PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

POSTGRADO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

REPERCUSIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LAS PUÉRPERAS Y LACTANTES ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD ANDRÉS DE VERA, SAN PABLO, PORTOVIEJO, COLON, LA PIÑONADA, SAN ANTONIO, JIPIJAPA Y SANTA RITA Y EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS EN EL PERIODO JUNIO DEL 2018 A FEBRERO DEL 2019

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

POSTGRADISTAS:

KARINA ANTONIA FIGUEROA VERA

DAVID XAVIER MENENDEZ ESPINOZA

DIRECTOR:

IVAN DUEÑAS ESPÍN

AGRADECIMIENTO

Primeramente, a Dios por regalarme vida, darme salud para poder cumplir una más de las metas propuestas y que el día de hoy se hace realidad.

A mi madre Claudia Vera y padre Marco Figueroa por haberme guiado y formado con reglas y algunas libertades que hicieron de mi la persona que soy, y es que muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluyen este, por su motivación inalcanzable por su esfuerzo y su apoyo incondicional siempre.

A mi compañero David Menéndez con quien tuve la oportunidad de trabajar arduamente, el compañerismo que llevamos dentro de este proceso fue esencial para llevar a cabo el estudio realizado. A nuestro director de Tesis Iván Dueñas por todos sus conocimientos impartidos en este trabajo de titulación.

Karina Figueroa

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios, nuestro creador, soy bendecido y afortunado por todo lo que él me da.

A mis padres, Kety Espinoza y Víctor Bowen, su sacrificio dio los frutos que ellos esperaban, hoy se ve reflejado en este nuevo logro, gracias por sus enseñanzas, gracias por la crianza, gracias por los valores, gracias por la vida.

A mi esposa, Adriana Vera Carranza, mi pilar, mi sostén y mi complemento. Gracias por este caminar diario por los senderos del aprendizaje, has alivianado el camino con tu amor y con tu cariño.

A mi compañera de tesis, Karina Figueroa, sin su ayuda y su trabajo este logro no hubiese sido posible, y por supuesto al Dr. Iván Dueñas por su paciencia y conocimientos.

A mis compañeros del postgrado, con los que compartimos aulas durante estos 3 años mi agradecimiento eterno.

David Menéndez

DEDICATORIA.

Durante estos tres años que fue el transcurso de este postgrado estuviste conmigo apoyándome en mis largas madrugadas, siempre me diste esa voz de aliento cuando pensaba que podía ir mal, por todas las dificultades que hemos pasado, pero hemos podido llevar y salir adelante, me has dado todo tu amor y sobre todo mucha paciencia.

Este trabajo de tesis esta de dedicado para ti amado esposo Ricardo Mejía Aray por ser mi apoyo incondicional y es una muestra de que podemos seguir cumpliendo muchas metas juntos.

Karina Figueroa

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a una persona especial en mi vida, que sin duda fue parte fundamental en este proceso de evolución permanente que experimentamos los seres humanos. La honro día a día con mi accionar y sé que ella desde el descanso eterno me está vigilando y protegiendo. Debido a su influencia en mi vida, tuve oportunidades y escenarios que difícilmente podría haber alcanzado.

Este trabajo es dedicado para mi tía Alegría Espinoza, sé que desde el cielo está orgullosa de mi, su sobrino, su hijo, su chino.

David Menéndez

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO 2
DEDICATORIA. 4
ABREVIATURAS: 9
LISTA DE TABLAS: 10
LISTA DE FIGURAS: 11
RESUMEN 12
ABSTRACT 14
CAPITULO I 16
1.1 INTRODUCCIÓN. 16
1.2 JUSTIFICACIÓN. 18
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN. 20
1.4 OBJETIVOS 21
1.4.1 Objetivo General. 21
1.4.2 Objetivos Específicos. 22
1.5 HIPÓTESIS. 23
CAPITULO II 24
2.1 MARCO TEORICO 24
2.1.1 LACTANCIA MATERNA 24
2.1.1.1 ANATOMÍA NORMAL DEL SENO Y SUS CAMBIOS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA 24
2.1.1.2 PRODUCCIÓN DE LECHE 25
2.1.2 RIESGO OBSTÉTRICO 28
2.1.2.1 DEFINICIONES 28
2.1.2.2 CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO 29
2.1.3 TIPO DE PARTO 31
2.1.3.1 DEFINICIÓN 31
2.1.3.2 TIPOS DE PARTO 32
2.1.3.3 ESTADÍSTICAS DE TIPOS DE PARTO 33
2.1.3.4 DEPRESIÒN POST PARTO 34
CAPÍTULO III 35
3.1 METODOLOGÍA. 35

3.1.1 DISEÑO DE ESTUDIO. 35
3.1.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 35
3.1.3 UNIVERSO 38
3.1.4 POBLACIÓN Y MUESTRA 39
3.1.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN 39
3.1.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 39
3.1.7 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN 39
3.1.8 LUGAR DE ESTUDIO 40
3.1.9 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN. 40
3.1.10 LIMITE DE TIEMPO Y ESPACIO. 40
3.1.11 CRONOGRAMA. 41
3.1.12 DISEÑO DE ANÁLISIS. 41
3.1.13 ASPECTOS BIOÉTICOS. 41
3.1.14 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO 43
3.1.15 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS 46
CAPITULO IV 47
4.1 RESULTADOS 47
4.1.1 Evaluación de la edad materna, sexo del lactante, controles prenatales, riesgo obstétrico, tipo de parto y lactancia materna. 47
Tabla N° 2: Edad materna, sexo del lactante, controles prenatales, riesgo obstétrico, tipo de parto, lactancia materna 49
Figura 1. Riesgo Obstétrico categórico 50
Figura 2. Edmat 50
4.1.2 Asociación entre la edad materna, sexo del lactante, controles prenatales, riesgo obstétrico, tipo de parto, lactancia materna. 51
4.1.2.1 Resultados bivariados 51
Tabla N°3: Asociación entre la edad materna, sexo del lactante, controles prenatales, riesgo obstétrico, tipo de parto, lactancia materna 53
Figura 3: Relación entre el sexo del lactante y la lactancia materna. 54
Figura 4: Relación entre el Riesgo Obstétrico Categórico y la lactancia materna 54
Figura 5: Relación entre el Riesgo Obstétrico Numérico y la lactancia materna 55
Figura 6: Relación entre el tipo de parto y la lactancia materna 55
Figura 7: Relación del parto normal y cesárea y la lactancia materna. 56
Figura 8: Relación de la Depresión post parto y la lactancia materna. 56

CAPITULO V 57
5.1 DISCUSIÓN 57
5.1.1 Hallazgos principales: 57
5.1.2 Comparación y contraste con otros estudios/tesis/artículos y publicaciones. 58
5.1.3 Implicaciones para la práctica clínica. 59
5.1.4 Implicaciones para la práctica de la salud pública. 59
5.1.5 Limitaciones 60
5.1.6 Fortalezas 61
CAPITULO VI 61
6.1 CONCLUSIONES 61
6.2 RECOMENDACIONES 62
REFERENCIAS BIBLIOFRÁFICAS 63
ANEXOS. 68
Anexo 1: Encuesta de Valoración Nutricional y hábitos saludables. 68
Anexo 2: Valor Categórico de Riesgo Obstétrico (MSP) 69
Anexo 3: Valor numérico de Riesgo Obstétrico (Según interpretación) 70
Anexo 4: Control Prenatal Formulario 051. 71
Anexo 5: Encuesta sobre lactancia materna. 72
Anexo 6: Mother and Infant Breastfeeding Assessment Tool 77
Anexo 7. Escala de Depresión PHQ-9 78
Anexo 8: Cuadernillo de recolección de datos 79

ABREVIATURAS:

RO: Riesgo Obstétrico.

ROCAT: Riesgo obstétrico categórico

RONUM: Riesgo obstétrico numérico.

CPN: Control Prenatal.

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Nacional.

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

EDMAT: Edad Materna.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

CEISH: Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos.

LISTA DE TABLAS:

TABLA N° 1.- Condiciones (CIE 10) que definen riesgo obstétrico.

TABLA N° 2.- Edad materna, sexo del lactante, controles prenatales, riesgo obstétrico, tipo de parto y lactancia materna.

TABLA N° 3.- Asociación entre la edad materna, sexo del lactante, controles prenatales, riesgo obstétrico, tipo de parto y la lactancia materna.

LISTA DE FIGURAS:

FIGURA 1.- Riesgo obstétrico Categórico.

FIGURA 2: Edad Materna.

FIGURA 3: Relación entre el sexo del lactante y la lactancia materna.

FIGURA 4: Relación entre el Riesgo obstétrico Categórico y la lactancia materna.

FIGURA 5: Relación entre el riesgo obstétrico numérico y la lactancia materna.

FIGURA 6: Relación entre el tipo de parto y la lactancia materna.

FIGURA 7: Relación del parto normal y cesárea y la lactancia materna.

FIGURA 8: Relación de la Depresión post parto y la lactancia materna.

RESUMEN

Introducción: Los beneficios de la lactancia materna exclusiva (LME) han sido arduamente estudiados, por lo que se necesita establecer los determinantes que influyen de uno u otra manera en su génesis. El riesgo obstétrico (RO) y el tipo de parto y su repercusión en la LME no han sido investigados en nuestro medio. Existe una alta incidencia de embarazos con alto riesgo en nuestra región, por lo que se precisa realizar este estudio.

Objetivo: No está claro si el RO influye directamente sobre la LME, por lo que se decidió realizar este estudio con el objetivo de establecer la asociación longitudinal del riesgo obstétrico y el tipo de parto sobre la LME en las puérperas atendidas en los centros de salud Andrés de Vera, San Pablo, Portoviejo, Colon, La Piñonada, San Antonio, Jipijapa y Santa Rita y en el Hospital Verdi Cevallos en la provincia de Manabí en los primeros cinco meses de vida de los lactantes y durante parte del año 2018 y el 2019.

Métodos: El diseño de nuestro estudio es longitudinal de cohorte prospectiva, observacional y analítico, se utilizó el método de encuesta y llamada telefónica para realizar el seguimiento a las puérperas asignadas en las unidades de Portoviejo y Chone, en quienes se evaluaron las variables: edad materna, sexo del lactante, riesgo obstétrico variable categórica, riesgo obstétrico variable numérica, depresión postparto y tipo de parto.

Resultados: De las 400 puérperas consultadas, el promedio de edad materna fue de 23 años con una derivación standard de 5, Entre los lactantes investigados, se pudo observar que existe una mayor tasa de deserción de la lactancia materna en los varones con el 62,5%, además, hay una inclinación hacia el abandono de la LME hasta los 5 meses de edad de los lactantes en las madres con Alto Riesgo Obstétrico durante el embarazo, con un 41.7% (valor p 0,59). Se aprecia que un 60% de quienes dieron a luz por cesárea abandonan la lactancia

antes de los cinco meses de vida de sus hijos (valor p 0,12). Sin embargo, estos resultados no son estadísticamente significativos.

Conclusiones: Existe una asociación longitudinal negativa entre el Alto Riesgo Obstétrico y el tipo de parto por cesárea con el mantenimiento de la lactancia materna, pues se aprecia un declive en el mantenimiento de la LME a los cinco meses de edad del lactante, sin embargo, esas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Así también, la sintomatología depresiva, evaluada por PHQ-9 se asoció longitudinalmente con una interrupción más temprana de la práctica de la LME.

Palabras Claves: Lactancia materna exclusiva, riesgo obstétrico, depresión postparto y tipos de parto.

ABSTRACT

Introduction: The benefits of exclusive breastfeeding (EBF) have been extensively studied, so it is necessary to establish determinants that influence their genesis in one way or another. The obstetric risk and the type of delivery and its impact on EBF have not been investigated in our population. There is a high incidence of high-risk pregnancies in our region, so it is necessary to carry out this study.

Objective: It is not clear if the obstetric risk directly influences the EBF, so we decided to perform this study in order to establish the longitudinal association of the obstetric risk and the type of delivery on EBF in the postpartum women treated in the clinics Andrés de Vera, San Pablo, Portoviejo, Colon, La Piñonada, San Antonio, Jipijapa and Santa Rita and at the Verdi Cevallos County Hospital in the province of Manabí in the first five months of life of infants and during part of the year 2018 and 2019.

Methods: The design of our study is longitudinal of prospective cohort, observational and analytic, the method we use was a survey and telephone call were used to follow up the assigned postpartum women in the units of Portoviejo and Chone, in which the following variables were evaluated: maternal age, infant sex, number of prenatal controls, categorical variable of obstetric risk, numerical variable of obstetric risk and the type of delivery.

Results: From the 400 mothers consulted, the maternal age average was 23 years old with a standard derivation of 5, Among the investigated infants, we observed that there is a greater number of maternal EBF abandonment in male with 62.5%. In addition, there has been an inclination for the abandonment of the EBF within 5 months of age in infants of mothers who had high obstetric risk with 41.7% (p value 0.59). It is estimated that about 60% of

those who give birth by cesarean leave their lactation before the age of 5 months (p value 0.12). However, these results are not statistically significant.

Conclusions: There is a negative longitudinal association between High Obstetric Risk and Cesarean type of delivery with the maintenance of maternal breastfeeding, since there is a decline in the maintenance of exclusive maternal breastfeeding in the first five months of year of the infant, however, these differences were not statistically significant. Also, the depressive symptomatology, evaluated by PHQ-9 was associated longitudinally with an earlier interruption of the practice of EBF.

Key words: Exclusive breastfeeding, obstetric risk, postpartum depression and type of delivery

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN.

Se considera a la leche materna como el alimento fundamental para los recién nacidos el cual es irremplazable debido a sus valores nutritivos y necesarios para un crecimiento y un buen desarrollo durante la infancia.

La leche materna se la considera como el alimento idóneo para el infante, ya que mediante la calidad nutricional y sus distintos componentes en su estructura bioquímica fomenta al desarrollo y crecimiento del niño. Además de ser un nutriente integral, ayuda a la inmuno protección del niño con la dotación de anticuerpos necesarios durante su infancia, y sus beneficios perduran durante todo el desarrollo y crecimiento, inclusive en la adultez (ENSANUT-ECU, 2014).

En Ecuador se conoce que el predominio de lactancia materna y continua, no se obtienen los niveles apropiados ni las metas que se establecieron por el Plan Nacional de Buen Vivir en 2013 – 2017(SENPLADES, 2013).

El Ecuador tiene una tasa de lactancia materna exclusiva (LME) baja, y se profundiza aún más en las mujeres montubias donde el porcentaje de ésta solo abarca el 23% (ENSANUT-ECU, 2014).

Por las ventajas de la leche materna, se ha estimado que cerca de 2 millones de muertes infantiles pueden prevenirse con prácticas adecuadas de lactancia (Organización Mundial de la Salud, 2010).

En un estudio realizado en Portoviejo, el 18,3% de los partos pre término terminaron en muerte neonatal, por riesgos obstétricos acontecidos durante el embarazo (Vallejo Valdivieso, Chinga Sampedro, Sánchez Macías, & Tumbaco García, 2002).

