la baja autoeficacia de la lactancia y la administración temprana de suplementos mostraron la asociación más importante con el

destete precoz en las 555 mujeres incluidas en el estudio (Karall, 2015). Por otro lado, en un estudio observacional realizado por Isaia y colaboradores (2017) se encontró que contar con experiencia previa en LM durante más de un mes se asociaba positivamente con la práctica de la LME. Adicionalmente se ha encontrado que aquellas que cuentan con mayor apoyo tienden a tener mayor éxito en la LM (Meedya, 2010)

En lo que refiere a aquellos factores que limitan la práctica de la LM, varios estudios han encontrado que el uso de biberones influye negativamente sobre el inicio y mantenimiento de la LM. En un metaanálisis donde se incluyeron 20 estudios prospectivos de cohortes, se asoció de manera consistente el uso del chupete y el riesgo de interrupción de la LME (Buccini et al., 2017).

En un metaanálisis realizado por Santos (2017), se encontró que el bajo peso al nacer del lactante; madre joven (menor de 20 años); baja escolaridad materna (menos de nueve años de escolaridad); primiparidad; y empleo materno fuera del hogar son limitantes de la práctica de la LM. Igualmente en una revisión sistemática (Mangrio, Persson, & Bramhagen, 2017) se encontró que aquellas madres que son jóvenes y a la vez tienen un bajo nivel educativo tienen mayor riesgo del cese de temprano de esta práctica, al igual que tener parto por cesárea.

La obesidad materna pregestacional (índice de masa corporal, IMC > 30) se ha asociado con un inicio tardío de la LM hasta en un 13%, y disminuye 20% la probabilidad de mantener esta práctica a los 6 meses post parto (Wojcicki, 2011). Esa asociación se puede explicar en parte por factores mecánicos que conlleva la obesidad, siendo el tejido corporal adicional, areolas más grandes y senos más grandes que reducen el área "del regazo", factores que limitan la LM en mujeres obesas (Wojcicki, 2011). Por otro lado, la elevada secreción de leptina por parte del tejido adiposo puede inhibir el efecto de la oxitocina, conllevando de esta manera a influir negativamente en la eyección de leche materna.

La Percepción por parte de la madre de baja producción de leche materna ha sido reportada por varios estudios como la principal razón de la suspensión de la LME (Vygen, Roberfroid, Captier, & Kolsteren, 2013; De, Pandit, Mushra, Pappu, 2002), se ha comprobado que solo un "5%-10% estimado de mujeres en todo el mundo no pueden amamantar debido a obstáculos fisiológicos" (Vygen et al., 2013).

2.1.4 Marco normativo de la LM a nivel internacional y nacional

A nivel mundial la LM se ha validado como pieza clave para el desarrollo sostenible, pues es mediante esta práctica que se contribuye en gran medida al logro de muchos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: "mejora la nutrición (ODS2), previene la mortalidad infantil y

disminuye el riesgo de enfermedades no transmisibles (ODS3), y apoya el desarrollo cognitivo y la educación (ODS4)” (OMS, 2018c), es por ello, que desde antes de la formulación de estos objetivos, se han instaurado estrategias dirigidas por la OMS y UNICEF para incentivar la LM.

En 2012, la resolución 65.6 de la Asamblea Mundial de la Salud respaldó un Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño (OMS, 2012) donde se fijaron seis metas mundiales de nutrición para 2025, la número 5 hace referencia a “aumentar la LME en los primeros seis meses hasta al menos 50%”(OMS, 2017b), para el cumplimiento de este objetivo, la OMS busca que se desarrollen intervenciones y políticas costo-eficientes que puedan ayudar a los Estados Miembros y sus asociados a mejorar las tasas de LME en los menores de 6 meses (OMS & UNICEF, 2017).

A nivel nacional, el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 -2020 en el marco de la Política Nacional de Primera Infancia y de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, pretende que con su gestión se logre a nivel nacional “el mejoramiento significativo de los índices de la LM”, además fomentar que las instituciones tengan capacidades efectivas de promoción, apoyo y protección de la LM (Ministerio de la Protección Social, Acción Social, UNICEF, & PMA, 2013).

Por otro lado, en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 la primer meta que se planteó fue “incrementar en dos meses la duración media de la LME en menores de 6 meses a 2015” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), para ello se estipuló como estrategia “el desarrollo de un sistema de incentivos, que promuevan y garanticen la oferta y demanda efectiva de bienes y servicios que cumplan con las recomendaciones de la OMS y contenidas en (...) la Estrategia de Alimentación del Lactante y el niño pequeño” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

2.2 RELACTACIÓN

El término relactación se refiere al establecimiento del suministro de leche materna después de que una madre haya dejado de amamantar por cierto periodo de tiempo (Chaturvedi, 1993); muchas de las mujeres que relactan pueden producir suficiente leche para amamantar un lactante de forma exclusiva (OMS, 1998), pero para ello es necesario que se den tres requerimientos básicos en dicho proceso: debe existir un fuerte deseo por parte de la madre de alimentar al niño; la estimulación del pezón y red de apoyo consolidada (Kayhan tetik, Baydar artanta, Bozcuk güzeldemirci, 2013; Lommen, Brown, & Hollist, 2015; Tomar, Rps, Contemp, & May, 2016)

Los beneficios nutricionales de la LM retornan una vez se da la relactación, pues se ha comprobado que la composición de esta leche materna no es diferente de la leche que se produce en el puerperio (Castillo et al., 2009).

2.2.1 Indicaciones de la relactación

La OMS (1998) en su cartilla de relactación menciona que en aquellas ocasiones en las que "la lactancia es interrumpida o en las que una mujer no puede amamantar a su hijo porque está enferma o no está presente, y la salud de su hijo está en situación de riesgo por una alimentación artificial inadecuada"(OMS, 1998), debe contemplarse la relactación.

Además se enuncian otras circunstancias en las que la reanudación de la LM se debe considerar como una alternativa. En el manejo de lactantes enfermos con diarrea aguda o persistente, en quienes la lactancia se ha interrumpido antes o en el transcurso de la enfermedad, y que además han sido "alimentados artificialmente pero no toleran las leches artificiales" (OMS, 1998). En lactantes con bajo peso al nacer, y que además no fue posible lactar en las primeras semanas de vida y que necesitaron ser alimentados por gravedad o con taza. En lactantes con problemas de alimentación, "cuyas madres tuvieron dificultades para establecer la lactancia" (OMS, 1998). En aquellos lactantes que han sido separados de sus madres, bien sea porque alguno de los dos requirió hospitalización. En situaciones de emergencia en los que lactantes quedan desamparados; o en situaciones individuales, en las que por ejemplo la madre decidió alimentar a su hijo con sucedáneos de la leche materna.

2.2.2 Técnicas de relactación

La técnica que se use para estimular el pezón es fundamental para el logro de la relactación, pues de ella dependerá la efectividad de dicha estimulación (Kayhan tetik, Baydar artanta, Bozcuk güzeldemirci, 2013); los suplementos de lactancia materna y 'gota y goteo' son los dos métodos principales en relactación, pues en ambos métodos, se pretende iniciar y aumentar la producción de leche mediante la succión activa y la estimulación de los senos por parte del bebé.

El método de suplementación de LM, consiste en poner el extremo de un tubo de plástico fino o sonda de calibre pequeño cerca del pezón, de tal forma que desemboque en la boca del bebé; en el otro extremo del tubo se pone un recipiente con el sucedáneo de la leche materna, de este modo, el bebé recibirá un flujo constante de alimentación, mientras a través de la succión estimula el pezón de la mujer (Singh, Rai, y Dubey, 2014)

Existen dos grandes estudios en torno a la relactación en los que usaron la suplementación de LM obteniendo resultados exitosos; el primero lo realizó Vygen, Roberfroid, Captier, y

Kolsteren (2013), en dicho estudio la relactación hizo parte de un programa de rehabilitación nutricional para el tratamiento de la desnutrición aguda severa en 632 lactantes menores de 6 meses, el régimen de estimulación del pezón por medio de la suplementación de LM fue de cada dos horas durante 20 minutos, después de aproximadamente diez días, la producción de leche de la madre se reestimuló lo suficiente como para que el bebé pudiera recibir la mayoría de sus calorías de la leche materna.; por otro lado, en el estudio realizado por Tomar (2016) en el que se llevó a cabo la relactación en lactantes ingresados al centro de salud por diversas enfermedades asociadas con el fracaso de la lactancia, el régimen de estimulación del pezón fue de diez minutos cada dos horas; el tiempo necesario para el inicio de la LM varió de tres días a 18 días y para establecer la lactancia varió de cinco a 28 días, la relactación fue exitosa en el 85.8% de la muestra.

En la técnica de "gota y goteo", la leche se gotea de un cuentagotas o una taza directamente sobre el pecho, mientras el bebé está amamantando (OMS, 1998). Cuando el niño tiene un buen agarre al seno esta técnica es menos satisfactoria, porque la leche no entra fácilmente en su boca, esta técnica además por requerir tres manos, puede ser difícil para una madre que no tiene a nadie que le ayude (OMS, 1998).

La OMS (1998) describe otra técnica denominada "extracción mecánica y manual", la cual se efectúa cuando el lactante no está dispuesto o no es capaz de mamar de ningún modo durante un periodo de tiempo, por lo que la madre deberá estimular sus pechos de alguna u otra manera. La extracción de la leche se podrá hacer de forma manual o mecánica (OMS, 1998); la madre, entonces tendrá que extraerse la leche de ocho a doce veces al día, para aproximarse al rango esperado de frecuencia de alimentación en los primeros días de la lactancia. Esta técnica aplica en gran medida para las "madres de lactantes enfermos, con bajo peso al nacer o prematuros para las cuales es útil iniciar la producción de leche antes de que el lactante sea capaz de mamar de nuevo" (OMS, 1998).

2.2.3 Probabilidad de éxito

En relación a las posibilidades de éxito en la relactación, se ha comprobado que éstas son mayores cuando el tiempo transcurrido desde la última mamada es menor y cuando el tiempo transcurrido después del parto es más corto, ya que existe una menor involución de la glándula mamaria (De Rodríguez, Del Rosario Rossell-Pineda, De Acosta, y Chirinos, 2014) además se ha reportado que la experiencia de amamantamiento previo son factores que inciden en el éxito de la relactación (citado en Rodríguez et al., 2014).

En un estudio de De, Pandit, Mishra, Pappu, & Chaudhuri (2002) en el se usó el método gota y goteo en 139 mujeres, se encontró que la tasa de éxito de la relactación disminuía a medida

que aumentaba la edad del lactante, siendo el 90% de éxito en menores de dos meses, 83% en las edades de dos a cuatro meses, y 75% en mayores de 4 meses de vida. Además se encontró que a medida que aumentaba la brecha del periodo de lactancia, disminuía significativamente el porcentaje de éxito de la relactación, pues cuando esta brecha era diez a quince días, el porcentaje era del 55%; de 16 a 20 días, de 42%; y mayor a 20 días, del 20%.

Tomar, Rps, Contemp, y May (2016) realizaron un estudio prospectivo en 381 mujeres, en el que la relactación fue exitosa en el 95.5% de las madres con bebés menores de dos meses, mientras que solo fue exitoso en el 64.5% de las madres con bebés de más de cuatro meses; además encontraron que los bebés alimentados con biberón tardaron más tiempo en iniciar la relactación debido a la confusión del pezón en los bebés.

Sin embargo, hay estudios que sustentan la edad del bebé o la brecha de lactancia factores secundarios que no tienen mayor incidencia sobre el éxito de la relactación. En el 2004 Fuenmayor y colaboradores, encontraron que al realizar el proceso de relactación en 50 mujeres, el 40% de las madres produjeron leche al sexto día de iniciada la relactación, independientemente del tiempo del destete, y de este grupo, el 14% había destetado al niño hacía un mes, el 12% hacía dos meses, el 10% tres meses y el 4% hacía más de tres meses de destete.

En un estudio prospectivo (Singh et al., 2014) llevado a cabo en un centro de recuperación nutricional con 62 menores de 6 meses de vida, el 55,7% (n=34) alcanzó con éxito su objetivo de relactación completa; este estudio concluye enfatizando que es la red de apoyo, la estimulación del seno y la ayuda del trabajador de salud lo que contribuye a la relactación exitosa.

El tiempo en el que se secreta de nuevo la leche materna varía de días a semanas (OMS, 1998), incluso un estudio (Kayhan tetik, Baydar artanta, Bozcuk güzeldemirci, 2013) reportó que la relactación en la madre de un bebé de dos meses de edad que nunca había sido amamantado, fue exitosa al tercer día de iniciada la técnica. En un reporte de caso de Agarwal y Jain (2010), de un bebé de catorce semanas que no había recibido leche materna, la producción de leche se inició al sexto día de la reincorporación y aumentó significativamente al onceavo día.

En un estudio prospectivo (Rodríguez et al., 2014) con una muestra de 50 madres y sus respectivos hijos en edades comprendidas entre los 2 y 5 meses, se llevó a cabo la relactación mediante suplementador de lactancia, al cabo de seis días el 40 % de las madres produjeron leche, sin encontrar relación alguna con el tiempo del destete; se encontró además, que el promedio de inicio de la producción de la leche fue de $6,6 \pm 2,4$ días.

Teniendo en cuenta los diferentes estudios realizados, se presume que los principales determinantes para el éxito de la reanudación de la LM son la motivación de la madre y la estimulación del pezón, además se describen otras variables que pueden coadyuvar el logro de la relactación, tales como la temprana edad del menor, la ausencia de uso previo de biberón, poco tiempo transcurrido desde la última mamada, experiencia previa de amamantamiento por parte de la madre, red de apoyo sólida, y ayuda eficaz por parte del trabajador de salud que esté acompañando el proceso de relactación.

2.1 ASOCIACIÓN ESPERANZA Y PROGRESO

Esta asociación es operador del ICBF, laborando dentro de la modalidad de Desarrollo Infantil en Medio Familiar, atendiendo a hijos de familias vulnerables, menores de cinco años, de zonas rurales y urbanas marginales gratuitamente durante once meses del año. Brindan atención prioritaria a niños menores de dos años, mujeres gestantes y madres lactantes (Asociación Esperanza y Progreso, 2015).

Dentro de los servicios ofrecidos por esta Asociación se encuentra el desarrollo de encuentros educativos grupales una vez a la semana en lugares disponibles y concertados con la comunidad y un encuentro educativo en el hogar una vez al mes. A través de esta modalidad, el ICBF suministra el 70% del requerimiento nutricional diario, mediante la entrega de un refrigerio semanal y un paquete alimentario mensual para llevar a casa calculado para 5 días de la semana (Asociación Esperanza y Progreso, 2015).

Dentro de su plataforma estratégica, se instauraron como objetivos "promover los hábitos nutricionales dirigidos a la Primera infancia a nivel territorial, a partir de la administración y operación de programas encaminados para ello" y "Alcanzar niveles crecientes de desarrollo humano integral sostenible expresado en la vida digna" (Asociación Esperanza y Progreso, 2015). Actualmente esta asociación cuenta con 4 105 beneficiarios, distribuidos en las localidades de Bosa (100), Ciudad Bolívar (300), Suba (2505) y Kennedy (600).

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

3.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La lactancia materna es la estrategia más efectiva para frenar y reducir la mortalidad infantil (Azuine, Murray, Noor Alsafi, y Singh, 2015; Mathur & Dhingra, 2014) por tal motivo la UNICEF y la OMS recomiendan esta práctica. Un metaanálisis (Christa et al., 2013) reveló que la lactancia materna subóptima aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad; adicionalmente, la

OMS (2010) estima que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, durante los primeros 6 meses de vida, causan 1.4 millones de muertes y el 10% de la carga de enfermedades entre los niños menores de cinco años.

A pesar de que en Colombia existen estrategias y respaldo normativo a la práctica de la lactancia materna, los índices y las medianas de LM a nivel nacional y distrital aún son muy bajas (ICBF, 2015).

Algunos estudios realizados en Bogotá; han identificado que entre los principales factores asociados al abandono de dicha práctica, esta la percepción por parte de la madre de baja producción de leche materna, seguido del cumplimiento de horario de trabajo y la percepción de rechazo del bebé (Cardona et al., 2016). En un estudio transversal descriptivo llevado a cabo en un Centro de Desarrollo Infantil (CDI) en Suba, se concluyó que "la razón de mayor prevalencia por la cual las mamás suspendieron la lactancia materna fue porque el niño no quiso más" (Castaño, 2013).

Sea cualquiera la causa de abandono de la práctica de la lactancia, la salud y desarrollo de los niños en este periodo se verá afectada; especialmente en las poblaciones vulnerables donde no cuentan con las condiciones y recursos adecuados para sostener una alimentación apropiada, diferente de la leche materna. En estos casos es importante considerar la relactación como una alternativa para contribuir al buen crecimiento y desarrollo de los niños (OMS, 1998). Actualmente el enfoque del sistema de salud en Colombia en lo que respecta a la práctica de la LM, no enfatiza en la opción que tienen las mujeres que han interrumpido la lactancia de reiniciarla nuevamente. Es decir, de llevar a cabo el proceso de relactación.

Con el fin de elaborar un insumo para la futura construcción e implementación de un proyecto de intervención de relactancia dirigido a las usuarias de la Asociación Esperanza y Progreso con sede en Suba, en el presente trabajo de grado se pretendió dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿A la luz de la literatura, cuáles son los factores que pueden incidir positiva y negativamente en el logro de una intervención en relactación en la población estudio?

3.2 JUSTIFICACIÓN

Si bien es cierto que se debe fortalecer la atención rutinaria de consejería de lactancia, también es fundamental el apoyo a aquellas madres que fracasaron o que no tuvieron un adecuado proceso, siendo la relactación una posible solución. Según lo descrito por la OMS y por la literatura (Singh et al., 2014 y Muresan, 2011) al reestablecer la lactancia, se puede producir suficiente leche para amamantar un lactante de forma exclusiva, promoviendo de este modo

los beneficios que de acuerdo a lo reportado por la literatura, esta práctica representa a nivel individual y social tanto a corto como largo plazo.

La LM en los primeros meses de vida de los lactantes es determinante para promover el correcto desarrollo y crecimiento (OMS, 2013), además esta práctica confiere beneficios en la salud de la madre lactante; y a nivel social, esta práctica impacta positivamente la economía del estado y de la familia del lactante.

Dado los múltiples beneficios de la práctica de LM, se quiere desarrollar un proyecto de intervención, específicamente de relactación, dirigido a las usuarias de la Asociación Esperanza y Progreso, que han suspendido la LME, con el propósito de prevenir los desenlaces negativos y la malnutrición en los niños y niñas de estas madres. El presente trabajo hace parte de la primera etapa de este proyecto donde se caracterizan los factores que inciden en la relactación en los seis primeros meses postparto.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

- Caracterizar los factores que pueden incidir en el logro de la relactación en los seis primeros meses postparto de las usuarias de la asociación Esperanza y Progreso, en la localidad de Suba, Bogotá-2018.

4.2 ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de las madres en los seis primeros meses postparto, usuarias de la asociación con sede en Suba.
- Categorizar los factores identificados, que pueden incidir en un pronóstico favorable menos favorable para iniciar la relactación, en los seis primeros meses postparto de la población estudiada.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo de corte transversal

5.2. POBLACIÓN DE REFERENCIA Y MUESTRA

Usuarias de la Asociación Esperanza y progreso que se encontraran en los 6 primeros meses post parto. Para el tercer trimestre del 2018 el total de madres en este periodo fue de 695 mujeres.

