PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

POSTGRADO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

INVESTIGACIÓN

TEMA

ASOCIACIÓN DE LOS DETERMINANTES PERINATALES DE LA PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA DE ACUERDO A ENSANUT 2018.

TUTOR DOCENTE:

IVÁN DUEÑAS ESPÍN, PhD

POSTGRADISTAS:

LUISA MAGDALENA JIMÉNEZ URDÁNIGO

ADRIANA PAOLA VERA CARRANZA

2021

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:

Asociación de los determinantes perinatales de la práctica de lactancia materna exclusiva en la población ecuatoriana de acuerdo a ENSANUT 2018.

LUGAR:

La presente investigación tendrá lugar en Ecuador utilizando la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2018.

AUTORES/AS:

Luisa Magdalena Jiménez Urdánigo, MD.

Postgradista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Los Ángeles de Colón. E-mail: lmjimenez@puce.edu.ec

Adriana Paola Vera Carranza, MD.

Postgradista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Los Ángeles de Colón. E-mail: apvera@puce.edu.ec

DIRECTOR DE DISERTACIÓN:

Iván Dueñas Espín, PhD

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud integral, determinación social de la salud y desarrollo humano

SUBLÍNEA DE INVESTICAGIÓN:

Fomento, prevención y promoción de la salud

Lactancia materna y determinantes perinatales

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por darme el don de la vida y por ser esa fuente de luz que siempre guía mi camino.

A mis padres, por su apoyo incondicional durante toda mi carrera profesional, por los valores y principios que me han inculcado para ser una persona de bien, pero sobre todo por las palabras de motivación constante que han sido el más grande aliciente para alcanzar cada meta que me he propuesto.

A mis hijos, quienes son mi inspiración, por que supieron comprender mi ausencia, tuvieron paciencia y cedieron su tiempo para que mamá estudie durante estos 3 años.

A mi esposo, por ser mi compañero de vida y mi soporte en todo momento.

Al Dr. Iván Dueñas, nuestro director de tesis, por compartir sus conocimientos y por sus palabras de ánimo que permitieron culminar con éxito este trabajo de titulación.

Luisa

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme caminar de su mano y no soltarme aun cuando la vida me enfrentaba con una de sus tantas batallas temidas.

A mi madre Judith, que, con su esfuerzo impresionante y su amor invaluable, me formó con cariño, respeto y perseverancia para poder ser quien soy en la actualidad. Su bendición y apoyo constante me han permitido cumplir cada objetivo propuesto. Te amo mamá.

A mi Carmela y abuelo Jorge (+), piedra angular de mi familia, y de quienes obtuve raíces firmes y fuertes para continuar a lo largo de este proceso.

A mis hermanos y cuñados, por su constante cariño, apoyo, respaldo y confianza durante este tiempo.

A mis tíos, con especial ímpetu a mi tía Miryam por las grandes manifestaciones de cariño y ser junto a su familia mi mano derecha cuando más lo he necesitado.

A mis suegros, Kety y Víctor, a quienes considero como mis padres, gracias por el amor que me han brindado no solo a mí, sino también a mi familia.

A mis sobrinos Khristian, Víctor, Diego, Danilito, Adri y Luciana gracias por sus muestras de dulzura y amor que hicieron más fuerte mi corazón.

Adriana

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis es dedicado a mi familia, quienes se han mantenido siempre a mi lado, siendo mi fortaleza en cada momento de adversidad, ayudándome a seguir adelante día a día sin desmayar ante los problemas, debilidades y miedos que se presentaban, brindándome su cariño, su amor incondicional y su apoyo constante con los recursos necesarios para poder alcanzar con éxito esta meta.

Luisa

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de titulación con todo mi amor, cariño y admiración a mi esposo David Menéndez, quien ha sido testigo del constante sacrificio y dedicación puesto en este proyecto, mi soporte, mi complemento, mi partner favorito y quien me ha demostrado que aún en la adversidad y en medio del dolor, se puede, con una actitud positiva, una mente poderosa, un corazón de oro como el que lo caracteriza y sobre todo con amor, se puede enfrentarlo todo.

Adriana

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO **3**

DEDICATORIA **5**

INDICE DE ABREVIATURAS **10**

RESUMEN **11**

ABSTRACT **12**

CAPITULO I **13**

1.1 INTRODUCCIÓN 13

1.2 JUSTIFICACIÓN 16

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 18

1.4 OBJETIVOS 19

1.4.1 OBJETIVO GENERAL 19

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFIOS 19

1.5 HIPÓTESIS 20

CAPÍTULO II **21**

2.1 MARCO TEÓRICO 21

2.1.1 LACTANCIA MATERNA 21

2.2 FACTORES PERINATALES 25

2.3 ANTECEDENTES PRENATALES 26

2.3.1 CONTROL PRENATAL 26

2.3.2 PARIDAD 26

2.4 COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO 27

2.4.1 HEMORRAGIAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO 28

2.4.2 SANGRADOS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE 29

2.4.3 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS 29

2.5 COMPLICACIONES NEONATALES 30

2.5.1 HIPOGLICEMIA 31
2.5.2 DIFICULTAD PARA RESPIRAR EN EL RECIÉN NACIDO 31
2.5.3 HIPERBILIRRUBINEMIA 32
2.6 CARACTERÍSTICAS DEL PARTO 32
2.7 CARACTERÍSTICAS DEL NEONATO 32
2.7.1 EDAD GESTACIONAL 32
2.7.2 PESO DEL RN 33
2.8 ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN DEL ECUADOR 34
CAPITULO III 35
3.1 METODOLOGÍA 35
3.1.1 UNIVERSO Y MUESTRA 35
3.1.2 CÁLCULO MUESTRAL PARA ANÁLISIS 35
3.1.3 TIPO DE ESTUDIO 35
3.1.4 LUGAR DE ESTUDIO 35
3.1.5 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN 35
3.1.6 MEDICIONES 35
3.1.7 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS 36
3.1.8 TABLA1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 37
3.1.9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 49
3.1.10 ASPECTOS BIOÉTICOS 49
CAPITULO IV 50
4.1 RESULTADOS 50
Tabla 2. Características de toda la muestra. 51
Figura 1. Estado civil según encuesta Ensanut 2018 56
Figura 2. Nivel de instrucción de las madres según encuesta Ensanut 2018 56
Figura 3. Tipo de parto según la encuesta Ensanut 2018 57
Figura 4. Lugar de parto según encuesta Ensanut 2018 57

Figura 5. Apego inmediato y lactancia materna en la primera hora de vida según encuesta Ensanut 2018. 58
Figura 6. Falta de llanto al nacer según la encuesta Ensanut 2018. 58
Figura 7. Depresión respiratoria neonatal según Ensanut 2018 59
Figura 8. Aspiración amniótica según encuesta Ensanut 2018..... 59
4.2 RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS INFERENCIALES 60
Tabla 3. Diferencias entre los grupos. 61
Figura 9. Estado civil y lactancia materna según encuesta Ensanut 2018..... 66
Figura 10. Tipo de parto y lactancia materna según la encuesta Ensanut 2018 66
Figura 11. Hinchazón postparto y lactancia materna según la encuesta Ensanut 2018 67
4.3 RESULTADOS DEL ANALISIS MULTIVARIANTES..... 68
CAPITULO V 72
5.1 DISCUSIÓN..... 72
5.2 CONTRASTE CON LA LITERATURA CIENTÍFICA 73
5.3 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA 74
5.4 IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA..... 74
5.5 LIMITACIONES 75
5.6 FORTALEZAS 75
CAPITULO VI..... 76
6.1 CONCLUSIONES..... 76
6.2 RECOMENDACIONES 76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 78

INDICE DE ABREVIATURAS

CEL: Ciclo de Embarazo y Lactancia.

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

LM: Lactancia Materna.

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

MBPN: Muy bajo peso.

PNMB: Peso al nacimiento moderadamente bajo.

UPM: Unidades primarias de muestreo.

IHAN: Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento.

RN: Recién Nacido.

RNT: Recién Nacido a Término.

RNPR: Recién Nacido Pretérmino.

SDR: Síndrome de Dificultad Respiratoria.

ESAMyN: Normativa de Establecimientos de Salud amigos de la madre y del niño.

RESUMEN

Introducción: la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, siendo la lactancia una parte importante de la dieta hasta al menos los dos años de edad. Sin embargo, a pesar de los beneficios para la salud que esta práctica ofrece, los indicadores de lactancia materna disminuyen posterior al nacimiento y se alejan en algunos países de los objetivos estimados. Pese a las investigaciones internacionales, se sabe con certeza cómo es la asociación entre las características, prenatales, natales y postnatales con el mantenimiento de la lactancia materna, razón por la que se precisa realizar el presente estudio.

Objetivo: determinar la existencia de asociaciones independientes entre las características prenatales, natales y postnatales (perinatales) y la lactancia materna exclusiva en la población ecuatoriana que tenga hasta 6 meses de edad según la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2018.

Métodos: el diseño de nuestro estudio es transversal analítico, utilizando como población a las 46.656 viviendas encuestadas por ENSANUT 2018. Se realizará el análisis multivariante utilizando modelos de regresión logística. Se compararán los modelos saturados y parsimonioso utilizando el test de razón de verosimilitudes definiendo de esa manera el modelo final sobre el que se realizará la interpretación de los resultados.

Resultados y conclusiones: Existen importantes determinantes contextuales y perinatales de la práctica de la lactancia materna exclusiva en las diadas madre-hijo encuestadas en la Encuesta Nacional de Salud del año 2018. En específico, la edad de la madre, la edad del lactante, el estado civil, el grado de escolaridad, el tipo de parto y sitio de atención del mismo, el apego inmediato, el oportuno clampeo del cordón umbilical, así como también, la presencia de complicaciones tales como hinchazón, son factores que contribuyen de alguna manera a estimar la práctica y el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en esta población.

Palabras clave: lactancia materna exclusiva, determinantes perinatales, hinchazón postparto.

ABSTRACT

Introduction: WHO recommends exclusive breastfeeding for six months, being breastfeeding an important part of the diet until at least two years of age. However, despite the health benefits that this practice offers, breastfeeding indicators decline after birth and are far from the estimated targets in some countries. Despite international research, it is known with certainty how is the association between the characteristics, prenatal, natal and postnatal with the maintenance of breastfeeding, which is why it is necessary to carry out the present study.

Objective: to determine the existence of independent associations between prenatal, natal and postnatal (perinatal) characteristics and exclusive breastfeeding in the Ecuadorian population up to 6 months of age according to the 2018 National Health Survey (ENSANUT).

Methods: the design of our study is cross-sectional analytical, using as population the 46,656 dwellings surveyed by the ENSANUT 2018. The multivariate analysis will be performed using logistic regression models. The saturated and parsimonious models will be compared using the likelihood ratio test, thus defining the final model on which the results will be interpreted.

Results and conclusions: There are important contextual and perinatal determinants of the practice of exclusive breastfeeding in the mother-child dyads surveyed in the 2018 National Health Survey. Specifically, the age of the mother, the age of the infant, the Marital status, level of education, type of delivery and place of care, immediate attachment, timely clamping of the umbilical cord, as well as the presence of complications such as swelling, are factors that contribute in some way to estimate the practice and maintenance of exclusive breastfeeding in this population.

Key words: exclusive breastfeeding, perinatal determinants, postpartum swelling.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La leche materna ha sido la contribución más importante en la nutrición de nuestros menores. Conocida antiguamente como “sangre blanca”, la lactancia materna se ha convertido en la forma más efectiva para garantizar la salud y la supervivencia infantil.

El abandono de esta gran práctica, en parte se ha visto influenciado por el desconocimiento de su importancia no solo para nuestros pequeños, sino también; para nuestras madres, familias y sociedad entera.

Es así, como se estima que dos de cada tres bebés no reciben lactancia materna exclusiva durante los 6 meses recomendados, una tasa que no ha mejorado en 2 décadas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016).

La lactancia materna, como práctica para brindar un alimento estrella a los lactantes, no tiene comparación. Constituye un sistema inocuo, limpio, que como parte de sus componentes contienen anticuerpos que contribuyen en la protección contra patologías, sobre todo diarreicas y una tercera parte de las enfermedades respiratorias que durante la niñez son muy frecuentes y mucho más si estos, son parte de familias con ingresos económicos medianos y bajos.

Aquellos niños que son amamantados por sus madres, corren con menos probabilidades de padecer de sobrepeso, obesidad o diabetes tipo 2 a lo largo de su vida. El aumento de la lactancia materna hasta niveles casi universales podría salvar anualmente más de 820.000 vidas (Victora, Cesar G., 2016).

Por otro lado, aquellas mujeres que practican el amamantamiento, tienen un menor riesgo de sufrir enfermedad oncológica ya sea de origen mamario u ovárico. De acuerdo con las tasas actuales de lactancia, se prevé que se podrían evitar unas 20.000 muertes por cáncer de mama, y que estas cifras se podrían duplicar si las tasas mejoran (Victora, Cesar G., 2016). Sumado a esto, retrasa la recuperación de la fertilidad después del parto y provee una marcada reducción del riesgo de hemorragias postparto.