No existe un estudio en el Ecuador en el que se evidencie la relación entre el Riesgo Obstétrico (RO) de la embarazada y la LME del lactante hasta los 6 meses.

La preeclampsia-eclampsia está considerada como una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en el embarazo y en el recién nacido a nivel mundial; en el año 2010, en Ecuador, fue clasificada como la primer causa de muerte materna (Leon & Villamarin, 2013).

Se hace necesario la evidencia para establecer parámetros de tratamiento y manejo adecuado, con guías anticipatorias incluidas en pacientes embarazadas con RO sobre LME.

Otro de los aspectos que forman parte del riesgo de eventos adversos en salud materna y neonatal es la depresión postparto, misma que se asocia con un mayor riesgo de no amamantar. Si bien, la incidencia estimada de depresión mayor unipolar posparto es desconocida, la sintomatología depresiva es frecuente, con una incidencia del 40% al 80% (O'Hara & Mccabe, 2013).

El presente protocolo de trabajo final de titulación es parte del proyecto de investigación "Determinantes de la práctica de la lactancia materna en población urbano marginal de Manabí: un estudio longitudinal", mismo que tiene cinco objetivos específicos, uno de los cuales será cumplido con el presente trabajo final de titulación.

Cabe destacar que el proyecto de investigación en el que se anida este protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la PUCE, aprobado el 4 de octubre del 2018, con el código 2018-48-EO, y en el que se previó la

participación de los estudiantes del postgrado de Medicina familiar y comunitaria de la PUCE como co-investigadores del mismo. El cuaderno de recogida de datos es igual para los cinco trabajos finales de titulación.

1.2 JUSTIFICACIÓN.

Optimizar la detección apropiada y realizar el tratamiento indicado a las mujeres con RO es un paso necesario hacia la realización de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales (Naciones Unidas, 2015).

Las prácticas inadecuadas de la LME es uno de los predisponentes para que existan enfermedades en la infancia e inclusive se lo toma como un factor de riesgo en muerte infantil temprana (Siu et al., 2016).

De acuerdo al ENSANUT, un estudio transversal de nutrición y sus factores predisponentes, la población mestiza tiene un índice de LME del 41% y la montubia de 23% (ENSANUT-ECU, 2014).

El parto vaginal favorece el comienzo de la LME, en relación con las mujeres sometidas a cesárea, sin embargo, cabe recalcar que los medicamentos y procedimientos asociados a la cesárea no son una contraindicación en la lactancia (Tenerife, 2006).

La evidencia indica que, aunque existe una variedad de posturas para la lactancia, lo importante es observar que el cuerpo del lactante y la madre estén juntos y que la cabeza y cuello del bebé estén alineados (Servicio Madrileño de Salud, 2017).

Se indica que el 55% de las madres con partos prematuros tenían planificado proporcionar leche materna exclusiva, sin embargo, durante la hospitalización en UCIN (Unidad de

cuidados intensivos neonatales) solo el 10% lo consiguió (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Estos antecedentes justifican analizar ¿En qué medida el RO repercute sobre la LME en la población de las unidades asignadas?, valorar ¿porque hay menor porcentaje de inicio y continuidad de la misma en nuestra provincia?, e identificar otras causas que la desfavorezcan.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Se desconoce en Manabí la relación entre el RO, el tipo de parto y la repercusión de estos sobre la LME, se hace necesario determinar esta relación para crear acciones y herramientas que favorezcan y fortalezcan la lactancia en el futuro.

Teniendo en cuenta las características culturales y sociales de nuestra provincia, así como también las implicaciones de ciertas patologías comunes, necesitamos una base de datos importante para que sea el inicio de una investigación, que con el tiempo sea concluyente y útil para realizar las intervenciones adecuadas.

Por esta razón nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la repercusión del riesgo obstétrico sobre la lactancia materna exclusiva en las puérperas y lactantes atendidos en los centros de salud Andrés de Vera, San Pablo, Portoviejo, Colon, la Piñonada, San Antonio, Jipijapa Santa Rita y en el Hospital Verdi Cevallos en el periodo junio del 2018 a febrero del 2019?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General.

- Establecer la asociación longitudinal del riesgo obstétrico y el tipo de parto sobre la lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en las unidades de salud previamente asignadas.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- Identificar y clasificar el riesgo obstétrico durante el embarazo.
- Determinar la prevalencia de lactancia materna en las madres que tuvieron parto por cesárea en relación a las que tuvieron parto vaginal.
- Conocer la repercusión de la depresión post parto en el mantenimiento de lactancia materna exclusiva.

1.5 HIPÓTESIS.

El riesgo obstétrico inminente y la cesárea tienen una repercusión negativa sobre la lactancia materna exclusiva en las pacientes puérperas atendidas en los centros de salud Andrés de Vera, San Pablo, Portoviejo, Colon, la Piñonada, San Antonio, Jipijapa y Santa Rita y en el Hospital Verdi Cevallos en el periodo junio del 2018 a febrero del 2019.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1 LACTANCIA MATERNA

La LME es, sin duda, un componente necesario en el desarrollo y crecimiento del lactante, muchas organizaciones en el mundo incluidas el Centro de Control de Enfermedades, la Asociación Americana de Pediatría, la Academia Americana de Medicina Familiar, la OMS entre otras, recomiendan la LME hasta los 6 meses de edad y la asociación con sólidos hasta los 12 meses. Durante la lactancia materna el seno experimenta cambios importantes en su tamaño, forma y función, cambios que si se desarrollan dentro de la normalidad favorecen a una lactancia exitosa (Sriraman, 2017).

2.1.1.1 ANATOMÍA NORMAL DEL SENO Y SUS CAMBIOS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

La glándula mamaria femenina se encuentra entre la II y la VI costilla en el eje vertical y entre el borde esternal y la línea media axilar en el eje horizontal. El tejido mamario se dirige hacia atrás con la denominada cola de Spence. Esta comprendido por estructuras epiteliales, denominados conductos y por el estroma compuesto por tejido fibroso y adiposo (Russo, 2019).

La piel del seno es fina y en ella se alojan glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas exocrinas y folículos pilosos. El pezón contiene numerosas glándulas sudoríparas sebáceas y apocrinas y también incontables terminaciones nerviosas sensoriales. La areola es redondeada y contiene pigmento con un tamaño de 15 a 60 mm, alrededor de la misma, existen los tubérculos de Morgagni que comprenden prominencias formadas por las aberturas de los conductos de las glándulas de Montgomery (Russo, 2019).

Todas estas estructuras anatómicas están involucradas de una u otra manera en la lactancia materna. Durante el embarazo ya se empiezan a realizar cambios fisiológicos en los senos y sus funciones, en otras palabras, se empiezan a preparar para la futura lactancia. Sin duda, el papel hormonal conlleva distintos cambios que hacen que lo que en un principio sea más tejido fibroso y adiposo, se transforme en mayoritariamente tejido epitelial (conductos) (Schanler & Potak, 2019).

2.1.1.2 PRODUCCIÓN DE LECHE

La lactogénesis se refiere al proceso por el cual el cuerpo de la mujer genera leche, este está distribuido en dos etapas, una de iniciación secretora y otra de activación secretora. Ambas se revisarán a continuación (Grettchen, 2018).

El estadio I de la lactogénesis o periodo de iniciación transcurre durante la 2da mitad del embarazo, debido a los altos niveles de progesterona que circulan en la sangre debido al abastecimiento de la placenta dado esto la cantidad de leche es limitada, esta leche contiene abundante lactosa y caseína, inclusive se pueden observar mujeres con producción de leche materna a partir de 4to mes del embarazo y en embarazos tardíos las mujeres pueden expresar el calostro durante la gestación (Schanler & Potak, 2019).

La lactogénesis de activación secretora o estadio II inicia con el parto, se desencadena un descenso rápido de la progesterona que sigue al suministro de la placenta, además existe una activación de los niveles de prolactina, cortisol e insulina que hacen que exista mayor producción de leche (Schanler & Potak, 2019).

Estos estadios se complementan con otros cambios anatómicos y funcionales de la mama, por ejemplo, los pezones se agrandan, por lo general esto ocurre dos a tres días luego del

parto, sin embargo, en mujeres puede tardar hasta 7 días. Luego, para la conservación de la lactancia materna, se requieren algunos elementos, entre estos, tenemos la extracción regular y estimulación del pezón, esto hace que la glándula pituitaria anterior libere prolactina y la glándula pituitaria posterior oxitocina, hormonas que intervienen en la estimulación durante la lactancia materna y que son fundamentales para su mantenimiento. Si este proceso no se cumple, se producirá una involución mamaria por inhibición (Schanler & Potak, 2019).

2.1.1.3 COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

La composición materna ha sido ampliamente estudiada, está comprobado que su composición es de vital relevancia para el desarrollo del lactante. Entre los principales micronutrientes tenemos: Lactosa y oligosacáridos, grasa de la leche (triglicéridos, colesterol, fosfolípidos, hormonas esteroides), proteínas (caseínas, alfa-lactoalbúmina, lactoferrina, IgA secretora, lisozima) y minerales (Sodio, potasio, cloruro, calcio, magnesio y fosfatos) (Schanler & Potak, 2019).

Sin embargo, además de estos micronutrientes la leche materna tiene otras propiedades que están netamente relacionadas con sus componentes, es así, que los lípidos de la leche materna tienen elementos estructurales necesarios para la nutrición de membranas celulares inmunoreguladoras (macrófagos, linfocitos, neutrófilos, células epiteliales, leucocitos, entre otros) (Keikha, Bahreynian, Saleki, & Kelishadi, 2017).

2.1.1.4 BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA

De acuerdo a la bibliografía consultada se habla de más de un centenar de beneficios de la LME, y es que estos no son solo nutricionales como se estigmatiza, debido a las grandes farmacéuticas, que intentan suplir todos estos “beneficios invisibles” que ciertamente no

vemos pero que seguramente son tangibles con la evolución del tiempo y con los distintos estudios que se han realizado (Brahm, 2017).

En varias investigaciones realizadas se establece que solo el 37% de los niños menores de 6 meses conservan la LME en países con ingresos económicos bajos, y paradójicamente en los países de ingresos altos es aún menor el mantenimiento de la LME, inclusive conociendo todas las bondades de la lactancia. La LME es un factor de protección ante las diferentes enfermedades infecciosas que se conocen, además, de enfermedades atópicas y cardiovasculares (Victora et al., 2016).

Se ha argumentado también una menor incidencia de enterocolitis necrotizante, enfermedades inflamatorias intestinales y leucemia en los pacientes que tomaron LME durante el primer semestre de vida del lactante. La LME puede prevenir la muerte postnatal en un 13% y está demostrado que reduce la incidencia de muerte súbita en un 36%. (Eidelman & Schlander, 2012)

Pero sus bondades no son solo nutricionales, se ha demostrado que tiene una repercusión favorable en el desarrollo neurológico, dando como resultado un mejor coeficiente intelectual, reduce además la posibilidad de tener déficit de atención, problemas de conducta y trastorno generalizado del desarrollo (Koh, 2017).

La lactancia involucra un beneficio económico directo a los padres, ya que no tienen que adquirir formulas caras y menos efectivas; y porque no decirlo también repercuten en la economía del país ya que se disminuyen valores asociados de salud, se disminuye la incidencia de muertes prematuras y mejora la relación de años de vida ajustados a calidad. Teniendo en cuenta que es un producto natural, es amigable con el medio ambiente, no deja

trazas ni huellas de carbono en su producción o consumo, no se necesitan latas para su almacenamiento y no tiene que ser transportada grandes distancias para el uso adecuado (Brahm, 2017).

2.1.2 RIESGO OBSTÉTRICO

Sin duda alguna, la muerte materna es quizás el peor indicador de salud en un país, por esto dentro de estrategias políticas globales se han elaborado distintos acuerdos para tratar de reducir las muertes maternas. Identificar de forma prematura un riesgo obstétrico conllevaría a un manejo adecuado y por ende a una finalización del embarazo exitosa (Naciones Unidas, 2015).

En el Ecuador existen datos limitados sobre las estadísticas y su futura repercusión. Sin embargo en el año 2013 en el Hospital Divina Providencia de San Lorenzo se investigaron los "Factores de riesgos Obstétricos en el embarazo" dando como resultado que el 26% de las pacientes durante el embarazo presentaron amenaza de parto pre término, seguido del 22% de infecciones de vías urinarias, el 7% equivalen a los abortos espontáneos, el 7% representa pre eclampsia, 4% diabetes gestacional, esto relacionado específicamente con el déficit de controles prenatales y escolaridad precaria, siendo estas de las causas principales que producen muerte materna y muerte fetal en nuestro país (García Cordova, 2013).

2.1.2.1 DEFINICIONES

La definición de Riesgo obstétrico (RO) tiene varios matices, primero el que incluye netamente a la madre y segundo el que contempla también al estado de la gesta. Para conceptualizar podríamos decir que son los elementos propios de la madre o aquellos externos que inciden directamente en su estado de salud y que conllevan a complicaciones

durante todo el estado gestante, el parto y el puerperio; con o sin repercusión en el producto. (Reyes, 2016).

La valoración del RO nos permite planear las características y la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, en cada control prenatal y de ser necesario en las visitas médicas domiciliarias, específicamente para la identificación de los factores de riesgo, la injerencia de estos en la salud y la detección oportuna y eficaz de complicaciones.(Márquez, 2012)

Factor de riesgo obstétrico se define "como aquel que directamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos". existen un sin número de factores de riesgo obstétrico y su repercusión en la salud materna puede ser circunstancial, inclusive depende de otros factores, como los psicosociales o económicos, para valorar la repercusión en el feto.(Márquez, 2012)

2.1.2.2 CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO

La clasificación del riesgo obstétrico es muy variada de acuerdo a la literatura consultada, sin embargo hemos creído oportuno utilizar la sugerida por el MSP, el cual lo clasifica de la siguiente manera (Marquez, 2012):

Bajo Riesgo 1

1. Condiciones socio-económicas desfavorables. (Pobreza extrema, Desempleo, analfabetismo)

2. Control insuficiente de la gestación: < 3 visitas prenatales.

3. Edad extrema ≤ 19 años ó ≥35 años en el primer embarazo.

4. Adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de embarazos.

5. Drogadicción, alcoholismo y Tabaquismo.

6. Gran multiparidad (Mayor de 3 gestas).

7. Incompatibilidad Rh.

8. Infección de vías urinaria y Flujo vaginal recurrentes por más de 2 ocasiones en tres controles subsecuentes.

9. Período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses.

Alto Riesgo 2

1. Anemia (Hb < 10g/dl o HTO < 25%).

2. Embarazo Múltiple.

3. Enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías, enfermedades. Inmunológicas, hipertensión.)

4. Polihidramnios u Oligoamnios.

5. Epilepsia.

6. Historia obstétrica desfavorable: abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino.

7. Enfermedades neuropsiquiátricas.

8. Infección materna: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV.

9. Presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación.

10. Desnutrición y Obesidad.

11. Asma.

Riesgo Inminente 3

1. Amenaza de parto pretérmino.

2. Cardiopatías.

3. Diabetes Gestacional descompensado o en tratamiento.

4. Hemorragia vaginal.

5. Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas.