MUESTRA

El muestro fue no probabilístico de tipo discrecional, donde fue posible recolectar una muestra de 31 mujeres.

a. Criterios de inclusión

Madres usuarias de la Asociación Esperanza y Progreso de la localidad de suba, que se encontraran dentro de los primeros 6 meses post parto que no estuviesen lactando, o que no tuviesen LME, y que aceptaran participar voluntariamente en el estudio.

b. Criterios de exclusión

- Mujeres con hijos menores de 6 meses prematuros, con alguna alteración neurológica, con galactosemia clásica, paladar hendido, labio leporino, frenillo lingual o fisura palatina.
- Madres con alteraciones de salud que se encontrasen en tratamiento médico que les impidiera lactar.
- Madres que consumiesen drogas psicoactivas (Heroína, cocaína, anfetaminas, LSD)

5.4 VARIABLES DEL ESTUDIO

A continuación se presentan las variables estudiadas en el presente estudio, la definición e indicadores de cada una de ellas se exponen en el Anexo 1.

A pesar de que este estudio es descriptivo, se quiso evaluar la prevalencia de los factores evaluados en función del porcentaje de la leche materna suministrada.

5.4.1 Variables dependientes

1. Niños que no recibían leche materna, estipulados como: LM al 0%; 2. Niños y niñas que recibieron alimentos complementarios o formula infantil en menor proporción o igual a la leche materna, estipulados como: LM \leq 50%; 3. Lactantes en donde el consumo de leche materna fue superior al 50% de la ingesta de alimentos administrados al momento de la entrevista, estipulados como: LM >50%

5.4.2 Variables independientes

A. Variables sociodemográficas de la mujer encuestada: Edad, procedencia, estado civil, escolaridad, categoría de ocupación, régimen de salud, estrato socioeconómico, régimen de tenencia de la vivienda, número de hijos y periodo intergenésico.

B. Variables relacionadas con las condiciones del lugar de residencia: Servicios públicos domiciliarios, cocina, nevera.

C. Variables relacionadas con el parto y el puerperio: Tipo de parto, hospitalización de la mujer, hospitalización del recién nacido, y contacto piel a piel madre e hijo.

D. Variable relacionada con el lactante: Edad

E. Variables relacionadas con apoyo percibido por la mujer: Apoyo por parte del padre del hijo, tipo de apoyo por parte del padre del hijo, personas y/o grupos que motivaron a la mujer a lactar, y red de apoyo percibida por la madre

F. Variables relacionadas con la práctica de la LM: Espacio donde la mujer se siente cómoda para lactar, experiencia previa en LM, inicio de LM, inquietudes relacionadas con la LM, problemas relacionados con la LM, inicio de duda y/o problema relacionado con la LM, consulta de duda y/o problema, uso de biberón por parte del lactante

5.5 MÉTODO

Partiendo de los antecedentes encontrados en relación a la interrupción de la práctica de la LM en menores de 6 meses en la Asociación Esperanza y Progreso con sede en Suba, se determinaron las variables de investigación, las cuales guiaron todo el proceso investigativo, e inicialmente fueron el eje principal en la formulación del anteproyecto, una vez éste fue aprobado por el comité de la carrera de Nutrición y Dietética, fue presentado en una reunión presencial a la Coordinadora de Nutrición de la Asociación con sede en Suba, quien planteó algunas observaciones las cuales posteriormente fueron tenidas en cuenta.

Durante tres semanas se llevo a cabo el diseño del consentimiento informado (Anexo 2) y del cuestionario (anexo 3) que permitió la recolección de los datos, teniendo como referente el Cuestionario de Redes de Apoyo a la Lactancia Materna, el cual fue modificado en función de los objetivos propuestos; El cuestionario diseñado fue revisado por la enfermera jefe de la unidad de recién nacidos del Hospital de Kennedy. Una vez incorporadas sus observaciones, se procedió a aplicar el cuestionario a 13 mujeres ajenas a la Asociación Esperanza y Progreso, que contaban con características similares a las de la muestra. Se realizaron los ajustes a las preguntas que no eran claras, se incluyeron otras que no se habían contemplado y se contabilizaron 15 minutos en promedio para su aplicación.

Una vez ajustados los formatos que se aplicaron, se estableció un cronograma conjuntamente con la Asociación para la recolección de la información en los diferentes sitios de atención. El tiempo destinado a la recolección de información fue de 3 semanas comprendidas entre el 19 de Septiembre al 4 de Octubre del 2018 (Anexo 4).

Para el muestreo poblacional fue necesario presentar a través de un rotafolio (Anexo 5), la justificación y relevancia del proyecto a las usuarias de la Asociación, esto con el fin de contextualizarlas sobre el problema e invitarlas a participar en el estudio, posteriormente se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión (ficha de muestreo) (Anexo 6) a aquellas mujeres que estaban interesadas en participar en el estudio, luego se procedió con la firma del consentimiento informado y aplicación del cuestionario. Una vez aplicados los formatos, se realizó educación en lactancia de acuerdo a los problemas y dudas evidenciados a lo largo de la entrevista, para ello se contó con material virtual (Anexo 8-18), un modelo tridimensional de la mama, y un modelo de bebé tridimensional.

Ya que una de las variables evaluadas fue el índice de masa corporal (IMC) de la mujer encuestada, se usó una báscula de piso marca SECA de referencia 813 con capacidad de 200 kg y precisión de 100 g, en la cual las mujeres fueron pesadas sin zapatos y con la menor cantidad de accesorios y prendas de vestir posibles, dicha báscula fue solicitada al departamento de Nutrición Humana de la Pontificia Universidad Javeriana, previo al retiro de este equipo de las instalaciones de la universidad se verificó que estuviese calibrada. Para la medición de la estatura se usó una cinta métrica mecánica marca SECA de referencia 206 con rango de medición de 0 a 206 cm y precisión de 1mm, esta cinta se encontraba en cada una de las sedes de la Asociación donde se realizó la aplicación del cuestionario, para la medición de la estatura se le pidió a cada mujer que se ubicara en plano de Frankfurt especificando cada uno de los puntos que componen esta posición, se les pidió además que pegara su cuerpo a la pared y su postura fuese totalmente recta.

A pesar de que no existen indicadores que permiten clasificar el IMC en madres lactantes, en el presente estudio se clasificó el IMC actual de las mujeres de acuerdo a lo establecido para los adultos de 18 a 64 años de edad en la resolución 2465 del 2016. Cabe anotar que los resultados que se obtengan de dicha clasificación serán una aproximación, por lo que se presume que parte de las mujeres que se clasifiquen con sobrepeso, posiblemente por el periodo en que actualmente se encuentran realmente tengan un IMC normal.

En el Anexo 3 se encuentra el esquema de presentación metodológica, el cual fue readaptado del trabajo de grado de (Rojas, 2011)

5.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se utilizó una encuesta estructurada, la cual comprendía cuatro componentes: antropometría, datos sociodemográficos, información relacionada con la vivienda, e información relacionada con la LM y apoyo percibido. Esta encuesta comprendió un total de 49 preguntas, de las cuales 19 requerían de dos respuestas, por ejemplo: ¿En su

vivienda cuenta con cocina para preparar los alimentos? Si/No, si la respuesta es afirmativa, ¿la cocina es compartida? Si/No, por lo cual el total de interrogantes fue de 68, de las cuales 21 eran abiertas, 21 eran cerradas y 26 eran dicotómicas.

Los cuestionarios fueron diligenciados por las estudiantes de Nutrición y Dietética María Alejandra Buitrago y Yuliana Vija y la directora del trabajo de grado Silvia Bohórquez. El tiempo promedio destinado para la aplicación de cada encuesta fue de quince minutos.

5.7 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Para el análisis estadístico se usó el programa Epi Info versión 7.2, en donde se obtuvieron medias y frecuencias. Las variables evaluadas que de acuerdo a la literatura inciden en el logro de la relactación y su mantenimiento se cruzaron en función del porcentaje de leche materna administrada al momento de la encuesta.

6. RESULTADOS

Se entrevistaron en total 32 mujeres, una fue excluida del estudio por no responder a todas las preguntas, quedando una muestra total de 31 mujeres.

El promedio de edad de las madres fue de 26,2 ($\pm 6,2$) años, siendo 24 años la edad de mayor prevalencia con un 12,9% (n=4), la mínima fue de 18 años y la máxima de 39 (Tabla 1). Se observó una mayor proporción de mujeres en edades entre 18 y 25 años con un 54,8% (n=17), seguido de 20 a 30 años con un 25,8% (n=8), y entre los 31 a 39 años se encontró una prevalencia de 19,4% (n=6).

La edad promedio de los lactantes fue de 3,9 ($\pm 1,3$) meses (Tabla 1). Siendo el grupo de edad de mayor prevalencia los lactantes entre 5 y 5,5 meses de edad con un 32,3% (n=10), seguido del grupo entre los 3 y 3,9 meses con un 29,0% (n=9); el 25,8% (n=8) entre los 4 y 4,9 y para los grupos de edad entre 1 y 1,9 meses y entre los 2 y 2,9 meses de edad se encontró un 45,0% (2) respectivamente.

El 93,55% (n=29) de las mujeres encuestadas son de nacionalidad colombiana, y el 6,5% (n=2) restante de nacionalidad venezolana. El 55,2% (n=16) de las mujeres colombianas nacieron en Cundinamarca; el 10,3% (n=3) en Magdalena; el 6,9% (n=2) en Córdoba; el 6,90% (n=2) en Sucre; y el 20,7% (n=6) restante en Antioquia, Casanare, Cesar, Putumayo, Santander y Tolima, teniendo cada uno de estos seis departamentos el mismo porcentaje de participación con un 3,45%.

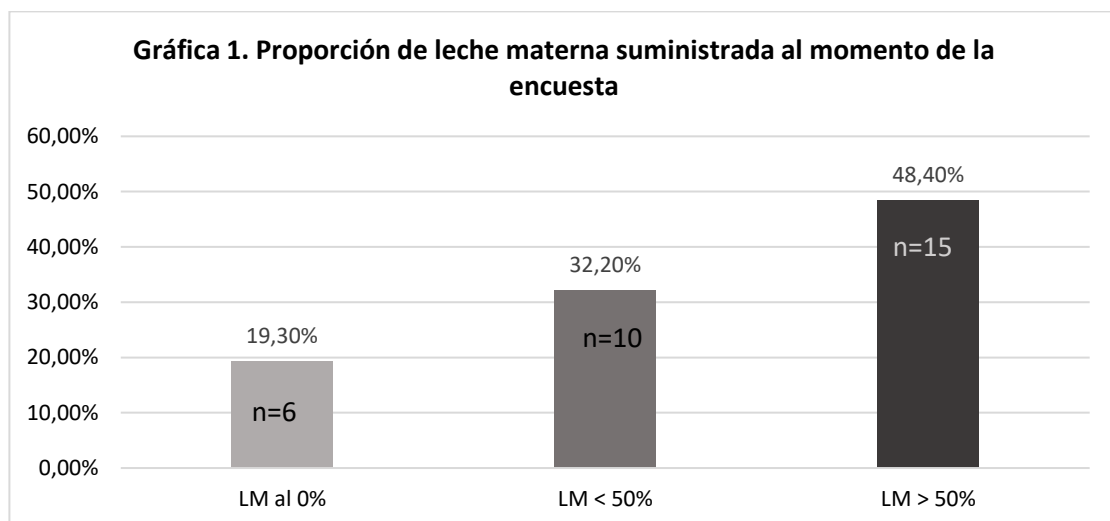
El estado civil que predominó fue casada o en unión libre con un 83,9% (n=26), seguido de soltera con un 12,9% (n=4). Según el estado de paridad, hubo mayor frecuencia de primigravidas con un 41,9% (n=13) (Tabla 2).

En relación con el nivel educativo se encontró que el 45,2% (n=14) eran bachilleres, el 41,9% (n=13) contaba con educación básica, y sólo una mujer había culminado sus estudios universitarios. Ser ama de casa fue la ocupación de mayor frecuencia con un 71,0% (n=22) y sólo el 25,8% (n=8) contaba con trabajo (Tabla 2). El 87% (27) de las mujeres encuestadas refirieron que el padre de su(s) hijo(s) se encontraba trabajando.

El 100% contaba con seguridad social, de las cuales el 74,2% (n=23) pertenecía al régimen contributivo, y el 25,81% (n=8) al régimen subsidiado. El lugar de residencia del 93% (n=29) de las mujeres encuestadas pertenecía a estrato 2. Hubo mayor prevalencia de mujeres que residían en apartamento con un 70,9% (n=22), seguido de casa independiente con un 25,8% (n=8), y habitación 3,2% (n=1).

El 19,3% (n=6) de las mujeres al momento de la encuesta no lactaba, mientras que el 80,6% (n=25) practicaban la lactancia mixta. De este segundo grupo el 48,4% (n=15) daba pecho en una proporción mayor del 50% con respecto a alimentos complementarios o formulas infantiles, y el 32,2% (n=10) lactaba igual o menos del 50%.

A continuación, se presentan las prevalencias de los factores evaluados en función del porcentaje de lactancia suministrada.



A continuación se presentan los resultados en función de la proporción de leche materna suministrada al momento de la encuesta.

6.1 Características sociodemográficas de las población estudio

La media de la edad materna fue similar tanto en las mujeres que no lactaban como en aquellas que brindaban lactancia mixta. Por otro lado, se observó que la edad máxima de los lactantes en todos los grupos estuvo en un rango de 5 a 5,5 meses de edad, además en el grupo donde hubo mayor prevalencia de estas edades fue en LM > 50% (Tabla 1).

La media de la edad de las mujeres que no lactaban fue de 25,8 años, siendo la mínima 21 años, la edad máxima 39 años, y la mayor prevalencia fue de 24 años con un 33,3% (n=2). La media de la edad de los niños y niñas que no eran lactados fue de 4,4 meses, la edad mínima fue de 3 meses (n=2)

Tabla 1 Estratificación de la edad materna y edad de los lactantes en relación al porcentaje de leche materna administrada.

% LM	n	Media	DE	Mínimo (n)	Máximo (n)	Moda (n)
Edad materna						
≤50	10	26,4	6,3	18,0 (1)	37,0 (1)	24,0 (2)
>50	15	26,2	6,4	18,0 (1)	39,0 (1)	19,0 (2)
Total	31	26,2	6,2	18,0 (2)	39,0 (2)	24,0 (4)
Edad de los niños y niñas						
0	6	4,4	1,1	3,0 (2)	5,5 (2)	3,0 (2)
≤50	10	4,1	0,9	2,5 (1)	5,5 (1)	4,0 (3)
>50	15	3,5	1,2	1,5 (2)	5,0 (4)	5,0 (4)
Total	31	3,9	1,1	1,5 (2)	5,5 (1)	5,0 (7)

De acuerdo al estado civil, el 66,7% (n=4) de las mujeres que no lactaban eran casadas o vivían en unión libre, y el 33,3% restante eran solteras; además, el 66,7% (n=4) eran primigravidas. en los grupos de LM al 0% y LM ≤50% hubo mayor proporción de mujeres que sólo tenían un hijo con un 29,0% (n=9); mientras que en el grupo de LM >50% hubo mayor proporción multíparas con un 35,4% (n=11).

De acuerdo al nivel educativo, en el grupo de madres que no lactaban se observó una mayor proporción de mujeres con estudios técnicos con un 50% (n=3), seguido de bachilleres con un 33,3% (n=2) y una mujer con nivel educativo básico (16,7%). En el grupo de LM ≤50% se evidenció la misma proporción entre mujeres bachilleres y con educación básica con un 40,0% (4) respectivamente, finalmente en el grupo LM >50% se observó mayor prevalencia de mujeres bachilleres 53,3% (8). El 66,7% (n=4) de las mujeres que no lactaban eran ama de casa y el 33,3% (n=2) restante trabajaban. Se observó que en la muestra total hubo mayor prevalencia de mujeres ama de casa (Tabla 2).

Tabla 2 Estratificación de las características sociodemográficas en relación al porcentaje de leche materna administrada.

Variable	≤50 n=10 (%)	>50 n=15 (%)	Total n=31 (%)
Estado civil			
Soltera	1 (10,0)	2 (13,3)	5 (16,1)
Unión libre o casada	9 (90,0)	13 (86,7)	26 (83,9)
Número de hijos			
Primigravidas	5 (50,0)	4 (26,7)	13 (41,9)
Multiparas	5 (50,0)	11 (73,4)	18 (58,1)
Estudios concluidos			
Primaria	4 (40,0)	5 (33,3)	10 (32,3)
Bachillerato	4 (40,0)	8 (53,3)	14 (45,1)
Técnico	2 (20,0)	1 (6,7)	6 (19,4)
Universitarios	0 (0)	1 (6,7)	1 (3,2)
Ocupación			
Ama de casa	6 (60,0)	12 (80,0)	22 (71,0)
Trabaja	3 (30,0)	1 (6,7)	6 (19,4)
Ama de casa y estudiante	1 (10,0)	0 (0)	1 (3,2)
Ama de casa y trabaja	0 (0)	1 (6,7)	1 (3,2)
Trabaja y estudia	0 (0)	1 (6,7)	1 (3,2)
Régimen de salud			
Contributivo	7 (70,0)	12 (80,0)	23 (74,2)
Subsidiado	3 (30,0)	3 (20,0)	8 (25,8)

6.2 Variables relacionadas con las condiciones de vivienda

El 100% de las viviendas contaban con los servicios públicos básicos y con cocina, de las cuales el 19,4% (6) eran compartidas; el 74,2% (23) contaba con nevera, de las cuales el 8,7% (3) eran compartidas; sólo el 9,69% (3) de las mujeres no tenían baño independiente.

De las mujeres que no lactaban, el 33,3% (n=2) contaba con cocina compartida, el 50% (n=3) contaba con nevera de las cuales el 100% era independiente; y el 83,3% (n=4) tenía baño independiente .

6.3 Antropometría

Se observó mayor prevalencia de mujeres con IMC normal con un 48,4% (15). El 50% (n=3) de las mujeres que no lactaban tenían un IMC normal, el 33,3% (n=2) se encontraba en sobrepeso, y el 16,7% (n=1) en obesidad. El 9,3% (n=3) de la muestra total presentó obesidad, evidenciándose un caso por cada grupo (0, ≤50 y >50) (Tabla 3) estas tres mujeres, se encontraban en los 2,5 meses, 3 meses y 5,5 meses post parto respectivamente. La mayor prevalencia de mujeres con sobrepeso se encontraba en el tercer meses post parto con un

38,5% (5), seguido del quinto meses post parto con un 30,8% (4), cuarto meses post parto con un 23,8% (3), y sólo una mujer con sobrepeso se encontraba en el primer mes post parto.

Tabla 3 Estratificación del IMC actual en relación al porcentaje de leche materna administrada

Variable	≤50 n=10 (%)	>50 n=15(%)	Total n=31 (%)
Normal	3 (30,0)	9 (66,7)	15 (48,4)
Sobrepeso	6 (60,0)	5 (33,3)	13 (41,9)
Obesidad	1 (10,0)	1 (6,7)	3 (9,7)

6.4 Variables relacionadas con el parto y el puerperio

El 66,7% (n=4) de las mujeres que al momento de la encuesta no lactaban tuvieron el parto vía cesárea, a excepción de este grupo en los demás hubo mayor proporción de niños y niñas que nacieron vía vaginal (Tabla 4).

El 100% de las mujeres que no lactaban estuvieron en contacto piel a piel con su hijo una vez nacieron; el 83,3% (n=5) estuvo hospitalizada una vez culminó el parto, y el 33,3% (n=2) tuvo a su hijo hospitalizado luego del nacimiento.

Tabla 4 Estratificación de las variables relacionadas con el parto y puerperio en torno al porcentaje de leche materna administrada.