Además de los grandes beneficios que la lactancia materna aportaría a la salud pública, demuestra tener ventajas por encima de los sucedáneos de leche materna. Las políticas destinadas a fomentar cada vez más esta práctica, han invertido grandes recursos encaminados a apoyar estudios que han fomentado la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y complementaria hasta el año.

En estudios realizados en el Brasil, China, el Reino Unido y los Estados Unidos de América se ha demostrado que el aumento de las tasas de lactancia materna exclusiva en los lactantes menores de 6 meses reduce significativamente los costos de tratamiento de enfermedades habituales en la niñez como la neumonía, las enfermedades diarreicas y el asma (Victora, Cesar G., 2016), con lo que existiría mayor ahorro en dichos países al haber gastos menores en salud y en medicamentos.

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, es obligación garantizar una adecuada alimentación, optimizando a la vez promoción, prevención y asistencia médica de forma inmediata con el único objetivo de lograr la detección y el tratamiento oportuno de estas afecciones.

En virtud de aquello, es que se investiga también las múltiples causas de abandono de la lactancia materna, siendo responsable en una prima instancia la falta de promoción de la lactancia y el inadecuado control en cuanto a la publicidad y comercialización sobre sucedáneos de leche materna se refiere.

Un determinante importante de la lactancia materna es la educación materna. Existe evidencia contradictoria al respecto; Mendoza y cols. encontraron que a medida que mejora el nivel de instrucción de las madres, la proporción de madres que amamantaron a sus hijos hasta los 5 meses va disminuyendo (Mendoza et al., 2018). Estos resultados se contraponen con datos de países más desarrollados, en donde se muestra que, a mayor nivel de educación de la madre, mayor la proporción de niños que reciben leche materna en forma exclusiva (INEC, 2018).

Ya que la salud neonatal está íntimamente relacionada con la salud materna es importante estimar el efecto de las características prenatales natales y postnatales sobre el apego inmediato y posteriormente sobre la lactancia materna exclusiva. Algunos estudios han demostrado que las características prenatales tales como la

educación en salud y en lactancia materna, el tipo de parto complicaciones perinatales, pueden influir directamente sobre la permanencia de la práctica de la lactancia.

Identificar poblaciones que han tenido complicaciones perinatales, es de importancia para realizar intervenciones diferentes en diadas madre hijo vulnerables a perder esta práctica.

La iniciativa de los hospitales amigos del niño de OMS y de UNICEF ha dado éxito en diferentes latitudes, porque busca fortalecer estrategias de Fomento de la práctica de la lactancia materna. En el Ecuador, desde el año 2016, se llevan a cabo las certificaciones ESAMYN, que buscan fomentar estas prácticas tales como una mejora de la atención prenatal.

La evidencia científica ha demostrado que apego a este tipo de estrategias tales como la IHAN, mejoran la calidad de la atención, así como también, reducen morbimortalidad intra y post hospitalaria materna y neonatal…

Por otro lado, la práctica de la lactancia materna está estrechamente ligada a los eventos que ocurren en el peri y post parto inmediatos, tales como el apego precoz (Duenas Espin et al., 2020). No obstante, se desconoce el impacto real de cada una de las características prenatales y perinatales. Tampoco queda claro si variables tales como las características prenatales, la asesoría prenatal, el número de controles postparto, la educación prenatal recibida o aspectos tales como el tipo de parto o de las complicaciones obstétricas neonatales, se podrían asociar de manera directa o indirecta con LME de nuestro país.

Bajo estas premisas, nuestro trabajo de titulación trata de evaluar la existencia de asociaciones entre las características prenatales, natales y postnatales y en la práctica de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de las guiadas encuestadas en ENSANUT 2018.

1.2 JUSTIFICACIÓN

A pesar de que están establecidos los beneficios que brinda la leche materna al lactante, a la madre, su familia y a la sociedad; y, a pesar de que muchos países han experimentado un aumento significativo en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna última década, las tasas de lactancia materna no mejoran lo suficiente a nivel mundial. Solo el 38% de los niños de menos de seis meses de edad en el mundo en vías de desarrollo reciben leche materna exclusiva.

El Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 planteó como meta aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida. Hoy por hoy, de acuerdo a la información obtenida por la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2018, se conoce que la prevalencia de lactancia materna exclusiva y continua alcanza un 72%, razón por la cual en nuestro país, se ha dado continuidad a la implementación de estrategias de promoción, incorporando desde el 2017 la iniciativa "Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN) en el que, entre otros indicadores a ser cumplidos por los establecimientos de salud, el inicio temprano de la lactancia es uno de los más importantes pues contribuye sustancialmente al éxito de la lactancia materna.

Existe evidencia científica que demuestra que una serie de factores influyen en el abandono de la lactancia como pertenecer a ciertos grupos étnicos, la edad de la madre, familias monoparentales; así como características prenatales, natales y postnatales, el parto por cesárea. Además, se describen también intervenciones durante el trabajo de parto que podrían obstaculizar el inicio precoz de la lactancia materna y el mantenimiento de la misma, tales como el uso de anestesia peridural, aceleración oxitócica, ruptura artificial de membranas, malestar materno, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud en el 2010 reporta que en un 55% las madres con partos prematuros tenían planificado dar leche materna exclusiva, sin embargo, durante el periodo de hospitalización solo el 10% lo consiguió.

Uno de esos elementos decisorios para el comienzo y la permanencia de la lactancia materna está determinada por lo que ocurre al momento mismo del parto y postparto. Es decir, ¿en qué medida lo que ocurre al momento del nacimiento de

un niño afecta a la práctica de lactancia del binomio madre-hijo? Estos antecedentes justifican analizar en qué medida los determinantes perinatales repercuten de manera negativa sobre la lactancia materna al año de edad en la población de la unidad estudiada e identificar cuáles de los mismos afectan en mayor proporción la continuidad de la lactancia.

Es por ello, que la identificación temprana de díadas madre e hijo que podrían perder esta práctica es esencial para reducir ese impacto. existen estudios a nivel internacional que demuestran que un seguimiento estrecho posnatal por parte de los trabajadores de la salud a esos grupos vulnerables, tales como aquellas mujeres que tuvieron enfermedades propias del embarazo, aquellas que tuvieron complicaciones neonatales, o aquellas que tuvieron que recibir intervenciones quirúrgicas mejora la adherencia de la práctica de la de la lactancia materna.

Es por lo que es importante estimar los reales determinantes perinatales de la lactancia materna exclusiva en el Ecuador. hecho que se ha estudiado escasamente en el país.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El periodo perinatal está comprendido desde las 22 semanas de gestación hasta el término de las primeras 4 semanas de vida neonatal. Durante dicho periodo suelen ser necesarias intervenciones obstétricas y neonatales que podrían afectar positiva o negativamente al inicio y mantenimiento de la práctica de la lactancia materna. Por lo tanto, es importante estimar en qué medida cada una de esas intervenciones podría afectarla.

Conociendo que existen antecedentes perinatales que se asocian con una menor adherencia a la práctica de la lactancia materna es necesario estimar en qué medida esos determinantes se asocian a esa práctica en nuestro contexto ecuatoriano.

En nuestra localidad, es desconocida la relación y repercusión de los determinantes perinatales, como el tipo de parto, la edad gestacional, el riesgo obstétrico de la madre, etc., sobre la práctica lactancia materna exclusiva; por lo que se nos hace necesario estimar las determinantes que afectan a nuestra población, para de esta manera; crear e implementar herramientas destinadas a promover y fortalecer la lactancia materna en beneficio de nuestras madres y niños.

Es por ello, que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la asociación entre los determinantes perinatales y la lactancia materna exclusiva en población ecuatoriana menor a los seis meses de edad, de acuerdo con la información recopilada mediante la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2018?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la existencia de asociaciones independientes entre las características prenatales, natales y postnatales (perinatales) y la práctica de la lactancia materna exclusiva en la población ecuatoriana de hasta seis meses de edad que participó en la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2018.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFIOS

- Identificar las características perinatales más asociadas a la práctica de la lactancia materna exclusiva a los seis meses de edad.
- Comparar si existe una prevalencia diferencial y significativa de la práctica de la lactancia materna exclusiva entre cada una de las categorías de esas variables perinatales.
- Determinar si esas asociaciones son independientes de otros posibles factores de confusión como lo son las características sociodemográficas, económicas, enfermedades maternas, síntomas depresivos, entre otros.

1.5 HIPÓTESIS

Existe una asociación significativa e independiente entre las características perinatales y la práctica de la lactancia materna en la población ecuatoriana menor de seis meses de edad encuestada en la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2018.

CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 LACTANCIA MATERNA

El proceso de lactancia materna, constituye la piedra angular en la conformación hacia el desarrollo sostenible, esto, debido a sus garantías naturales, particular economía y ecología, que como objetivo principal busca prevenir enfermedades, asegurando que nuestros niños gocen de un desarrollo psicomotor adecuado.

Considerada como un alimento indispensable en la vida de los lactantes menores, la leche materna cuenta con una importante variedad de anticuerpos, responsables de la prevención de patologías frecuentes de la infancia, extendiendo dichos beneficios a lo largo del tiempo.

Cualquier volumen de lactancia materna es protector, ésta se asocia a un 64% de reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, y además existe un efecto protector residual hasta dos meses después de suspendida la lactancia (Eidelman & Schanler, 2012).

Existe un 15 a 30% de reducción del riesgo de obesidad durante la adolescencia y adultez si existió alimentación con LM durante la infancia, comparado con aquellos no amamantados (Brahm & Valdés, 2017). La duración de la lactancia está inversamente relacionada con el riesgo de sobrepeso, cada mes extra de lactancia se asocia con un 4% de disminución del riesgo (Eidelman & Schanler, 2012).

Es por esta razón, que la recomendación principal emitida por la Organización Mundial de la Salud en conjunto con otras asociaciones y academias internacionales, establecen que esta práctica debe realizarse durante los primeros seis meses de vida de manera única y exclusiva, y desde esta edad extenderse hasta los dos años como alimentación complementaria.

2.1.1.1 ANATOMÍA Y LACTOGÉNESIS

El desarrollo de la mama durante la vida de la mujer se caracteriza por distintas fases. Comienza por la formación de la cresta mamaria y posteriormente las yemas mamarias primitivas durante la vida embrionaria, continúa con un crecimiento mínimo durante la infancia y sigue con una fase de rápido crecimiento durante la pubertad en la mujer. El desarrollo de la mama culmina durante el ciclo de embarazo y lactancia (CEL), cuando la glándula mamaria se remodela completamente y madura hasta convertirse en un órgano secretor de leche. La regresión del crecimiento inducido por el CEL comienza al iniciarse la alimentación complementaria del lactante y termina cuando la mama ha involucionado al estado de reposo (Hassiotou, 2012).

El desarrollo pleno de la mama durante la lactancia es esencial para proporcionar el volumen y la composición adecuados de leche materna para el crecimiento, la protección y el desarrollo del lactante (Hassiotou, 2012).

Durante el embarazo ocurre una significativa neoformación de acinos, responsable del aumento de volumen de la glándula mamaria (Sandí, 2018).

En el estadio final de la gestación, el desarrollo de la mama es evidente, y la secreción del calostro identificada por la mayoría de las embarazadas (lactogénesis I), hay dos hormonas lactogénicas prolactina y lactógena placentaria humana (que es producida por la placenta materna), la secreción de esta última alcanza un pico durante las últimas semanas de gestación y esto prepara la mama para la producción de leche (Sandí, 2018).

En esta etapa no hay secreción significativa de leche porque los altos niveles de estrógeno y progesterona en la sangre materna tienen un efecto inhibitorio sobre la producción de leche (Sandí, 2018).

Después del parto, la lactógena placentaria humana desaparece de la circulación materna y el declive rápido de los estrógenos, seguido de la disminución gradual de los progestágenos (responsables del desarrollo de los acinos y diferenciación de las células secretoras), suspende el efecto inhibidor de la lactación, promovido

por la placenta durante el embarazo. Alrededor de 30 a 40 horas después del parto comienza la secreción de leche (lactogénesis II) (Sandí, 2018).

La prolactina producida por adenohipófisis y presente en niveles elevados actúa entonces junto a los receptores mamarios y desencadena la producción. De forma lenta, en el intervalo de las mamadas, la secreción va llenando el lumen de los alvéolos. Sin embargo, la leche almacenada no fluye espontáneamente y la oxitocina producida por la neurohipófisis estimula las células mioepiteliales que rodean los acinos y conductos, para la expulsión de la leche. La estimulación por el bebé de las múltiples terminaciones nerviosas presentes en el pezón produce impulsos sensitivos somáticos que se conducen al hipotálamo e inducen la rápida producción de oxitocina. A su vez, el vaciamiento y la consiguiente disminución de la presión intraalveolar contribuyen a que el reflejo neuro-endocrino desencadene una nueva actividad secretora (Sandí, 2018).

La lactogénesis III corresponderá después al mantenimiento de la secreción láctea y es ya una función autócrina, dependiente de la frecuencia y eficacia con que se extrae la leche (Sandí, 2018).

2.1.1.2 COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

La lactancia se inicia después del parto, produciéndose calostro, un líquido de color amarillo limón, el primer día hasta el cuarto día puede secretarse desde 50 a 500 ml. El calostro tiene aproximadamente 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100ml de lactosa y 2 g/100ml de proteína, produce 67 kcal/100 ml y se destaca la producción de IgA y lactoferrina que conjuntamente con la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confieren una condición protectora del recién nacido (Amado Herrera, L., & Munares-García, 2019).