6. SIDA clínico.

7. Trastornos hipertensivos en el embarazo.

8. Alteraciones en la Frecuencia cardiaca fetal (160 latidos por minuto o falta de movimientos.

2.1.3 TIPO DE PARTO

Una valoración adecuada del riesgo obstétrico nos puede sugerir un tipo de parto especifico, esto depende de muchos factores, sin embargo, hemos querido analizar este tema en congruencia con la lactancia materna y el tipo de parto.

2.1.3.1 DEFINICIÓN

Se define como parto a “la expulsión del feto y sus anexos a través de la vagina”. Es considerado parto normal a aquel que está dentro de unos límites de duración y evolución,

que se consideran normales o fisiológicos. Podemos decir que un parto ha sido normal o eutócico cuando ha terminado por completo, sin complicaciones ni para el infante ni para la madre, esto marca la finalización por ende del embarazo. El parto marca el fin de la gestación (Rivas & Barba, 2019)

2.1.3.2 TIPOS DE PARTO

En forma general existen diversos tipos de parto, pero se han clasificado de la siguiente manera:

Parto normal o de 'bajo riesgo'. Se define como un proceso fisiológico de comienzo espontáneo por el cual el feto, la placenta y anexos fetales salen al exterior de la mujer. Ocurre entre las semanas 37 y la semana 42, de acuerdo a esto, se podrían considerar de bajo riesgo al 70 u 80% de las gestantes (Rivas & Barba, 2019).

Parto inducido o estimulado. “Es aquel en el que el profesional sanitario provoca de manera artificial el inicio del trabajo de parto, o bien controla su evolución mediante el uso de medicamentos o maniobras que aceleran el trabajo de parto” (oxitocina, prostaglandinas, rotura de membranas de manera artificial). En un alto porcentaje este tipo de parto acaba en cesárea o en un parto de tipo instrumental (Rivas & Barba, 2019).

Parto instrumental: “Es aquel parto que puede ser tanto inducido, como haber comenzado de manera espontánea, que acaba con la necesidad durante el periodo expulsivo de la utilización por parte del ginecólogo de algún instrumento para poder extraer al bebé”. Durante estas maniobras, y debido a la instrumentación, un alto porcentaje de partos instrumentales terminan con la realización de una episiotomía (Rivas & Barba, 2019).

Parto por cesárea: “Es una intervención quirúrgica en la que se realiza una incisión en el abdomen y útero de la madre para extraer a través de ella a su hijo”. Por lo general, esta se realiza cuando el médico o personal responsable a cargo de la embarazada determina que existe algún riesgo tanto para la madre como para el hijo. Este procedimiento puede ser realizado de urgencia, es decir, sin que se planifique por circunstancias que amenazan la vida de la paciente y del niño, o electiva, es decir planificada por situaciones que se pueden prever mucho antes del parto. (Rivas & Barba, 2019)

2.1.3.3 ESTADÍSTICAS DE TIPOS DE PARTO

Aproximadamente el 20% de los partos en los Estados Unidos de Norteamérica son realizados mediante cesárea. Las cesáreas no siempre están indicadas bajo estricto apego a las condiciones médicas de las pacientes, sino que muchas veces obedecen a otros factores, por ejemplo, el económico (Rivas & Barba, 2019).

La cirugía que más se realiza es la cesárea, en el mundo las tasas de las mismas han aumentado en las últimas cinco décadas, sin embargo, se comporta de diferentes maneras en distintos países. En el 2015 en América Latina las cesáreas alcanzaron un porcentaje de 38,9%, mientras que en Ecuador en el 2012 según el INEC estas representaron el 8,83% de todos los ingresos hospitalarios, mientras que el parto único espontáneo representó el 14,52% (Rivas & Barba, 2019).

De hecho el parto por cesárea, se lo estableció como un elemento inherente a la salud pública, se realizan auditorias y se trata de justificar de manera objetiva los partos por cesáreas, en el 2010 en cuba, luego de un estudio descriptivo longitudinal, se pudo catalogar al parto distócico por cesárea como el principal factor relacionado a morbilidad materna (Antonio et al., 2010).

En el 2015, en nuestro país, las provincias con un mayor índice de cesáreas fueron Guayas con 61,79%, Los Ríos con 62,31%, Manabí 60,14% y aquellas provincias donde existieron menos cesáreas fueron Morona Santiago con 20,04% y Napo con 23,53%, mientras que en la provincia de Pichincha existió un 44,85% de cesáreas, y lo que llama la atención es que en el nivel público el porcentaje fue mucho mayor en comparación con la práctica privada(Rivas & Barba, 2019).

Un estudio reciente certifica que las mujeres prefieren el parto vaginal en el inicio de su embarazo en un 82,4%, mientras que solo el 17,6% prefirió parto por cesárea, y de este último grupo el 10,9% argumento que decidió parto por cesárea por "los problemas del parto vaginal", por que deseaban más días de descanso o porque querían ligarse (Isaac et al., 2019).

2.1.3.4 DEPRESIÒN POST PARTO

La depresión postparto se define como "un episodio de trastorno depresivo mayor (pero a veces incluye depresión menor) que ocurre en el período posparto". Sin embargo, en muchos estudios, incluidos los ensayos de tratamiento, se utiliza una medida de autoinforme como un sustituto para la evaluación clínica. Entrevistas clínicas estructuradas, incluida la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV-TR, versión de investigación, edición para no pacientes (First et al., 2002)

Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9, por sus siglas en inglés: *Patient Health Questionnaire*): Es un cuestioanrio de depresión, que califica cada uno de los nueve criterios DSM-IV como "0" (en absoluto) a "3" (casi todos los días). Ha sido validado para su uso en atención primaria y en español. Nosotros hemos definido como síntomas depresivos a cada puntuación extra en el cuestionario PHQ-9 (Kroenke et al., 2019).

CAPÍTULO III

3.1 METODOLOGÍA.

3.1.1 DISEÑO DE ESTUDIO.

El diseño es un estudio longitudinal de cohorte prospectiva, observacional.

Cohorte prospectiva: Una cohorte es un grupo de sujetos que tienen un conjunto de características en común (generalmente una exposición a un posible factor), y a quienes se realiza un seguimiento en el transcurso del tiempo (Szklo & Nieto, 2003).

Desarrollamos un estudio de cohorte concurrente de acuerdo a las características de riesgo obstétrico, tales como número de condiciones de riesgo y depresión (evaluada por PHQ9), mismas que contienen varios grupos, y se clasificaron por tipos de exposición o categorías de riesgo y síntomas depresivos (cada punto extra en la escala PHQ-9); así como de la aplicación de las prácticas integrales del parto. Siendo la variable resultado el abandono de la práctica de la lactancia materna antes de los seis meses de edad.

3.1.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	**Definición Operacional**	**Indicador**	**Escala**
Edad	Años de vida de la madre	Media Mediana Desviación estándar	Razón Años

Sexo del lactante	Características biológicas que diferencian entre un hombre y una mujer	Frecuencia Porcentaje	Nominal Hombre Mujer
Riesgo Obstétrico (Variable Categórica)	Clasificación de embarazadas con riesgos que pongan en peligro su vida o la del producto.(Aguilera & Soothill, 2015)	Variable Categórica Indicador (VER ANEXO 2)	Bajo riesgo, alto riesgo, riesgo inminente
Riesgo Obstétrico (Variable Numérica)	Clasificación de embarazadas con riesgos que pongan en peligro su vida o la del producto. (Aguilera & Soothill, 2015)	Variable Numérica Indicador puntaje del 1 al 100 (VER ANEXO 3)	Bajo riesgo: 1 al 10 Riesgo Intermedio: 15 al 50 Riesgo Inminente: 55 al 100
Tipo de parto	Es la forma mediante la cual se da por finalizado el embarazo con la extracción del recién nacido del útero materno ya	Variable Categórica Indicador.	Parto Vaginal, Parto Asistido y Cesárea

	sea de forma natural, asistida o quirúrgica		
Lactancia materna exclusiva	Alimentación del lactante con leche materna a libre de manda y sin la ingestión de otro tipo de alimento, sustancia o agua, excepto medicinas cuando amerita	Frecuencia Porcentaje	Días – Meses (ver anexo 8)
Lactancia Materna	Es la mejor forma y la más idónea de aportar a los niños menores de 6 meses los nutrientes suficientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable desde la leche materna.	Mother Infant Breastfeeding Progress Tool (MIBPT). (Johnson, Mulder, & Strube, 2007) Puntaje del 0 al 8. (Ver ANEXO 9)	•7-8 bajo riesgo de interrumpir lactancia. •5-6 riesgo de problemas durante la lactancia. •≤ 4 riesgo para fracasar en la lactancia

Duración estimada de la lactancia	Valoración subjetiva de los meses que espera dar de lactar	Frecuencia Porcentaje	Nominal Menos de un mes Menos de tres meses Menos de seis meses Seis o más meses
Tiempo dando de lactar	Meses dando de lactar	Media Mediana Desviación estándar	Razón meses
Depresión postparto	Trastorno del estado de ánimo después del parto hasta 8 semanas después de este evento.	PHQ 9	< 3: Sin depresión > 3: Con depresión

3.1.3 UNIVERSO

Todas las mujeres puérperas atendidas en centros de salud públicos (MSP) urbano marginales de la provincia de Manabí.

3.1.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Todas las mujeres en etapa puerperal atendidas en el Hospital Verdi Cevallos y en los centros de salud de: San Antonio, Santa Martha, Santa Rita, Jipijapa Andrés de Vera y la Piñonada de la provincia de Manabí durante el periodo octubre a diciembre de 2018 (n estimado= 390 a 400 puérperas). Una muestra aleatoria de 389 individuos es suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 23%. El porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que será del 30%. Sin embargo, procuraremos que la muestra esté constituida de al menos 400 puérperas.

3.1.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Puérperas que tengan cualquier condición dentro de los riesgos obstétricos definidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Puérperas con recién nacido vivos.

Puérperas atendidas en las unidades de salud antes mencionadas.

Puérperas que hayan recibido atención prenatal en las unidades de salud y que hayan aceptado entrar al estudio.

3.1.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Puérperas que no sean de nacionalidad ecuatoriana.

Puérperas que no hayan tenido ningún control prenatal en las unidades asignadas.

3.1.7 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Expedientes clínicos incompletos

Puérperas fallecidas o no contactadas.

3.1.8 LUGAR DE ESTUDIO

Hospital Verdi Cevallos

Centros de Salud: Andrés de Vera, San Pablo, Portoviejo, Colon, La Piñonada, Jipijapa, San Antonio y Santa Rita.

3.1.9 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Además del cuadernillo de recolección de datos, se emplearán las siguientes fuentes, vías de comunicación:

1. Información proporcionada directamente por las puérperas que hayan sido reclutadas y que hayan firmado el consentimiento informado
2. Llamadas telefónicas
3. Cuestionarios incluidos en el formulario
4. Registros de riesgo obstétrico y tipo de parto en la historia clínica y en la Libreta Integral de Salud

3.1.10 LIMITE DE TIEMPO Y ESPACIO.

El estudio se realizará en dos tiempos, el primero para la realización del protocolo y aprobación de tema de tesis y el segundo para la investigación como tal y la ponencia de la misma, la fecha de inicio será en octubre 2018 y la finalización de la investigación será en octubre del 2019 con la sustentación. Se realizará en los centros de salud Andrés de Vera, San Pablo, Portoviejo, Colon, La Piñonada, Jipijapa, San Antonio, Santa Rita y el Hospital

Verdi Cevallos pertenecientes a la provincia de Manabí. Para la realización de este estudio se contará con el consentimiento informado.

3.1.11 CRONOGRAMA.

TIEMPO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
REALIZAR PROTOCOLO	X	X																
APROBACIÓN POR COMITÉ DE TESIS			X															
APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS				X														
RECOLECCION DE INFORMACION					X	X	X	X	X	X								
TABULACIÓN DE RESULTADOS											X	X						
ANÁLISIS DE RESULTADOS													X					
ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES														X				
REVISON DE TESIS															X			
CORRECION DE TESIS																X		
APROBACIÓN DE TESIS																	X	
DEFENSA DE TESIS																		X

3.1.12 DISEÑO DE ANÁLISIS.

Revisión y corrección de la información.

Clasificación y Tabulación de los datos.

Elaboración de cuadros Estadísticos descriptivos a utilizarse.

Elaboración de gráficas. Pruebas estadísticas a utilizar para asociar variables.

Pruebas estadísticas a utilizar para contrastar las hipótesis.

3.1.13 ASPECTOS BIOÉTICOS.

La presente investigación no representa riesgos para los seres humanos. Se seguirán todos los principios de la declaración de Helsinky para estudios en seres humanos y se guardará total confidencialidad de la información individual recolectada. Este Proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la PUCE, el 4 de octubre del 2018, con el código 2018-48-EO, y en el que se previó la participación de

estudiantes del postgrado de Medicina familiar de la PUCE como co-investigadores. El cuaderno de recogida de datos es igual para los cinco trabajos finales de titulación.

Toda información será guardada por siete años. El código de cada puérpera participante en el estudio será registrado en el cuadernillo de recogida de datos correspondiente a esa persona, junto con información personal identificadora; dicho cuadernillo, a su vez, será guardado en un cajón asegurado en el establecimiento de salud de reclutamiento. Posteriormente, al finalizar la recolección de información diariamente, cada co investigador ingresará la información en la base de datos. Con la información registrada en el cuadernillo, se procederá a construir cinco bases de datos, una por cada pareja de co-investigadores, en Excel, en la que solamente e incluirá el código identificador anonimizado, mismo que será un número aleatorio obtenido de una tabla de números aleatorios, asignado secuencialmente a cada paciente. Cada base de datos será almacenada en el computador personal de uno de los miembros de cada pareja de co investigadores con apropiada clave de acceso. Las cinco bases de datos serán unificadas por el investigador principal, quien será el encargado de re distribuir las bases de datos con cada sub grupo de variables a ser analizadas de manera correspondiente a cada pareja de co investigadores. Esta base de datos unificada o base de datos madre, será archivada y analizada en el computador personal del investigador principal en la ciudad de Quito, en la sede de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Tanto los cuadernillos personales como la base de datos serán guardadas por siete años.

- Se obtendrá el consentimiento informado de las mujeres incluidas en el estudio y a las que se les realizará el cuestionario.
- Consentimiento informado de la unidad de salud para las visitas clínicas o llamadas telefónicas.

- En caso de encontrar a una paciente con riesgo suicida o PHQ9 compatible con depresión severa se referirá a la paciente a la emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, se realizará el ingreso a hospitalización para el subsecuente seguimiento por psiquiatría y psicología.

3.1.14 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

VARIABLES EXPLICATIVAS

RIESGO OBSTÈTRICO:

Definimos riesgo obstétrico como todos aquellos factores propios de la gestante o factores externos que puedan provocar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, puerperio, con o sin repercusión en el producto, para ello se calculó un valor numérico que consiste en la suma de las distintas condiciones de acuerdo al riesgo que corresponda por cada condición, mismas que se señalan en la **tabla N° 1** y se explican en el **Tabla N° 1** Condiciones (CIE 10) que definen el riesgo obstétrico.