Variable	≤50 n=10 (%)	>50 n=15(%)	Total n=31 (%)
Tipo de parto			
Cesárea	1 (10,0)	5 (33,3)	10 (32,3)
Vaginal	9 (90,0)	10 (66,7)	21 (67,7)
Mujeres que luego del parto estuvieron piel con piel con su hijo/a			
No	1 (10,0)	1 (6,7)	2 (6,5)
Si	9 (90,0)	14 (93,3)	29 (93,6)
Mujeres que luego del parto estuvieron hospitalizadas			
No	10 (100)	14 (93,3)	29 (93,6)
Si	0 (0,0)	1 (6,7)	2 (6,5)
Niños(as) que luego del nacimiento estuvieron hospitalizados			
No	8 (80,0)	14 (93,3)	26 (83,9)
Si	2 (20,0)	1 (6,7)	5 (16,1)

6.5 Variables relacionadas con la práctica de la LM

Si bien el total de madres entrevistadas al momento de la encuesta no brindaban LME, no quiere decir que en algún momento no lo hayan hecho. Se encontró que el 74,0% (n=23) brindo en algún momento LME, las razones del 26,0% (n=8) restante para no haberla brindado

fueron: pezón invertido, producción insuficiente de leche materna con un 37,5% (n=3) respectivamente, duda si el niño quedaba con hambre y pezón largo con un 12,5% (1) respectivamente. El 30,4% (n=7) de las madres que brindaron LME, lo hicieron entre el primer y 1,9 meses de edad de su hijo, seguido del 21,7% (n=5) que brindó LME menos de un mes (Tabla 5).

El 50% (n=3) de las mujeres que al momento de la encuesta no lactaban, brindaron en algún momento LME, donde el 66,7% (n=2) brindó entre uno y 1,9 meses, y una mujer la brindó menos de un mes.

Tabla 5 Estratificación del periodo de LME en relación al porcentaje de leche materna administrada.

Variable	≤50 n=8 (%)	>50 n=12(%)	Total n=23 (%)
<1 meses	0 (0)	4 (33,3)	5 (21,7)
1 a 1,9 meses	4 (50,0)	1 (8,3)	7 (30,4)
2 a 2,9 meses	3 (37,5)	0 (0)	3 (13,0)
3 a 3,9 meses	0 (0)	3 (25,0)	3 (13,0)
4 a 4,9 meses	1 (12,5)	3 (25,0)	4 (17,4)
5 a 5,5 meses	0 (0)	1 (8,3)	1 (4,4)

El inicio de la LM se dio en mayor proporción en las tres primeras horas, en un 77,4% (n=24) (tabla 6). El 38,7% (n=12) de los niños y niñas, recibieron en el hospital sucedáneo de leche materna.

En lo referente a las variables relacionadas con la práctica de la LM de las mujeres que al momento de la encuesta no lactaban, se evidenció que sólo el 33,3% (n=2) de las mujeres tenía experiencia previa en LM y ésta fue satisfactoria; el 83,3% (n=5) recibió ayuda para lactar al nacer su bebé por parte de algún profesional; hubo mayor prevalencia de mujeres que brindaron LM en las primeras 3 horas post parto con un 66,7% 8 (n=4), seguido de la tercera a la veinticuatroava hora, y más de 24 horas con un 16,7% respectivamente; el 66,7% (n=4) recibió alguna fórmula infantil en el hospital; y al momento de la encuesta, el 100% (n=6) era alimentado por biberón.

Tabla 6 Estratificación de las variables relacionadas con la práctica de la LM en torno al porcentaje de leche materna administrada.

Variable	≤50 n=10 (%)	>50 n=15(%)	Total n=31 (%)
Experiencia previa el LM			
No ha dado pecho	0 (0)	1 (6,7)	1 (3,2)

Variable	≤50 n=10 (%)	>50 n=15(%)	Total n=31 (%)
No tiene más hijos	5 (50,0)	4 (26,7)	13 (41,9)
Experiencia previa satisfactoria	2 (20,0)	8 (53,3)	12 (38,7)
Experiencia previa no satisfactoria	3 (30,0)	2 (13,3)	5 (16,1)
Mujeres que al nacer su bebé recibieron ayuda de algún profesional en salud para lactar			
No	3 (30,0)	8 (53,3)	12 (38,7)
Si	7 (70,0)	7 (46,7)	19 (61,3)
Brecha de tiempo del parto y primer mamada			
< 3 horas	7 (70,0)	13 (86,7)	24 (77,4)
3 – 24 horas	2 (20,0)	2 (13,3)	5 (16,1)
>24 horas	1 (10,0)	0 (0)	2 (6,5)
Lactantes a quienes administraron fórmula en el hospital			
No	6 (60,0)	9 (60,0)	19 (61,3)
Si	4 (40,0)	6 (40,0)	12 (38,7)
Niños(as) que al momento de la entrevista usaban biberón			
No	0 (0)	2 (13,3)	2 (6,5)
Si	10 (100)	13 (86,7)	29 (93,6)

Se observó que periodo de tiempo de uso de biberón en los niños que al momento de la encuesta no eran lactados, fue mayor en comparación a los otros grupos, pues se evidenció una media de 3,1 meses, un periodo mínimo de 1,5 meses, un máximo de 4,5 meses, y una prevalencia de 3,5 meses

Tabla 7 Estratificación del periodo de tiempo de uso de biberón en relación al porcentaje de leche materna administrada.

%LM	n	Media	Desv. st	Mínimo	Máximo	Moda
≤50	10	2,9	0,9	1,5	4,5	2,0
>50	13	1,8	1,1	0,5	3,5	1,0

El 93,55% (n=29) de la mujeres refirieron que en la vivienda donde habitan cuentan con un lugar cómodo para lactar, mientras que el 6,45% (n=2) de las mujeres afirmaron lo contrario.

Todas las mujeres manifestaron que tuvieron algún problema o duda relacionado con la lactancia. El 31,3% (n=10) de las mujeres encuestadas manifestó tener alguna duda relacionada con la práctica de la LM, el 28,1% (n=9) tener algún problema, y el 40,6% (n=13) refirió tener alguna duda y problema relacionados con la lactancia materna..

Entre los problemas relacionados con la lactancia materna, el 53,1% (n=5) de las mujeres reportaron producción insuficiente de leche materna; el 12,5% (n=4) pezón invertido; el 12,5% (n=4) rechazo del pecho por parte del bebé; el 6,3% (n=2) problemas del bebé al agarrar el pezón, y el 9,4% (n=3) pezón largo, congestión mamaria y mastitis, teniendo estos tres últimos

problemas el mismo porcentaje de participación con un 3,1% (n=1) cada uno. El 6,3% de las mujeres presentaron algún(os) de estos problemas luego de la hospitalización de su hijo.

Respecto a las dudas relacionadas con la práctica de la LM, el 51,6% (n=16) afirmó tener duda sobre si su hijo o hija quedaba con hambre luego de la mamada; el 18,75% (n=6) respecto a la calidad y cantidad de su leche materna; el 6,3% (n=2) sobre su capacidad para dar leche; el 6,3% (n=2) aseguró tener dudas sobre su incorporación laboral y mantenimiento de la lactancia; otro 6,3% (n=2) refirió que no sabía si su bebé quedaba con sed al consumir sólo leche materna; el 3,13% (n=1) sobre su alimentación durante el periodo de lactancia; el 15,63% (n=3) restante aseguró que tenían otras dudas diferentes a las estipuladas en el cuestionario. Entre las otras dudas reportadas por los encuestados, se encontró sobre si podía contagiar al bebé con algún virus (n=1), preocupación sobre el manejo de la diarrea del bebé (n=1) y duda sobre el tiempo adecuado de amamantamiento (n=1).

El 50,0% (n=3) de las mujeres que al momento de la encuesta no lactaban refirió que los problemas y/o dudas en lactancia, iniciaron de primer al segundo mes, el 33,3% (n=2) el primer día, y el 16,7% (n=1) de la primer a la tercer semana, sólo la mitad de las mujeres consultaron su problema o duda con algún profesional en salud o servicio de lactancia; en la muestra total hubo mayor proporción de mujeres que aseguraron que sus dudas y/o problemas en lactancia iniciaron desde el primer día post parto con un 41,9% (n=13).

De las 6 mujeres que no lactaban, el 33,3% (n=2) refirió que el motivo de la suspensión de la LM fue la producción insuficiente de leche; otro 33,3% (n=2) debido a pezón invertido; el 16,7% (n=1) por rechazo del pecho por parte del bebé; y el 16,7% (n=1) restante atribuyó la suspensión de la lactancia a la producción insuficiente de leche junto con el trabajo fuera del hogar.

El principal motivo para la administración de alimentos diferentes a la leche materna fue la producción insuficiente de leche con un 45,16% (n=14), seguido de "duda si el niño quedaba con hambre" con un 19,35% (n=6) (Tabla 8). Es importante resaltar que entre los alimentos administrados se reportaron fórmulas lácteas, jugos, agua, compotas y purés. En el grupo de madres que al momento de la encuesta no lactaban, la mayor proporción administró algún alimento diferente a la leche materna por percepción de producción insuficiente de leche con un 50,0% (n=3), seguido de pezón invertido con un 33,3% (n=2) y rechazo del pecho por parte del bebé con un 16,7% (n=1).

Tabla 8 Estratificación de dudas y problemas relacionados con la práctica de la LM en torno al porcentaje de leche materna administrada.

Variable	≤50 n=10 (%)	>50 n=15 (%)	Total n=31 (%)
Inicio de los problemas y/o dudas en lactancia			
Primer día	4 (40,0)	7 (46,7)	13 (41,9)
De la 1° a la 3° semana	1 (10,0)	3 (20,0)	5 (16,3)
Del 1° al 2° mes	3 (30,0)	2 (13,3)	8 (25,8)
Del 3° al 6° mes	2 (20,0)	3 (20,0)	5 (16,1)
Problemas o dudas por las cuales la madre tuvo que administrar alimentos diferentes a la leche materna			
Producción insuficiente de leche	5 (50,0)	6 (40,0)	14 (45,2)
Duda si el niño quedaba con hambre	3 (30,0)	3 (20,0)	6 (19,35)
pezón invertido	0 (0)	0 (0)	2 (6,5)
Rechazo del pecho por parte del bebé	1 (10,0)	0 (0)	2 (3,2)
Duda si el niño quedaba con sed	0 (0)	1 (6,7)	1 (3,2)
Duda Si podía contagiar al bebé con algún virus	0 (0)	1 (6,7)	1 (3,2)
Duda sobre el manejo de diarrea del bebé	0 (0)	1 (6,7)	1 (3,2)
Duda sobre incorporación laboral y la lactancia	1 (10,0)	0 (0)	1 (3,2)
Duda sobre la calidad de la leche materna	0 (0)	1 (6,7)	1 (3,2)
Congestión mamaria	0 (0)	1 (6,7)	1 (3,2)
Pezón largo	0 (0)	1 (6,7)	1 (3,2)
Mujeres que consultaron su duda o problema con algún profesional en salud			
No	3 (42,9)	14 (93,3)	21 (67,7)
Si	4 (57,1)	1 (6,7)	10 (32,3)

6.6 Variables relacionadas con el apoyo percibido por la mujer

En lo referente a las mujeres que al momento de la encuesta no lactaban, el 100% contaba con el apoyo económico de sus(s) hijo(s) y el 83,3% (n=5) contaba con su apoyo afectivo, además el 100% era motivada por alguien para lactar, y la mitad (n=3) recibía ayuda para realizar las tareas del hogar.

El 70,9% (n=22) de la muestra total recibía ayuda en los quehaceres del hogar. Hubo mayor proporción de mujeres que eran motivadas a lactar con un 64,5% (n=20) (Tabla 9), se observó mayor prevalencia de mujeres que eran motivadas a lactar por parte de su madre con un 47,6% (n=10) seguido del padre del niño o niña con un 33,3% (n=7)

Tabla 9. Estratificación del apoyo percibido en relación al porcentaje de leche materna administrada.

Variable	≤50 n=10 (%)	>50 n=15 (%)	Total n=31 (%)
Mujeres que cuentan con el apoyo económico del padre de su(s) hijo(s)			
No	1 (10,0)	2 (13,3)	3 (9,7)
Si	9 (90,0)	13 (86,7)	28 (90,3)
Mujeres que cuentan con el apoyo afectivo del padre de su(s) hijo(s)			
No	1 (10,0)	2 (13,3)	4 (12,9)

Si	9 (90,0)	13 (92,9)	27 (87,1)
Mujeres que reciben ayuda en las tareas del hogar			
No	3 (30,0)	3 (20,0)	9 (29,0)
Si	7 (70,0)	12 (80,0)	22 (70,9)
Mujeres que eran motivadas por alguien para lactar			
No	3 (30,0)	8 (53,3)	11 (35,5)
Si	7 (70,0)	7 (46,7)	20 (64,5)

Sólo el 32,3% (n=10) de las mujeres consultó su duda o problema con algún profesional o servicio de salud.

El 50,0% (n=5) de las mujeres que asistieron a consulta para resolver su duda o problema en lactancia, consideran necesario asistir a dicha consulta; a pesar de que el 50,0% (n=5) se sintió escuchada por el profesional, el 60,0% (n=6) se sintió insatisfecha tras la consulta y sintió que el tiempo empleado por la persona que la tendió fue insuficiente, además sólo el 20,0% (n=2) le recomendaría dicho profesional a algún amigo o familiar. Al 70,0% (n=7) de las mujeres le gustaría disponer de más servicios o redes de apoyo a la lactancia.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos permitieron caracterizar los factores que pueden incidir en la eventualidad de iniciar un proceso de relactación y su mantenimiento en la muestra poblacional, siendo éste el primer estudio de este tipo.

Partiendo de la premisa de que la edad materna menor de 20 años puede ser un factor de riesgo en el mantenimiento de la LM (Santos et al., 2017), y que en los ensayos y estudios realizados en torno a la relactación, el éxito de la reanudación de la LM es independiente de la edad de la madre, se puede establecer entonces que de acuerdo a la media y prevalencia de la edad materna encontrada en el presente estudio (26,2 años y 24 años respectivamente), esta variable es un factor protector para el mantenimiento de la LM, más no para el logro de la relactación.

La prevalencia de niños y niñas con 5 meses de edad es un factor que posiblemente limite el proceso de relactancia pues se ha visto que en esta edad el lactante está menos dispuesto a lactar del seno materno (Tomar, 2016; De et al. 2002), esto se puede deber a que los lactantes pierden interés a mamar de un pecho que produce poca cantidad de leche, excepto en las dos o tres primeras semanas de vida (citado en OMS, 1991), y a ello se suma que las madres no brindan la importancia debida a la LM sabiendo que en poco tiempo su hijo recibirá la alimentación complementaria, lo cual psicológicamente indispondrá a la madre para el logro de la relactación (Chaturvedi, 1994); Sin embargo, se ha visto que independientemente de la edad, el interés del niño o niña por succionar el pecho usualmente ocurre después de aproximadamente la primera semana de prueba (Tomar et al.,

2016; Auerbach, 1981), por lo que se sugiere que para estos casos, los esfuerzos por lograr el éxito de la relactación se maximicen aún más.

El si vale la pena o no realizar el proceso de relactación en un lactante de 5 o 5,5 meses de vida puede ser un gran interrogante. Partiendo de las recomendaciones dadas por la OMS y la UNICEF (2017) en las que se recomienda que la LME se debe dar hasta los 6 meses de vida y la LM por lo menos hasta los dos años, y que de acuerdo con la OMS la leche materna "puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses"(OMS, 2018a). es correcto afirmar entonces, que al realizar el proceso de relactación en los niños y niñas en cuestión, se estaría promoviendo los beneficios que supone la LM, que para el caso particular de estos niños si se continúa con esta práctica hasta los 2 años de vida, recibirían los nutrientes y componentes de la leche materna durante 18,5 meses.

La asociación entre el estado civil con la LM esta bien documentada en la literatura, encontrando que aquellas mujeres que son solteras tiene mayor riesgo de fracaso de esta práctica (Stuebe et al., 2014), en gran medida esta asociación se puede dar por el apoyo que el compañero le puede brindar a la mujer durante el proceso de la lactancia y en esta misma lógica en el proceso de relactación. Basado en lo anterior, el estado civil predominante en la muestra favorece el mantenimiento de la LM una vez implementado el proceso de relactación.

De acuerdo al número de hijos, se encontró que la proporción de mujeres primigravidas fue mayor en aquellas madres que no lactaban, y fue menor en aquellas que lactaban más del 50%, este resultado concuerda con varios estudios en los que se sugiere que la primigravidad es un factor de riesgo para el mantenimiento de la LM (Santos et al., 2017); sin embargo, en estudios realizados en torno a la relactación, no se ha encontrado relación alguna entre la paridad y el éxito o fracaso de la reanudación de la LM (Fuenmayor, 2004); por lo que para la muestra poblacional del presente estudio, la primigravidad es un factor de riesgo para el mantenimiento de la LM más no para la reiniciación de la misma.

Igualmente, se ha asociado negativamente la falta de experiencia previa en LM con el logro de la relactación (como se cita en Rodríguez, 2014) y con el mantenimiento de la práctica de la LM (Rodríguez-García & Acosta-Ramírez, 2008; Moraes y Camelo, 2017) y); teniendo en cuenta que la mayoría de mujeres y en especial aquellas que no lactan son primigravidas, su experiencia en LM entonces, es nula, representando entonces un factor de riesgo tanto para la relactación como para el mantenimiento de la LM una vez establecida.

En el presente estudio hay una gran limitante en la evaluación del IMC, pues no existen indicadores para clasificar esta variable antropométrica en los primeros 6 meses post parto, y consecuentemente

la herramienta usada para su clasificación en este estudio no está validada para esta población. Se deduce que la proporción de mujeres con IMC normal es mayor al estipulado en los resultados, pues al adicionarles el 19% de mujeres clasificadas con sobrepeso que se encuentran en los primeros tres meses post parto, cuyo exceso de peso con el que cuentan es normal dado el momento post parto en el que se encuentran, la proporción de mujeres con IMC normal aumentaría de 48,8% a 67,8%.

Se debe prestar especial atención a aquellas mujeres con obesidad, pues varios estudios lo han asociado negativamente con el inicio y mantenimiento de la LM (Collazo et al., 2018; Filipiak-Pittroff et al., 2018; Forero, Isaacs, Rodríguez, & Hernandez, 2013). Una gran limitante de la evaluación a partir del IMC es que no se evalúa la composición corporal, por lo que se desconoce si el exceso de peso es a expensas de tejido adiposo, el cual es uno de los principales causantes de las limitantes que se presentan en la práctica de la LM en las mujeres obesas (Bever Babendure, Reifsnider, Mendias, Moramarco, y Davila, 2015).

Si bien no se ha estudiado la asociación entre el estado nutricional de la madre y la relactación, las bases fisiopatológicas de la obesidad y su relación con la práctica de la LM, pueden sin duda alguna aplicarse para la relactancia, pues en última instancia los procesos mecánicos, químicos y biológicos que se dan en ambas prácticas son similares; por lo que para el caso particular de la muestra poblacional del presente estudio, a pesar de haber mayor proporción de mujeres con IMC adecuado, lo cual influye positivamente en la reanudación de la LM, se debe vigilar muy de cerca aquellos casos en los que las madres están en sobrepeso y aún más las que son obesas.

Los resultados del presente estudio en torno a la escolaridad de la madre, sugieren que esta variable es un determinante positivo en el mantenimiento de la LM una vez se reanuda (Mangrio et al., 2017; Stuebe et al.; Santos et al., 2017), sin embargo, aún no existen estudios en torno a la relactación que asocien su éxito con la escolaridad materna, por lo que se desconoce si esta variable puede representar un factor de riesgo o no en el proceso de relactación; no obstante, se puede deducir que al tener la madre un mayor nivel educativo, se refuerza su capacidad para captar y empoderarse de la información que se brinda en el proceso de relactación, en donde además de brindarse instrucciones relacionadas con la técnica para reanudar la LM, se da educación en LM permitiendo romper con paradigmas y actitudes que limitan esta práctica.