2.1.1.3 BENEFICIOS A CORTO PLAZO Y LARGO PLAZO

Los resultados de estudios epidemiológicos y biológicos corroboran el hecho de que la decisión de no amamantar a un niño tiene importantes efectos a largo plazo sobre la salud, la nutrición y el desarrollo del niño y la salud de las mujeres (Victora, Cesar G., 2016).

La diversidad de investigaciones realizadas a nivel mundial, radican en su mayoría en la comparación de beneficios entre quienes recibieron lactancia materna y quienes no lo hicieron o el periodo durante el cual, nuestros infantes fueron amamantados.

Fue evidente un fuerte efecto protector, ya que los infantes amamantados exclusivamente sólo tenían el 12% del riesgo de muerte que los que no estaban siendo amamantados (Victora, Cesar G., 2016).

Según lo reportado en la primera revista The Lancet de lactancia materna, estudios realizados en países de medianos y bajos recursos, mostraron que la mortalidad entre los infantes menores de seis meses que no fueron amamantados aumenta de 3 a 5 veces (niños) y 4 a 1-veces (niñas) en comparación con los que recibieron leche materna, y que dicha protección se reduce con la edad (Victora, Cesar G., 2016).

En relación a la morbilidad, se ha estimado que el 50% de los eventos diarreicos y una tercera parte de los procesos infecciosos de vías respiratorias, pueden ser evitados con la LME. La protección contra los ingresos hospitalarios debidos a estos trastornos es aún mayor: la lactancia materna podría impedir el 72% de los ingresos hospitalarios por diarrea y el 57% por infecciones respiratorias (Victora, Cesar G., 2016).

Por otra parte, estudios convencionales, reportan que los períodos de lactancia más largos se asociaron con una reducción del 26% (IC 95% 22-30) en las probabilidades de sobrepeso u obesidad (Victora, Cesar G., 2016).

Las ventajas nutricionales de la lactancia materna y su protección contra las infecciones son bien conocidas. En las últimas dos décadas, se ha visto claramente la posibilidad de que eventos epigenéticos puedan verse modulados durante la lactancia, con posibles efectos de por vida para la infancia. Estos acontecimientos podrían estar mediados directamente o a través de efectos sobre el microbioma del lactante. La capacidad del microbioma para regular las respuestas de hospedero en la infancia depende de especies bacterianas individuales, que modulan la polarización de las células T y la regulación inmune, las respuestas

metabólicas, la adipogénesis y posiblemente incluso el desarrollo del cerebro y el funcionamiento cognitivo (Victora, Cesar G., 2016).

2.2 FACTORES PERINATALES

Definimos según lo investigado al periodo perinatal como la etapa comprendida entre los 28 días previos al parto y 4 semanas posteriores al mismo. Dentro de ello, se encuentran características o circunstancias observables o detectables que influyen positiva o negativamente en la continuidad de la lactancia materna, entendidos como factores perinatales.

En Ecuador, la práctica de la lactancia materna exclusiva alcanzó el 43,8% en 2012. En el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, se plantea la meta de aumentar al 64% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida (Unicef, 2014).

Para lograr este objetivo antes de 2017, se requieren acciones cada vez más integradas de promoción, educación, protección y apoyo a la lactancia materna en los centros de salud y también en otros ámbitos como son: el familiar, el comunitario y el laboral (Unicef, 2014).

A pesar de existir estudios de interés mundial que categorizan a la lactancia materna como principal estándar para la alimentación y nutrición de los lactantes durante los primeros 1000 días, se ha demostrado también que la falta de continuidad de esta práctica está condicionada a múltiples factores que como consecuencia contribuyen registrar cifras bajas en la tasa de lactancia materna exclusiva primordialmente.

Son diversos los motivos que las madres refieren para el abandono de la LM. En la bibliografía revisada se encuentran como predominantes los laborales y la hipogalactia, la escasa ganancia de peso del niño/a, la sensación de que el RN seguía teniendo hambre, y el dolor al lactar (López de Aberasturi Ibáñez de Garayo et al., 2021).

Sin embargo, existen otros factores a tomar en cuenta como el peso del RN, la edad gestacional, el parto eutócico, la paridad y la educación maternal que se han identificado como modificantes dentro de la realización de esta práctica.

Las intervenciones para mejorar las prácticas de alimentación infantil temprana pueden resultar en reducciones considerables de la mortalidad neonatal. La mortalidad neonatal por todas las causas podría reducirse en un 16,3% si todos los lactantes iniciaran la lactancia materna el primer día de vida y en un 22,3% si el inicio se realizara dentro de la primera hora. El riesgo de muerte neonatal aumenta aproximadamente cuatro veces si se proporcionan líquidos o sólidos a base de leche a los recién nacidos amamantados (Edmond et al., 2006).

2.3 ANTECEDENTES PRENATALES

2.3.1 CONTROL PRENATAL

Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a (Aguilera & Soothill, 2015).

Los componentes que abarca el control prenatal son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional (Aguilera & Soothill, 2015).

Se recomienda que el primer control sea realizado lo más pronto posible (primer trimestre del embarazo) y debe enfocarse a identificar y descartar patologías especiales. Aquellas embarazadas identificadas con riesgo de desarrollar complicaciones, deben ser referidas o transferidas a un nivel de atención de mayor complejidad (Aguilera & Soothill, 2015).

2.3.2 PARIDAD

Definido como el número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.

La paridad guarda diferencias en los procesos de anteparto, parto y posparto. Durante el anteparto, los criterios de paridad nos orientan a realizar actividades que permitan demostrar que el canal de parto es el adecuado, las acciones educativas, y las atenciones prenatales, patrones nutricionales. El trabajo de parto es diferente, generalmente la multípara tiene un trabajo de parto menor que la

primípara. Del mismo modo en el posparto, la pérdida de sangre es mayor en la multípara que en la primípara (Amado Herrera, L., & Munares-García, 2019)

Una de las herramientas que diferencian a las madres es su experiencia sobre prácticas anteriores. Se esperaría que las madres que más veces han dado de lactar tengan mejor disposición y manejo sobre las prácticas de la lactancia materna. No contamos con estudios que evalúen las prácticas de la lactancia materna en el puerperio inmediato según paridad, por lo que el objetivo del estudio fue determinar las prácticas adecuadas de la lactancia materna según paridad en puérperas inmediatas (Amado Herrera, L., & Munares-García, 2019).

2.4 COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Un embarazo de riesgo, es aquel que se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto, o bien, cuando la madre proviene de condiciones socioeconómicas precarias (Aguilera & Soothill, 2015).

Al hablar de complicaciones, nos referimos al conjunto de afecciones asociadas al embarazo negativamente, las mismas que pueden presentarse durante o después de la gestación abarcando desde procesos patológicos menores a patologías de gran importancia que necesiten de intervención médica inmediata.

A nivel mundial, de acuerdo a la OMS, en el año 2018, se estimó que 342.900 mujeres murieron por complicaciones maternas; con un mayor impacto en los países en vías de desarrollo (Faytong, 2020)

En el Ecuador, según la Gaceta Epidemiológica de muerte materna en el 2021, las principales causas siguen siendo los trastornos hipertensivos en un 35%. Comparando las muertes maternas del año 2021 con el año 2020 hasta la semana epidemiológica 9 (primer trimestre del año) hay un aumento de 4 muertes maternas en el año 2021 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021)

Dentro de las principales complicaciones obstétricas descritas en la bibliografía consultada se encuentran las hemorragias, las infecciones y las enfermedades hipertensivas en el embarazo.

2.4.1 HEMORRAGIAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Dentro de las principales causas de sangrado en las primeras 12 semanas de gestación figuran: aborto, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica.

2.4.1.1 ABORTO ESPONTANEO

La OMS define el aborto como la terminación del embarazo posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial, antes de que el feto logre la viabilidad (menor de 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo-caudal < 25 cm) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

Con más precisión, el aborto puede ser descrito como:

Incompleto: se produce cuando algunos, pero no todos, los tejidos de la concepción han pasado a través del orificio cervical externo (Leeman, 2017).

Completo: todos los tejidos de la concepción han pasado a través del orificio cervical externo (Leeman, 2017).

Séptico: aborto incompleto asociado con infección ascendente del endometrio, parametrio, anexos o el peritoneo (Leeman, 2017).

Inevitable: caracterizado por la ruptura de las membranas amnióticas o por sangrado en presencia de un cuello uterino dilatado, lo que indica el paso inminente de los tejidos de la concepción o del producto (Leeman, 2017).

Diferido: el feto o embrión está muerto, pero no ha pasado ningún tejido. El cuello uterino está cerrado. Estas pacientes a menudo se presentan sin ningún crecimiento en el tamaño del útero ni ruidos cardiacos fetales audibles (Leeman, 2017).

2.4.1.2 EMBARAZO ECTÓPICO

Embarazo fuera de la cavidad uterina, más comúnmente en la trompa de Falopio, pero puede ocurrir en el ligamento ancho, ovario, cuello del útero o en otros lugares en el abdomen (Leeman, 2017).

2.4.2 SANGRADOS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

2.4.2.1 PLACENTA PREVIA

Londoño et al. lo definen como la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, cubriendo el cérvix o cerca de él, y se puede anteponer por completo a la presentación fetal.

Entre los factores de riesgo, está que más del 80% de las placentas previas se presenta en multíparas (mujeres que han dado a luz tres veces o más), con mayor incidencia luego de los 35 años, en uno de cada 100 pacientes. Las cicatrices uterinas elevan el riesgo, con una incidencia del 1,3% (Reyes, 2017).

2.4.2.2 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

Es la separación total o parcial de la placenta que está normalmente insertada. Su manejo es hospitalario, en centros de alta complejidad y se debe remitir siempre a la paciente con líquidos endovenosos y en ambulancias dotadas adecuadamente. Es preciso tomar muestras para prueba cruzada, hemoclasificación y hemograma.

2.4.3 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

Es conocido ya, que los trastornos hipertensivos continúan representado incluso a nivel mundial, el agravante médico más frecuente durante la gestación, llegando a afectar hasta el 10% de todos los embarazos.

En Ecuador la preeclampsia y eclampsia son las primeras causas de muerte materna desde el año 2006 al 2014, y representan el 27.53 % de todas las muertes maternas (457 de 1660 ocurridas en ese periodo) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016).

2.4.3.1 CLASIFICACIÓN

Al hablar de estado hipertensivo del embarazo, se abre un abanico de condiciones en donde se ponen de manifiesto desde cifras levemente elevadas de la tensión arterial hasta un estado hipertensivo severo con injuria a órganos diana, incrementando de sobremanera la morbimortalidad materna y fetal periparto.

2.4.3.2 PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA

La preeclampsia es un trastorno del embarazo asociado con hipertensión de nueva aparición, que ocurre con mayor frecuencia después de los 20 semanas de gestación y frecuentemente cerca del término (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020). Según los estudios investigados, el diagnóstico puede darse ante la falta de proteinuria si la hipertensión de nueva aparición está asociada a sintomatología característica de injuria a órganos blanco.

La presencia de convulsiones generalizadas en una gestante con preeclampsia y en ausencia de signos y síntomas sugestivos de patología neurológica, es conocido como Eclampsia.

El acrónimo de HELLP describe una variante de la preeclampsia con criterios de severidad que se caracteriza por hemolisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas (Leeman, 2017).

2.4.3.3 HIPERTENSIÓN CRÓNICA

Hipertensión arterial antes de la semana 20 de embarazo, y continúa pese al período de postparto (Salas Ramírez et al., 2020).

2.4.3.4 HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

Se define como una presión arterial sostenida de ≥140/90 mmHg en al menos dos tomas, con una diferencia de 4 horas después de 20 semanas de gestación, realizando retorno de la presión en el postparto (Salas Ramírez et al., 2020).

2.5 COMPLICACIONES NEONATALES

La incidencia de morbilidad durante la etapa neonatal aumenta el riesgo de complicaciones e internamientos en unidades de cuidados intensivos, lo que repercute negativamente en el pronóstico del recién nacido (Sanid & Mex, 2017).

Las principales causas de morbilidad neonatal se relacionan directamente con el estado de salud de la madre; por tanto, la calidad de la atención perinatal, el diagnóstico y tratamiento oportunos de los padecimientos maternos durante el embarazo ayudan a prevenir la morbilidad en el neonato (Sanid & Mex, 2017).

Entre las patologías neonatales más comunes se encuentran los problemas relacionados con el peso corporal, la prematuridad, problemas en la transición de la vida fetal a la del recién nacido, concentración baja de azúcar en la sangre, dificultad respiratoria, infecciones, trastornos por incompatibilidad sanguínea u otras anormalidades (Sanid & Mex, 2017).

2.5.1 HIPOGLICEMIA

Se define como el nivel de glucosa en sangre menor de 40 mg/dl en un recién nacido/a pretérmino o a término en las primeras 72 horas de vida y luego niveles menores de 50mg/dl (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

La hipoglucemia inicial transitoria en el período neonatal temprano es un fenómeno adaptativo fisiológico que ocurre debido al cambio del estado fetal, con un consumo transplacentario continuo de glucosa, al suministro intermitente de nutrientes luego del nacimiento (Hypoglycemia, 2019).