Bajo Riesgo 1
1. Pobreza Extrema (**Z595),** Desempleo (**Z560),** Analfabetismo (**Z550)**
2. Control insuficiente de la gestación (**Z101)**
3. Embarazo en primigesta muy joven **(Z356)** y embarazo en primigesta añosa **(Z355)**.
4. Adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de embarazos.
5. Drogadicción, alcoholismo y Tabaquismo.
6. Gran multiparidad **(Z354)**.
7. Incompatibilidad Rh **(P551).**

8. Infección de vías urinaria y Flujo vaginal recurrentes por más de 2 ocasiones en tres controles subsecuentes **(O233)**.

9. Período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses.

Alto Riesgo 2

1. Anemia **(O990)**.

2. Embarazo Múltiple **(O309)**.

3. Enfermedades crónicas no transmisibles **(O992)**

4. Polihidramnios **(O40)** u Oligoamnios **(O410)**.

5. Epilepsia **(G400)**.

6. Historia obstétrica desfavorable **(Z353)**: abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino.

7. Enfermedades neuropsiquiátricas **(O993)**.

8. Infección materna **(O983)**: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV.

9. Presentación anómala **(O329)**: constatada tras la semana 36 de gestación.

10. Desnutrición **(O25)** y Obesidad **(O26)**.

11. Asma **(J450)**.

Riesgo Inminente 3

1. Amenaza de parto pretérmino **(O47O)**.

2. Cardiopatías **(O994)**.

3. Diabetes Gestacional descompensado o en tratamiento **(O244)**.

4. Hemorragia vaginal **(0208)**.

5. Rotura prematura de membranas **(O420)** mayor de 12 horas.

6. SIDA clínico **(B24)**. 7. Trastornos hipertensivos en el embarazo **(O13)**. 8. Alteraciones en la Frecuencia cardiaca fetal **(O68)**.
No todas las condiciones que delimitan un riesgo tienen CIE 10.

Describiremos estadísticamente la distribución de las variables categóricas, continuas y discretas empleando las medidas de frecuencia respectivas. En caso de que las variables predictoras tengan más de un 30% de missings emplearemos una de dos opciones: *complete case analysis vs multiple imputation*, conforme métodos estándar (Donders, van der Heijden, Stijnen, & Moons, 2006)

Análisis bivariado:

Se analizarán las asociaciones bivariadas entre las variables explicativas obtenidas en el momento inicial (visita 1) que constan en la matriz de operacionalización y las siguientes variables resultado (*desenlaces* o *outcomes*): *(i)* lactancia materna hasta el primer, *(ii)tercer* y *(iii)* quinto mes mediante tests de Chi^2/exactitud de Fisher y/o Ttest o U Mann Whitney/ANOVA o Kruskall Wallis, para variables categóricas y numéricas, respectivamente. Además, *(iv)* evaluaremos la asociación entre cada variable explicativa y el tiempo de lactancia materna utilizando estimadores de Kaplan Meier.

El nivel de significancia estadística será cuando el p-valor sea <0.05. Para el análisis estadístico emplearemos los siguientes paquetes: Stata 12.1 (Stata Statistical Software: Release 12. College Station, TX: StataCorp LP); y, Microsoft Office, Excel, 2010

3.1.15 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1.15.1 RECURSOS HUMANOS

- Investigadores.
- Madres lactantes objeto de estudio.
- Personal de la estadística de los centros de salud

3.1.15.2 RECURSOS ECONÓMICOS

• Materiales de oficina.	$ 320
• Comunicación.	$ 210
• Refrigerios	$ 170
• Movilización.	$ 415
TOTAL:	$ 1115

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

4.1.1 Evaluación de la edad materna, sexo del lactante, controles prenatales, riesgo obstétrico, tipo de parto y lactancia materna.

Resultados descriptivos

En nuestro estudio se seleccionaron 400 puérperas, quienes previo a su consentimiento se sometieron a una entrevista con una tasa de respuesta del 100%.

Un total de 48 mujeres dejó de amamantar de forma exclusiva a los cinco meses, lo que equivale a un 12% del total de la muestra.

En la **tabla 1**, presentamos los resultados de la investigación realizada. Dentro de estos resultados tenemos que la edad promedio fue de 23, con una desviación standard de 5. El sexo de lactante fue predominantemente masculino con un total de 220 que corresponde al 55%. Además, valoramos el riesgo obstétrico que es en lo que nuestro estudio se basa, tuvimos primero la valoración del riesgo obstétrico categórico obteniendo como resultado que 90 mujeres no tenían ningún tipo de riesgo lo que corresponde al 22.5%, bajo riesgo 131 puérperas lo que corresponde al 32.7%, alto riesgo 134 madres con 33.5% y riesgo inminente 45 puérperas con el 11.2% (ver **figura 1**). Se evaluó además el riesgo obstétrico de forma numérica explicado en las variables previamente lo que nos dio como resultado: Sin riesgo 93 lo que corresponde a un porcentaje de 23.3%, bajo riesgo 129 mujeres con porcentaje de 32.3%, alto riesgo 133 con un porcentaje de 33.3% y riesgo inminente 45 con un porcentaje de 11.3%. El tipo de parto más común fue el eutócico con 194 que corresponde a un porcentaje de 48.6% seguido de la cesarea electiva con un porcentaje de 132 que corresponde

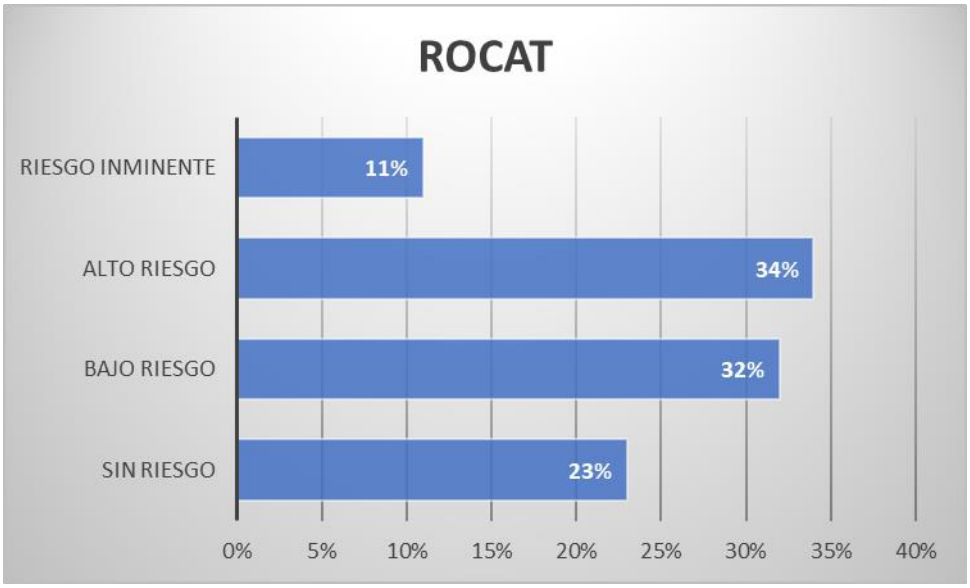
a 33.1%, luego cesárea de emergencia con 59 que corresponde a 17% y, por último, el parto distócico 5 que corresponde al 1.3%.

Tabla N° 2: Edad materna, sexo del lactante, controles prenatales, riesgo obstétrico, tipo de parto, lactancia materna.

	Total pacientes
	n=400
Edad materna (años), m (SD)	23 (5)
Sexo del lactante masculino (%)	220 (55%)
N° de controles prenatales Mediana (P25 a P75)	7 (5 a 8)
Alto riesgo obstétrico categórico (%)	134 (33%)
Alto riesgo obstétrico numérico (%)	133 (33%)
Parto eutócico (%)	194 (48%)
Tiempo de lactancia materna exclusiva Mediana (P25 a P75)	126 (121 a 132)

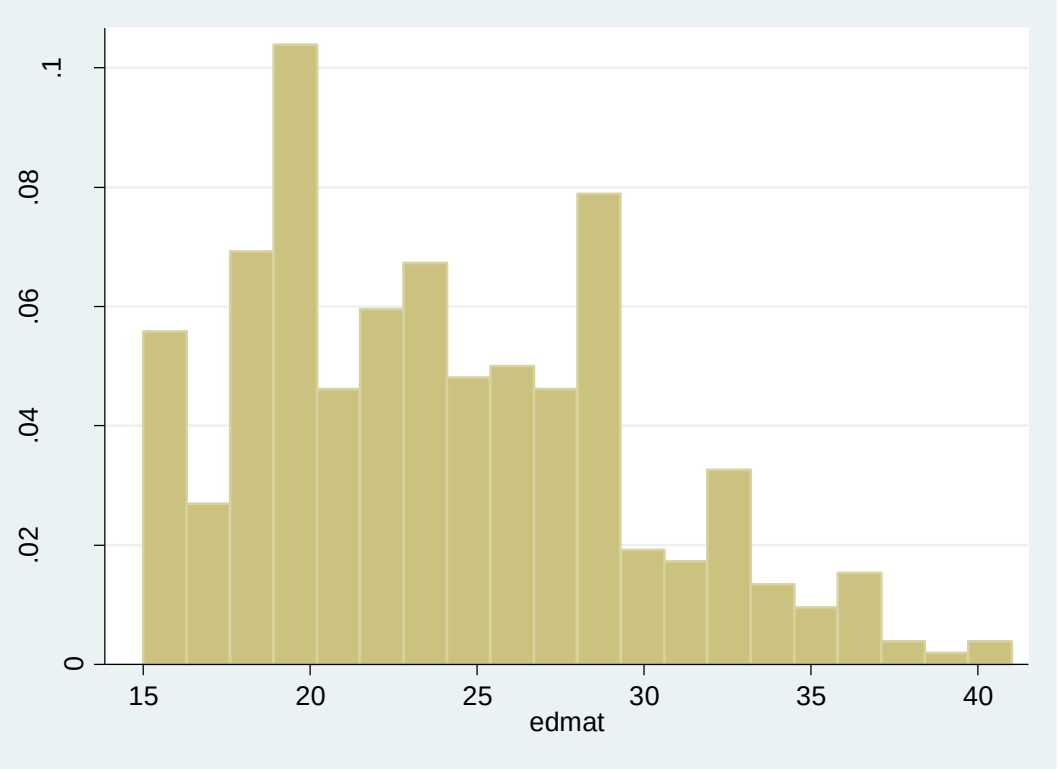
m = media; SD = desviación estándar; % = porcentaje; P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; Riesgo Obstétrico Numérico: 0 = Sin riesgo; 1 al 10 = Bajo riesgo; 15 al 50 = Riesgo Intermedio; 55 al 100 = Riesgo Inminente.

Figura 1. Riesgo Obstétrico categórico



ROCAT= Riesgo Obstétrico Categórico

Figura 2. Edmat



EDMAT= Edad materna

4.1.2 Asociación entre la edad materna, sexo del lactante, controles prenatales, riesgo obstétrico, tipo de parto, lactancia materna.

4.1.2.1 Resultados bivariados

Se realizaron análisis bivariados buscando asociaciones longitudinales entre las variables explicativas: edad materna, sexo del lactante, controles prenatales, riesgo obstétrico y tipo de parto y la variable resultado tiempo en lactancia materna exclusiva hasta el quinto mes de edad del lactante.

Se observó que la edad promedio entre madres que continuaban con la LME y las que interrumpían la LME era de 23 años (ver **figura N°2**), sin que este valor tenga una significancia estadística.

Entre los lactantes investigados se pudo observar que existe una mayor tasa de abandono de la lactancia materna en los varones con el 62,5%, mientras que los que no dejaron de lactar eran en un 53,9% de sexo masculino, sin embargo, estos porcentajes no fueron estadísticamente significativos con un valor p de 0,26 (ver **figura N°3**).

Observamos que existe una inclinación hacia el abandono de la LME hasta los 5 meses de edad en las madres que tuvieron Alto Riesgo Obstétrico durante el embarazo, con un 41.7% mientras que las que no abandonaron la LME correspondían al 32.4%, sin embargo, como las variables anteriores esta carecía de valor estadístico significativo con un p valor de 0.59 (ver **figura N°4**).

Encontramos diferencias en la incidencia de abandono de la práctica de la LME entre las categorías de tipo de parto. Se aprecia que un 60% de quienes dieron a luz por cesárea

abandonan la lactancia antes de los cinco meses de vida de sus hijos, versus un 49% que dan a luz por parto normal; sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (ver **figura N°6**).

Encontramos que las curvas de mantenimiento en lactancia materna exclusiva antes de los cinco meses demuestran una tendencia a que haya un abandono más prematuro de la lactancia materna exclusiva entre aquellas que dieron a luz a través de cesárea (ver **figura N°7**), sin embargo, el test estadístico de Log Rank no demostró que esas diferencias fueran estadísticamente significativas.

Se aprecia una interrupción más temprana de la práctica de la lactancia maternal exclusiva entre las mujeres que en su etapa puerperal tuvieron 3 o más puntos en la puntuación PHQ-9 Log Rank Test, p-valor <0.01 (ver **figura N°8)**.

Tabla N°3: Asociación entre la edad materna, sexo del lactante, controles prenatales, riesgo obstétrico, tipo de parto, lactancia materna

Características	Dejar lactancia antes de los cinco meses		
	Si (n= 48)	**No (n=352)**	**p-valor**
Edad materna (años), m (SD)	23.5 (5.5)	23 (6.4)	0.98
Sexo del lactante masculino (%)	30 (62,5%)	190 (53,9%)	0.26
Alto riesgo obstétrico variable categórico (%)	20 (41.7%)	114 (32.4%)	0.59
No Presento riesgo obstétrico (%)	9 (18.8%)	81 (23%)	0.50
Alto rriesgo obstétrico variable numérica (%)	20 (41.7%)	113 (32.1%)	0.59
Parto eutócico (%)	18 (37.5%)	176 (50.1%)	0.41
Parto por Cesárea (%)	29 (60.4%)	171 (48.7%)	0.12
PHQ9 > 3 (%)	6 (12.5%)	14 (3.98%)	0.01

m = media; SD = desviación estándar; % = porcentaje; P25 = percentil 25; P75 = percentil 75; Riesgo Obstétrico Numérico: 0 = Sin riesgo; 1 al 10 = Bajo riesgo; 15 al 50 = Riesgo Intermedio; 55 al 100 = Riesgo Inminente.

Figura 3: Relación entre el sexo del lactante y la lactancia materna.