El disponer de mujeres que en su mayoría son amas de casa, puede influir positivamente en el proceso de relactación ya que la disponibilidad de tiempo por parte de ellas para el desarrollo del proceso de reanudación de la lactancia puede ser mayor, además se ha encontrado que aquellas mujeres que desarrollan sus actividades diarias fuera del hogar tienen mayor probabilidad de suspender la LM (Castro et al., 2017), en un estudio descriptivo realizado por Isaia, Theodorou, Galanis, Nikolentzos y Polyzos (2017) se encontró que el trabajo fuera del hogar fue la segunda

causa para la interrupción de la LM con un 15%; por lo que para el caso particular de la muestra poblacional del presente estudio esta variable puede influir positivamente tanto en la relactación como en el mantenimiento de la LM.

El inicio temprano de la lactancia en el 77,4% de los niños, y el contacto piel a piel con su madre una vez nacieron en el 93,6% de los casos, constituyen factores protectores para el mantenimiento de la LM una vez se de la relactación (OMS, 2018b). Se ha comprobado que estas variables aumentan la autoeficacia de la madre en la práctica de la LM (Aghdas, Talat, & Sepideh, 2014) lo cual favorece el proceso de relactación..

La proporción de niños y niñas que nacieron por parto vaginal fue menor en el grupo que al momento de la encuesta no eran lactados, este resultado es consistente con varios estudios en los que se ha demostrado que la cesárea es uno de los factores más importantes asociados negativamente con la práctica de la LM (Beake, Bick, Narracott, & Chang, 2017; Zhao, Zhao, Du, Binns, & Lee, 2017). A pesar de que no se ha relacionado esta variable con el proceso de relactación, se sabe que el parto por cesárea disminuye la autoeficacia por parte de la madre para lactar (Aghdas, Talat, y Sepideh, 2014), lo cual puede afectar negativamente la relactancia y la LM en aquellos niños que al momento de la encuesta no eran lactados, no obstante a nivel general se presentó mayor proporción de niños y niñas que nacieron por parto vaginal, por lo que podría constituir un factor positivo para la reanudación de la LM y su mantenimiento.

El uso de biberón constituye una gran limitante en el logro de la relactación y el mantenimiento de la LM (Buccini et al., 2017; Pereira-Santos et al., 2017; Tomar, 2016; Muersan, 2011). Por ello, esta variable es una de los factores de riesgo para la reanudación de la LM en la muestra poblacional, ya que el 93,6% de las mujeres encuestadas alimentaban a sus hijos menores de 6 meses por medio del biberón, a esto se suma que aquellos niños que no son lactados presentan periodos de tiempo más prolongados en el uso de biberón en comparación con los otros dos grupos, lo cual predispone aún más al rechazo del seno materno pues como es bien sabido, el niño alimentado con biberón presenta una actividad muscular anormal y se acostumbra a una deglución atípica (Buccini et al., 2017) conllevando de esta manera a la preferencia del biberón en comparación al seno materno, en donde se requiere de mayor trabajo por parte del lactante para obtener la leche.

Un gran factor protector para el logro de la relactación es que todas las mujeres encuestadas, desean reiniciar con la LM; desde la década de los 80 (Auerbach, 1981) se ha reconocido que la motivación de la madre es uno de los principales determinantes en el logro de la relactación, teniendo en cuenta que este proceso requiere de gran compromiso por parte de la madre, en donde por ejemplo, la estimulación de los pezones con frecuencia es fundamental, por lo que si el niño o niña no lo puede hacer de manera directa, es la mujer quien debe hacer dicha estimulación; por otro lado, la

motivación de la madre puede aliviar la tensión que este proceso puede generar sobre ella, llegando a inhibir la eyección de la leche y, en última instancia, la LM (Auerbach, 1981).

La motivación de la madre además, puede verse alterada por el apoyo que agentes externos le brinden, por ello es fundamental que la mujer se sienta motivada por su entorno para reiniciar la lactancia, en el caso del presente estudio, este es un factor protector ya que más de la mitad de la muestra, y todas las mujeres que al momento de la encuesta no se encontraban lactando, cuentan con alguien que las motiva a lactar, además la mayor proporción de estas mujeres cuentan con el apoyo económico y afectivo del padre de su(s) hijo(s), el apoyo por parte de la familia es fundamental en el éxito de la relactación y su mantenimiento, ya que se ha comprobado que aquellas mujeres que cuentan con un apoyo familiar deficiente son más propensas a quejarse de producción insuficiente de leche (Vygen et al., 2013), que como ya se sabe, es una de las principales causas para la terminación de la LME.

Así como se reporta en la literatura (Stuebe et al., 2014, & Mangrio et al., 2017), en el presente estudio la principal causa del cese de la LME y LM, también fue la percepción de producción insuficiente de leche materna, por ello, para que el reinicio de la LM y su mantenimiento se dé de manera exclusiva hasta los 6 meses, es necesario que antes y durante la intervención de relactación se realice una asesoría en lactancia que aborde este tema, de lo contrario la percepción de producción insuficiente de leche sería un gran factor determinante en el fracaso de la relactación en la muestra poblacional.

Uno de los pasos más importantes para el logro la relactación es infundir confianza en la madre y hacerle creer que ella puede tener éxito (Chaturvedi, 1994), por tal motivo el apoyo brindado a la mujer por parte de personal involucrado en el asesoramiento de relactación es fundamental para lograr el reinicio de la LM y el mantenimiento de la misma (Singh et al., 2014). De acuerdo a los resultados obtenidos, es imprescindible modificar la forma en cómo se da el asesoramiento en LM tanto a nivel clínico como en los grupos de apoyo a la lactancia, ya que como la mayoría de las mujeres encuestadas lo manifestaron, no se sienten escuchadas ni satisfechas tras asistir y recibir dicha asesoría.

De los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir que los principales factores que pueden influir positivamente en el proceso de la relactancia son la motivación y apoyo familiar con el que cuentan las mujeres que al momento de la encuesta no lactaban, además, factores como la edad, estado civil, escolaridad y ocupación materna, el tipo de parto, el inicio temprano de la LM y el contacto piel a piel después del parto, son coadyudantes para el logro de la relactación y su mantenimiento en esta población específica.

Por otro lado, dentro de los factores identificados que pueden influir negativamente el proceso de relactancia y su mantenimiento, se resalta con gran preocupación el uso de biberón por parte de la mayor proporción de los lactantes, otros factores identificados fue la elevada prevalencia de lactantes mayores de 5 meses de edad, la primigravidad, la poca eficiencia y apoyo del personal involucrado en el asesoramiento en LM percibido por parte de las mujeres, y la percepción de baja producción de leche materna.

Es necesario señalar que los resultados de este estudio no son concluyentes para toda la población usuaria de la Asociación Esperanza y Progreso con sede en Suba, dado que la muestra no es estadísticamente significativa. Este estudio permitió una aproximación de la realidad de esta población en relación con la no practica de la LME, al identificar tendencias relacionadas con las variables analizadas, que servirán como punto de partida al desarrollo de estudios más completos centrados en la relactación.

A pesar de que los resultados del presente estudio estadísticamente no son significativos, se obtuvo información que puede ser de utilidad para realizar una caracterización mucho más aproximada de la población y posteriormente con datos más cercanos a la realidad esbozar un punto de partida para el desarrollo de un programa de intervención centrado en relactación dirigido a las usuarias de la Asociación Esperanza y progreso.

7. CONCLUSIONES

Los factores identificados dan cuenta de que en un eventual proceso de relactación, el principal enfoque que se debe dar es en lo referente a la educación en la práctica de la LM, resaltando que dentro de los factores que pueden limitar la relactación en esta población son modificables ya que se basan en comportamientos y actitudes por parte de los agentes involucrados en el proceso de relactación.

Se evidenció en mayor proporción (11/14) factores que pueden favorecer un eventual proceso de relactancia en la población estudiada, dentro de las cuales se destaca la motivación por parte de todas las mujeres para relactar y la fuerte red de apoyo con la que la mayoría cuenta; además factores como la edad ($\bar{x}=26,2$ años), la mayor prevalencia de mujeres: casadas o en unión libre, con escolaridad media-superior, amas de casa, multíparas, parto vía vaginal, el inicio temprano de la LM y el contacto piel a piel después del parto por parte de todas las mujeres, pueden contribuir al logro de la relactación. Estos factores nos permiten presuponer que una iniciativa de relactancia tendría buena adherencia en las usuarias de la Asociación Esperanza y Progreso.

El principal factor que puede contribuir negativamente en el logro de la relactación es el uso de biberón por parte de todos los niños y niñas. Sin embargo, a pesar de esta práctica los estudios de

relactancia han tenido éxito. Otros factores que pueden limitar el logro de la relactación son: la mayor prevalencia de lactantes mayores de 4 meses de edad, la poca eficiencia y apoyo del personal involucrado en el asesoramiento en LM percibido por parte de las mujeres; y la percepción de baja producción de leche materna.

8. RECOMENDACIONES

- Se sugiere que en futuros estudios, se complemente el cuestionario con otros factores que determinan el logro de la relactación y la LM como el hábito de fumar, el consumo de alcohol, la brecha de tiempo en el que la madre dejó de amamantar al niño o niña; además realizar una evaluación del estado nutricional completo, el cual permita un análisis más certero y exhaustivo de esta variable en el contexto de la relactación.
- En caso de desarrollar el proyecto de intervención en relactancia dirigido a la población de la asociación, se recomienda educar en lactancia materna con énfasis en las tres principales dudas y problemas evidenciadas en esta población: producción insuficiente de leche, duda si el niño queda con hambre, y pezón invertido.

2. REFERENCIAS

- AEP, C. de L. M. de la. (2004). Extracción y Conservación de la Leche Materna. CNLM_guia de la lactancia materna. <https://doi.org/84-8473-277-0>
- Agarwal, A., & Jain, A. (2010). Early successful relactation in a case of prolonged lactation failure. *Indian Journal of Pediatrics*, 77(2), 214–215. <https://doi.org/10.1007/s12098-009-0247-2>
- Aghdas, K., Talat, K., & Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*, 27(1), 37–40. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.09.004>
- Alzate-meza, M. C., Arango, C., Castaño-castrillón, J. J., Muñoz-salazar, G., Ocampo-muñoz, N. A., Rengifo-calderón, S. V., ... Vallejo-chávez, S. H. (2011). Lactancia materna como factor protector para enfermedades prevalentes en niños hasta de 5 años de edad en algunas instituciones educativas de Colombia 2009 . Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(1), 57–63. Recuperado de http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol62No1_Enero_Marzo_2011/v62n1a07.pdf
- Amiel Castro, R. T., Glover, V., Ehlert, U., & O'Connor, T. G. (2017). Antenatal psychological and socioeconomic predictors of breastfeeding in a large community sample. *Early Human Development*, 110(January), 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.04.010>
- Amir, L. H. (2014). ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised March 2014. *Breastfeeding Medicine*, 9(5), 239–243. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.9984>
- Amir, L. H., & Protocol, M. (2018). *Protocol 4 : Mastitis. Breastfeeding* (8a ed.). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-35776-0.09942-3>
- Aníbal AuGuSto García Cardona, José Jaime Castaño Castrillón, Santiago Vallejo Corrales, J. D. V. M. (2016). razones de abandono de la lactancia materna en madres de niños de jardines infantiles, manizales, Colombia, 2015: estudio desCriPtivo c, 369–378. [https://doi.org/10.1016/0025-5416\(88\)90516-2](https://doi.org/10.1016/0025-5416(88)90516-2)

- Arraras, J. I., Manterola, A., Asin, G., Illarramendi, J. J., Cruz, S. de la, Ibañez, B., ... Dominguez, M. A. (2016). Quality of life in elderly patients with localized breast cancer treated with radiotherapy. A prospective study. *Breast*, *26*(2016), 46–53.
<https://doi.org/10.1016/j.breast.2015.12.008>
- Asociacion Esperanza y Progreso. (2015). Asociacion Esperanza y Progreso. Recuperado el 26 de julio de 2018, de <http://www.aeyp.com.co/who.html>
- Auerbach, K. G. (1981). Extraordinary breast feeding: Relactation/induced lactation. *Journal of Tropical Pediatrics*, *27*(1), 52–55. <https://doi.org/10.1093/tropej/27.1.52>
- Aune, D., Norat, T., Romundstad, P., & Vatten, L. J. (2014). Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, *24*(2), 107–115.
<https://doi.org/10.1016/j.numecd.2013.10.028>
- Azuine, R. E., Murray, J., Noor Alsafi, M. P. S., & Singh, G. K. (2015). Exclusive Breastfeeding and Under-Five Mortality, 2006-2014: A Cross-National Analysis of 57 Low-and-Middle Income Countries. *International Journal of MCH and AIDS*, *4*(1), 13–21.
- Bartick, M. (2011). Breastfeeding and the U.S. Economy. *Breastfeeding Medicine*, *6*(5), 313–318.
<https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0057>
- Beake, S., Bick, D., Narracott, C., & Chang, Y. S. (2017). Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, *13*(4), 1–14. <https://doi.org/10.1111/mcn.12390>
- Bever Babendure, J., Reifsnider, E., Mendias, E., Moramarco, M. W., & Davila, Y. R. (2015). Reduced breastfeeding rates among obese mothers: A review of contributing factors, clinical considerations and future directions. *International Breastfeeding Journal*, *10*(1), 1–12.
<https://doi.org/10.1186/s13006-015-0046-5>
- Buccini, G. dos S., Pérez-Escamilla, R., Paulino, L. M., Araújo, C. L., & Venancio, S. I. (2017). Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Maternal and Child Nutrition*, *13*(3), 1–20. <https://doi.org/10.1111/mcn.12384>
- Castaño, M. (2013). Identificación de las conductas y prácticas alimentarias de los preescolares de 3 a 5 años que asisten al CDI aprobi de la localidad de suba.
- Castillo, J., Veranes, A., Castillo, A., Rizo, R., & Cádiz, A. (2009). Lactancia materna e inmunidad: Impacto social. *Medisan*, *13*(4), 1–8. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Chaturvedi, P. (1994). *Relactation*, 2, 858–860.

Christa L.F. W, Laura M.L, Irena Z.G, Evropi T, Harish N, H. C. and R. E. . (2013). Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two : a systematic literature review and meta-analysis. *BMC public health*, 13(3). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S18>

Collazo, C. R., Rodríguez, Y. H., & Campoverde, D. A. (2018). Lactancia materna , programación metabólica y su relación con enfermedades crónicas Breastfeeding , metabolic programming and its relationship with chronic diseases, 34(1), 126–143.

Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. *Ministerio de salud*, (32), 2012–2021. <https://doi.org/10.1177/1757975912453861>

Colombiana de Salud S.A. (2012). Mastitis Puerperal 2012, 1–4.

de Jager, E., Skouteris, H., Broadbent, J., Amir, L., & Mellor, K. (2013). Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: A systematic review. *Midwifery*, 29(5), 506–518. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.009>

Damián, S. B. (2005). Conselleria De Salut I Consum. *@Bullet Abam*, 11–12.

De N.C., Pandit Bharati, Mishra S.K., Pappu K., & Chaudhuri S.N. (2001). *Indian Pediatrics* - Editorial. Recuperado el 16 de agosto de 2018, de <https://indianpediatrics.net/feb2002/feb-173-178.htm>

De Rodríguez, I. C., Del Rosario Rossell-Pineda, M., De Acosta, T. Á., & Chirinos, R. (2014). Comparación entre los niveles de prolactina de madres en relactancia y madres con lactancia materna exclusiva. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 64(1), 1–8.

Departamento nacional de planeación, M. de H. y C. público. (2008). Evaluación de la estratificación socioeconómica como instrumento de clasificación de los usuarios y herramienta de asignación de subsidios y contribuciones a los servicios públicos domiciliarios.

Feldens, C. A., Ardenghi, T. M., Cruz, L. N., Cunha Scalco, G. P. Da, & Vítolo, M. R. (2013). Advising mothers about breastfeeding and weaning reduced pacifier use in the first year of life: A randomized trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 41(4), 317–326. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12030>

- Fernández, X., & Robles, A. (2008). Redes de apoyo social Capítulo 5. *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*, 85–98. Recuperado de http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap5web.pdf
- Filipiak-Pittroff, B., Koletzko, S., Krämer, U., Standl, M., Bauer, C. P., Berdel, D., & von Berg, A. (2018). Full breastfeeding and allergies from infancy until adolescence in the GINIplus cohort. *Pediatric Allergy and Immunology*, 29(1), 96–101. <https://doi.org/10.1111/pai.12798>
- Forero, Y., Isaacs, M., Rodríguez, S., & Hernandez, J. (2013). La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Biomédica*, 33(4), 554–563. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v33i4.1470>
- Gay, G. M. W., Lim, J. S. P., Chay, W. Y., Chow, K. Y., Tan, M. H., & Lim, W. Y. (2015). Reproductive factors, adiposity, breastfeeding and their associations with ovarian cancer in an Asian cohort. *Cancer Causes and Control*, 26(11), 1561–1573. <https://doi.org/10.1007/s10552-015-0649-6>
- INE. (2004). Instituto nacional de estadísticas direccion regional region de los lagos. Recuperado de http://www.inebiobio.cl/archivos/files/pdf/empleo/GLOSARIO_EMPLEO.pdf
- Irusen, H., Ac, R., Dw, S., & Young, T. (2015). Treatments for breast abscesses in breastfeeding women (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010490.pub2.www.cochranelibrary.com>
- Isaia, M., Theodorou, M., Galanis, P., Nikolentzos, A., & Polyzos, N. (2017). Breastfeeding determinants in Cyprus: A cross-sectional study. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(6), 267–274. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.05.004>
- Jarpa, C., Cerda, J., Terrazas, C., & Cano, C. (2015). Lactancia materna como factor protector de sobrepeso y obesidad en preescolares. *Rev Chil Pediatr*, 86(1), 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.006>
- Jiang, M., & Foster, E. M. (2013). Duration of breastfeeding and childhood obesity: A generalized propensity score approach. *Health Services Research*, 48(2 PART1), 628–651. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2012.01456.x>
- Jing, H., Xu, H., Wan, J., Yang, Y., Ding, H., Chen, M., ... Yang, J. (2014). Effect of breastfeeding on childhood BMI and obesity: The China family panel studies. *Medicine (United States)*, 93(10), 1–7. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000055>
- Kayhan tetik, Baydar artanta, Bozcuk güzeldemirci, Ü. Y. (2013). A case report of successful

- relactation. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 55, 641–644.
- Lommen, A., Brown, B., & Hollist, D. (2015). Experiential perceptions of relactation: A phenomenological study. *Journal of Human Lactation*, 31(3), 498–503.
<https://doi.org/10.1177/0890334415581646>
- M. Bunik ; J. Caroline. (2010). Protocolo de la ABM. *Medicina de la Lactancia Materna*, 5(3).
<https://doi.org/10.1089/bfm.2014.9986>
- Ma, X., Zhao, L.-G., Sun, J.-W., Yang, Y., Zheng, J.-L., Gao, J., & Xiang, Y.-B. (2018). Association between breastfeeding and risk of endometrial cancer. *European Journal of Cancer Prevention*, 27(2), 144–151. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000186>
- Mangrio, E., Persson, K., & Bramhagen, A. C. (2017). Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: A systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (10). <https://doi.org/10.1111/scs.12489>
- Mathur, N. B., & Dhingra, D. (2014). Breastfeeding. *Indian Journal of Pediatrics*, 81(2), 143–149.
<https://doi.org/10.1007/s12098-013-1153-1>
- Ministerio de la Protección Social, Acción Social, UNICEF, & PMA. (2013). Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. Amamantar compromiso de todos, 65. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile, & Chile Crece Contigo. (2010). *Manual de lactancia Materna. Lactancia Materna Contenidos técnicos para profesionales de la salud*.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- N.C. De, Bharati Pandit, S.K. Mushra, k. Pappu, s. n. C. (2002). Initiating the Process of Relactation: An Institute based Study. Recuperado el 3 de noviembre de 2018, de <https://indianpediatrics.net/feb2002/feb-173-178.htm>
- OMS. (1991). *Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica*.
- OMS. (1998). Relactation: a review of experience and recommendations for practice - See more at: *Geneva, Switzerland, World Health Organization [WHO], Department of Child and Adolescent Health and Development, 1998. iv, 38 p. (WHO/CHS/CAH/98.14)*.
- OMS. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*.
- OMS. (2012). Resolución WHA65.6. Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el