Es aquella que se produce por una disminución de la producción, aumento de la utilización de glucosa o por hiperinsulinismo transitorio, debido a que la alimentación se retrasa de 4 a 6 horas luego del nacimiento. Por lo general cede con la administración precoz de la alimentación. Mientras que, la hipoglicemia transitoria responde rápidamente al tratamiento con cargas de < de 12 mg/kg/min y requiere un aporte continuo por menos de 7 días (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

2.5.2 DIFICULTAD PARA RESPIRAR EN EL RECIÉN NACIDO

Es un cuadro que comienza poco después del nacimiento o en las primeras horas de vida, conocido también como Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) que comprende una serie de entidades patológicas que se manifiestan con clínica predominantemente respiratoria, caracterizado por taquipnea, cianosis, quejido, retracción subcostal y grados variables de compromiso de la oxigenación (Práctica & Gpc, 2016).

Dentro de las patologías con mayor prevalencia y severidad destacan: enfermedad de Membrana Hialina, neumonía neonatal, síndrome de Aspiración de Meconio,

taquipnea transitoria del RN e hipertensión pulmonar persistente del RN (Práctica & Gpc, 2016).

2.5.3 HIPERBILIRRUBINEMIA

Se entiende por la elevación de la bilirrubina total mayor a los límites superiores del adulto normal: 1.5 mg/dl. Los picos o valores más altos se pueden presentar entre el 3ro y 4to día de vida en los RNT y al 5to día en el RNPR (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

La hiperbilirrubinemia fisiológica son los valores menores a 12 - 15mg/ dl en RNPR y 10 - 12 mg/dl en RNT y se presenta a partir de las 72 horas de vida y se considera hiperbilirrubinemia patológica con niveles de bilirrubina sérica total por arriba de 12.9 mg/ dl en RNT y 14.9 mg/dl en RNPR (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

2.6 CARACTERÍSTICAS DEL PARTO

El parto y el nacimiento son procesos fisiológicos. El garantizar los mejores resultados en la atención del parto debe observar la importancia que este proceso tiene en la vida de la mujer, en su bienestar emocional y en la adaptación a la maternidad, así como en el establecimiento del vínculo con su hijo o hija, en el éxito de la lactancia, en el estilo de crianza y en el desarrollo posterior de los niños y niñas (Kumar et al., 2015).

Se define como parto espontáneo/normal/eutócico a aquel de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento.

El niño o la niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas (Kumar et al., 2015).

2.7 CARACTERÍSTICAS DEL NEONATO

2.7.1 EDAD GESTACIONAL

La edad gestacional es la duración del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional

en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos (Aguilera & Soothill, 2015).

De acuerdo a lo antes citado, es conocido que un recién nacido que nace entre las 20 y 28 semanas de gestación corresponde a un RN inmaduro, entre las 28 y las 36 semanas de gestación corresponde a un RN pretérmino o prematuro, RN a término es aquel que nace entre las 37 y 42 semanas, y finalmente; un RN postérmino es aquel que se presenta luego de las 42 semanas de gestación.

Según el reporte de la investigación de factores asociados con la lactancia materna en madres concurrentes a servicios de Atención Primaria en Salud en el noroeste de Argentina, realizada en el año 2018, se estableció que, en una gran mayoría, los niños y niñas que nacieron a término y a través de parto eutócico, dieron inicio a la lactancia en el trascurso del día de su nacimiento. Además, determinaron una relación efectiva entre el parto a término con la permanencia de la lactancia materna exclusiva.

2.7.2 PESO DEL RN

En referencia al peso, se define al peso de nacimiento como la masa o cantidad de pesadez de un individuo al nacer, el mismo que se expresa en unidades de libras o kilogramos y se clasifica según Angulo Castellanos & García Morales (2016) de la siguiente manera: macrosómico: > 4000 g, peso normal: 2500 a 3999 g, bajo peso: < 2500 y >1500 g, peso muy bajo: <1500 g.

El peso al nacer es una de las condiciones dependientes del recién nacido que influye negativamente en la continuidad de la lactancia materna, pues que a menor peso menor lactancia efectiva, esto se fundamenta porque la prematurez es otro de los principales factores asociado a una lactancia materna ineficaz, ya que los lactantes prematuros tienen limitación para succionar y deglutir (Rocío et al., 2011).

Por otro lado, Boal Herranz GA. & Barrios Mas E. (2020) determinaron que los recién nacidos con peso al nacimiento mayor de 2.500 g están más encaminados a conseguir una lactancia materna exclusiva, mientras que solo el 15,7% de los niños de muy bajo peso (MBPN) fueron amamantados y de los niños con peso al

nacimiento moderadamente bajo (PNMB), entre 1.500 a 2.500 g, solo el 6,7% mantuvo lactancia materna durante seis meses.

2.8 ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN DEL ECUADOR

La generación de políticas públicas de salud debe partir de la evidencia científica, y de la información estadística más confiable y actualizada sobre la situación de salud y nutrición de los ecuatorianos, que permitan mejorar los problemas sociales y contribuir al desarrollo de la población. Es así que el Gobierno, a través del Ministerio de Salud, tomo la decisión de realizar una encuesta nacional de salud y nutrición que, por un lado, actualice la situación nutricional de toda la población y, por otro, investigue los determinantes y la dimensión de las enfermedades crónicas no trasmisibles más relevantes, los patrones de actividad física, la situación nutricional de la población ecuatoriana y las prácticas de lactancia materna y, además, actualice las condiciones de salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres en edad fértil (Freire, WB., 2012).

El INEC desarrolló la ENSANUT 2018 en dos fases, iniciando con una actualización de la muestra dentro de la primera fase, ya que no se contaba con la información necesaria a nivel de la Unidad Primaria de Muestreo. La segunda fase consistió en repartir por fragmentos, tomando en cuenta la organización, todas y cada una de las poblaciones dentro de las UPM asignadas (Mendoza et al., 2018).

La ENSANUT 2018 describe la situación de salud reproductiva materna e infantil, de las enfermedades crónicas no trasmisibles, la situación nutricional, la situación del consumo alimentario, del estado de micronutrientes, el acceso a programas de complementación alimentaria y suplementación profiláctica, la actividad física, el acceso a los servicios de salud, el gasto en salud de la población ecuatoriana de 0 – 59 años; considerando las diferencias geográficas, demográficas, étnicas, sociales y económicas , las especificidades de sexo, edad (INEC, 2018).

Sin duda alguna, el resultado más importante que nos refleja la encuesta, es el incremento de la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida de un 46,4% (en 2014) a 62,1% (2018) (INEC, 2018).

CAPITULO III

3.1 METODOLOGÍA

3.1.1 UNIVERSO Y MUESTRA

Los datos para el presente estudio, son obtenidos de la base de datos de ENSANUT 2018, construido a partir del censo poblacional y de vivienda realizado en el año 2010 con sus respectivas actualizaciones. Fueron encuestas 46.656 viviendas de acuerdo a 2592 unidades primarias de muestreo, con una cobertura geográfica nacional, urbano – rural, regional y provincial.

3.1.2 CÁLCULO MUESTRAL PARA ANÁLISIS

Empleamos la variable metodológica de la prevalencia de la práctica de la lactancia materna exclusiva y menores de 6 meses de edad obtenida en la Encuesta Nacional de salud del año 2018.

Teniendo en cuenta las recomendaciones del INEC 2018, una muestra aleatorizada de 249 participantes es lo que se necesita para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de más/menos 6%, un porcentaje poblacional que será de alrededor del 63% (INEC, 2018).

3.1.3 TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal, analítico.

3.1.4 LUGAR DE ESTUDIO

Realizado en las 24 provincias del Ecuador

3.1.5 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizará en base a la información obtenida de la base de datos de ENSANUT 2018.

3.1.6 MEDICIONES

Las variables se encuentran operacionalizadas en el cuadro “Operacionalización de variables” (ver **tabla 1**).

3.1.7 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Para la recolección de información, se desarrollará una matriz en formato Excel en donde se almacene y se organicen los datos acordes a las variables seleccionadas, posterior al análisis de la base de datos de ENSANUT 2018, específicamente base 1, 4 y 5.

Los variables categóricas serán descritas mediante el porcentaje, las variables continuas serán descritas mediante la media aritmética y la desviación estándar, las variables discretas serán descritas mediante la mediana y rangos intercuartílicos. Los análisis muy variados se lo realizarán utilizando como variable dependiente a la lactancia materna exclusiva a los incidentes de edad si se comparan las variables explicativas utilizando ya sea chi cuadrado para las variables categóricas U de Mann Whitney para variables discretas o aquellas continúas de distribución normal.

Se realizará el análisis multivariante utilizando modelos de regresión logística, siendo los modelos saturados aquellos que incluyen a todas las variables que hayan resultado significativas desde el punto de vista estadístico con un P valor < 0.25. Ese será denominado del modelo saturado. Posteriormente se extraerán de una en una las variables que no resulten significativas utilizando como parámetro el test de Wald; este último se lo denominará como modelo parsimonioso. Finalmente se compararán los modelos saturados y parsimonioso utilizando el test de razón de verosimilitud es definiendo de esa manera el modelo final sobre el que se realizará la interpretación de los resultados.

3.1.8 TABLA1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala/categorías
Lactancia materna exclusiva	La lactancia materna exclusiva —definida como la práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida (sin darle ningún otro alimento ni tampoco agua)— es la intervención preventiva que tiene el mayor impacto potencial sobre la mortalidad infantil. (OMS, 2017)	¿Fue alimentado (…) con leche materna durante el día y/o la noche de ayer?	- Si - No
		En los primeros tres días después del nacimiento de (…), antes de que su leche bajara regularmente, ¿le dió/dieron algo de beber, aparte de su pecho?	- Si - No
		¿Durante cuánto tiempo le dió a (…) solamente pecho, sin ningún otro líquido o complemento alimenticio?	- N° meses - N° días - Nunca le dio solamente pecho - Todavía le está dando solamente pecho - No recuerda
Antecedentes prenatales			
Control prenatal	Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la	¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control prenatal?	- Antes de la semana 12 (3 meses). - Después de la semana 12.

	embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. (Aguilera & Soothill, 2015)		- No se realizó el control
		¿Durante el embarazo le pesaron?	- Sí - No - Ns/Nr
		¿Durante el embarazo le midieron la barriga?	- Sí - No - Ns/Nr
		¿Durante el embarazo ¿le tomaron la presión?	- Sí - No - Ns/Nr
		¿Durante el embarazo ¿hicieron un examen de sangre?	- Sí - No - Ns/Nr
		¿Durante el embarazo ¿le hicieron un examen de orina?	- Sí - No - Ns/Nr
		¿Durante el embarazo le hicieron un examen de VIH?	- Sí - No - Ns/Nr
		¿Durante el embarazo ¿le hicieron un examen de sífilis?	- Sí - No - Ns/Nr
Asesoría sobre lactancia materna	Información recibida sobre beneficios de lactancia materna	¿Durante el control del embarazo, recibió consejería o asesoría sobre lactancia materna?	- Sí - No - Ns/Nr

Inmunizaciones en el embarazo	Administración de preparados destinados a generar inmunidad en la mujer durante la gestación con la finalidad de proteger a la madre y a su hijo contra enfermedades infecciosas susceptibles de prevenirse por medio de las vacunas	¿Durante el embarazo ¿le vacunaron contra el tétanos?	- Sí - No - Ns/Nr
Micronutrientes	Son componentes esenciales de una dieta de alta calidad y tienen un profundo impacto sobre la salud.	Durante el embarazo de (…) consumió:	- Hierro. - Ácido fólico - Hierro más ácido fólico - Ninguno
		¿Con qué frecuencia tomaba los micronutrientes?	- Diaria - Pasando un día - Pasando dos días - Otra, ¿cuál?
Antecedentes natales			
Atención del parto	Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la atención de las mujeres	¿En qué lugar tuvo el parto de (...)?	- Establecimientos de salud del MSP. - Hospital/ clínica/

	gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.		dispensario del IESS. - Seguro social campesino. - Hospital FF.AA/ policía. - Junta de beneficencia. - Consejo provincial/unidad municipal de salud. - Fundación/ Ong. - Clínica/consultorio privado. - En casa. - Otro, ¿cuál?
Atención del recién nacido	Conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después, con el propósito de lograr disminuir el riesgo de enfermar o de morir.	¿El nacimiento de (...) Fue a los 9 meses o antes de tiempo (prematuro, sietemesino o posmaduro)?	- A tiempo - Prematuro - Posmaduro - No sabe