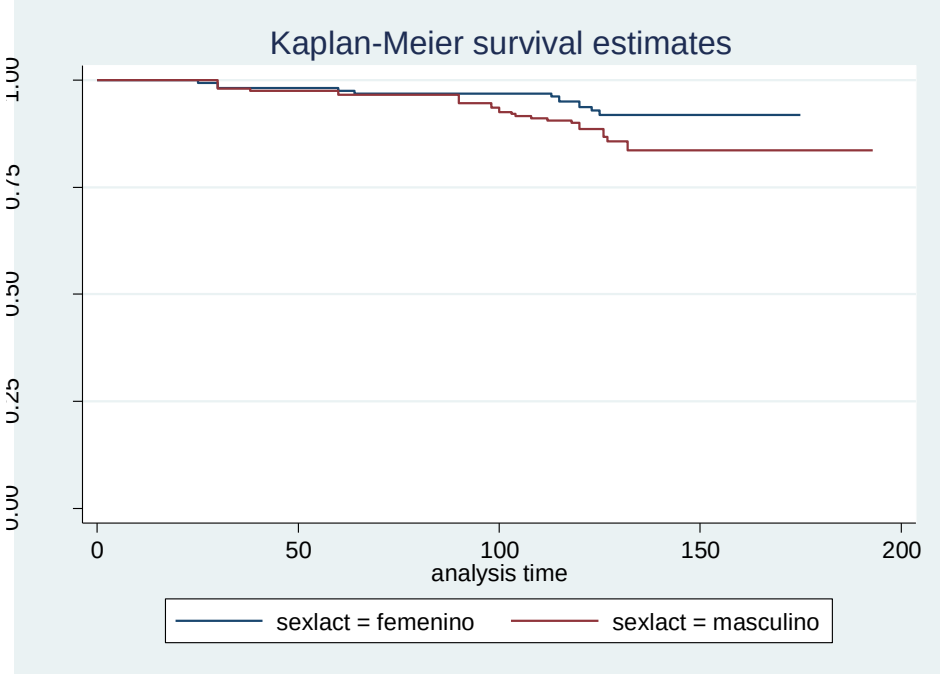


Figura 4: Relación entre el Riesgo Obstétrico Categórico y la lactancia materna

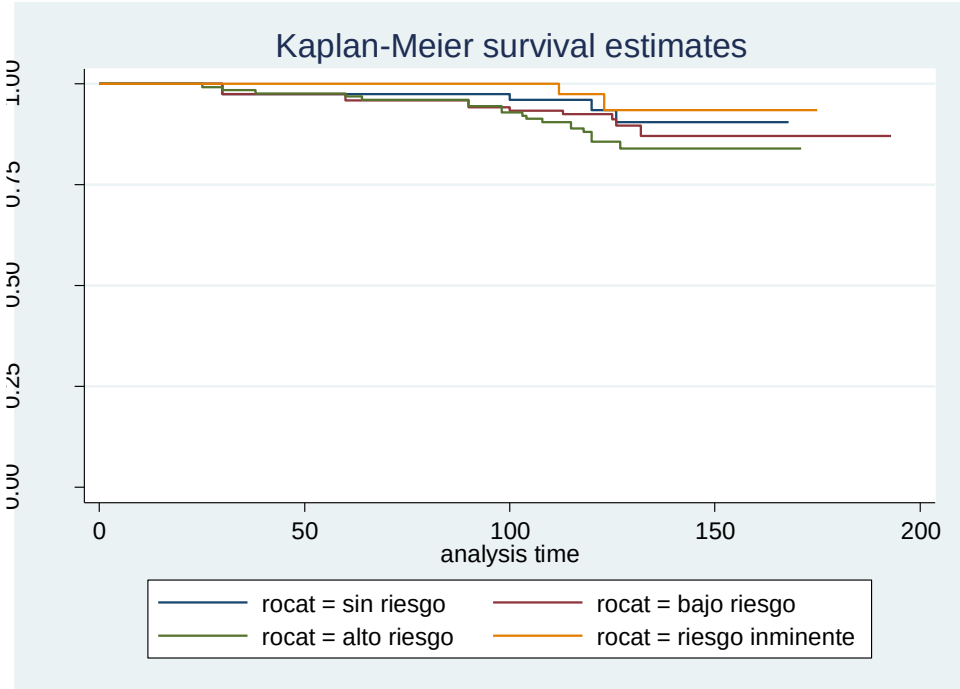


Figura 5: Relación entre el Riesgo Obstétrico Numérico y la lactancia materna

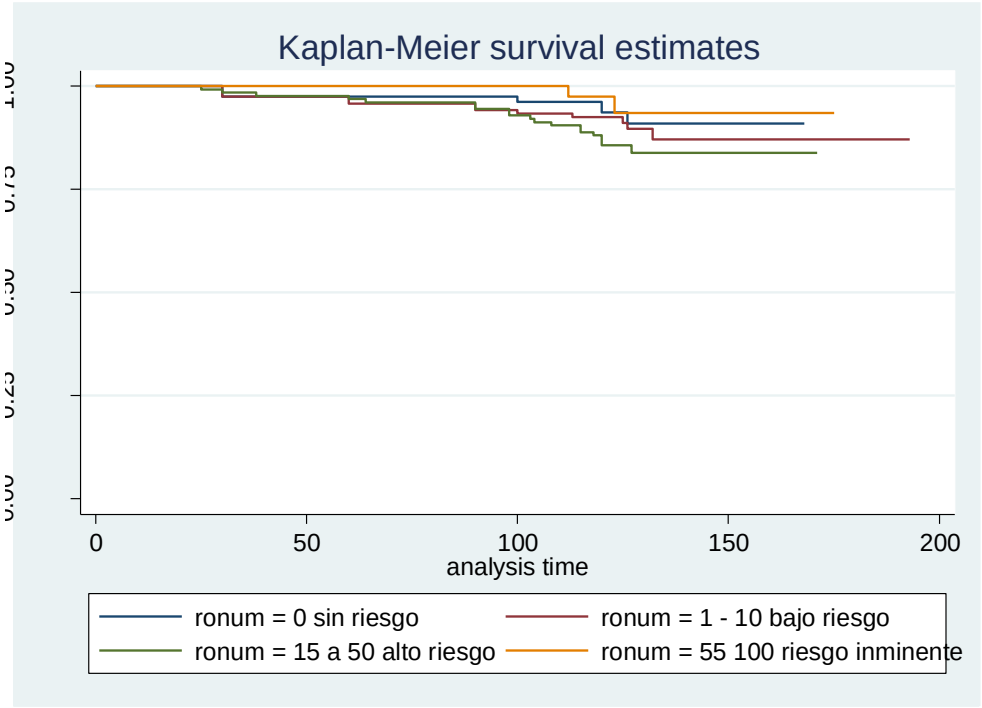


Figura 6: Relación entre el tipo de parto y la lactancia materna

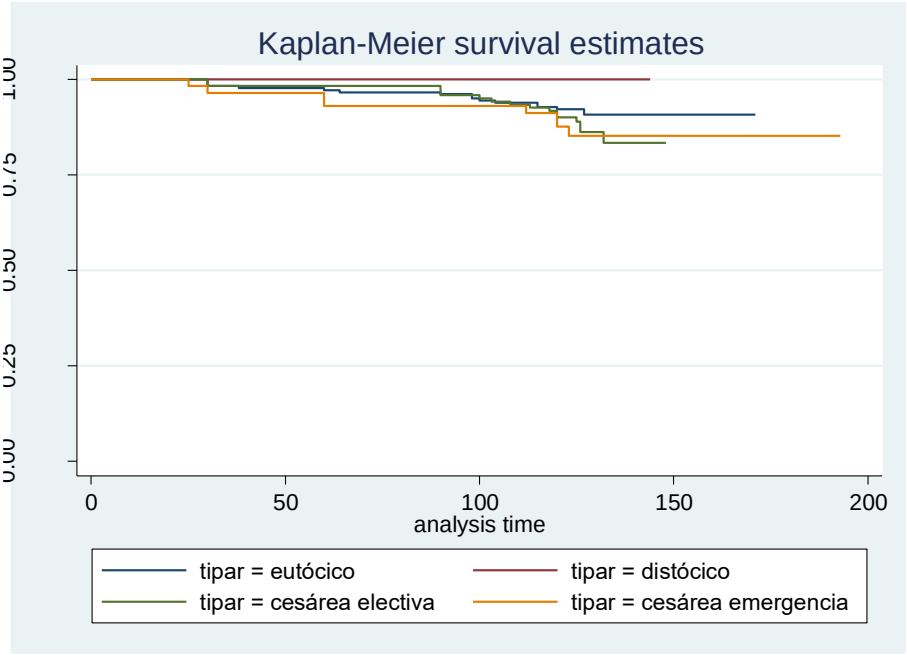


Figura 7: Relación del parto normal y cesárea y la lactancia materna.

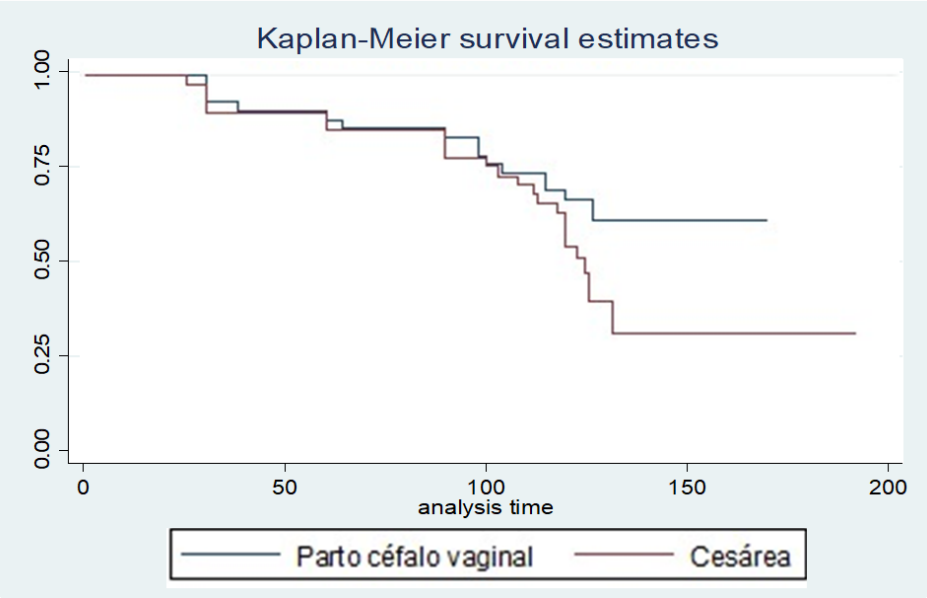
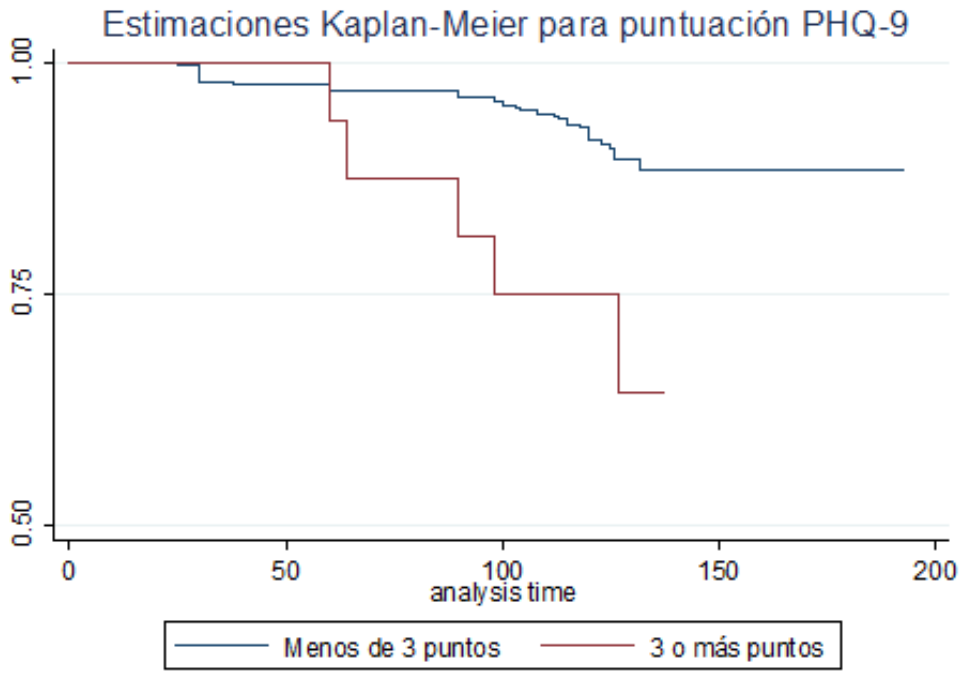


Figura 8: Relación de la Depresión post parto y la lactancia materna.



CAPITULO V

5.1 DISCUSIÓN

5.1.1 Hallazgos principales:

Encontramos una asociación longitudinal entre el riesgo obstétrico y el tipo de parto con la lactancia materna exclusiva a los cinco meses de edad del lactante.

El 12% de las puérperas de nuestro estudio dejaron de amamantar de manera exclusiva a los 5 meses, y de ese porcentaje el 41,7% tenían riesgo obstétrico alto, El 32,4% de las madres con riesgo obstétrico Alto continuaron con la LME; lo que se compara con la información proporcionada con la ENSANUT 2012 en la cual el 34,7% alcanzo la lactancia materna exclusiva a los 5 meses de vida del recién nacido independientemente del riesgo obstétrico.

Encontramos diferencias en la incidencia de abandono de la práctica de la lactancia materna exclusiva entre las categorías de tipo de parto. Se aprecia que un 60% de quienes dieron a luz por cesárea abandonan la LME antes de los cinco meses de vida de sus hijos, versus un 38% que dan a luz por parto normal que mantienen de forma exclusiva esta práctica.

Por lo tanto, concluimos que existe una asociación longitudinal negativa entre el riesgo obstétrico y el tipo de parto y el mantenimiento de la lactancia materna, pues se aprecia un declive en el mantenimiento de la LME a los cinco meses de edad del lactante, sin embargo, esas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

La sintomatología depresiva también se asoció longitudinalmente con una interrupción más temprana de la lactancia materna, lo que corrobora los hallazgos de ostros estudios.

5.1.2 Comparación y contraste con otros estudios/tesis/artículos y publicaciones.

Los estudios de Cordero y Oza (2016) demostraron que hay una tendencia a reducir el mantenimiento de la práctica de la lactancia cuando existe el antecedente de riesgo obstétrico, sin embargo, al igual que con nuestro estudio, no se pudo determinar el valor estadístico significativo, inclusive por este dato, en su conclusión ellos sugieren que no hay mayor diferencia entre las mujeres con alto riesgo y la población en general. (Cordero, Oza-frank, Moore-clingenpeel, Landon, & Nankervis, 2016)

Encontramos que la cesárea era el tipo de parto más común en nuestro estudio con un 50%, comparable con la realidad de nuestro país, que, según la OMS (2015) fue de un 41,2%; en ambos casos, muy por encima de las recomendaciones internacionales dicha organización.