- lactante y el niño pequeño. En: 65.a Asamblea Mundial de la Salud, 1–3.
- OMS. (2013). OMS | Lactancia materna. Recuperado el 23 de julio de 2018, de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
- OMS. (2017a). OMS | 10 datos sobre la nutrición. Recuperado el 23 de julio de 2018, de <http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/>
- OMS. (2017b). OMS | Metas Globales 2025. *WHO*. Recuperado de <http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/es/>
- OMS. (2018a). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Recuperado el 15 de noviembre de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- OMS. (2018b). Inicio temprano de la lactancia materna. *WHO*.
- OMS. (2018c). Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna. Recuperado el 26 de julio de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/01-08-2017-babies-and-mothers-worldwide-failed-by-lack-of-investment-in-breastfeeding>
- OMS, & UNICEF. (2017). Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia materna. *Who.int*, (4), 1–8. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf;jsessionid=CAB2BF39C3AFEF86A3F323DC06F34F94?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño. Organización panamericana de la salud.*
- Organización Mundial de la Salud, Horta, B., Bahl, R., Martines, J., & Victora, C. (2007). *La alimentación del lactante y del niño pequeño. Organización panamericana de la salud.*
- Pereira-Santos, M., Santana, M. de S., Oliveira, D. S., Nepomuceno Filho, R. A., Lisboa, C. S., Almeida, L. M. R., ... Oliveira, A. M. (2017). Prevalence and associated factors for early interruption of exclusive breastfeeding: meta-analysis on Brazilian epidemiological studies. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 17(1), 59–67. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000100004>
- Puesta, M. (2016). Mastitis. Puesta al día. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 114(6). <https://doi.org/10.5546/aap.2016.576>
- Pustotina, O. (2016). Management of mastitis and breast engorgement in breastfeeding women. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 29(19), 3121–3125. <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1114092>

- Rodríguez-García, J., & Acosta-Ramírez, N. (2008). Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 71–84. <https://doi.org/10.1080/21645515.2016.1269991>
- Rodríguez Gómez, J. M. (2014). Microbiota de la leche humana: implicaciones para la salud materno-infantil. *Madrid: Exlibris Ediciones*, 41–51. Recuperado de [http://cursosaeap.exlibrisediciones.com/files/49-240-fichero/Microbiota de la leche humana.pdf](http://cursosaeap.exlibrisediciones.com/files/49-240-fichero/Microbiota%20de%20la%20leche%20humana.pdf)
- Rojas, D. (2011). Percepción de alimentación saludable, hábitos alimentarios, estado nutricional y práctica de actividad física en población de 9-11 años del Colegio Cedid, Ciudad Bolívar, Bogotá, 1–36.
- Servicios, R. D. E., Domiciliarios, P., Congreso, E. L., Preliminar, T., Principios, C. I., Artículo, G., & Estado, E. (1994). No Title, 1–95.
- Singh, D. K., Rai, R., & Dubey, S. (2014). Supplementary suckling technique for relactation in infants with severe acute malnutrition. *Indian Pediatrics*, 51(8), 671. <https://doi.org/10.1007/s13312-014-0476-y>
- Spencer, J. P., & Memorial, C. (2008). Management of Mastitis in Breastfeeding Women - American Family Physician, 727–732. <https://doi.org/10.1002/jobm.201200408> Stuebe, A. M., Horton, B. J., Chetwynd, E., Watkins, S., Grewen, K., & Meltzer-Brody, S. (2014). Prevalence and Risk Factors for Early, Undesired Weaning Attributed to Lactation Dysfunction. *Journal of Women's Health*, 23(5), 404–412. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4506>
- Tomar, R. S., Rps, T., Contemp, I. J., & May, P. (2016). Initiation of relactation : an Army Hospital based study of 381 cases, 3(2), 635–638.
- UNESCO. (2014). Indicadores centrales, 61. Recuperado de <https://es.unesco.org/creativity/sites/creativity/files/digital-library/cdis/Educacion.pdf>
- Vayas, R., & Carrera, L. (2012). \$ FWXDOL] DFLyQ HQ HO PDQHMR GH ODV ODVWLWLVL , QIHFFLRVDV durante la Lactancia Materna, 5(1), 25–29.
- Vygen, S. B., Roberfroid, D., Captier, V., & Kolsteren, P. (2013). Treatment of severe acute malnutrition in infants aged <6 months in niger. *Journal of Pediatrics*, 162(3). <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.09.008>
- WATERLOW, J. C., & THOMSON, A. M. (1979). Observation on the adequacy of breast-feeding, 238–242.

- Wojcicki, J. M. (2011). Maternal Prepregnancy Body Mass Index and Initiation and Duration of Breastfeeding: A Review of the Literature. *Journal of Women's Health, 20*(3), 341–347. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2248>
- Wong, B. B., Chan, Y. H., Leow, M. Q. H., Lu, Y., Chong, Y. S., Koh, S. S. L., & He, H. G. (2017). Application of cabbage leaves compared to gel packs for mothers with breast engorgement: Randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 76*(July), 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.014>
- Zhao, J., Zhao, Y., Du, M., Binns, C. W., & Lee, A. H. (2017). Does Caesarean Section Affect Breastfeeding Practices in China? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Maternal and Child Health Journal, 21*(11), 2008–2024. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2369-x>
- Zivich, P., Lapika, B., Behets, F., & Yotebieng, M. (2018). Implementation of Steps 1–9 to Successful Breastfeeding Reduces the Frequency of Mild and Severe Episodes of Diarrhea and Respiratory Tract Infection Among 0–6 Month Infants in Democratic Republic of Congo. *Maternal and Child Health Journal, 22*(5), 762–771. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2446-9>

ANEXOS

Anexo 1. Operalización de variables

Variables	Definición	Indicador
Variables Sociodemográficas		
Procedencia	País y región de origen	Expresado en país y departamento
Edad	Tiempo que ha vivido la mujer desde su fecha de nacimiento hasta el momento de la encuesta	Expresado en años
Estado civil	Condición de una persona en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	1. Casada o Unión libre 2. Separada o divorciada 3. Soltera
Escolaridad	Nivel de educación académica con la que cuenta (UNESCO, 2014).	1. Ninguna 2. Primaria 3. Bachillerato 4. técnico 5. Universitario
Categoría de ocupación	Relación de dependencia en la que una persona ejerce su trabajo (INE, 2004)	1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Trabajo 4. Sin empleo
Estrato socioeconómico	Clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos, para asignar subsidios y cobrar sobrecostos o contribuciones. (DNP, 2008).	1. Bajo-bajo 2. Bajo 3. Medio-bajo 4. Medio 5. Medio-alto 6. Alto (DNP, 2008)
Servicios públicos domiciliarios	Son los servicios de acueducto, alcantarillado, aseo, energía eléctrica, telefonía pública básica conmutada, telefonía móvil rural, y distribución de gas combustible (Servicios et al., 1994)	Expresado en ausencia o presencia de: agua potable, gas, electricidad y alcantarillado
Régimen de salud	Tipo de vinculación al sistema de salud Colombiano	1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Especial
Número de hijos	Número de hijos que tiene la mujer encuestada	Expresado en número de total de hijos
Régimen de tenencia de vivienda	Relación que existe entre los residentes y la propiedad de la vivienda	1. Propia 2. Otro
Variables relacionadas con el parto y puerperio		
Tipo de parto	Manera en la cual feto abandona el útero	1. Vaginal 2. Cesárea
Hospitalización de la mujer	Mujeres que luego del parto tuvieron que ser internadas en el hospital por alguna situación médica	1. No 2. Si
Hospitalización del recién nacido	Recién nacidos que luego del parto tuvieron que ser internados en el hospital por alguna situación médica	1. No 2. Si
Variables relacionadas con el lactante		
Edad	Tiempo que ha vivido el lactante desde su fecha de nacimiento hasta el momento de la encuesta	Expresado en meses
Variables relacionadas con apoyo percibido por la mujer		

Apoyo por parte del padre del hijo	Madres que cuentan con la ayuda del padre de su(s) hijo(s) en diferentes aspectos de la cotidianidad	1. No 2. Si
Tipo de apoyo por parte del padre del hijo	Forma en la que el padre del/los hijo(s) de la mujer encuestada le ayuda.	Económico y/o afectivo
Personas y/o grupos que le motivan a lactar	Persona o grupo que apoya a la mujer con la lactancia en términos de: motivación frente a la lactancia, información y consejos sobre la práctica de la lactancia	1. Pareja, madre, un familiar, algún amigo/a, un grupo de apoyo a la lactancia, profesional en salud y/u otro 2. No se siente apoyada
Ayuda para las tareas del hogar	Mujeres que reciben ayuda en los quehaceres de la casa	1. No 2. Si
Red de apoyo percibida por la madre	Impresión que un individuo tiene sobre su sistema de apoyo (Fernández & Robles, 2008).	Expresado de acuerdo a lo estipulado en la adaptación del Cuestionario de redes de apoyo a la lactancia materna (Anexo 1)
Variables relacionadas con la práctica de la lactancia materna		
Espacio donde la mujer se siente cómoda para lactar	Presencia en la vivienda de un espacio donde la mujer se siente cómoda para lactar	1. No 2. Si
Experiencia previa	Práctica previa en lo que respecta a la lactancia materna.	1. Si, y la experiencia fue satisfactoria 2. Si, y la experiencia no fue satisfactoria 3. no había dado pecho 4. No tengo más hijos
Inicio de la lactancia	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del lactante hasta que le dio pecho por primera vez	Expresado en minutos, horas o días
Capacitación	Curso o asesoría particular por profesionales o personas capacitadas para la preparación de la lactancia estando embarazada	1. No 2. Si
Inquietudes de la lactancia	Dudas presentadas a lo largo del proceso de lactancia	Expresado de acuerdo a los enunciados estipulados en el Cuestionario de redes de apoyo a la lactancia materna
Problemas de la lactancia	Presencia de algún proceso patológico en las mamas u obstáculo relacionado con la práctica de la lactancia (Arraras et al., 2016)	1. Pezón invertido 2. Pezón agrietado 3. Mastitis 4. Quistes 5. Candidiasis 6. pezón largo 7. Otras 8. Ninguno 9. Otra
Inicio de duda y/o problema	Momento luego del nacimiento del lactante, en el que inicia(n) la(s) duda(s)	1. Primer día 2. Del 2° al 3° día 3. De la 1° a las 3°

	y/o problema(s) relacionado con la práctica de la lactancia	semana 4. Del 1° al 2° mes 5. Del 3° al 6° mes
Consulta de duda y/o problema	Mujeres que debido a su duda y/o problema relacionado con la lactancia asistieron a consulta para dar solución a los mismos.	1. No 2. Si
Suspensión de la lactancia	Madres que interrumpieron la práctica de la lactancia materna	1. No 2. Si
Lactancia materna	Niños que a la fecha de la entrevista aún eran lactados por su madre	1. No 2. Si
Lactancia materna exclusiva	Niños que en algún momento fueron lactados de forma exclusiva	1. No 2. Si
Tiempo LME	Periodo de tiempo en el que los niños y niñas fueron lactados de forma exclusiva	Expresado en días, semanas o meses
Interrupción de lactancia materna exclusiva	Madres que administraron alimentos diferentes a la leche materna a su hijo lactante.	1. No 2. Si Motivos
Uso de biberón y/o chupo por parte del lactante	Los lactantes que han sido alimentados con biberón pueden preferir un chupo antes que el pecho (Banapurmath et al., 1993; Seema et al., 1997)	a. Si, Expresado en días, semanas o meses b. No
Intención para la relactación	Manifestación del interés y deseo de volver a la lactancia materna	1. No 2. Si

Anexo 2. Consentimiento informado



CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES QUE INCIDEN EN LA RELACTACIÓN EN LOS SEIS PRIMEROS MESES POSTPARTO DE LAS USUARIAS DE LA ASOCIACIÓN ESPERANZA Y PROGRESO, LOCALIDAD DE SUBA

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Organización Mundial de la Salud, afirma que “la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable”. La leche materna exclusiva es el mejor alimento para los niños y niñas en los 6 primeros meses de vida.

Las estadísticas de esta práctica en Bogotá y suba aún no superan el 50%. Esto quiere decir que de 10 mujeres en periodo de lactancia, cinco o menos la practican. Tanto los periodos de lactancia materna exclusiva (solo leche materna en los 6 primeros meses de vida) y lactancia total (al menos 2 años de lactancia materna con alimentos complementarios a partir del sexto mes) siguen siendo insuficientes de acuerdo a las recomendaciones internacionales y nacionales.

Dado los múltiples beneficios para la salud de los niños y niñas, especialmente en los primeros 6 meses de vida, se quiere desarrollar un proyecto de intervención dirigido a las usuarias de la Asociación Esperanza y Progreso, con el fin de reiniciar la práctica de lactancia materna (relactación) en aquellas madres que por diversas razones la interrumpieron, y en aquellas que no practican lactancia materna exclusiva. La relactación se entiende como la capacidad de volver a alimentar al seno materno y producir leche suficiente para satisfacer las necesidades de alimentación del bebe en los primeros 6 meses de vida. Se espera que esta intervención contribuya a la prevención de la mal nutrición y de los efectos negativos sobre la salud de los niños y niñas de estas madres.

Para lograr este propósito es necesario identificar los factores que inciden en la relactación en los seis primeros meses post parto de las usuarias de la asociación Esperanza y Progreso, en la localidad de Suba. Por lo tanto, requerimos de su participación voluntaria respondiendo un cuestionario diseñado para este propósito. La información recolectada servirá de insumo para la posterior elaboración de un protocolo con los pasos de relactación dirigida a las usuarias de la asociación.

Para identificar estos factores, se le harán una serie de preguntas que deberá responder de manera honesta acerca de su experiencia en relación con la práctica de la lactancia materna, las dificultades que ha presentado durante la lactancia, datos generales y la percepción de la red de apoyo durante la lactancia. Esta encuesta se efectuará entre Septiembre y octubre del 2018, en una sola sesión de aproximadamente media hora.

Si usted se encuentra en los primeros 6 meses post parto y no está lactando a su hijo o tiene lactancia parcial (leche materna y otros alimentos), podrá participar de manera voluntariamente en este proyecto. Su participación no representa ningún riesgo para la salud ni para la integridad de su niño o niña. Usted podrá retirarse del mismo cuando lo desee, sin que esto tenga consecuencias de ningún tipo para usted como usuaria de la Asociación Esperanza y Progreso. Además, Su participación no representa ningún costo económico para usted.

Una vez finalizada la encuesta, usted recibirá una asesoría sobre lactancia materna e indicaciones de cómo manejar las dificultades presentadas por parte de los nutricionistas dietistas a cargo del proyecto.

Este proyecto está a cargo de la coordinadora de nutrición Andrea Vergel de la Asociación Esperanza y progreso, la profesora María Silvia Bohórquez del Departamento de Nutrición y Bioquímica de la Facultad de Ciencias de la Pontificia Universidad Javeriana, y la estudiante de Nutrición y Dietética María Alejandra Buitrago Ríos. Este proyecto cumple con los principios éticos establecidos para la investigación en salud, dados por el Ministerio de Salud de Colombia, resolución 8430 de 1993

La información recolectada en las encuestas será de uso exclusivo para el fin descrito en este documento y se manejará de forma confidencial por los responsables del proyecto.

Cualquier pregunta y aclaración que usted requiera acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios de su participación y otros asuntos relacionados con este proyecto, podrá contactarse vía telefónica con María Alejandra Buitrago al 3168690653 o vía correo electrónico m-buitragor@javeriana.edu.co, Silvia Bohórquez al 3107696358, correo electrónico silviab@javeriana.edu.co o con Andrea Bergel al 3102440476, correo electrónico coordinacionnutricionaeyp2018@gmail.com

Yo, Nombre del participante _____
Con c.c. _____ Expedida en _____
Con residencia en _____
Teléfono _____
Fecha _____

He sido informado en detalle y no tengo dudas acerca del proyecto de CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES QUE INCIDEN EN LA RELACTACIÓN EN LOS SEIS PRIMEROS MESES POSTPARTO DE LAS USUARIAS DE LA ASOCIACIÓN ESPERANZA Y PROGRESO. *Tengo claridad y acepto voluntariamente responder la encuesta diseñada para este fin.*

Firma del participante
Cédula:

Los testigos declaran que en su presencia se han realizado las explicaciones solicitadas por el participante del estudio.


Nombre testigo 1: _____	Nombre testigo 2: _____
Firma Testigo 1: _____	Firma Testigo 2: _____
Parentesco: _____	Parentesco: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
C.C: _____	C.C: _____
Fecha: _____	Fecha: _____

Investigadores

María Silvia Bohórquez ND.MSc

Est. María Alejandra Buitrago
Carrera de Nutrición y Dietética

Anexo 3. Cuestionario

	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN variables sociodemográficas y factores que inciden en la relactación en los primeros seis meses postparto en las usuarias de la asociación esperanza y progreso, localidad de suba	SEPTIEMBRE DEL 2018
---	---	--------------------------------------

Nombre de participante: _____ Código _____

Tipo de documento: CC TI Cédula extranjera Pasaporte

Número de documento: _____

El cuestionario consta de tres (3) componentes: Datos sociodemográficos, información relacionada con la vivienda, e información relacionada con la lactancia materna y apoyo social percibido.

Datos antropométricos

1. Peso _____ kg; Talla _____ cm
2. Peso pregestacional _____ kg
3. Peso al finalizar el embarazo _____ kg

Datos sociodemográficos

4. ¿Cuál es su edad? (Por favor escriba dentro del recuadro cuál es su edad)

5. ¿Cuál es su nacionalidad? (Por favor escriba dentro del recuadro cuál es su nacionalidad)

Si la nacionalidad es colombiana, pasar a la pregunta 3, de no ser así pasar a la pregunta 4.

6. ¿Cuál es su departamento de origen?

7. ¿Cuál es su estado civil?

Casada		Unión libre	
Separada o divorciada		Soltera	

8. ¿Con quién vive actualmente? *Marque con una X tantas casillas como considere necesarias*

Vivo con el padre de mi hijo y mis hijos		Vivo con familiares	
Vivo con mi hijo o hijos		Vivo con amigos	
Vivo con mi pareja y mi hijo		otros	

El siguiente espacio debe llenarlo el encuestador de acuerdo a la respuesta dada en la pregunta N°8

Tipo de familia:

Familia nuclear ____ Familia Extendida ____ Familia monoparental ____

9. ¿Actualmente cuenta con el apoyo del padre del niño o de su pareja? SI ____ NO ____
Si la respuesta es SI, ¿qué tipo de apoyo recibe? Y ¿cree que el apoyo con el que cuenta es suficiente?
Marque con una X tantas casillas como considere necesarias

Económico		Afectivo	
SI ____ NO ____		SI ____ NO ____	

10. ¿El padre del niño o niña o su pareja trabaja actualmente? SI ____ NO ____
Si la respuesta es afirmativa, escriba en el recuadro el ingreso mensual promedio

--

11. ¿Cuáles son sus estudios concluidos?