Inicio temprano de la lactancia materna.	Inicio de lactancia en la primera hora de vida extrauterina	¿Le pesaron a (…) en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	- Si - No
		¿Al nacer (…) su último hijo/a le dio el seno?	- Si - No
		¿Por qué no amamantó a (…)?	- Porque le hicieron una cesárea - Porque estaba muy enferma - Porque (…) nació muy enfermo y le pusieron en otra sala por varios días. - Porque después que nació lo llevaron por varias horas, cuando regresó ya no quería coger el seno. - Porque no tuvo leche - Otra, cuál.
Lactancia materna continua	Práctica de alimentar a los lactantes después	¿A qué tiempo después del nacimiento (…)	- ¿Inmediatamente después de nacido

	de los 6 meses de edad hasta los 2 años	empezó a mamar, lactar o recibir leche materna:	(después del parto)? - ¿Menos de una hora? - ¿Entre una hora y menos de 24 horas? - ¿Más de un día?
		¿Le dio el pecho a (…) cada vez que le pidió, o a libre demanda desde que nació?	- Si o no
		¿Hasta qué edad le dió el seno (leche materna) a (…)?	- Años - Meses - Días - Todavía le da - No recuerda
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 sea de forma natural, asistida o quirúrgica	El parto de (...) Fue:	- Normal (vaginal) - Cesárea
Antecedentes posnatales			
Control postparto	Conjunto de actividades, procedimientos e	¿Cuánto tiempo después del parto (……), se hizo el	- Cuarenta días. - Más de cuarenta días.

	intervenciones, para la atención de las mujeres desde las primeras 24 horas hasta 6 u 8 semanas después del parto.	primer control postparto?	- Menos de cuarenta días.
		¿Durante el control del niño, recibió consejería/asesoría sobre lactancia materna?	- Si o no
Discapacidad/ dificultades	Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.	¿Tiene (…) carné de discapacidad emitido por el CONADIS o el MSP?	- Si o no
		¿Tiene dificultad para ver, aunque sea con lentes?	- Si o no
		¿Tiene dificultad para oír, incluso si utiliza un audífono?	- Si o no
		¿Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?	- Si o no
		¿Tiene dificultad para recordar o concentrarse?	- Si o no
		¿Tiene dificultad para bañarse o vestirse?	- Si o no
		Usando su lenguaje habitual, tiene dificultad para comunicarse, es decir, ¿comprender o ser comprendido?	- Si o no
Depresión postparto	La depresión posparto es un	¿Después de alguno de sus	- Si o no

	trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. (NIMH, 2014)	partos, sintió tristeza?	
		¿Fue?	- Poca tristeza. - Mucha tristeza
		¿Durante cuánto tiempo se sintió triste?	- Menos de 3 meses - 1 a 3 meses - 6 meses - 1 año o más - No sabe/ no responde
Comorbilidades	Presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario	Durante el embarazo de (...) ¿tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones: - ¿Hinchazón de manos, pies o cara? - ¿Dolor de cabeza fuerte y permanente? - ¿Convulsiones? - ¿Dolores fuertes de barriga? - ¿Mareos/ náusea/ vómitos? - ¿Fiebre?	- Si - No

		- ¿Preeclampsia /eclampsia? (producida por la presión arterial alta). - ¿Infección de vías urinarias? - ¿Sangrado/hemorragia?	
		En el parto de (...) ¿tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones: - ¿Se rompió el agua de fuente un día antes del parto? - Mala posición del bebé (atravesado, de hombro, nalgas, ¿pies)? - ¿El bebé no respiró o no lloró al nacer?	- Si - No
Edad materna	Años de vida de la madre	¿Cuál es su fecha de nacimiento? (solicite la cédula de identidad o partida de nacimiento)	- Día/ mes/ año - No recuerda

		Entonces, ¿Cuántos años cumplidos tiene?	- Años cumplidos - No recuerda
Condición socioeconómica			
Escolaridad	Nivel educativo de mayor grado aprobado por una persona	Sabe leer	- Si / no
		¿Cuál es el nivel de instrucción y año más alto que aprobó?	- Ninguno - Centro de alfabetización - Jardín de infantes - Primaria - Educación básica - Secundaria - Educación media/bachillerato - Superior no universitario - Superior universitario - Postgrado, doctorado, PHD
Seguridad social	Afiliación o no a la asistencia social general o de otra índole que le permite al beneficiario gozar de la protección social o cobertura de las necesidades	¿Está afiliado o cubierto por seguro:	- IESS seguro general. - IESS, seguro voluntario. - Seguro campesino. - Seguro del ISSFA/ISSPOL.

	socialmente reconocidas.		- Seguro de salud privado. - Ninguno
Vivienda	Lugar protegido o construcción acondicionada para que vivan personas.	Tipo de vivienda	- Casa o villa - Departamento - Cuarto/s en casa de inquilinato - Mediagua - Rancho choza - Covacha - En arriendo - Otra, cuál
		¿La vivienda que ocupa este hogar es:	- Anticresis y arriendo - Propia y la está pagando - Propia y totalmente pagada - Cedida - Recibida por servicios - Otra, cuál
Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural	¿Cómo se identifica según su cultura y costumbres:	- Indígena - Afroecuatoriano/a afrodescendiente - Negro/a - Mulato/a - Montuvio/a - Mestizo/a

			- Blanco/a - Otra, ¿cuál
Estado laboral	Condición de estar realizando o no una actividad laboral que le genere ingresos	¿Qué hizo (…) la semana pasada:	- Trabajó al menos una hora. - No trabajó.
		En el lugar indicado (…) trabaja o trabajó como:	- Patrono(a) - Cuenta propia. - Trabajador(a) del hogar no remunerado - Trabajador(a) no remunerado en otro hogar. - Empleado(a) /obrero(a) de gobierno/estado. - Empleado(a) /obrero(a) privado. - Jornalero(a) o peón. - Empleado(a) doméstico(a).
		¿Recibe el bono de desarrollo humano?	- Si o no

3.1.9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD/ AÑO	2020			2021								
MES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
REALIZACION DE PROTOCOLO	X											
APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS		X	X									
APROBACIÓN POR COMITÉ DE TESIS			X	X								
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN					X	X	X	X	X	X	X	
TABULACIÓN DE DATOS											X	
ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS											X	
ELABORACIONES Y AJUSTES DEL MARCO TEÓRICO											X	X
ELABORACIÓN DE INFORME FINAL DE LA INFORMACIÓN												X

3.1.10 ASPECTOS BIOÉTICOS

El actual proyecto de investigación fue aprobado y firmado a los veinticinco días del mes de marzo del 2021 en la ciudad de Quito por el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, mediante Oficio N° SB-CEISH-POS-696. Este estudio, no representa riesgos para los seres humanos. La recolección de la información se realizó mediante la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2018.

Ya que la información analizada individual es pública y se la puede obtener de la página web tiene que este estudio no contempla ningún tipo de riesgo para los participantes de la encuesta y del presente estudio. Los datos obtenidos serán utilizados específicamente en dicho proyecto.

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

La muestra total estuvo conformada por un total de 1327 díadas madre hijo, superando así el número estimado para alcanzar el poder estadístico suficiente en la detección de diferencias significativas entre los grupos de diadas que practican lactancia materna exclusiva versus aquellas que no. De ese número de diadas, las madres que lo conformaron, obtuvieron una mediana (P25 a P75) de edad de 26 (21 a 32) años, fueron en su mayoría casadas o unidas en un 81%, con nivel de educación media o bachillerato en un 45%. En comparación a las particularidades prenatales, natales y post natales, el 60% dio a luz por parto normal, en establecimientos de salud del Ministerio de salud pública (71%) y recibieron apego precoz en un 78%, tuvieron control prenatal en un 60%.

Las características de complicaciones obstétricas referidas en la Encuesta Nacional de salud demostraron que se presentó fiebre puerperal en un 12%, preeclampsia o eclampsia en un 10%, hemorragia postparto en un 9%, ruptura prematura de las membranas en un 10%, distocia de presentación en un 10% y desproporción céfalo pélvica en un 14%. En relación a las complicaciones neonatales, la encuesta reveló ausencia de llanto al nacer en un 17%, depresión respiratoria neonatal 17%, aparente aspiración amniótica en un 4% (ver **Tabla 2** y **Figuras 1 a 8**).

Tabla 2. Características de toda la muestra.

VARIABLES	MUESTRA TOTAL n= 1327 n (%)
Edad materna (años), P50 (P25 a P75)	26 (21 a 32)
Estado civil*	
Casad/a o Unida	1,048 (81)
Separada	92 (7)
Soltera	161 (12)
Nivel de Instrucción **	
Ninguno o Centro de Alfabetización	15 (1)
Educación Básica	439 (34)
Educación Media/Bachillerato	580 (45)
Superior	255 (20)
Edad del lactante(meses), P50 (P25 a P75)	3 (2 a 4)
Controles prenatales P50 (P25 a P75)	7 (5 a 9)
Tipo de parto	
Normal (vaginal)	789 (60)
Cesárea	538 (40)
Lugar del parto	
Establecimientos de salud del MSP	948 (71)
Hospital/clínica/dispensario del IESS	119 (9)
Seguro social campesino	5(<1)
Hospital FF AA/ policía	2(<1)

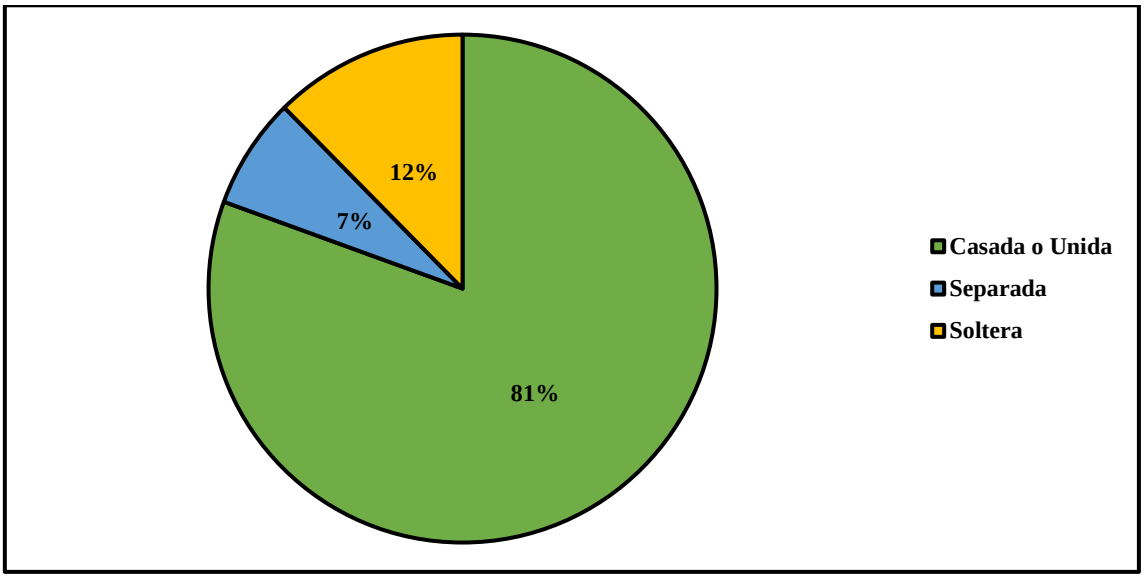
Junta de beneficencia	9 (<1)
Consejo provincial/unidad municipal	2 (<1)
Fundación/ ONG	1(<1)
Clínica/consultorio privado	180 (14)
En casa	56 (4)
Otro	5 (<1)
Apego inmediato, lactancia materna en la primera hora de vida y ligadura oportuna del cordón umbilical.	
Sí	994 (78)
No	277 (21)
No sabe / no responde	10 (1)
Esperaron al menos un minuto para realizar el corte del cordón umbilical.	
Si	830 (63)
No	79 (6)
No sabe/ no responde	418 (31)
Control posparto	
Si	653 (60)
No	438 (40)
Primer control post parto	
Antes de la semana 12	1(33)
No se realizó	2(67)
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	
Fiebre	

Sí	143 (12)
No	1013 (87)
No sabe / no responde	3 (<1)
Preclampsia_eclampsia	
Sí	119 (10)
No	1,036 (89)
No sabe / no responde	4 (<1)
Hemorragia	
Sí	108 (9)
No	1,044 (90)
No sabe / no responde	7 (<1)
Ruptura prematura de membrana	
Sí	120 (10)
No	1,036 (89)
No sabe / no responde	6 (<1)
Distocia de presentación	
Sí	119 (10)
No	1,036 (89)
No sabe / no responde	7(<1)
Desproporción cefalopélvica	
Sí	163 (14)
No	986 (85)

No sabe / no responde	13 (1)
Hemorragia abundante	
Sí	151 (13)
No	1,001 (86)
No sabe / no responde	10(<1)
Sepsis	
Sí	78 (7)
No	1,069 (92)
No sabe / no responde	15 (1)
COMPLICACIONES NEONATALES	
Falta de llanto al nacer	
Sí	202 (17)
No	952 (82)
No sabe / no responde	8 (0.69)
Gemelos o múltiples	
Sí	12 (1)
No	1,146 (99)
No sabe / no responde	4 (<1)
Depresión respiratoria neonatal	
Sí	206 (17)
No	950 (82)
No sabe / no responde	6 (<1)

Aspiración amniótica	
Sí	51 (4)
No	1,086 (94)
No sabe / no responde	25 (2)
*** Estado civil se evaluó empleando las categorías del INEC.**	
**** a priori se establece solo 4 categorías del nivel educativo modificadas por el INEC**	
MSP, Ministerio de Salud Pública; IESS. Instituto ecuatoriano de seguridad social: FFAA, Fuerza Armadas. ONG, Organización no gubernamental.	