Hobbs (2016) y colaboradores al igual que nosotros, encontraron que las mujeres que tuvieron cesárea tenían menos duración de la lactancia materna hasta los 5 meses de vida del lactante que aquellas que dieron a luz por parto vaginal. (Hobbs, Mannion, Mcdonald, Brockway, & Tough, 2016)

Según Duque y Yáñez (2016) no existió una diferencia significativa entre el sexo del lactante y la edad materna en relación a la LME, esto, coincide con nuestros resultados en los que la asociación longitudinal de la LME con la edad materna tuvo un valor p de 0.98 y el sexo masculino del lactante tuvo un valor p de 0,26 con un porcentaje mayor para el género masculino. (Duque & Yanez, 2016)

Nosotros corroboramos estos hallazgos, sin embargo, no pudimos encontrar diferencias significativas, probablemente dos razones lo explican *(i)* el tiempo de seguimiento: que tuvo una duración de 5 meses y *(ii)* la posibilidad de que los resultados estén sujetos a confusión

residual por la falta de ajuste estadístico mediante modelos multivariantes. Pero esto está fuera del alcance del presente trabajo final de titulación. En todo caso, consideramos que hay probabilidades de que esa asociación sea real y no dependa del azar.

5.1.3 Implicaciones para la práctica clínica.

El Riesgo obstétrico sin duda es un indicador importante en el desarrollo y evolución del embarazo, sin embargo, este no ha sido estudiado en cuanto a su repercusión con la lactancia materna, lo que sin duda ha demostrado repercutir de manera negativa es la cesárea. Por ende, se hace necesario identificar el riesgo obstétrico de manera precoz y oportuna con las herramientas disponibles en el MSP, para iniciar intervenciones adecuadas que faciliten que la madre pueda dar a luz por parto vaginal si fuera el caso, como pudimos observar el parto normal estuvo relacionado con mayor tasa de mantenimiento de LME.

En aquellas mujeres que fueron sometidas a cesárea o que presentaron algún riesgo obstétrico durante el embarazo, se sugiere sean intervenidas de manera unipersonal con promoción directa de lactancia materna para que se garantice el mantenimiento de LME durante al menos los primeros 6 meses de vida del lactante.

Se hace necesario en aquellas mujeres con depresión postparto o en quienes sospechemos de sintomatología depresiva, realizar un tamizaje adecuado para la intervención en las redes de apoyo y fortalecer las mismas mediante técnicas de comunicación y apego a normas nacionales e internacionales.

5.1.4 Implicaciones para la práctica de la salud pública.

En nuestro estudio se evidencio que existe una tendencia a abandonar la lactancia materna en las puérperas que tuvieron Alto riesgo obstétrico, por lo que se hace imprescindible que

se realicen estrategias nacionales en los que se evidencie un control prenatal efectivo y suficiente. La estrategia “Medico del Barrio”, integra a un grupo de profesionales entre los que destaca el liderazgo del médico de familia y que tiene como función realizar un trabajo intenso de tamizaje poblacional donde se identifican a grupos prioritarios o grupos vulnerables entre las cuales tenemos a las madres con alto riesgo obstétrico.

Es importante, además, que se eliminen al máximo las cesáreas innecesarias, tenemos un alto índice de cesáreas (50%) según nuestros resultados, mediante un control estricto de auditorías en las que se justifique de manera técnica y legal la realización o no de las mismas. Si articulamos esta premisa con la anterior, es decir un control prenatal adecuado que prevenga el riesgo obstétrico y así evitar las cesáreas en algunos casos, conseguiríamos de manera indirecta el mantenimiento de la LME hasta al menos los 6 meses de edad.

Dentro de lo antes mencionado, se hace inminente la determinación de un esquema de controles estrictos en cuanto a la esfera psico social de las pacientes luego del alumbramiento, especialmente en aquellas con mayor riesgo a sufrir de depresión postparto.

5.1.5 Limitaciones

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio consideramos que el tiempo de seguimiento fue corto de apenas 5 meses, creemos que un tiempo mayor les daría más valor y significancia a los resultados, comparados con datos de estudios referentes a nivel mundial.

Además, en este estudio no se pudo realizar análisis multivariantes con modelos que permitan reducir la posibilidad de sesgo de confusión, lo que sin duda les daría un mayor realce a nuestros resultados.

Otra limitación fue que solo obtuvimos datos de puérperas del MSP, sería interesante contrastar la información con usuarias del sistema privado y del IESS, teniendo en cuenta las características socioeconómicas de cada población.

5.1.6 Fortalezas

Este es un estudio sin precedentes, de hecho, es el primer estudio en el Ecuador de tipo longitudinal prospectivo con muestra suficiente. El seguimiento de las 400 puérperas participantes lo hacen un estudio con mucho valor. Además, obtuvimos datos de distintos lugares de la provincia de Manabí, regiones urbanas y rurales y distintos niveles socioeconómicos.

Otra fortaleza es que las variables utilizadas son potencialmente asociadas a la práctica de la lactancia materna, y pueden influir de manera directa en la misma.

CAPITULO VI

6.1 CONCLUSIONES

Existe una asociación longitudinal negativa entre el Alto Riesgo Obstétrico y el tipo de parto por cesárea con el mantenimiento de la lactancia materna, pues se aprecia un declive en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los cinco meses de edad del lactante, sin embargo, esas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Así también, la sintomatología depresiva, evaluada por PHQ-9 se asoció longitudinalmente con una interrupción más temprana de la práctica de la LME.

6.2 RECOMENDACIONES

Se sugiere que se realice un estudio con una muestra poblacional más grande y con un mayor seguimiento en el tiempo 6 meses a 1 años, que nos permita evaluar de manera más amplia la repercusión del RO y los tipos de parto en la LME.

Se deben de realizar capacitaciones al personal encargado en los controles prenatales, para que se realice un control eficaz y oportuno a todas las mujeres embarazadas, así evitar el alto riesgo obstétrico y las cesáreas innecesarias.

Nosotros proponemos que se fortalezca la estrategia nacional “Medico del barrio” donde se realiza el tamizaje poblacional de embarazadas con alto riesgo obstétrico, sin duda alguna con la implementación adecuada de esta estrategia tendremos mejores tasas de mantenimiento de LME hasta los 6 meses de edad.

REFERENCIAS BIBLIOFRÁFICAS

Aguilera, S., & Soothill, P. (2015). Control Prenatal-Guía de Practica Clínica. *Ministerio de Salud Pública Del Ecuador*, *25*(6), 880–886. https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70634-0

Antonio, J., González, S., Gutiérrez, M., Ii, M., Corrales, A., Iii, G., … V, D. C. T. (2010). Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave Some features associated with the critically severe obstetric mortality, *36*(2), 4–12.

Brahm, P. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar The benefits of breastfeeding and associated risks of replacement with baby formulas, *88*(1), 7–14. https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001

Cordero, L., Oza-frank, R., Moore-clingenpeel, M., Landon, M. B., & Nankervis, C. A. (2016). Failure to initiate breastfeeding among high risk obstetrical patients who intended to breastfeed, *9*, 401–409. https://doi.org/10.3233/NPM-161610

Donders, A. R. T., van der Heijden, G. J. M. G., Stijnen, T., & Moons, K. G. M. (2006). Review: a gentle introduction to imputation of missing values. *Journal of Clinical Epidemiology*, *59*(10), 1087–91. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.01.014

Duque, K., & Yanez, M. (2016). FACTORES QUE INCIDEN EN LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN DOS GRUPOS DE MADRES DE LA CIUDAD DE QUITO, QUE ACUDEN AL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA Y HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FFAA DURANTE EL PERÍODO DE DICIEMBRE DEL 2015 A.

Eidelman, A., & Schlander, R. (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk, *129*(3).

https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552

ENSANUT-ECU. (2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. *Ensanut-Ecu 2012* (Vol. Tomo 1). https://doi.org/044669

First, M. B., Bell, C. C., Cuthbert, B., Krystal, J., Malison, R., Offord, D., … Wisner, K. (2002). Personality disorders and relational disorders: A research agenda for addressing crucial gaps in DSM. *American Physiatric Assosiation*, 123–199.

García Cordova, V. (2013). Factores de riesgo en el embarazo, Hospital Divina Providencia, San Lorenzo.

Grettchen, S. (2018). Elementos Anatomofisiológicos del proceso de lactogénesis con transcendencia médico legal, *8*(6).

Hobbs, A. J., Mannion, C. A., Mcdonald, S. W., Brockway, M., & Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation , duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 1–9. https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1

Isaac, S., Villacis, C., Eduardo, R., Fernández, A., Ángel, M., & Valdés, S. (2019). Factores socioculturales en relación con la decisión del tipo de parto en adolescentes ecuatorianas Sociocultural factors related to the decision of the type of, 241–247.

Johnson, T. S., Mulder, P. J., & Strube, K. (2007). Mother-infant breastfeeding progress tool: A guide for education and support of the breastfeeding dyad. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *36*(4), 319–327. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00165.x

Keikha, M., Bahreynian, M., Saleki, M., & Kelishadi, R. (2017). Macro- and Micronutrients of Human Milk Composition : Are They Related to Maternal Diet ?, *12*(9), 1–11. https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0048

Koh, K. (2017). Maternal breastfeeding and children's cognitive development. *Social Science & Medicine*. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.012

Kroenke, K., D, M., Spitzer, R. L., D, M., Williams, J. B. W., W, D. S., … Ph, D. (2019). The Patient Health Questionnaire Somatic , Anxiety , and Depressive Symptom Scales : a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, *32*(4), 345–359. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006

Leon, W., & Villamarin, S. (2013). *Trastornos hipertensivos del embarazo, guía de práctica clínica*. *Ministerio De Salud Publica* (Vol. 1). https://doi.org/10.1016/S0304-5013(06)72578-X

Marquez, M. (2012). Mejoramiento del manejo del riesgo obstétrico y perinatal, 1–91.

Naciones Unidas. (2015). Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015. *Naciones Unidas*, 72. https://doi.org/10.1108/17427370810932141

O'Hara, M. W., & Mccabe, J. E. (2013). Postpartum Depression : Current Status and Future Directions. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612

Organización Mundial de la Salud. (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*.

Reyes, P. (2016). Factores de riesgo obstétrico en embarazadas que acuden al Hospital

Delfina Torres.

Rivas, P., & Barba, J. (2019). PARTO VAGINAL EN MUJERES CON CESÁREA PREVIA Y SU IMPACTO EN EL BIENESTAR MATERNO PERINATALHOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL.

Russo, et. al. (2019). Desarrollo mamario y morfología.

Schanler, A. R. J., & Potak, D. C. (2019). Fisiología de la lactancia, 1–18.

SENPLADES. (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017*.

Servicio Madrileño de Salud. (2017). Protocolo Lactancia Materna en la Hospitalización. *Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid,* 69.

Siu, C., Alfaro, N. C., Carranza, W., Garcés, A. L., Roldán, E., Sandoval, A., & Mogollón-Fao, V. (2016). *Primera Serie 2016 Sobre Lactancia Materna*. *The Lancet* (Vol. 387). https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Sriraman, N. K. (2017). Anatomy and Physiology of Lactation. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, *47*(12), 305–310. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.10.001

Szklo, M., & Nieto, F. J. (2003). Epidemiología intermedia: conceptos y aplicaciones.

Tenerife, C. (2006). *Iv Congreso Espa „ Ol*.

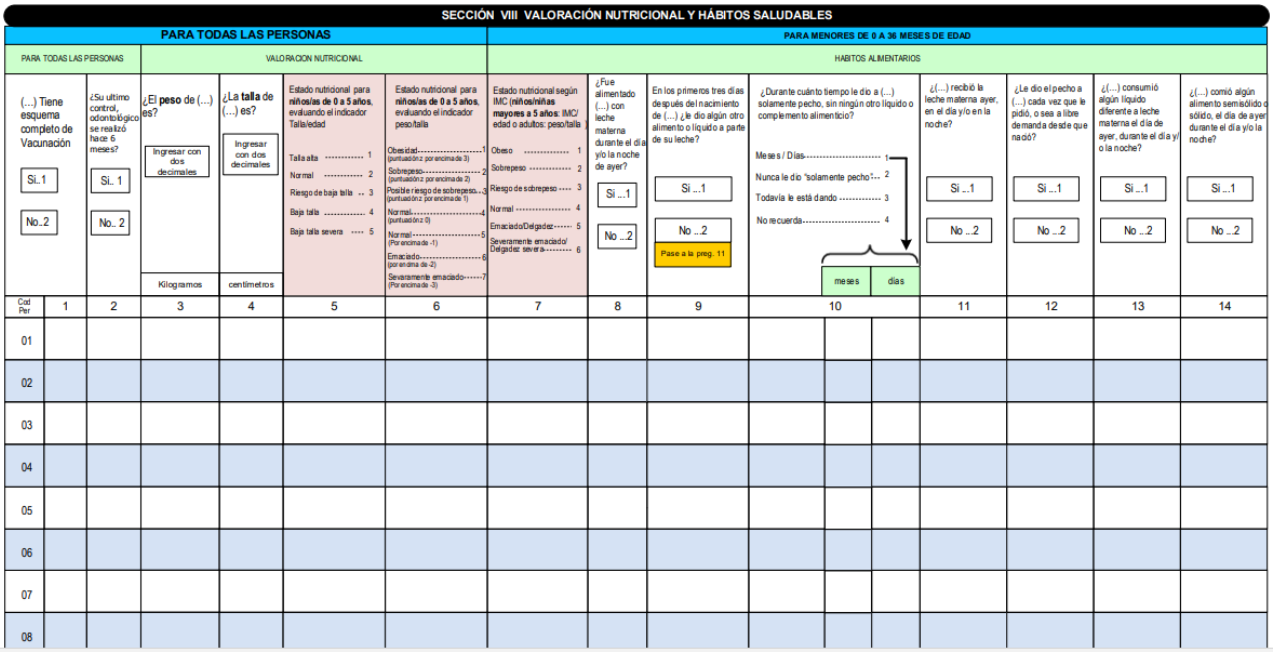
Vallejo Valdivieso, N., Chinga Sampedro, J., Sánchez Macías, M., & Tumbaco García, R. (2002). Epidemiología del parto pretérmino y su repercusión en la morbi-mortalidad neonatal registrados en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda / Epidemiología of the childbirth preterm and its repercussion in neonative morbi-mortality registered in

hospital Dr V. *Medicina (Guayaquil)*, *8*(1), 36–41.

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., … Walker, N. (2016). Breastfeeding 1 Breastfeeding in the 21st century : epidemiology , mechanisms , and lifelong eff ect. *The Lancet*, *387*(10017), 475–490. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7

ANEXOS.

Anexo 1: Encuesta de Valoración Nutricional y hábitos saludables.