Sin estudios		Bachillerato		Universitarios	
Primaria		Técnico			

12. ¿A qué se dedica actualmente? Marque con una x cuantas casillas sean necesarias

Ama de casa		Estudiante	
Trabajo		Sin empleo	

Si la respuesta es "ama de casa", "estudiante" o "sin empleo", ¿de quién depende económicamente?

Si la respuesta es "trabajo", ¿en qué trabaja? _____ y ¿cuál es el ingreso promedio mensual?

13. ¿Considera que el ingreso mensual actual es suficiente para cubrir sus necesidades básicas? SI ____ NO ____

14. ¿Tiene Seguridad Social? SI ____ NO ____

Si la respuesta es SI ¿A qué régimen pertenece?

Subsidiado		Contributivo	
Vinculado		Régimen especial	

Cual _____

Información relacionada con la vivienda

15. ¿Vive actualmente en casa propia? SI ____ NO ____

Si la respuesta es negativa ¿Paga Arriendo? SI ___ NO ___ ¿Cuánto paga al mes? _____

16. ¿Qué tipo de vivienda habita?

Casa independiente	Apartamento
Local no destinado para habitación humana	Habitación

17. De acuerdo a los recibos de servicios públicos de su vivienda ¿a qué estrato socioeconómico corresponde?

18. ¿En su vivienda cuenta con cocina para preparar los alimentos? SI ___ NO ___

Si la respuesta es afirmativa, ¿la cocina es compartida? SI ___ NO ___

Comentarios _____

19. ¿Cuenta con nevera? SI ___ NO ___

Si la respuesta es afirmativa, ¿la nevera es compartida? SI ___ NO ___

Comentarios _____

20. ¿Con qué servicios cuenta su vivienda? Marque con una X tantas casillas como considere necesarias

Agua potable	Electricidad
Gas	Alcantarillado

21. ¿Cuenta con un espacio en su vivienda donde se sienta cómoda para lactar? SI ___ NO ___

Información relacionada con la lactancia materna y apoyo percibido

22. Número de hijos

1 2 3 4 5 o más

Escriba en los recuadros la edad de cada hijo, y marque con una X la unidad de tiempo correspondiente.

<input type="text"/>	Días	Semanas	Meses	Años	<input type="text"/>	Días	Semanas	Meses	Años
<input type="text"/>	Días	Semanas	Meses	Años	<input type="text"/>	Días	Semanas	Meses	Años
<input type="text"/>	Días	Semanas	Meses	Años	<input type="text"/>	Días	Semanas	Meses	Años
<input type="text"/>	Días	Semanas	Meses	Años	<input type="text"/>	Días	Semanas	Meses	Años

23. ¿Le ha dado el pecho a otro hijo anteriormente?

Si, y la experiencia fue satisfactoria		No le he dado el pecho	
Si, y la experiencia no fue satisfactoria		No tengo más hijos	

24. ¿Durante su embarazo o anteriormente al mismo, pensó en dar pecho a su bebé? SI ___ NO ___

25. ¿Recibió o buscó algún tipo de información sobre lactancia materna durante su embarazo? SI ___ NO ___

Si la respuesta es SI, marque con una X tantas casillas como considere necesarias

Busqué información por internet		Acudí a un grupo de apoyo a la lactancia	
Asistí a alguna charla		Me ha informado mi enfermera/o	
He leído libros/estudios científicos		Me ha informado mi médico	
He leído revistas/folleto		Me ha informado algún familiar	
Curso psicoprofiláctico		Otro	

En caso de que la respuesta sea "Otro", ¿cuál?: _____

26. ¿Alguien de su entorno le apoya con la lactancia en términos de: motivación positiva frente a la lactancia, información y consejos sobre la práctica de la lactancia? (Marque con una X tantas casillas como considera necesarias)

	si	no		si	no
Mi pareja			Un grupo de apoyo a la lactancia		
Mi madre			Profesionales en salud		
Un familiar (ni su madre ni su pareja)			No me siento apoyada		
Algún amigo/a			otros		

27. ¿Tiene en casa ayuda para las tareas del hogar? SI ___ NO ___

28. ¿Recibió ayuda de algún profesional del Hospital a la hora de dar el pecho? SI ___ NO ___

¿Quién le brindó la ayuda? _____

29. ¿Cuánto tiempo transcurrió aproximadamente desde que nació el bebé hasta que le dio por primera vez seno?

En las tres primeras horas post parto		Entre las tres horas y 24 horas	
Otros		No me acuerdo	

30. ¿En el hospital le ofrecieron algún suplemento (suero glucosado o leche artificial) a su bebé sin que se lo hubiera indicado el pediatra? SI ___ NO ___

31. ¿Ha tenido alguna duda o problema relacionado con la lactancia? SI ___ NO ___

Si la respuesta es SI, marque con una X tantas casillas como considere necesarias y continúe con la pregunta 19. Si la respuesta es NO prosiga con la pregunta 39

Problema	Duda
Cansancio/agotamiento	Dudas sobre la calidad y cantidad de mi leche
Lactancia dolorosa	Dudas sobre la capacidad para dar pecho

Problemas del bebé al agarrar el pezón		Dudas sobre si mi bebé se queda con hambre	
Rechazo del pecho por parte del bebé		Dudas sobre los horarios para alimentarlo	
Producción insuficiente de leche		Dudas relacionadas con la postura/agarre para amamantar	
Problemas con el peso del bebé		Dudas respecto a mi alimentación durante la Lactancia	
Congestión mamaria		Dudas sobre la compatibilidad de ciertos medicamentos con la lactancia	
Obstrucción de un conducto mamario		Dudas sobre mi incorporación laboral y mantenimiento de la lactancia	
Pezón plano/invertido		Dudas sobre la relactación (pasar de lactancia mixta a exclusiva)	
Quistes lácteos		Dudas sobre la extracción, manipulación y conservación de la leche materna	
Mastitis		Otros	
Candidiasis (Hongos)			
Abscesos mamarios			
Grietas en el pezón			
Otros			

En caso de que la respuesta sea "Otro", ¿cuál?: _____
 Comentarios _____

32. ¿Debido a los problemas referidos tuvo que suspender la lactancia? SI ___ NO ___

Si fue afirmativa ¿Diga cuál o cuáles específicamente? _____

33. ¿Debido a los problemas referidos tuvo que suministrar algún alimento diferente a la leche materna? SI ___ NO ___

Si fue afirmativa ¿Diga cuál o cuáles específicamente? _____

34. ¿Ha consultado su duda o problema con algún profesional o servicio de apoyo a la lactancia? (Marque con una X tantas casillas como considere necesarias)

No he consultado con nadie		Si, he consultado con mi pediatra del centro de salud	
Si, he ido a la consulta de lactancia de mi hospital		Si, he consultado con mi médico/a de familia de centro de salud	
Si, he ido a consulta privada de lactancia		Si, he consultado con mi enfermero/a de centro de salud	
Si, he ido a un grupo de apoyo a la lactancia		Otros	

Mencione cuales son los grupos de apoyo _____

Si la respuesta es afirmativa, continúe con la pregunta **37**, en caso contrario prosiga con la pregunta **38**

35. Por favor, marque con una X la puntuación que más se acerque a su experiencia, teniendo en cuenta que:

DESACUERDO 2. NEUTRAL 3. DE ACUERDO

¿Cuál ha sido su experiencia en relación a los servicios o redes de apoyo a la lactancia?	1	2	3
Ha sabido a dónde o a quién acudir para resolver el problema			
El profesional o servicio de apoyo a la lactancia al que ha consultado, le ha ayudado a resolver sus problemas con la lactancia			
Se siente o se sintió apoyada por la persona que atendió su duda o problema de lactancia			
Se siente o se sintió escuchada por la persona que atendió su duda o problema de lactancia			
La persona que atendió su duda o problema de lactancia, le resolvió el problema y continuo lactando			
Se siente o se sintió satisfecha tras contar con el profesional o servicio de apoyo a la lactancia al que ha acudido			
Considera necesario el profesional o servicio de apoyo a la lactancia al que ha acudido			
Le recomendaría este profesional o servicio a cualquier amigo/a o familiar			
El tiempo empleado por la persona que ha atendido su duda o problema, le parece suficiente			
El tiempo de espera para consultar su duda o problema de lactancia, le parece razonable			
Le gustaría disponer de más servicios o redes de apoyo a la lactancia			

36. ¿Cuándo empezaron a aparecer los problemas con la lactancia?

El primer día	De 2° a 3° día	De la 1° a la 3° semana	
Del 1° al 2° mes	De 3° al 6° mes	No he tenido problemas	

¿Qué tipo de problemas presento? _____

37. ¿Cuándo hizo su primera consulta sobre lactancia a algún profesional o grupo de apoyo a la lactancia?

El primer día	De 2° a 3° día	De la 1° a la 3° semana	
Del 1° al 2° mes	De 3° al 6° mes	No he hecho ninguna consulta	

38. ¿Actualmente amamanta a su hijo? SI ___ NO ___

Si la respuesta es NO, ¿Por qué?: _____

Si la respuesta es Si, continúe con la pregunta 39, si la respuesta es NO continuar con la pregunta 42

39. ¿cuántas veces le da fórmula o algún alimento diferente a la leche materna a su bebe durante el día y noche? _____

40. ¿Cuántas veces le da seno de noche y de día a su hijo? _____

41. ¿Considera que le da por igual tanto la Leche materna como otros alimentos? O le da mas de otros alimentos que leche materna ? _____

42. ¿Le dio pecho de forma exclusiva a su hijo en algún momento? SI ___ NO ___

Si la respuesta es Si, ¿cuántos meses le dio pecho exclusivo a su hijo? y marque con una X la unidad de tiempo correspondiente.

	Días	Semanas	Meses
--	------	---------	-------

Si la respuesta es NO, ¿Por qué?: _____

43. En relación con su último embarazo, por favor, conteste las preguntas que se le formulan a continuación. ¿Con cuántas semanas de gestación dio a luz?

37 -42 semanas	>42 semanas	< de 37 semanas	
----------------	-------------	-----------------	--

¿Cuánto peso su hijo o hija al Nacer? _____ No recuerda ____

44. Su parto fue

Vaginal	Cesárea	
---------	---------	--

45. ¿Después del parto usted estuvo hospitalizada por alguna situación en particular? SI ___ NO ___

Si la respuesta es SI, ¿cuál?: _____

46. ¿Tras el parto, su hijo estuvo hospitalizado por alguna situación en particular? SI ___ NO ___

Si la respuesta es SI, ¿cuál?: _____

47. ¿Tras el parto ha estado piel con piel con su bebé? SI ___ NO ___

48. ¿Actualmente su hijo usa biberón y/chupo? SI ___ NO ___

Si la respuesta es SI, escriba en el recuadro desde hace cuánto usa biberón y/chupo, y marque con una X la unidad de tiempo correspondiente.

	Días	Semanas	Meses
--	------	---------	-------

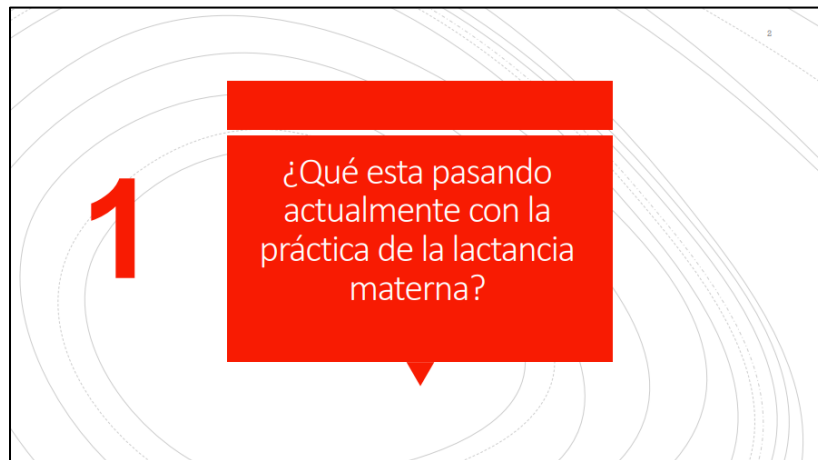
49. ¿Actualmente estaría interesada en reanudar nuevamente con la lactancia materna exclusiva? SI ___ NO ___

Anexo 4. Cronograma de muestreo poblacional y aplicación de cuestionario

Semana	Fecha aplicación	Unidad de servicio	Horario
1	19-sep-18	Bilbao	8:00 AM A 11:30 AM 1:00 PM A 5:00 PM
	20-sep-18		8:00 AM A 11:30 AM
2	25-sep-18	Villa María	8:00 AM A 11:30 AM 1:00 PM A 5:00 PM
	26-sep-18		1:00 PM A 5:00 PM
	27-sep-18		1:00 PM A 5:00 PM
3	1-oct-18	Villa Cindy	8:00 AM A 11:30 AM
	2-oct-18	Bilbao	8:00 AM A 11:30 AM 1:00 PM A 5:00 PM

Semana	Fecha aplicación	Unidad de servicio	Horario
	3-oct-18	Villa Cindy	1:00 PM A 5:00 PM
	4-oct-18		8:00 AM A 11:30 AM

Anexo 5. Rotafolio de invitación



Bogotá y Suba

Menos del 50% lacta de manera exclusiva

¿Qué pasa con los bebés de estas mujeres?



NIÑOS Y NIÑAS

Disminuye el riesgo de contraer **enfermedades infecciosas y desnutrición**



Respiratorias



Gastrointestinales



Disminuye el riesgo a padecer **Obesidad y Diabetes tipo 2**



MADRES

Disminuye el riesgo de desarrollar **cáncer de seno y ovario**



Disminuye el riesgo de desarrollar **endometriosis**



ECONÓMICOS \$\$\$

» Menor gasto en la compra de fórmulas lácteas



400g
\$41,450



4 OZ = 4 medidas
x 6 veces/día

100 g
1 fórmula láctea = 4 días
 $\$41,450 \times 7,5 = \310.875

» Menores gastos clínicos



RELACTACIÓN

2

¿Qué es la relactación?



Relactación

Proceso en el cual se reinicia nuevamente la lactancia materna

3

¿Por qué es importante la relactación?

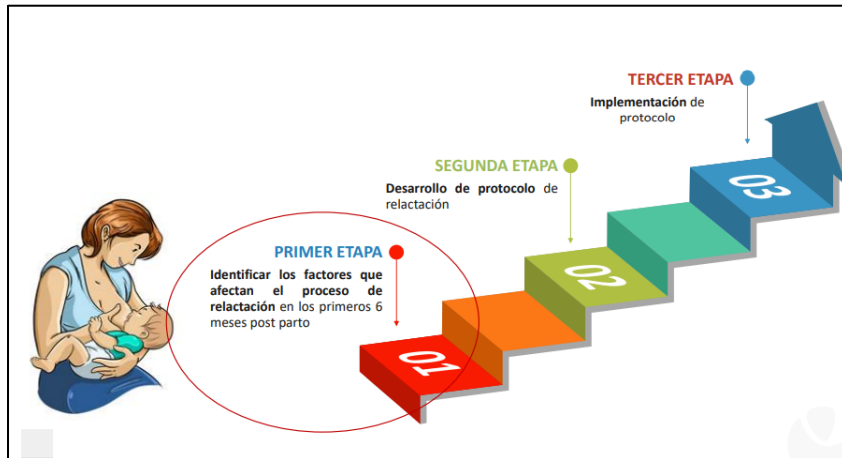
Mediante la relactación retornan los beneficios de la lactancia materna



18

4

¿Qué se necesita para realizar un programa de relactación en las usuarias de la Asociación?

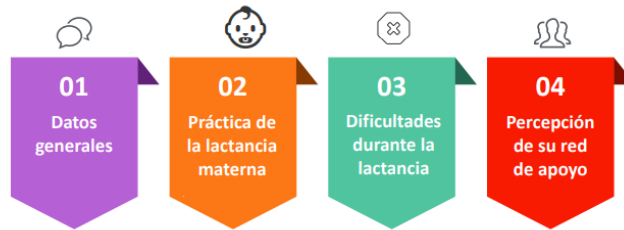


14

5

¿Cómo puede participar?

Respondiendo de manera **clara**, una serie de preguntas acerca:



6

¿Quiénes pueden participar?

Usuaris de la Asociación Esperanza y Progreso, suba

01



02

Hasta 6 meses post parto

Madres que no esten lactando o con lactancia maternal parcial

03



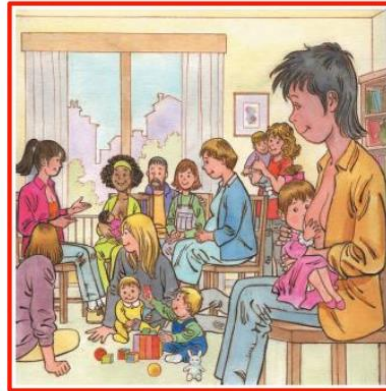
04

Quiénes acepten voluntariamente participar en el proyecto

7

¿Que beneficios
representa para los
participantes este
estudio?