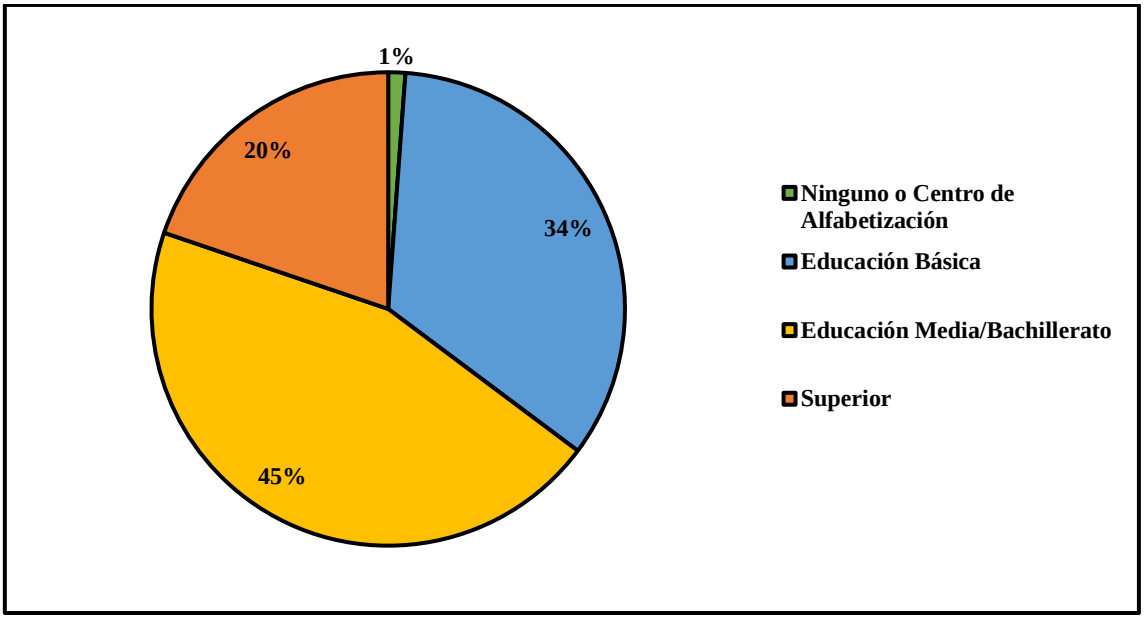
Figura 1. Estado civil según encuesta Ensanut 2018



Fuente: tabla 2

Autores/as: Jiménez L. / Vera A.

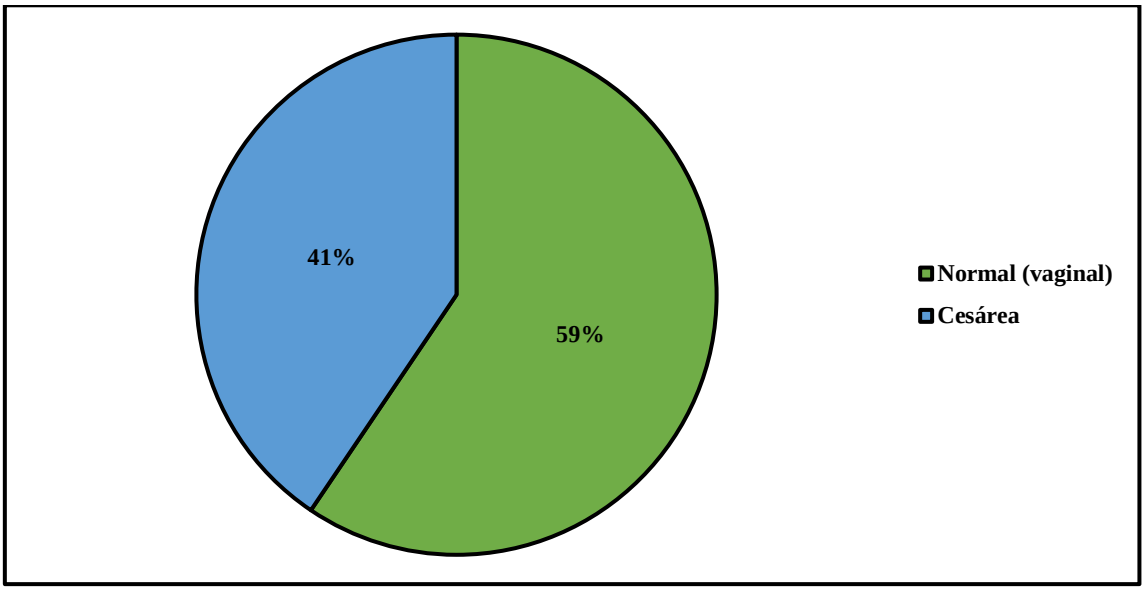
Figura 2. Nivel de instrucción de las madres según encuesta Ensanut 2018



Fuente: tabla 2

Autores/as: Jiménez L. / Vera A.

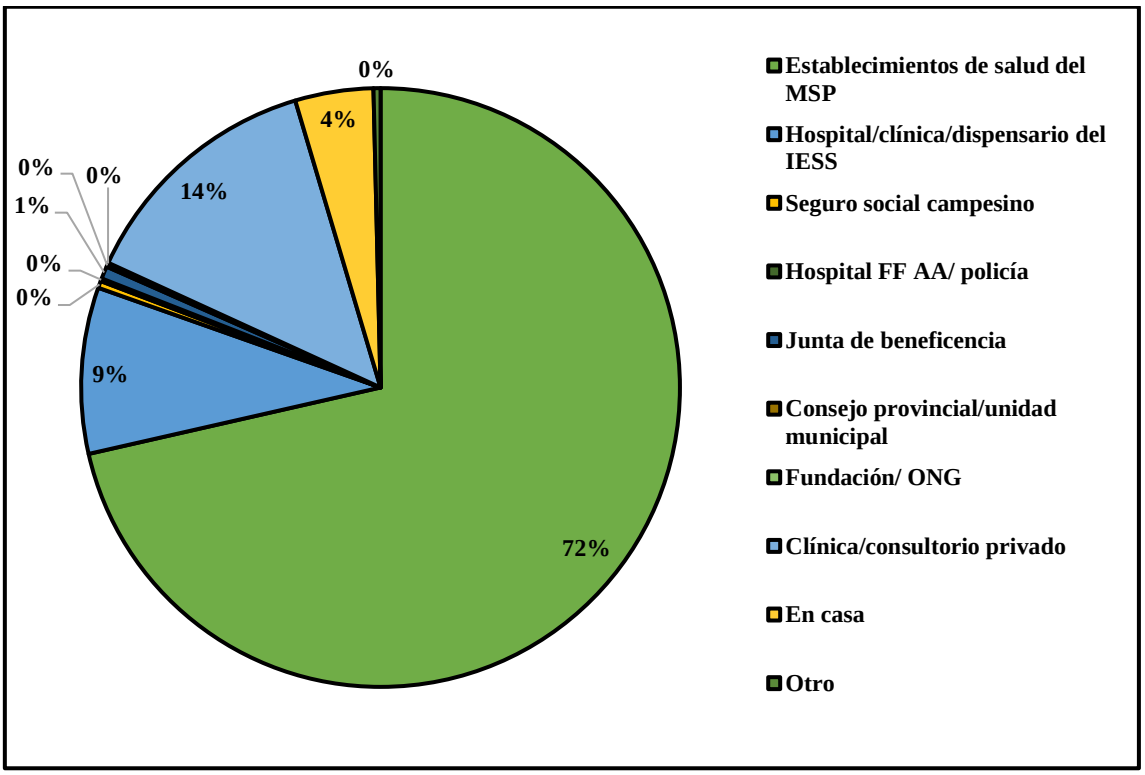
Figura 3. Tipo de parto según la encuesta Ensanut 2018



Fuente: tabla 2

Autores/as: Jiménez L. / Vera A.

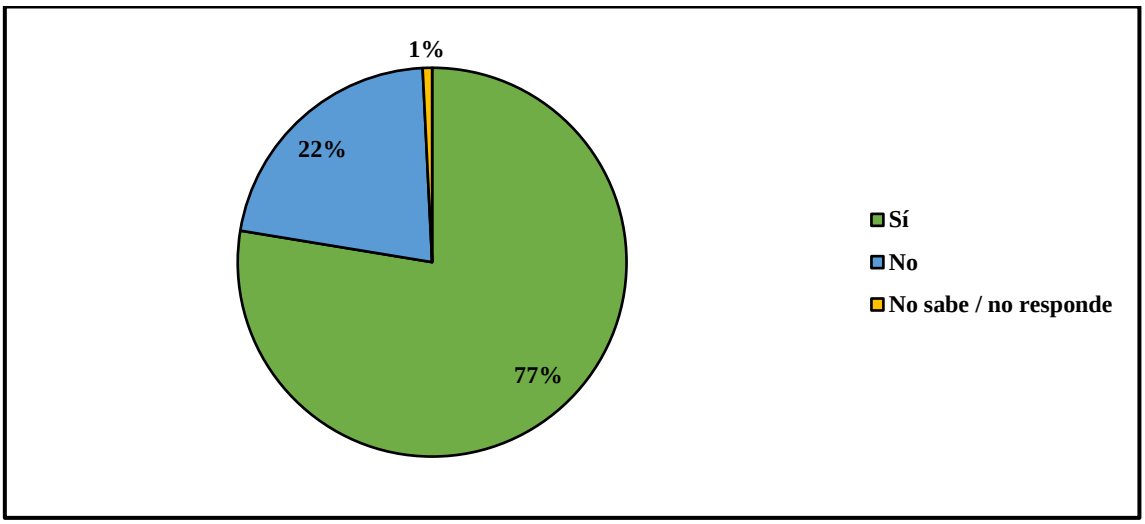
Figura 4. Lugar de parto según encuesta Ensanut 2018



Fuente: tabla 2

Autores/as: Jiménez L. / Vera A.

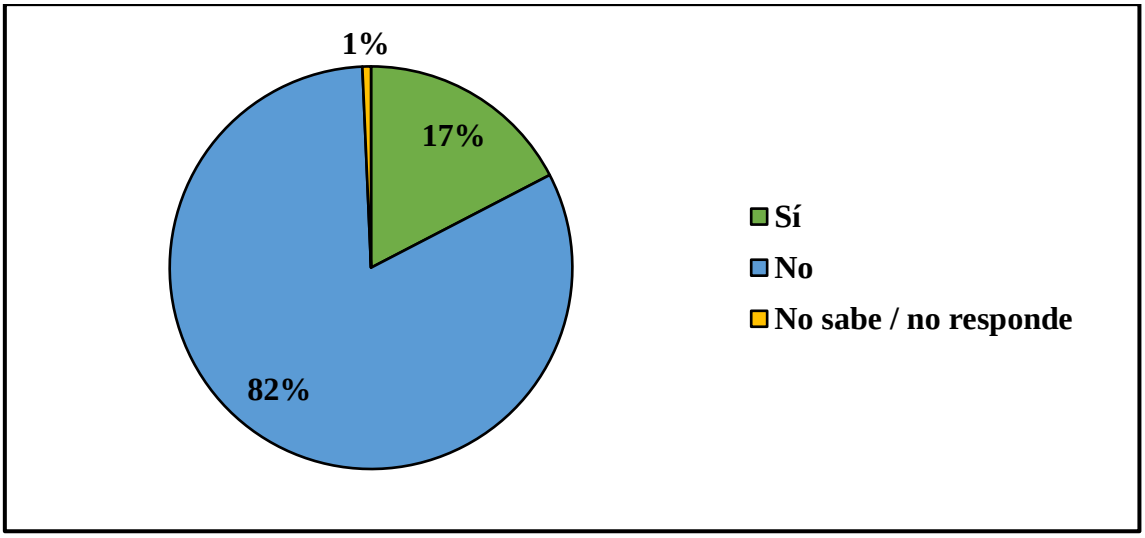
Figura 5. Apego inmediato y lactancia materna en la primera hora de vida según encuesta Ensanut 2018.



Fuente: tabla 2

Autores/as: Jiménez L. / Vera A.

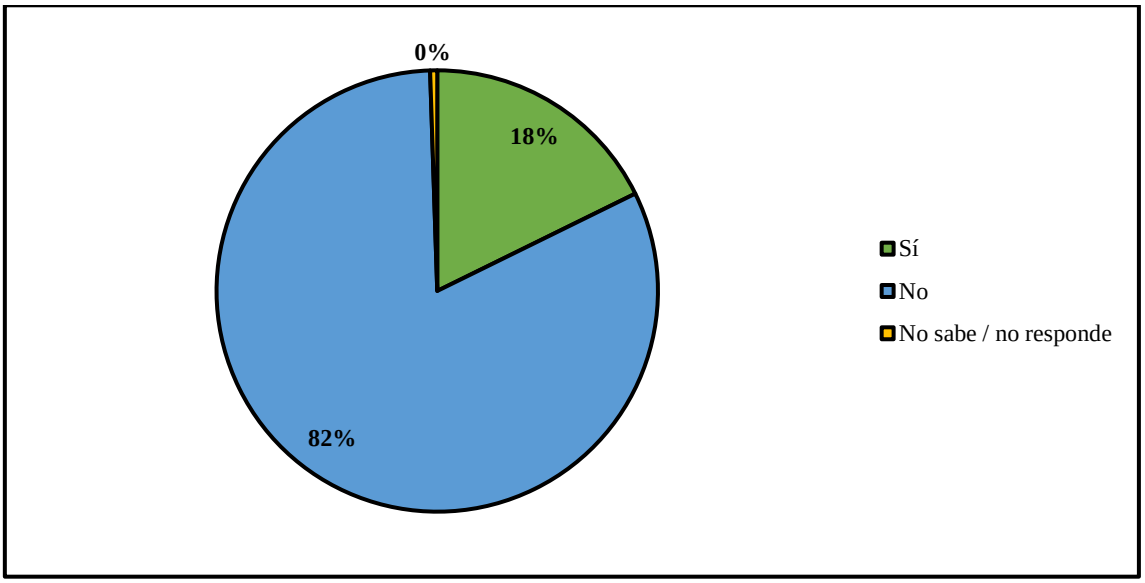
Figura 6. Falta de llanto al nacer según la encuesta Ensanut 2018.