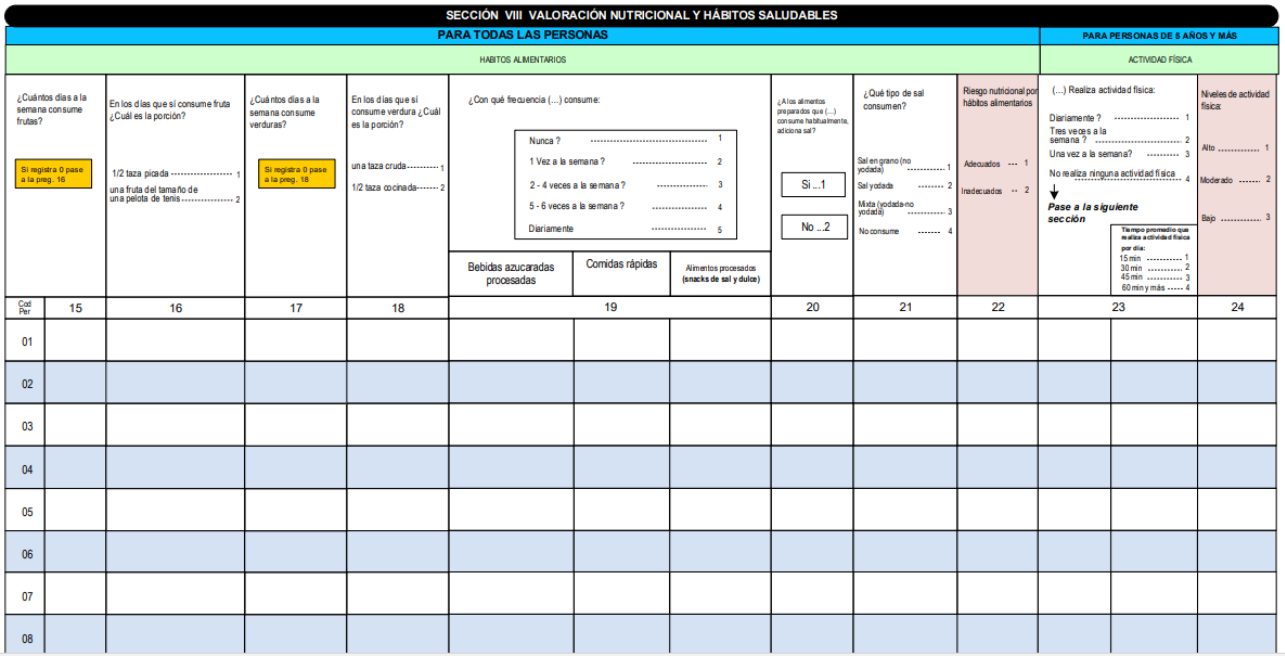


SECCIÓN VIII VALORACIÓN NUTRICIONAL Y HÁBITOS SALUDABLES

PARA TODAS LAS PERSONAS | **PARA MENORES DE 0 A 36 MESES DE EDAD**

PARA TODAS LAS PERSONAS | VALORACION NUTRICIONAL | HABITOS ALIMENTARIOS

Cod Per	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			11	12	13	14
	(…) Tiene esquema completo de Vacunación Si..1 No..2	¿Su ultimo control, odontológico se realizó hace 6 meses? Si..1 No..2	¿El **peso** de (…) es? Ingresar con dos decimales Kilogramos	¿La **talla** de (…) es? Ingresar con dos decimales centímetros	Estado nutricional para **niños/as de 0 a 5 años**, evaluando el indicador Talla/edad Talla alta ..... 1 Normal ..... 2 Riesgo de baja talla .. 3 Baja talla ..... 4 Baja talla severa 5	Estado nutricional para **niños/as de 0 a 5 años**, evaluando el indicador peso/talla Obesidad (puntuación z por encima de 3) ..... 1 Sobrepeso (puntuación z por encima de 2) ..... 2 Posible riesgo de sobrepeso (puntuación z por encima de 1) ..... 3 Normal (puntuación z 0) ..... 4 Normal (Por encima -1) ..... 5 Emaciado (por encima de -2) ..... 6 Severamente emaciado (Por encima de -3) 7	Estado nutricional según IMC (**niños/niñas mayores a 5 años**: IMC/edad o adultos: peso/talla Obeso ..... 1 Sobrepeso ..... 2 Riesgo de sobrepeso ..... 3 Normal ..... 4 Emaciado/Delgadez ..... 5 Severamente emaciado/ Delgadez severa 6	¿Fue alimentado (…) con leche materna durante el día y/o la noche de ayer? Si ...1 No ...2	En los primeros tres días después del nacimiento de (…) ¿le dio algún otro alimento o líquido a parte de su leche? Si ...1 No ...2 Pase a la preg. 11	¿Durante cuánto tiempo le dio a (…) solamente pecho, sin ningún otro líquido o complemento alimenticio? Meses / Días ..... 1 Nunca le dio "solamente pecho" ... 2 Todavía le está dando ..... 3 No recuerda 4	meses	días	¿(…) recibió la leche materna ayer, en el día y/o en la noche? Si ...1 No ...2	¿Le dio el pecho a (…) cada vez que le pidió, o sea a libre demanda desde que nació? Si ...1 No ...2	¿(…) consumió algún líquido diferente a leche materna el día de ayer, durante el día y/ o la noche? Si ...1 No ...2	¿(…) comió algún alimento semisólido o sólido, el día de ayer durante el día y/o la noche? Si ...1 No ...2
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																



SECCIÓN VIII VALORACIÓN NUTRICIONAL Y HÁBITOS SALUDABLES

PARA TODAS LAS PERSONAS | **PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS**

HABITOS ALIMENTARIOS | ACTIVIDAD FÍSICA

Cod Per	15	16	17	18	19			20	21	22	23		24
	¿Cuántos días a la semana consume frutas? Si registra 0 pase a la preg. 16	En los días que sí consume fruta ¿Cuál es la porción? 1/2 taza picada ..... 1 una fruta del tamaño de una pelota de tenis 2	¿Cuántos días a la semana consume verduras? Si registra 0 pase a la preg. 18	En los días que sí consume verdura ¿Cuál es la porción? una taza cruda ..... 1 1/2 taza cocinada 2	¿Con qué frecuencia (…) consume: Nunca ? ..... 1 1 Vez a la semana ? ..... 2 2 - 4 veces a la semana ? ..... 3 5 - 6 veces a la semana ? ..... 4 Diariamente ..... 5 Bebidas azucaradas procesadas	Comidas rápidas	Alimentos procesados (**snacks de sal y dulce**)	¿A los alimentos preparados que (…) consume habitualmente, adiciona sal? Si ...1 No ...2	¿Qué tipo de sal consumen? Sal en grano (no yodada) ..... 1 Sal yodada ..... 2 Mixta (yodada-no yodada) ..... 3 No consume 4	Riesgo nutricional por hábitos alimentarios Adecuados ... 1 Inadecuados .. 2	(…) Realiza actividad física: Diariamente ? ..... 1 Tres veces a la semana ? ..... 2 Una vez a la semana? ..... 3 No realiza ninguna actividad física ..... 4 ***Pase a la siguiente sección***	Tiempo promedio que realiza actividad física por día: 15 min ..... 1 30 min ..... 2 45 min ..... 3 60 min y más 4	Niveles de actividad física: Alto ..... 1 Moderado ..... 2 Bajo 3
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													

Anexo 2: Valor Categórico de Riesgo Obstétrico (MSP)

Bajo Riesgo

- Condiciones socio-económicas desfavorables. (Pobreza extrema, Desempleo, analfabetismo)
- Control insuficiente de la gestación: < 3 visitas prenatales.
- Edad extrema ≤ 19 años ó ≥35 años en el primer embarazo.
- Adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de embarazos.
- Drogadicción, alcoholismo y Tabaquismo.
- Gran multiparidad (Mayor de 3 gestas).
- Incompatibilidad Rh.
- Infección de vías urinaria y Flujo vaginal recurrentes por más de 2 ocasiones en tres controles subsecuentes.
- Período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses.

Alto Riesgo

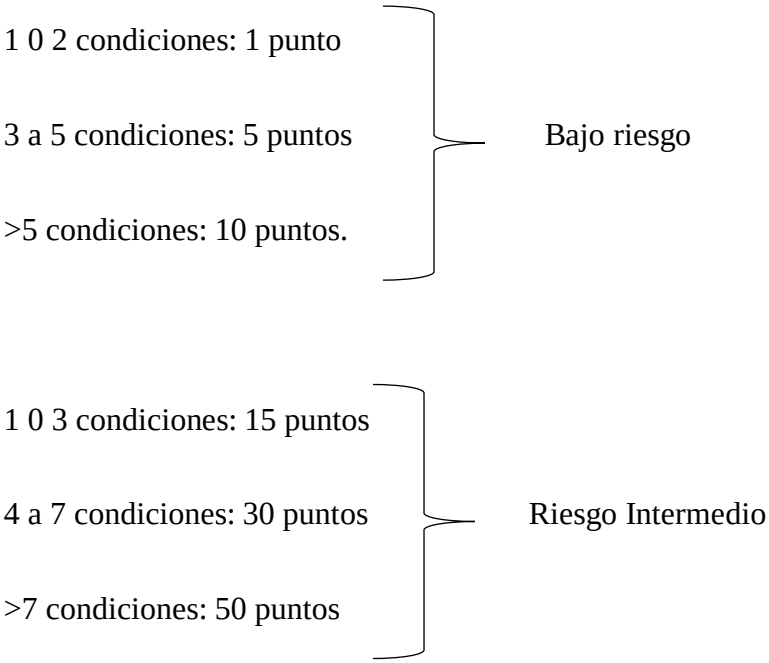
- Anemia (Hb < 10g/dl o HTO < 25%).
- Embarazo Múltiple.
- Enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías, enf. Inmunológicas, hipertensión.)
- Polihidramnios u Oligoamnios.
- Epilepsia.
- Historia obstétrica desfavorable: abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino.
- Enfermedades neuropsiquiatrícas.
- Infección materna: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV.
- Presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación.
- Desnutrición y Obesidad.
- Asma.

Riesgo Inminente

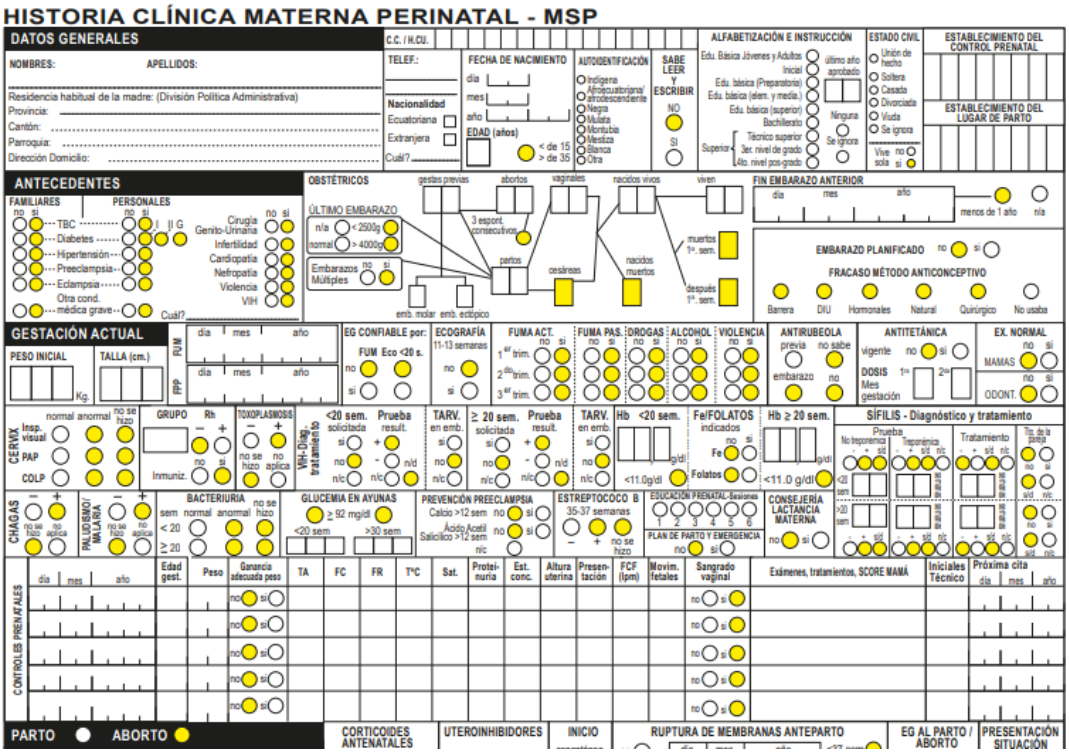
- Amenaza de parto pretérmino.
- Cardiopatías.
- Diabetes Gestacional descompensado o en tratamiento.
- Hemorragia vaginal.
- Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas.
- SIDA clínico.
- Trastornos hipertensivos en el embarazo.
- Alteraciones en la Frecuencia cardiaca fetal (<110 latidos X minutos > 160 latidos por minuto o falta de movimientos.

Anexo 3: Valor numérico de Riesgo Obstétrico (Según interpretación)

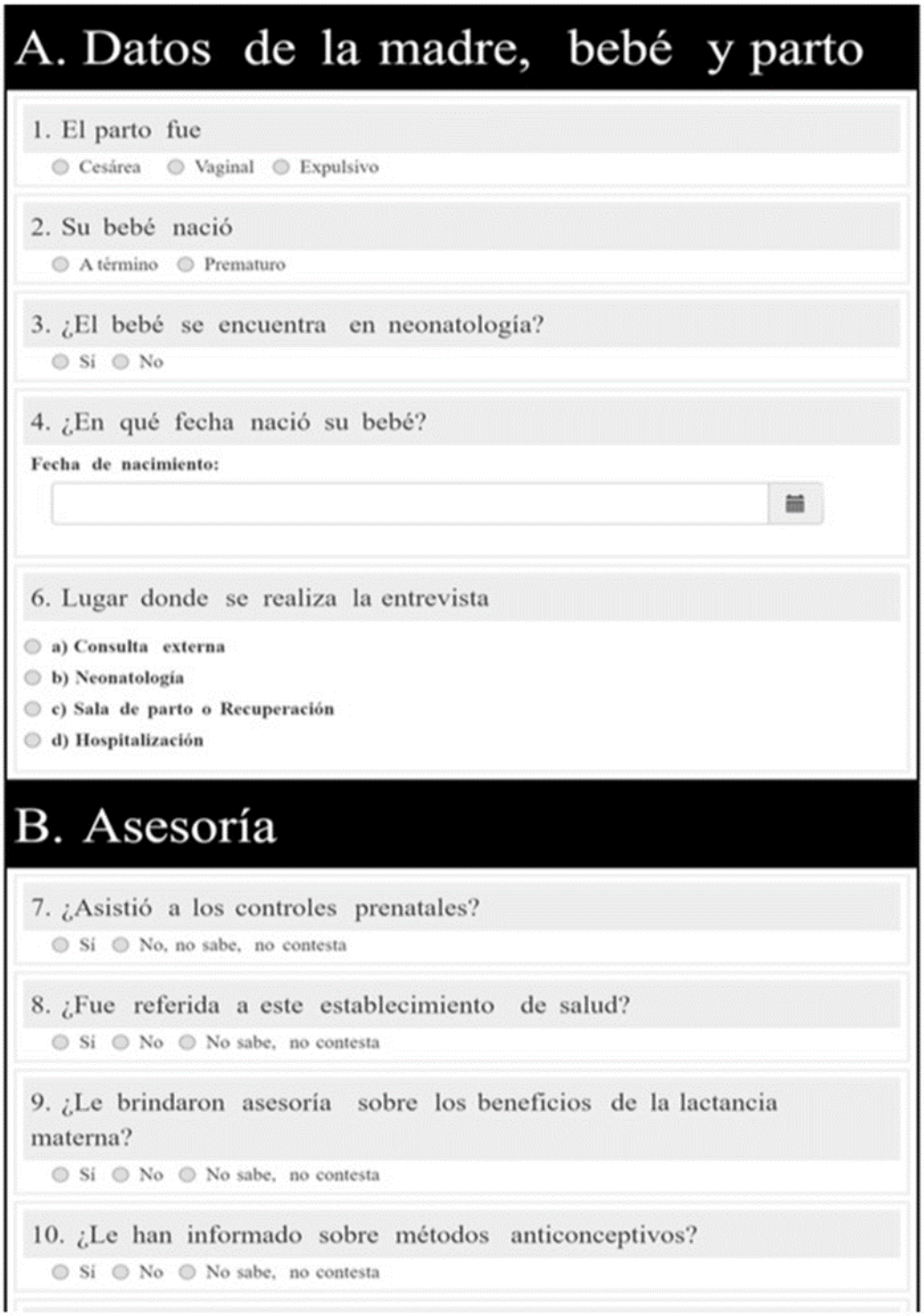
Categoría:



Anexo 4: Control Prenatal Formulario 051.