Contribuye a que en un futuro, mujeres de la Asociación que no lactan o lo hacen de manera parcial, **puedan recibir consultoría para relactar**

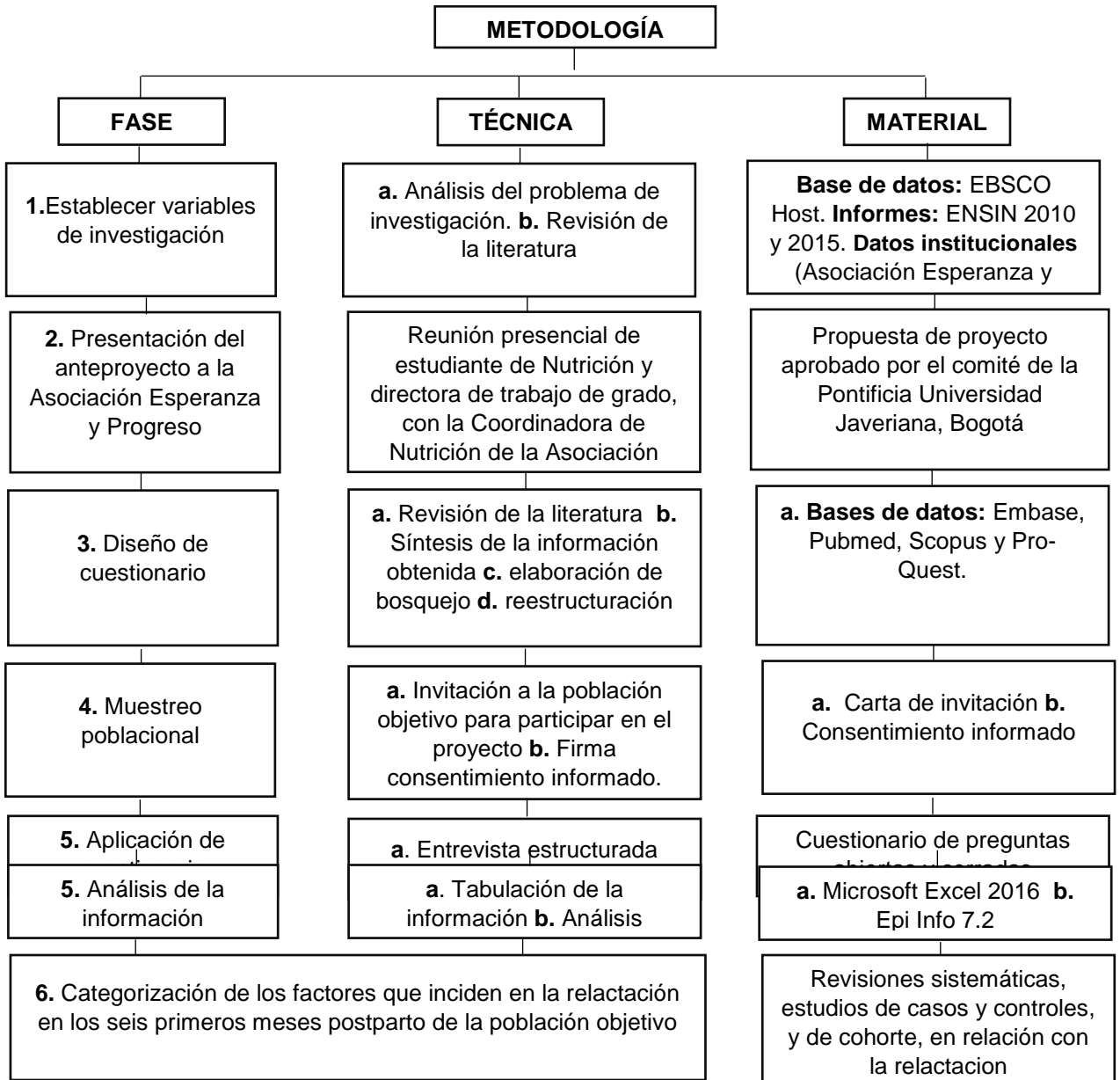


Asesoría y apoyo sobre lactancia materna por parte de un profesional capacitado en lactancia

Anexo 6. Ficha de muestreo

INTERES EN PARTICIPAR EN PROYECTO DE RELACTANCIA				23 de agosto del 2018			
Sede	Nombre Coordinador		Nombre Usuaría		Número de documento usuaría	Teléfono de contacto	
Fecha último parto	<u>dd/mm/aaaa</u>	Edad del bebé		¿Actualmente lacta a su hijo o hija ?	SI __ NO__	¿Lacta de forma exclusiva a su hijo ?	SI __ NO__
¿Desea participar en el estudio ?		SI __ NO__		Fecha de aplicación de cuestionario		<u>dd/mm/aaaa</u>	
Criterios de Inclusión				Criterios de Exclusión			
<input type="checkbox"/> Madres usuarias de la Asociación Esperanza y Progreso, Suba <input type="checkbox"/> Mujeres que estén dentro de los primeros 5 meses post parto <input type="checkbox"/> Mujeres que no estén lactando, o que tengan lactancia materna mixta				<input type="checkbox"/> Mujeres que no pertenezcan a la Asociación Esperanza y progreso, Suba <input type="checkbox"/> Mujeres que no estén dentro de los primeros 5 meses post parto <input type="checkbox"/> Mujeres que tengan lactancia materna exclusiva <input type="checkbox"/> Madres que tengan hijos prematuros, alteraciones neurológicas, con galactosemia clásica, paladar hendido, labio leporino o frenillo lingual <input type="checkbox"/> Madres con alteraciones de salud que se encuentren en tratamiento médico que les impida lactar. <input type="checkbox"/> Madres que consuman alucinógenos (Heroína, cocaína, anfetaminas, LSD)			

Anexo 7. Esquema metodológico





Presentación del pecho

El niño o niña debe colocarse frente al pecho con su boca a la altura del pezón y la madre no debe torcer su espalda o forzar la postura, ya que le provocaría dolor de espalda o grietas. "La boca del niño o niña se acerca al pecho y no el pecho al niño o niña"



para facilitar el agarre profundo hay que dar al pecho la forma ovalada de la boca del bebé, para ello debe ubicar su mano en forma de C, de modo que los dedos queden paralelos a los labios del niño o niña, situando el dedo pulgar por encima de la areola y los dedos restantes por debajo, de manera que queden opuestos.



Una vez moldeada la mama, la madre deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Frote el pezón contra el labio superior de su bebé hasta que abra bien la boca
2. Acerque el bebé al pecho y no el pecho al bebé.
3. Cuando el niño o niña tenga la boca muy abierta, con su mano en forma de C dirija el pezón hacia el paladar superior del lactante, para que finalmente inicie el proceso de lactancia.
4. La boca del bebé debe estar muy abierta con el labio inferior evertido (como una ventosa).
5. La nariz y el mentón los más pegados posible al pecho.
6. Observar como llena la boca y traga con movimientos rítmicos, más rápidos y enérgicos al principio de la toma.
7. No es necesario sujetar el seno, pero si lo hace coloque los dedos y la palma de la mano debajo del pecho y el pulgar en la parte superior (como una letra C), lejos de la areola y sin presionar.



Es importante que la madre no ponga los dedos en forma de tijera, ya que dificultan la extracción de leche, e incluso impiden que el niño o niña introduzca el pecho en su boca



TIPS

- ✓ La madre puede mantener sujeto el pecho hasta que se confirma que el agarre es el adecuado
- ✓ Los niños y niñas cuando terminan la toma **sueltan espontáneamente la mama**. No se debe retirar al niño o niña bruscamente del pecho ya que se puede **dañar el pezón**; hay que romper antes el vacío de la succión, introduciendo un dedo (preferiblemente el meñique) en la comisura de la boca del bebé, hasta que entre aire y desaparezca el efecto de succión, esto permitirá sacar el pezón de la boca del bebe sin lastimarlo



POSTURAS DE LA LACTANCIA

Independientemente de la postura en que usted ofrezca pecho a su bebé, algunas características que identifican una posición adecuada son:

- Usted debe estar cómoda
- El cuerpo del bebé debe estar en estrecho contacto con su cuerpo
- La cabeza del bebé debe estar frente a su seno, y bien alineada con el cuerpo (el cuello no debe estar flexionado, ni la cabeza girada).

¿Qué posturas existen?

Usted puede elegir la o las posturas en las que se sienta cómoda. A continuación encontrará algunas que puede llevar a cabo durante el amamantamiento, recuerde que es fundamental contar con un espacio en el que se sienta **tranquila y a gusto** para llevar a cabo dicha práctica.

- Posición en crianza biológica

1. Ubíquese de tal forma que quede semi-recostada (entre 15°-65°) y cómoda.
2. Ponga al bebé encima suyo, con la cara dirigida hacia el seno.
3. Permita que sea el bebé quien se desplace hacia el seno y realice un agarre espontáneo.

Esta postura es especialmente útil cuando existen dificultades con el agarre, ya que facilita que el recién nacido ponga en marcha sus reflejos instintivos.



TIPS PARA LAS POSTURAS EN POSICIÓN SENTADA

- ✓ Siéntese en una silla o superficie en donde sus pies puedan tocar el suelo, si su estatura es muy corta o la silla muy alta, puede hacer uso de un descansapiés, una pequeña banqueta o algunos directorios telefónicos en donde pueda apoyar los pies.

- Posición de cuna



1. Siéntese de tal forma que quede cómoda.
2. El niño o niña debe recostarse sobre su antebrazo, de modo que la cabeza quede apoyada en la cara interna del codo.
3. Permita que la cara del niño o niña quede en dirección hacia su seno, para ello debe rotar todo el cuerpo del bebé hacia su cuerpo.
4. El abdomen del niño o niña debe tocar su abdomen, y el brazo inferior debe abrazarla por el costado de la espalda

5. La mano del brazo que sujeta al niño o niña, le agarra de los glúteos.

6. Con la mano libre puede sujetar su pecho en forma de "C", y ofrecerlo al bebé.

- Posición de cuna cruzada

1. Siéntese de forma que quede cómoda y ubique sobre sus piernas una almohada de tal altura que permita que su hijo esté al nivel de su pecho.

2. Sujete el pecho con la mano del mismo lado que amamanta, en posición U, mientras que la otra mano sujeta el cuello del niño o niña, de tal forma que su antebrazo se ubique detrás del cuerpo del bebé.

TIP: Esta postura permite deslizar al lactante de un pecho a otro sin cambiar de posición



- Posición Rugby



1. Siéntese cómodamente y ubique del lado que va a lactar una almohada.

2. Acomode el niño o niña por debajo del brazo del lado que va a amamantar, de tal forma que su cuerpo quede sobre la almohada y a la altura del pezón.

3. Acomode su antebrazo del lado que va a lactar debajo del cuerpo del bebé y posteriormente ponga el índice y el pulgar detrás de las

orejas del bebé sin apretar, de tal forma que pueda direccionar el cuerpo del niño o niña hacia su pecho.

4. La parte inferior del cuerpo del lactante deberá descansar sobre la almohada.

TIP: No se incline hacia el bebé, por ello es importante que ubique sus dedos detrás de las orejas del niño o niña, de esta forma podrá acercarlo hacia su pecho.

Esta posición es ideal para aquellas madres que han dado luz por medio de cesárea, ya que evita realizar mayor fuerza en el área abdominal, además es útil para aquellas mamás que amamantan simultáneamente a dos niños o niñas.

• Posición sentada

1. El niño o niña se sienta de forma vertical frente a su pecho, con las piernas bien sea hacia un lado o en forma de "caballito".
2. Sujete el tronco del niño o niña con la mano del lado que amamanta.
3. Con la mano libre presente su pecho al bebé, ubicándola en forma de C alrededor de la areola.

Esta postura es cómoda para quienes tienen las mamas muy grandes, pezones con grietas, niños o niñas hipotónicos o con reflujo gastroesofágico, y en reflejo de eyección exagerada.



• Posición recostado de lado



1. Acuéstese de lado y ubique a su hijo o hija de la misma forma, de modo que queden frente a frente.
2. La cara del niño o niña debe estar enfrentada al pecho, y el abdomen pegado su cuerpo.
3. Para su comodidad, apoye la cabeza sobre una almohada alta o doblada.
4. Con la mano contraria al lado en el que va a lactar, sostenga el pecho en forma de "C" para presentar el seno al bebé, una vez el niño o niña haya tenido un adecuado agarre, puede soltar el pecho y sostener la parte trasera del cuerpo del bebé, permitiendo el mayor contacto posible entre los dos.
5. Si no cuenta con una almohada o simplemente no es lo suficientemente alta como para que se sienta

cómoda, con el brazo que tiene libre, puede usarlo como apoyo de su cabeza.

TIP: Si se cansa en esta posición, puede poner una almohada en la espalda permitiendo mayor apoyo de su cuerpo.

¿Qué hacer si la madre durante todo el amamantamiento debe sostener su pecho?



1. Acuéstese con su hijo o hija de forma lateral, de tal forma que la cara del bebé se enfrente con su pecho.

2. Con la mano contraria al lado en el que va a lactar, sostenga el pecho en forma de C para presentar el seno al bebé

3. Con la mano que está libre, sostenga la parte trasera del cuerpo del niño o niña, manteniendo el mayor contacto posible entre ambos cuerpos.

REFERENCIAS

AEP, C. de L. M. de la. (2004). *Extracción y Conservación de la Leche Materna*. CNLM_guía de la lactancia materna. <https://doi.org/84-8473-277-0>

Damián, S. B. (2005). *Conselleria De Salut I Consum*. @Bulet Abam, 11-12.

Ministerio de Salud de Chile, & Chile Crece Contigo. (2010). *Manual de lactancia Materna. Lactancia Materna Lactancia Materna CONTENIDOS TÉCNICOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Anexo 10. Material educativo en lactancia: Extracción de leche materna



EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA

Es importante que busque un lugar tranquilo y agradable para llevar a cabo la extracción de la leche materna

1. Limpieza previa del recipiente

1. Lave el recipiente con agua y jabón, luego sumérgalo en agua hirviendo durante 15 minutos.

2. Preparación

1. Lávese las manos y cuando estén secas aplíquese alcohol glicerinado o antibacterial.
2. Frote sus manos para que se calienten un poco.
3. Aliste uno o varios recipientes de vidrio previamente lavados para la recolección de la leche.
4. Póngase cómoda, con su espalda apoyada en el espaldar de una silla.
5. Descubra su pecho.

3. Técnica de preparación de los senos

1. Recorra sus pechos con la yema de los dedos de manera delicada y suave, y de forma circular inicie por la axila y recorra el pecho hasta llegar al centro del pezón. Luego, vaya desde la clavícula hasta el pezón, y después haga lo mismo desde la parte inferior del seno
2. Alterne masajes circulares con movimientos de presión y afloje en las partes donde



note dureza (se siente como si se tratara de pequeñas piedras aisladas) o en áreas confluyentes donde haya dolor

Importante: Mientras una mano hace el masaje, la otra debe mantener la presión en el sitio más opuesto del pecho



4. Técnica de extracción

1. Extienda sus manos, por encima y debajo de la areola, aproximadamente a un centímetro del borde
2. Mantenga esta posición por un rato (de treinta segundos a un par de minutos), no intente ningún movimiento ni haga una presión mayor a la que aguante sus pechos, sobre todo si están inflamados o adoloridos
3. Coloque sus manos, igualmente extendidas, en lados opuestos del pecho



4.

5. Coloque su mano en forma de C, situando el dedo pulgar por encima del pezón y la areola, y los demás dedos por debajo, de manera que queden opuestos
6. Con un movimiento suave, lleve hacia atrás (hacia las costillas) la parte del pecho que está entre sus dedos
7. Presione suavemente entre los mismos, como cuando se pone la huella digital. Se requiere mantener la presión ejercida sin saltar por unos momentos



REFERENCIAS

AEP, C. de L. M. de la. (2004). Extracción y Conservación de la Leche Materna. CNLM_guía de la lactancia materna. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Damián, S. B. (2005). Consellería De Salud I Consum. @Bulet Abam, 11–12.

Ministerio de Salud de Chile, & Chile Crece Contigo. (2010). Manual de lactancia Materna. Lactancia Materna Lactancia Materna CONTENIDOS TÉCNICOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>



CONSERVACIÓN Y EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA

Una vez extraída la leche materna y depositada en el recipiente, es necesario que siga las siguientes instrucciones y recomendaciones.

1. Marque el recipiente con la leche que va a refrigerar con **fecha y hora de extracción**. De tal forma que al suministrar la leche al niño o niña, escoja aquella que fue **extraída primero**.
2. Conserve la leche dentro del refrigerador máximo por 24 horas, aislada de otros alimentos.
3. Si tiene que transportar la leche materna, conserve la cadena de frío. Puede apoyarse con un termo o una caja de poliestireno con trozos de hielo, si no tiene ninguno de estos dos elementos, puede poner en una bolsa llena de hielo los recipientes que contienen la leche materna.
4. Cuando vaya a administrar la leche refrigerada a su bebé, primero sáquela de la nevera y déjela a temperatura ambiente por un par de minutos y luego caliéntela al baño maría, fuera del fuego, o póngala bajo un chorro de agua caliente.

Recomendaciones

- ✓ La leche se conserva bien en un envase limpio por 4 horas a temperatura ambiente y sin exposición al sol.
- ✓ Si se dispone de una nevera, colocar la leche en la parte más fría, distinta al congelador, para ser usada en las próximas 48 horas como máximo.
- ✓ La leche no se debe hervir ni calentar en horno microondas.
- ✓ Es preferible dar la leche extraída con cuchara, jeringa o vaso en vez de biberón.
- ✓ Elimine toda la leche que el niño o niña deja en el recipiente, pues la misma saliva del bebé puede contaminarla.
- ✓ Durante el almacenamiento y conservación, la grasa contenida en la leche materna se separa y supe al tope del frasco, por esto se ve más blanca y más densa. Por lo tanto, antes de suministrar la leche materna al bebé, se requiere agitar suavemente el frasco para que la grasa se mezcle con el resto de la leche.

REFERENCIAS

- AEP, C. de L. M. de la. (2004). *Extracción y Conservación de la Leche Materna. CNLM_guía de la lactancia materna*. <https://doi.org/84-8473-277-0>
- Damián, S. B. (2005). *Consellería De Salud I Consum. @Bulet Abam*, 11-12.
- M. Bunik; J. Caroline. (2010). *Protocolo de la ABM. Medicina de la Lactancia Materna*, 5(3). <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.9986>
- Ministerio de Salud de Chile, & Chile Crece Contigo. (2010). *Manual de lactancia Materna. Lactancia Materna Lactancia Materna CONTENIDOS TÉCNICOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>



PLÉTORA Y CONGESTION MAMARIA

¿Qué es?

inflamación y distensión de las mamas

¿Cuáles son las causas?

Esta situación es más frecuente cuando no ha existido el inicio temprano de la lactancia materna o cuando se separa la madre de su hijo los primeros días después del nacimiento.

Signos y síntomas

Usted sentirá que su o sus senos están duros, dolorosos, calientes, tensos y con la piel brillante a la hora la bajada de la leche



¿Cómo se previene?

- Asegurarse de brindar lactancia materna lo más pronto posible después del parto.
- Permita que su hijo o hija mame de un solo seno hasta vaciarlo. Si queda con hambre déle de comer del otro seno y vacíe manual o mecánicamente si queda leche.
- Asegure que la posición de amamantamiento y el agarre del seno sean las adecuadas.
- Amamante sin restricciones, tanto en la frecuencia como en la duración de las tomas.
- Amamante exclusivamente al pecho durante los primeros 6 meses, y continúe lactando hasta al menos los 2 años de vida.
- En caso de que no pueda amamantar a su hijo extraiga la leche bien sea de forma manual o mecánica.

¿Cómo se maneja?

Es necesario realizar el vaciamiento **eficaz y completo** de la leche materna, para lo cual debe continuar con la **lactancia materna a libre demanda** y si es necesario acompañarlo de **extracción manual o mecánica de la leche**.

- Antes de amamantar o extraerse la leche, ponga durante 5 minutos compresas calientes sobre las mamas, de este modo la extracción de leche o el amamantamiento será mucho más fácil.
- Posteriormente, realice masajes con una leve presión en forma circular por toda la mama, y haga masajes de "barrido" con dirección al pezón.



- Durante el amamantamiento es **fundamental** que tanto el agarre como la postura sean adecuadas, adicionalmente es necesario que se inicie con el pecho afectado.
- Luego de lactar o extraerse la leche, aplique sobre las mamas sin presionar compresas frías.

Referencias

- AEP, C. de L. M. de la. (2004). *Extracción y Conservación de la Leche Materna*. CNLM_guia de la lactancia materna. <https://doi.org/84-8473-277-0>
- Damián, S. B. (2005). *Conselleria De Salut I Consum*. @Bulet Abam, 11-12.
- Wong, B. B., Chan, Y. H., Leow, M. Q. H., Lu, Y., Chong, Y. S., Koh, S. S. L., & He, H. G. (2017). Application of cabbage leaves compared to gel packs for mothers with breast engorgement: Randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 76(July), 92-99. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.014>

Anexo 13. Material educativo en lactancia: Mastitis



MASTITIS

¿Qué es?

Es la inflamación de una o varias zonas de la glándula mamaria, acompañada o no de infección

Signos y síntomas

El seno afectado puede presentar endurecimiento, rojez y calor local, dolor.

Al producirse la contaminación y posterior infección aparece la fiebre, escalofríos, malestar general y signos de enrojecimiento y dolor que progresan a espalda y cuello



¿Cuáles son las causas?

Suelen tener una relación directa con una **técnica incorrecta**. Cuando el bebé no está bien puesto al pecho y al mamar sólo coge el pezón, éste es traumatizado por las encías, produciendo un pezón doloroso y favoreciendo la aparición de grietas que sin un adecuado manejo puede llevar a una mastitis.

Sin embargo, la principal causa de la mastitis es el estancamiento de leche en los conductos lactíferos, provocando la inflamación de éstos y aumentando la susceptibilidad de infección

TIP: La madre no necesita lavarse los pezones antes o después de dar de mamar. El baño diario es suficiente.

¿Cómo se previene?

- Asegurarse de brindar lactancia materna lo más pronto posible después del parto.
- Asegure que la posición de amamantamiento y el agarre del seno sean las adecuadas.