Fuente: tabla 2

Autores/as: Jiménez L. / Vera A.

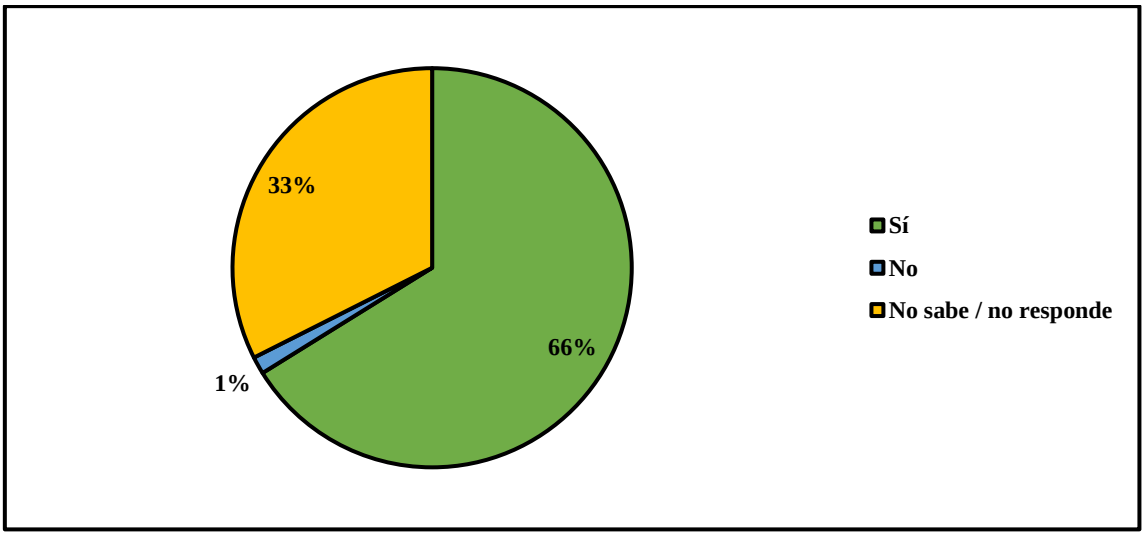
Figura 7. Depresión respiratoria neonatal según Ensanut 2018



Fuente: tabla 2

Autores/as: Jiménez L. / Vera A.

Figura 8. Aspiración amniótica según encuesta Ensanut 2018



Fuente: tabla 2

Autores/as: Jiménez L. / Vera A.

4.2 RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS INFERENCIALES

En relación a las disimilitud de las distintas propiedades sociales, demográficas y perinatales, entre las diadas madre hijo de lactantes menores de 6 meses que practicaron aun la LME versus las que no lo hicieron, hallamos que: (i) hubo una mayor proporción de diadas cuya madre estaba casada o en unión libre (83% versus 77%, p valor del test $Chi^2 < 0.01$), (ii) con respecto al nivel educativo hubo una menor proporción de díadas cuya madre tenía nivel de instrucción superior (18% versus 23%, P valor del test $Chi^2 = 0.10$), (iii) hubo un mayor número de partos normales (64% versus 51%, P valor del test $Chi^2 < 0.01$), (iv) hubo una mayor proporción de partos atendidos de establecimientos de salud del Ministerio de salud pública (64% versus 51%, P valor del test $Chi^2 < 0.01$), (v) tuvieron una mayor proporción de apego inmediato y lactancia dentro de la primera hora de vida (78% versus 75%, p-valor del test $Chi^2 = 0.42$), (vi) una mayor proporción de clampeo oportuno del cordón umbilical (64% versus 60%, p-valor del test $Chi^2 < 0.01$). Con respecto a las complicaciones perinatales de la madre y/o del neonato, con excepción de una menor prevalencia de hinchazón post parto (35% versus 42%, p-valor del test $Chi^2 = 0.033$). No hubo diferencias significativas en las frecuencias de complicaciones prenatal, natales o postnatales recabadas en la encuesta entre quienes recibieron lactancia materna versus aquellos que no (ver **Tabla 3**).

Tabla 3. Diferencias entre los grupos.

Variable	Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna no exclusiva	p – valor
	n = 732	**n = 430**	
Edad materna (años), P50 (P25 a P75)	26 (21 a 31)	26 (21 a 32)	0.23*
Estado civil			
Casada/ unida, n (%)	679 (83)	369 (77)	<0.01*
Separada, n (%)	41 (5)	51(11)	
Soltera, n (%)	101 (12)	60 (12)	
Nivel de Instrucción			
Ninguno o Centro de Alfabetización, n (%)	9 (1)	6 (1)	<0.10*
Educación Básica, n (%)	290 (36)	149 (32)	
Educación Media/ Bachillerato, n (%)	371 (45)	209 (44)	
Superior, n (%)	145 (18)	110 (23)	
Edad del lactante (meses), P50 (P25 a P75)	3 (2 a 4)	4 (2 a5)	<0.01*
Controles prenatales, P50 (P25 a P75)	7 (5 a 8)	7 (5 a 9)	0.04*
Tipo de parto			
Normal (vaginal), n (%)	537 (64)	252 (51)	<0.01**
Cesárea, n (%)	300 (36)	238 (49)	
Lugar del parto			
Establecimientos de salud MSP, n (%)	62(74)	328(67)	<0.01**
Hospital/clínica/dispensario IESS, n (%)	63(7)	56(11)	
Seguro social campesino, n (%)	4(0.48)	1(<1)	

Hospital FF AA/ policía, n (%)	1(0,12)	1(<1)	
Junta de beneficencia, n (%)	6(0,72)	3(<1)	
Consejo provincial/Unidad municipal, n (%)	0(0)	2(<1)	
Fundación/ ONG, n (%)	0(0)	1(0,20)	
Clínica/consultorio privado, n (%)	92(11)	88(18)	
En casa, n (%)	48(6)	8(2)	
Otro, n (%)	3(0.36)	2(<1)	
El apego inmediato, lactancia en la primera hora de vida			
Si, n (%)	631 (78)	363(75)	
No, n (%)	164(20)	113(23)	0.42**
No sabe/ no responde, n (%)	6(0,83)	4(<1)	
Esperaron al menos un minuto para realizar el corte del cordón umbilical			
Si, n (%)	535(64)	295(60)	
No, n (%)	58(7)	21(4)	<0.01**
No sabe, n (%)	244(29)	174(36)	
Control posparto			
Si, n (%)	391(58)	262(64)	<0.01**
No, n (%)	293(43)	145(36)	
Primer control post parto			
Antes de la semana 12, n (%)	1(50)	0(0)	0.38**
No se realizó, n (%)	1(50)	0(0)	
Hinchazón postparto			

Si, n (%)	256 (35)	181 (42)	
No, n (%)	472 (65)	248 (58)	0.033**
No sabe, n (%)	2 (0.3)	0 (0)	
Fiebre			
Si, n (%)	93(139)	50(12)	
No, n (%)	634(87)	379(88)	0.35**
No sabe/ no responde, n (%)	3(<1)	0(0)	
Preclampsia/ Eclampsia			
Si, n (%)	77(11)	42(10)	
No, n (%)	649(89)	387(90)	0.27**
No sabe/ no responde, n (%)	4(<1)	0(0)	
Hemorragia			
Si, n (%)	63(9)	45(10)	
No, n (%)	660(90)	384(90)	0.07**
No sabe/ no responde, n (%)	7(<1)	0(0)	
Ruptura prematura de membrana			
Sí, n (%)	73(10)	47(11)	
No, n (%)	654(89)	382(89)	0,51**
No sabe / no responde, n (%)	5(<1)	1(<1)	
Distocia de presentación			
Sí, n (%)	69(9)	50(12)	0,23**
No, n (%)	657(90)	379(88)	

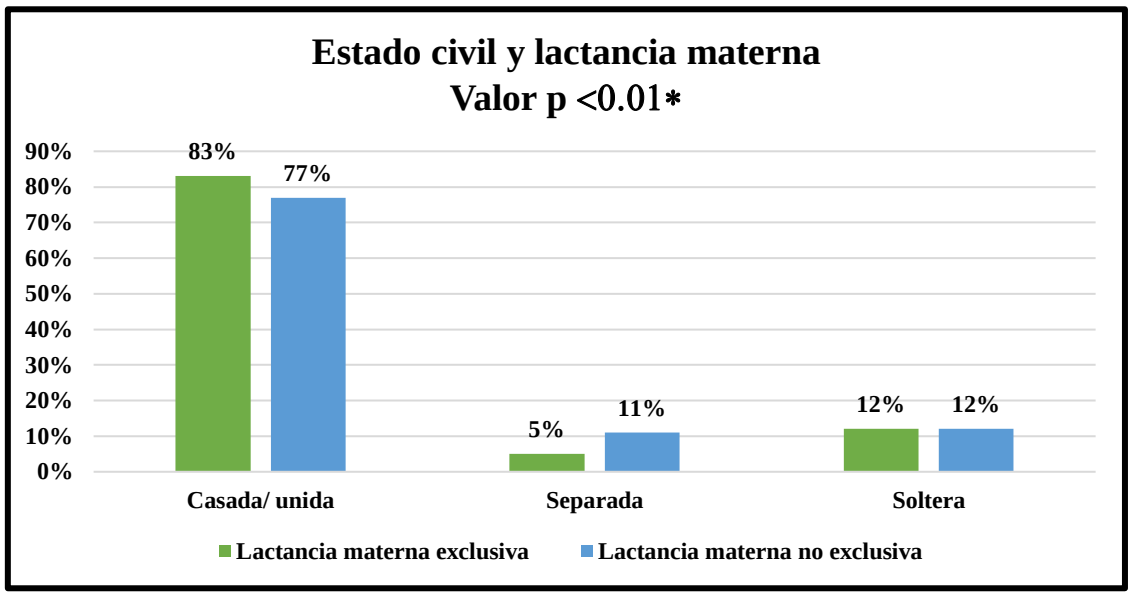
No sabe / no responde, n (%)	6(<1)	1(<1)	
Desproporción cefalopélvica			
Sí, n (%)	102(14)	61(14)	
No, n (%)	618(84)	368(86)	0,89**
No sabe / no responde, n (%)	12(2)	1(<1)	
Hemorragia abundante			
Sí, n (%)	94(13)	57(13)	
No, n (%)	629(86)	371(87)	0,20**
No sabe / no responde, n (%)	9(1)	1(<1)	
Sepsis			
Sí, n (%)	43(6)	35(8)	
No, n (%)	679(93)	390(91)	0,31**
No sabe / no responde, n (%)	10(1)	5(1)	
Falta de llanto al nacer			
Sí, n (%)	43(6)	35(8)	
No, n (%)	679(93)	390(91)	0,31**
No sabe / no responde, n (%)	10(1)	5(1)	
Gemelos o múltiples			
Sí, n (%)	6(<1)	6(1)	
No, n (%)	722(99)	424(99)	0,20**
No sabe / no responde, n (%)	4(<1)	0(0)	
Depresión neonatal			

Sí, n (%)	138(19)	68(16)	
No, n (%)	589(80)	361(84)	0,23**
No sabe / no responde, n (%)	5(<1)	1(<1)	
Aspiración amniótica			
Sí, n (%)	28(4)	23(5)	
No, n (%)	685(94)	401(93)	0,19**
No sabe / no responde, n (%)	19(2)	6(1)	

*** Mann-Whitney**

**** Chi²**

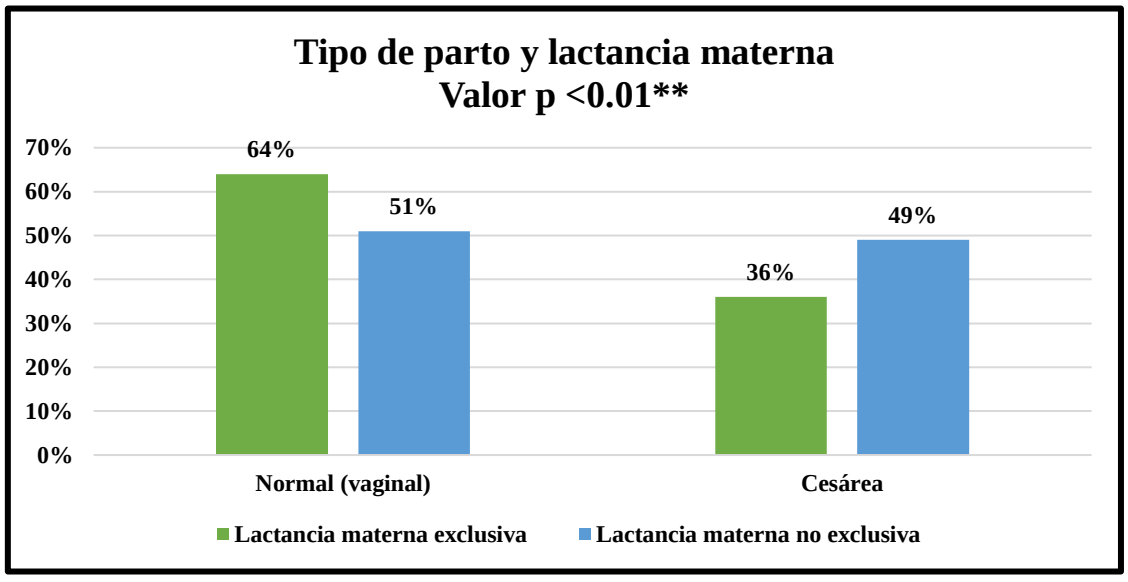
Figura 9. Estado civil y lactancia materna según encuesta Ensanut 2018



Fuente: tabla 3

Autores/as: Jiménez L. / Vera A.