Anexo 5: Encuesta sobre lactancia materna.



A. Datos de la madre, bebé y parto

1. El parto fue
   - Cesárea
   - Vaginal
   - Expulsivo

2. Su bebé nació
   - A término
   - Prematuro

3. ¿El bebé se encuentra en neonatología?
   - Sí
   - No

4. ¿En qué fecha nació su bebé?

Fecha de nacimiento:

6. Lugar donde se realiza la entrevista
   - **a) Consulta externa**
   - **b) Neonatología**
   - **c) Sala de parto o Recuperación**
   - **d) Hospitalización**

B. Asesoría

7. ¿Asistió a los controles prenatales?
   - Sí
   - No, no sabe, no contesta

8. ¿Fue referida a este establecimiento de salud?
   - Sí
   - No
   - No sabe, no contesta

9. ¿Le brindaron asesoría sobre los beneficios de la lactancia materna?
   - Sí
   - No
   - No sabe, no contesta

10. ¿Le han informado sobre métodos anticonceptivos?
    - Sí
    - No
    - No sabe, no contesta

11. ¿Se realizó el test de VIH?

Si No No sabe, no contesta

C. Parto y puerperio

12. ¿El personal de salud le informó sobre el derecho de estar acompañada durante el trabajo de parto, parto y post parto?

(No aplica en parto expulsivo)

Si No No sabe, no contesta, no aplica

13. ¿Decidió estar acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto?

Si No No sabe, no contesta, no aplica

14. ¿Decidió estar o no acompañada por una persona de su elección durante el parto?

(El acompañamiento puede ser de la pareja, familiar, partera/o, u otro.)

Si No No sabe, no contesta, no aplica

15. ¿Estuvo acompañada después del parto por una persona de su elección?

(El acompañamiento puede ser de la pareja, familiar, partera/o, u otro.)

Si No No sabe, no contesta

16. ¿Le informaron sobre su derecho de usar la vestimenta a su elección durante el parto?

(No aplica en parto expulsivo ni en parto por cesárea)

Si No No sabe, no contesta, no aplica

17. ¿Le informaron sobre su derecho de consumir alimentos o líquidos durante el trabajo de parto?

(No aplica en parto expulsivo ni en parto por cesárea)

Si No No sabe, no contesta, no aplica

18. ¿Le consultaron sobre qué hacer con su placenta?

Si No No sabe, no contesta

19. ¿Le alentaron a moverse o caminar durante la labor de parto?

(No aplica en parto expulsivo)

Si No No sabe, no contesta, no aplica

21. ¿Le informaron que puede elegir la posición del parto?

(No aplica en parto expulsivo ni en parto por cesárea)

Si No No sabe, no contesta, no aplica

22. ¿Ha podido elegir la posición para el parto?

(No aplica en parto expulsivo ni en parto por cesárea)

Si No No sabe, no contesta, no aplica

23. ¿Le informaron sobre métodos para aliviar el dolor que no involucren medicamentos?

(No aplica en parto expulsivo)

Si No No sabe, no contesta, no aplica

24. ¿Le realizaron rasurado de la zona pélvica o lavado intestinal (enema) antes del parto?

(No aplica en parto expulsivo)

No sabe, no contesta, no aplica

25. ¿Le pusieron a su bebé en su pecho inmediatamente después del nacimiento, por lo menos una hora?

Si No No sabe, no contesta

26. ¿El personal de salud le informó de los procedimientos de rutina que se realizan a los recién nacidos como medir, pesar, revisión ocular e inyección de vitamina K?

Si No No sabe, no contesta

27. ¿Estuvo usted presente cuando midieron, pesaron y revisaron al bebé después de nacer?

Si No No sabe, no contesta

28. ¿Le informaron sobre los signos de peligro del bebé, por los cuales debe consultar al establecimiento de salud más cercano?

Si No No sabe, no contesta

29. ¿Le informaron sobre los signos de peligro para usted después del parto?

Si No No sabe, no contesta

30. ¿Su bebé fue identificado mediante una manilla o brazalete al momento de su nacimiento?

Si No No sabe, no contesta

31. ¿Le dieron cita o contrareferencia para el primer control suyo y de su bebé?

Si No No sabe, no contesta

E. Lactancia materna

37. ¿Piensa darle el seno a su bebé, o continuar dándoselo?

No No sabe, no contesta

38. ¿Alguien en el establecimiento de salud le enseñó cómo dar de lactar en la sala de parto?

Si No No sabe, no contesta

39. ¿Alguien en el establecimiento le enseñó cómo extraerse su leche y darle de comer a su bebe sin biberón?

Si No No sabe, no contesta

40. ¿Su bebé fue alimentado con biberón en su estadía en el Establecimiento de Salud, o usó chupón?

Si No No sabe, no contesta

41. ¿Le informaron sobre los riesgos del uso de biberones o chupones?

Si No No sabe, no contesta

42. ¿Alguien en el Establecimiento de Salud le ha ofrecido o regalado leche de fórmula, biberones, chupones o cupones?

NOTA:Esto aplica para médicos, enfermeras, representantes de la industria

Si No No sabe, no contesta

43. ¿Alguien del personal de salud le ha recomendado alimentar a su bebé con leche de fórmula?

Si No No sabe, no contesta

44. ¿Podría indicarme si su bebé ha recibido solamente leche materna?

Si No No sabe, no contesta

45. ¿Permaneció su bebé en la misma habitación durante la internación?

Si No No sabe, no contesta

46. ¿Le informaron en el establecimiento lo que es la lactancia a libre demanda?

Si No No sabe, no contesta

47. ¿Puede reconocer cuándo su bebé está con hambre?

Si No No sabe, no contesta

48. ¿Puede reconocer cuándo su bebé está lleno/a?

Si No No sabe, no contesta

49. ¿En el establecimiento le dijeron dónde o quién le puede ayudar si usted tiene problemas para dar el seno, no va a dar el seno o tiene contraindicaciones para amamantar?

NOTA: Se incluye madres VIH, por temas de confidencialidad no se desagrega esta especificidad.

Si No No sabe, no contesta

Anexo 6: Mother and Infant Breastfeeding Assessment Tool

MIBAT	1 (Si)	0 (No)
La madre puede hacer que el bebé se agarre al pecho		
El bebe coge el pecho sin dificultad		
El infante lacta con fuerte succión		
La madre tiene pezones invertidos o planos		
La madre a amamantado 3 o 4 veces al bebe durante la estadía en el hospital o 5 a 6 veces desde el alta o durante las primeras 12 horas.		
El bebe ha mojado ≥2 pañales en las 24 horas previo al alta hospitalaria o ≥ pañales en 24 horas a 2 días desde el alta.		
La madre ha tenido una experiencia exitosa previa de lactancia		
La madre tiene un compañero de apoyo o ha identificado a una persona de apoyo para amamantar		
TOTAL		

Anexo 7. Escala de Depresión PHQ-9

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u>, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? *(Marque con un "□" para indicar su respuesta)*	**Ningún día**	**Varios días**	**Más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tanta <u>dificultad</u> le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	**Un poco difícil**	**Muy difícil**	**Extremadamente difícil**
□	□	□	□

Anexo 8: Cuadernillo de recolección de datos

VISITA 1

Nombre: Cédula:

Teléfono Convencional Teléfono Celular:

Dirección: Fecha actual:

Email:

Nombre de Variable	Tipo de información	Etiqueta de Variable	Unidades	Valores
EDMAT		¿Cuántos años tiene Ud.?	Fecha: Edad	
EDLACT		Fecha de nacimiento del lactante	Fecha: Edad:	
ETNIA		¿Cómo se auto identifica Ud.?	1) Mestizo 2) Blanco 3) Indígena 4) Montubio 5) Afro ecuatoriano	
SEXLACT		Sexo del lactante	0) Femenino 1) Masculino	
ESTCIV		Estado Civil	0) Soltera 1) Unida 2) Separada 3) Casada	

			4) Divorciada 5) Viuda	
ESTLAB		Estado Laboral	0)Ocupación plena 1) Desempleado 2) Subempleado	
VISONEO		Vive solo con el neonato	(1) Si (2) No (3) Acompañante occasional	
TISEMPERLAC		Tiempo semanal de permiso de lactancia	(1) 0 - 3 horas (2) 4 - 6 horas (3) 7 - 10 horas (4) > 10 horas (5) No aplica	
TIMALLETRAB		Tiempo de la madre llegar al trabajo	(1) 0 - 15 minutos (2) 16 - 30 minutos (3) 31 - 60 minutos (4)> 60 minutos (5) no aplica	
ESCOLARIDAD		Escolaridad	0) Sin escolaridad 1) Educación básica 2) Educación media	

			3)Educación superior. 4) Especialidad	
SESO		Seguridad Social	0) Seguro social IESS 1) Seguro social no IESS 2) Ninguno	
ESTRASOC		ESTRATO SOCIOECONOMICO	CUESTIONARIO GRAFFAR	**Ver cuestionario 1** **Colocar Valor:** _____
EDUPRENA		Educación Prenatal		**Ver cuestionario 2** **Colocar Valor:** _____
INMEDIAL		¿Conoce Ud. alguna marca de sucedáneos de leche materna? ¿Enumere las que conozca?	SI __NO __ Si la respuesta es Si enumérelas: _____ _____ _____	

MECOLACT		¿De acuerdo a los medios de comunicación las propagandas, el internet, y las redes sociales, que tan buena es la lactancia materna para los niños?	0)Muy buena 1)Buena 2)Regular 3)Mala 4)Muy mala 5)No proporciona	
ROCAT		Riesgo obstétrico variable categórica	(0) Sin Riesgo (1) Bajo riesgo (2) alto riesgo (3) Riesgo inminente	**Ver cuestionario 3** **Colocar Valor:** **_____**
RONUM		Riesgo Obstétrico Variable Numérica	(0) Sin riesgo (1) Bajo riesgo: 1 al 10 (2) Riesgo Intermedio: 15 al 50 (3) Riesgo Inminente: 55 al 100	**Ver Cuestionario 4** **Colocar Valor:** **_____**
ASEAPRE		Asesoría en atención prenatal.	Número de controles prenatales: _____	

TIPAR		Tipo de parto	0) Parto eutócico 1) Parto Distócico. 2) Cesárea Electiva 3) Cesárea de emergencia	
LUPAR		¿En dónde se realizó el parto?	0) Domicilio 1) Centro de Salud 2) Hospital 3) Casa comunal 4) Otros ……..	
PESALNA		¿Cuánto peso su hijo/a al nacer?	Peso al nacer: _____ gr.	
INFECNAT		¿Su hijo presento alguna de esta complicación?	0)Infecciones neonatales 1)Malformaciones congénitas 2) Asfixia 3)Desordenes relacionados con la prematurez. 4)Otros _____	

			5) no aplica	
QUIPAR		¿Quien atendió su parto?	0) Partera 1) Familiar 2) Medico 3) Otro Profesional de Salud 4) Otra persona particular	
PRAINPAR		Prácticas integrales del parto	0) Apego Precoz 1) Alojamiento conjunto 2) Ligadura oportuna del cordón. 3) Lactancia materna durante la 1er hora de vida	0) Si __ No__ 1) Si __ No__ 2) Si __ No__ 3) Si __ No__

COFRUSE		¿Cuántas veces Ud. consume frutas en el día o en la semana?	0) 2 a 3 veces al día 1) 1 vez al día 2) 2 -5 días a la semana 3) Una vez por semana 4) 1-3 veces al mes Nunca	
COCASE		¿Cuántas veces Ud. consume carnes en la semana?	0) 2 a 3 veces al día 1) 1 vez al día 2) 2 -5 días a la semana 3) Una vez por semana 4) 1-3 veces al mes Nunca	
COVESE		¿Cuántas veces Ud. consume vegetales en la semana?	0) 2 a 3 veces al día 1) 1 vez al día 2) 2 -5 días a la semana 3) Una vez por semana 4) 1-3 veces al mes Nunca	

ASELACTMAT		Asesoría sobre lactancia materna ¿Cree Ud. que recibió suficiente asesoría sobre lactancia materna? ¿Cree Ud. que los contenidos sobre lactancia materna le han sido útiles? Cuantas sesiones de asesoría recibió.	Si __ No__ No Sabe __ Si__ No__ No Sabe__ Numero de Sesiones: _____	

VISITA 2 (2 meses)

Fecha:

EDLACT		¿Cuántos meses tiene el/la lactante?		
LACTMATEX		Lactancia materna exclusiva		**Ver Cuestionario 5** **Colocar Valor:** ____
LACMAT		Lactancia maternal	•7-8 bajo riesgo de interrumpir lactancia. •5-6 riesgo de problemas durante la lactancia. •≤ 4 riesgo para fracasar en la lactancia	**Ver Cuestionario 6** **Colocar Valor:** ____
MANLAMA		¿Mantiene la lactancia materna exclusiva hasta la actualidad o hasta antes de los 6 meses de edad del bebe?	(0) Si (1) No	
INTEMLA		Si la respuesta es No, ¿cuándo interrumpió lactancia materna exclusivo?	0) Menos del mes 1) 1 a 3 meses 2) 3 a 6 meses 3) más de 6 meses 4) Nunca.	

DURESTLA		¿Si ya no da de lactar al bebe, en que tiempo luego del parto usted dejo de dar de lactar?	Restar: Fecha de nacimiento _____ Fecha de suspensión de lactancia materna: _____	Resultado: _____
AUTPROLE		La leche que usted produce para dar de lactar usted considera que es:	(0) Muy poca (1) Poca (2) Moderada (3) Suficiente (4) Abundante	**Ver Anexo 7 Observar cartilla de Likert.**
DEPOSPAR		Depresión post parto		**Ver cuestionario 8 Colocar Valor _____**

VISITA 3 (4meses)

Fecha:

EDLACT		¿Cuántos meses tiene el/la lactante?		
TIEMLA		¿Qué tiempo lleva usted dando de lactar?	(a) Nunca (b) Fecha de inicio de lactancia: _____ Menos fecha de actual: _____	Resultado:
DURESTLA		¿Si ya no da de lactar al bebe, en que tiempo luego del parto usted dejo de dar de lactar?	Restar: Fecha de nacimiento _____ Fecha de suspensión de lactancia materna:	Resultado: _____