- Amamante sin restricciones, tanto en la frecuencia como en la duración de las tomas.
- Permitir al niño o niña que termine en un pecho, antes de ofrecer el otro.
- Amamante exclusivamente al pecho durante los primeros 6 meses, y continúe lactando hasta al menos los 2 años de vida.
- Evite ropa ajustada y posturas que compriman el pecho.
- En caso de que no pueda amamantar a su hijo o que tras el amamantamiento aún tenga leche en alguna de las mamas, extraiga la leche bien sea de forma manual o mecánica.
- Después de cambiar el pañal de su niño o niña lávese las manos
- Lávese las manos antes y después de amamantar o extraerse la leche
- **Sumerja en agua hirviendo durante 20 minutos regularmente todo lo que esté en contacto con sus senos y la boca del bebé:** manos, ropa, chupos, juguetes, protectores de lactancia o extractores de leche, para ello se deben sumergir estos objetos por 10 minutos en agua hirviendo.

¿Cómo se maneja?

- Es fundamental que consulte a un centro de salud, para que un médico determine si la mastitis está infectada o no, y de acuerdo a ello le recete una serie de medicamentos. Es importante que se **tome dichos medicamentos en la cantidad y en la frecuencia indicada** por el profesional de salud, **sin importar que ya se sienta mejor.**
- Es necesario realizar el vaciamiento **eficaz y completo** de la leche materna, para lo cual debe continuar con la **lactancia materna a libre demanda** y si es necesario acompañarlo de **extracción manual o mecánica de la leche.** Los antibióticos y el tratamiento sintomático pueden hacer que se sienta mejor **temporalmente**, pero a menos que se mejore el vaciamiento de la leche, la afección puede llegar a **empeorar o reaparecer** a pesar de los medicamentos.

TIP: Inicie a lactar o a extraer la leche por el seno afectado



- Antes de amamantar o extraerse la leche, ponga durante 10 minutos compresas calientes sobre las mamas, o dúchese con agua tibia, de este modo la extracción de leche o el amamantamiento será mucho más fácil.
- Posteriormente, realice masajes con una leve presión en forma circular en la zona afectada con dirección al pezón.

IMPORTANTE: para evitar lastimar el seno, no frote o deslice sus manos sobre la piel

- Durante el amamantamiento es **fundamental** que tanto el agarre como la postura sean adecuadas, adicionalmente es necesario que se inicie con el pecho afectado.
- Luego de lactar o extraerse la leche, aplique sobre las mamas sin presionar compresas frías, de este modo aliviará la inflamación, mejorando la inflamación.
- No use sostenes apretados y prefiera aquellos que son de algodón.
- teniendo en cuenta que la mastitis es una condición sumamente dolorosa y que requiere de total cuidado, es necesario que tome reposo.

Referencias

- Amir, L. H., & Protocol, M. (2018). Protocol 4: Mastitis. Breastfeeding (8a ed.). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-35776-0.09942-3>
- Colombiana de Salud S.A. (2012). Mastitis Puerperal 2012, 1-4.
- Iusen, H., Ac, R., Dw, S., & Young, T. (2015). Treatments for breast abscesses in breastfeeding women [Review] SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON, [8]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010490.pub2.www.cochranelibrary.com>
- Puesta, M. (2016). Mastitis. Puesta al día. Archivos Argentinos de Pediatría, 114(6). <https://doi.org/10.5546/aap.2016.576>
- Pustatino, O. (2016). Management of mastitis and breast engorgement in breastfeeding women. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 29(19), 3121-3125. <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1114092>
- Spencer, J. P., & Memorial, C. (2008). Management of Mastitis in Breastfeeding Women - American Family Physician, 727-732. <https://doi.org/10.1002/afp.201200408>
- Vayas, R., & Carrera, L. (2012). \$ FWXDCL] DFLyQ HQ HO PDQHMR GH ODV ODVWLWLWV , QHFFLRVDV durante la Lactancia Materna, 5(1), 25-2



ABSCESO MAMARIO

¿Qué es?

Un absceso mamario es una bolsa localizada de infección que contiene pus, en el tejido mamario.

Signos y síntomas

- Enrojecimiento e inflamación de la mama
- Dolor al tacto y dolor difuso
- Fiebre y síntomas de gripe incluyendo náuseas y vómitos
- Picaazón
- Secreción del pezón (puede contener pus)
- Cambios de sensibilidad en el pezón
- Ganglios linfáticos agrandados o sensibles en las axilas del mismo lado



¿Cuáles son las causas?

Tienen como origen una **infección** nacida de una **pequeña grieta**, y es secundario a una mala postura del lactante o un mal agarre del pecho.

También puede ser causada por **estancamiento** de la leche que provoca fenómenos inflamatorios que pueden infectarse secundariamente.

¿Cómo se origina?

La fase del absceso es una fase tardía de la evolución de una masa inflamatoria del seno llamada mastitis.

Inicialmente aparece un simple dolor del seno con una pequeña **zona inflamatoria y sensible**, si no se realiza el respectivo tratamiento para aliviarlo puede progresar a **mastitis**, si el diagnóstico no se hace en esta fase, tiende a evolucionar hacia la infección con un incremento de los síntomas y la aparición de fiebre, desarrollándose un **absceso mamario**

¿Cómo se maneja?

Es importante que para este punto, usted se encuentre en un centro hospitalario, ya que será necesario que un profesional de salud por medio de una aguja extraiga el líquido del absceso mamario, pero el absceso casi siempre exige un corte para abrirlo (incisión) y drenarlo.



Drenaje de un absceso mamario por medio de incisión

- Debe consumir los antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos que su doctor le recete.
- Mientras sana el tejido afectado, es importante realizar la extracción de leche de forma manual y adminístrela en una cuchara, jeringa, vaso o taza a su hijo, además debe amamantar del seno que está sano, sin embargo, si el absceso mamario no está dentro de la zona de agarre del lactante, puede continuar con esta práctica en el seno afectado.
- Antes de realizar la extracción de leche de la mama afectada, ponga compresas calientes o tome una ducha con agua tibia, luego de realizada la extracción de la leche, ponga compresas frías sobre el pecho afectado
- No use brasieres ajustados
- El baño diario es suficiente para mantener limpios las mamas, debe lavarse los pezones solamente con agua.
- Use sostenes que no le aprieten y que preferiblemente sean de algodón.

Referencias

- AEP, C. de L. M. de la. (2004). Extracción y Conservación de la Leche Materna. CNLM_guía de la lactancia materna. <https://doi.org/84-8473-277-0>
- Amir, L. H. (2014). ABM Clinical Protocol #4: Mastitis, Revised March 2014. Breastfeeding Medicine, 9(5), 239-243. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.9984>
- Irusen, H., Ac, R., Dw, S., & Young, T. (2015). Treatments for breast abscesses in breastfeeding women (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010490.pub2.www.cochraneilibrary.com>
- Ministerio de Salud de Chile, & Chile Crece Contigo. (2010). Manual de lactancia Materna. Lactancia Materna Lactancia Materna CONTENIDOS TÉCNICOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>



PEZONES AGRIETADOS

¿Qué es?

Son lesiones (fisuras) de la piel del pezón

¿Cuáles son las causas?

Suelen tener una relación directa con una **técnica incorrecta**. Cuando el bebé no está bien puesto al pecho y al mamar sólo coge el pezón, éste es traumatizado por las encías, produciendo un pezón doloroso y favoreciendo la aparición de grietas.



Al retirar incorrectamente al niño o niña del pecho también se puede producir traumatismo al pezón, recuerde que cuando su bebé queda satisfecho, se retira espontáneamente del pezón, sin embargo, si por algún motivo requiere retirar a su hijo del pecho, introduzca su dedo en la comisura de sus labios, deje que entre un poco de aire y retire el pezón de su boca suavemente.

También se producen por **lavado frecuente o aplicación de pomadas en el pezón**, provocando la desaparición de la secreción de las glándulas de Montgomery, perdiéndose su efecto protector sobre la piel y el efecto antiinfeccioso que la secreción de estas glándulas tiene.

DATO CURIOSO. ¿cómo se forman? Las fisuras en el pezón se forman muy rápidamente. Basta un momento de mal agarre para notar que la piel del pezón se enrojece y empieza a doler.

TIP: La madre no necesita lavarse los pezones antes o después de dar de mamar. El baño diario es suficiente.

¿Cómo se previene?

- Asegure que la posición de amamantamiento y el agarre del seno sean las adecuadas.

- No lave sus pezones antes ni después de amamantar. La areola tiene mecanismos lubricantes y antibacteriales. Hacerlo contribuye a la aparición de grietas
- Evite el uso de cremas o productos cosméticos en la zona de la areola y pezón del seno.

¿Cómo se maneja?

- No lacte por el seno afectado
- Extraiga la leche manualmente para evitar que los senos se congestionen y adminístrela al niño o niña mediante una jeringa, vaso, taza o cuchara.
- La **higiene** es un elemento clave. Por ello, **lave bien** sus manos tras cambiar al niño o niña de pañales y antes de iniciar el amamantamiento o extracción de la leche.

Para manejar el dolor

- Aplique compresas tibias de caléndula por 15 minutos y deje secar al aire libre

TIP: Sumerja en agua hirviendo durante 20 minutos regularmente todo lo que esté en contacto con sus senos y la boca del bebé: manos, ropa, chupos, juguetes, protectores de lactancia o extractores de leche.

Para ayudar a cicatrizar las grietas

- Ponga sobre el área afectada gotas de leche materna y dejar secar al aire libre durante 5 minutos o mediante un secador de cabello a 20 centímetros de distancia con aire tibio o frío.
- Exponer los pezones por unos minutos al aire libre y a la luz del sol por lo menos 2 veces al día.
- No usar sostenes apretados y procure que estos sean de algodón.

IMPORTANTE: Una vez el niño o niña pueda volver a lactar es importante garantizar un buen agarre y postura a la hora de lactar.

Referencias

- AEP, C. de L. M. de la. (2004). *Extracción y Conservación de la Leche Materna*. CNLM_guia de la lactancia materna. <https://doi.org/84-8473-277-0>
- Ministerio de Salud de Chile, & Chile Crece Contigo. (2010). *Manual de lactancia Materna. Lactancia Materna Lactancia Materna CONTENIDOS TÉCNICOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Anexo 16. Material educativo en lactancia: Pezones invertidos



PEZONES INVERTIDOS

¿Cómo se maneja?

Es importante que consulte con un médico, ya que algunos pezones invertidos sólo se pueden corregir de manera quirúrgica.

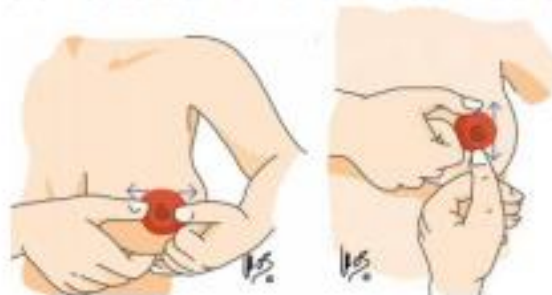
Posiblemente su niño o niña no pueda ejercer un adecuado agarre del pecho, por lo que será necesario extraer la leche bien sea de forma manual o mecánica, y ofrecerla al bebé con una jeringa, taza o cuchara.



Deje que su bebé explore sus pechos con frecuencia. Procure destinar varios minutos al día para estar en contacto piel a piel con el bebé mientras le permite que trate de agarrarle el pecho por su propia iniciativa.

Para corregir el pezón invertido o plano, será necesario que siga una serie de pasos que se describen a continuación:

1. Lave muy bien sus manos con agua y jabón.
2. como primer paso se colocan ambos pulgares en la base de la areola, en lados opuestos y se estira la piel hacia afuera, alejando los pulgares uno del otro. Realice estos movimientos tanto de manera horizontal como vertical.



3. Luego, trate de tomar los pezones entre los dedos y estire suavemente hacia afuera, simulando el estirón que haría el bebé al tratar de succionarlo. Este ejercicio contribuye tanto a la elasticidad como a la forma del pezón.



4. Finalmente, caja el pezón de la misma manera como en el anterior ejercicio, con la diferencia de que además de estirarlo, realice un movimiento circular masajeando el pezón.



TIPS PARA LACTAR

- Acamódese cómodamente y acerque a su hijo a su cuerpo, colóquelo sobre usted boca abajo y permita que busque su pecho.
- A falta de pezón, estimule con un dedo el labio inferior del bebé para que abra la boca, como si bostezara.
- Apuntando el pezón hacia el paladar superior del bebé introduzca el pecho en su boca, sujetándolo por detrás de la areola en forma de C.
- Una vez el niño se ha agarrado, mantenga la sujeción hasta que haya succionado un par de veces.

- No es necesario poner leche de fórmula para estimular la habilidad del niño, pues simplemente presionando con el índice y el pulgar por detrás de la areola saldrán unas gotas de leche.



- Como casi todos los pezones sobresalen como reflejo al contacto o al frío, puede resultarle útil estimular el pezón con un poco de agua fría justo antes de mamar el bebé.

IMPORTANTE: No cree interferencias ofreciendo chupetes o biberones con chupo. No se parece en nada la técnica de succión de un pecho a la técnica de succión de dichos objetos. Al niño le crearía confusión y retardaría el momento en que mamaría bien por primera vez. En el caso de que ya hubiera empezado podría conducir a rechazo del pecho.

Referencias

- AEP, C. de L. M. de la. (2004). Extracción y Conservación de la Leche Materna. CNLM_guía de la lactancia materna. <https://doi.org/10.48473-277-0>
- Damián, S. B. (2005). Consejería De Salud | Consum. @Bulet Abam, 11-12.
- Ministerio de Salud de Chile, & Chile Crece Contigo. (2010). Manual de lactancia Materna. Lactancia Materna Lactancia Materna CONTENIDOS TÉCNICOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD. <https://doi.org/10.1017/C809781107415324.004>



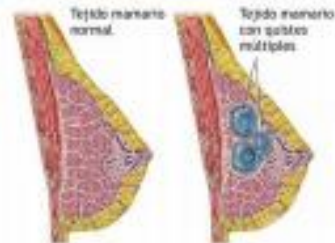
Quistes mamarios

¿Qué es?

Son protuberancias o pequeños bultos que se encuentran dentro del seno. En general, en el interior de los quistes hay material lácteo, como consecuencia de la retención de leche materna dentro de los conductos galactóforos.

¿Cómo identificarlo(s)?

- Se palpa en una zona específica del seno un bulto.
- No hay fiebre ni malestar general
- No hay ningún cambio de color en el seno
- Pueden ser dolorosos.



¿Cuáles son las causas?

Se produce por la acumulación de leche materna en un conducto obstruido como consecuencia de la retención de leche dentro de la mama.

La retención de leche materna dentro de la mama es secundario a una técnica de lactancia inadecuada, o a una baja frecuencia de mamadas, provocando que no haya una extracción completa de leche en los senos.

¿Cómo se previene?

- Asegure que la posición de amamantamiento y el agarre del seno sean las adecuadas.

- Amamante sin restricciones, tanto en la frecuencia como en la duración de las tomas.
- Permita al niño o niña termine en un pecho, antes de ofrecer el otro.
- Amamante exclusivamente al pecho durante los primeros 6 meses, y continúe lactando hasta al menos los 2 años de vida.
- Evite ropa ajustada y posturas que compriman el pecho.
- En caso de que no pueda amamantar a su hijo o que tras el amamantamiento aún tenga leche en alguna de las mamas, extraiga la leche bien sea de forma manual o mecánica.

¿Cómo se maneja?

Lo más indicado es el correcto vaciamiento de la mama, bien sea por el niño o niña, o por extracciones manuales o mecánicas. **Interrumpir la lactancia materna podría en principio empeorar el problema**

- Ponga compresas húmedas calientes durante 10 minutos sobre el área donde se ubican los quistes.
- Recorra dicha área con la yema de los dedos de manera delicada y suave, y de forma circular haga masajes sobre los quistes, y a medida que que tolere más presión, haga masajes en dirección al pezón.
- Continúe con la **lactancia materna a libre demanda** y si es necesario acompañarlo de **extracción manual o mecánica de la leche**.
- Durante el amamantamiento es **fundamental** que tanto el agarre como la postura sean adecuadas, adicionalmente es necesario que se inicie con el pecho afectado.



Referencias

AEP, C. de L. M. de la. (2004). *Extracción y Conservación de la Leche Materna*. CNLM_guía de la lactancia materna. <https://doi.org/84-8473-277-0>

Anexo 18. Material educativo en lactancia: Candidiasis



CANDIDIASIS

¿Qué es?

La candidiasis del seno es una infección de los senos causada por un hongo conocido por el nombre de **cándida albicans**.

¿Cuáles son las causas?

El hongo puede contagiarse desde los senos de la madre a la boca del niño o niña, o viceversa.

Un bebé puede infectarse con la candidiasis durante el **parto** si la madre tiene una **candidiasis vaginal**, o la infección puede presentarse más tarde. El bebé puede transmitir entonces la infección a la madre al tomar el pecho.

La candidiasis en el seno también puede presentarse cuando la madre está tomando **antibióticos** o los ha estado tomando recientemente. Cortes, raspones y otras lesiones al pezón aumentan el riesgo de candidiasis.

Otros factores que favorecen el desarrollo de candidiasis son:

- Candidiasis en otro lugar del cuerpo de la madre.
- Todas aquellas circunstancias que favorecen la **baja de las defensas inmunitarias**.
- Ingestión de píldoras que contengan estrógenos.
- Falta o el exceso de higiene en los senos o pezones.

Signos y síntomas

El pezón de un seno infectado se vuelve **rojo o muy rosado, brillante, apariencia escamosa** y doloroso. Si la infección se extiende a los conductos galactóforos,

puede producir dolor en todo el seno y un ardor agudo en seno **al amamantar** y entre sesiones de amamantamiento.

La candidiasis provoca un dolor intenso en los pezones. El dolor parece una **quemadura** y las mujeres hablan de punzadas radiantes que no ceden al mejorar la posición de amamantamiento y el agarre del pecho.

La candidiasis bucal en el niño o niña se manifiesta con **manchas blancas** en la boca (en la lengua, dentro de las mejillas, o en los labios) que no se quitan cuando se trata de limpiar. Se pueden confundir con manchas de leche.



Candidiasis en la mama



candidiasis bucal en el bebé

¿Cómo se maneja?

Si usted o su hijo presenta alguno los signos y síntomas de candidiasis, consulte a su médico, posiblemente él le recetará tanto a usted como a su bebé un fungicida, que es un medicamento contra los hongos. **Termínese toda la medicina, aunque se sienta mejor.**

- Continúe amamantando a su bebé incluso cuando esté tomando medicinas.
- Ya que la lactancia puede resultar dolorosa, antes de amamantar puede poner compresas frías o bolsas de arvejas congeladas sobre la zona afectada antes de dar pecho.
- Poner sobre el área afectada gotas de leche materna y dejar secar al aire libre durante 5 minutos o mediante un secador de cabello a 20 centímetros de distancia con aire tibio o frío.
- **Sumerja en agua hirviendo durante 20 minutos regularmente todo lo que esté en contacto con sus senos y la boca del bebé:** manos, ropa, chupos, juguetes, protectores de lactancia o extractores de leche.
- La **higiene** es un elemento clave. Por ello, **lave bien** sus manos tras cambiar al niño o niña de pañales y antes de iniciar el amamantamiento o extracción de la leche.

- Si usa una crema funguicida (antihongos) en los pezones, utilícela justo después de que su bebé se alimente, de esa forma, su piel ha absorbido la crema para la hora de la siguiente toma.
- Si los episodios de candidiasis persisten, es importante que evalúe su técnica de amamantamiento (posición de lactancia y agarre del pecho)

REFERENCIAS

Amir, L. H., & Protocol, M. (2018). *Protocol 4 : Mastitis. Breastfeeding* (8a ed.). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-35776-0.09942-3>