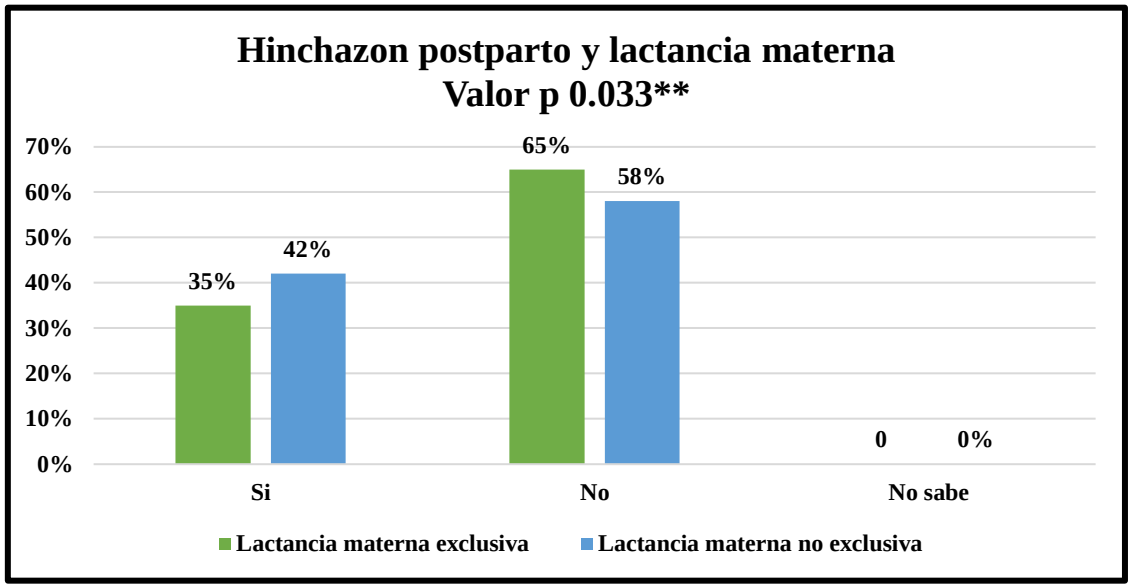
Figura 10. Tipo de parto y lactancia materna según la encuesta Ensanut 2018



Fuente: tabla 3

Autores/as: Jiménez L. / Vera A.

Figura 11. Hinchazón postparto y lactancia materna según la encuesta Ensanut 2018



Fuente: tabla 3

Autores/as: Jiménez L. / Vera A.

4.3 RESULTADOS DEL ANALISIS MULTIVARIANTES

4.3.1 MODELO PARSIMONIOSO

Los resultados del análisis multivariado demostraron que los determinantes perinatales asociados a la lactancia materna exclusiva más estadísticamente significativos engloban a la edad del lactante (OR=1.2; IC del 95%: 1.1 a 1.3), que por cada mes de incremento aumenta la probabilidad en un 25% de abandono de la práctica de la lactancia materna, el estar separada (OR= 2.1; IC del 95%: 1.3 a 1.5) o soltera (OR= 1.1; IC del 95%: 0.8 a 1.7) incrementando en un 16% y 19%, respectivamente, la posibilidad de abandono de la práctica de la lactancia materna, el parto tipo cesárea (OR= 1.6; IC del 95%: 1.3 a 2.1) incrementa en un 65% de la posibilidad de abandono de la práctica de la lactancia materna, dentro de los problemas perinatales, el no haber he tenido hinchazón en las extremidades (OR= 0.75; IC del 95%: 0.5 a 0.9) produce alrededor de 25% la posibilidad de abandono de la práctica de la lactancia materna (ver **tabla 5**).

Es importante mencionar que, existen algunas variables como el control postparto y el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, son estadísticamente significativas a pesar del ajuste realizado con el modelo parsimonioso (ver **tabla 3**).

Tabla 4. Análisis multivariante, modelo saturado

Falta de lactancia materna	**OR**	**P-valor**	**IC 95%**
Edad materna	1.00	0.96	1 (0.9 a 1)
Edad en meses	1.27	<0.01	1.2 (1.1 a 1.3)
Estado civil de la madre			
Casada o unida (ref.)	1		-
Separado/a	2.09	<0.01	2.3 (1.3 a 3.5)
Soltero/a	1.27	0.26	1.4 (0.8 a 1.9)
Escolaridad de la madre (por cada año extra)	1.03	0.04	1.0 (1.0 a 1.1)
El apego inmediato, lactancia en la primera hora de vida			
Si	1	-	-
No	1.11	0.48	1.2 (0.8 a 1.5)
No sabe / no responde	0.91	0.92	2.9 (0.1 a 5.7)
Esperaron al menos un minuto para realizar el corte del cordón umbilical			
Si	1	-	-
No	0.73	0.31	0.9 (0.4 a 1.3)
No sabe	1.23	0.15	1.3 (0.9 a 1.6)
Controles prenatales (por cada control extra)	1.03	0.16	1.0 (1.0 a 1.1)
Tipo de parto			
Céfalo-vaginal	1	-	-
Cesárea	1.48	-	1.5 (1.1 a 1.9)
Control postparto (no haber recibido es la ref.)	0.84	0.23	0.9 (0.6 a 1.1)

Hemorragia abundante (no haber tenido es la ref.)	0.98	0.25	1.0 (1.0 a 1.0)
Aspiración amniótica (no haber tenido es la ref.)	0.99	0.77	1.0 (1.0 a 1.0)
Hinchazón postparto (no haber tenido es la ref.)	0.73	0.02	0.8 (0.6 a 1.0)

Tabla 5. Análisis multivariante, modelo parsimonioso.

Falta de lactancia exclusiva	**OR**	**P-valor**	**IC 95%**
Edad en meses	1.25	<0.01	1.2 (1.1 a 1.3)
Estado civil materno			
Casada o unida	1	-	-
Separado/a	2.09	<0.01	2.3 (1.3 a 3.5)
Soltero/a	1.19	0.36	1.3 (0.8 a 1.7)
Escolaridad materna (por cada año extra)	1.03	0.02	1 (1 a 1.07)
Tipo de parto			
Cervico-vaginal	1	-	-
Cesárea	1.65	-	1. 7 (1.3 a 2.1)
Hinchazón posparto (no haber tenido es la ref.)			
No	0.75	0.03	0.7 (0.5 a 0,9)
No sabe/ no responde	1	-	1.8 (0.9 a 0.2)

CAPITULO V

5.1 DISCUSIÓN

Dentro de los determinantes perinatales y postnatales que influyen negativamente en el mantenimiento de la LME se determinó mediante modelos de regresión logística que, la mayor edad del lactante, madres con estado civil soltera o separada, una mayor escolaridad materna, el parto tipo cesárea y el haber presentado hinchazón posparto se asociaron de manera significativa e independiente con el abandono de la lactancia materna. Lo que indica que las características contextuales y perinatales a las que se exponen las madres y posteriormente las díadas madre e hijo influyen de diversas maneras sobre el mantenimiento de la práctica de la lactancia materna exclusiva.

En nuestro estudio encontramos que la LME fue mayor en la diada madre hijo en estado civil casada, con una asociación significativa sobre todo en aquellas madres cuyo parto se realizó en instituciones del MSP, siendo el parto vaginal el de mayor prevalencia. Probablemente eso se debe a una mayor penetración de las políticas públicas en beneficio de la lactancia materna.

Es importante mencionar que existen otras variables que se asocian de manera significativa con la lactancia materna exclusiva como esperar al menos un minuto para que realice el corte del cordón umbilical y el control postparto cada uno con un p valor menor de 0.01 (Pacheco-Y Orozco. et al., 2021).

Algunas complicaciones prenatales, natales o postnatales como preeclampsia, ruptura de presentación, falta de llanto al nacer y depresión neonatal no tuvieron relación significativa a excepción del tipo de parto con mayor prevalencia el parto vaginal y la hinchazón postparto con las que si encontramos asociación estadística importante en el mantenimiento de la LME.

Es posible que una falta de apropiada recopilación de esta información haya impedido establecer asociaciones significativas puesto que estas variables fueron obtenidas de una encuesta. Por lo tanto, pudo existir alguna fuente de Confusión residual por falta de información pues se trató de una encuesta y no de la recopilación de información directa de la historia clínica.

5.2 CONTRASTE CON LA LITERATURA CIENTÍFICA

Un estudio realizado en Etiopía demostró que los bebés nacidos de mujeres casadas, que son amas de casa y que tuvieron un parto vaginal en un centro de salud fueron predictores de la LME, lo que corrobora los resultados obtenidos en nuestra investigación en los que se evidencia asociación significativa entre la lactancia materna y las madres con estado civil casada, así como con las que tuvieron un parto vaginal con un p valor inferior a 0.01 cada uno.

Una revisión sistemática demostró que las tasas de aceptación de la lactancia materna son más bajas después de un parto por cesárea que por un parto vaginal (Beake et al., 2017), además en un estudio realizado por Hobbs et al. (2016) determinan que existe un gran impacto negativo del tipo de parto por cesárea en el inicio y continuidad de la lactancia materna en comparación con el parto vaginal lo que coincide con nuestra investigación.

A pesar de existir poca evidencia sobre el pinzamiento oportuno del condón umbilical que según las recomendaciones de la OMS debe realizarse durante 1 y 3 minutos después del parto (Organización Mundial De La Salud, 2013) y sus ventajas sobre la lactancia materna, Pacheco-Y Orozco y colaboradores mencionan que el pinzamiento tardío junto a la colocación piel a piel del recién nacido son intervenciones que aumentan el índice de LME , datos concordantes a los obtenidos en nuestro estudio en que se evidencia relación significativa de esta variable con la continuidad de la lactancia.

En la búsqueda científica no encontramos estudios que relacionen las complicaciones maternas perinatales como la preeclampsia ni la hinchazón postparto con la lactancia materna, ni tampoco pudimos determinar una asociación significativa relevante con la muestra utilizada en nuestra investigación debido a esto, deberían considerarse estas variables específicas para nuevos estudios con la finalidad de poder determinar si influyen en el declive de la lactancia materna exclusiva.

5.3 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

La lactancia materna es desde todos los tiempos, la mejor herramienta para garantizar un desarrollo neurocognitivo adecuado en los lactantes. Las múltiples organizaciones internacionales a cargo de los programas de la salud, tienen como objetivo fomentar el desarrollo de esta gran práctica mediante una técnica adecuada, ya que no existiría ningún otro método que aporte un beneficio de tal magnitud.

Identificar a la población en riesgo, permitirá efectuar de manera precoz las distintas intervenciones y llevar a cabo la ejecución de manera unipersonal la promoción de la lactancia materna exclusiva, la misma que se ha visto beneficiada en aquellos niños que nacieron por parto normal y disminuida en aquellos hijos de madres que debutaron con algún tipo de complicación postparto, como la hinchazón de extremidades, de tal manera, que el impulso que pueda darse a nuestras madres desde el control prenatal sobre la lactancia, su técnica adecuada y beneficios tanto para ella como para su bebe, sin duda alguna será la clave principal para el cumplimiento de esta gran práctica.

5.4 IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA

Según lo estimado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la lactancia materna figura como ente importante dentro del desarrollo sostenible gracias a su rentabilidad y ecología, en donde, además, garantiza la prevención de enfermedades propias de la infancia y el buen desarrollo de nuestros niños y niñas desde el punto de vista físico, psicológico e intelectual.

En nuestro país, el marco legal de la lactancia está estipulado por la Política Nacional de la Lactancia Materna y la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, complementado con varios programas sobre la nutrición y el desarrollo del niño, por lo que se debería garantizar la lactancia en todos los infantes independientemente de cualquier factor interno o externo. Sin embargo, existen determinantes perinatales, tal como se observa en este estudio, que pueden afectar de manera directa el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.

A futuro, esta inversión en el capital humano de nuestro país, promueve un desempeño realmente importante a nivel escolar con mejores opciones a desarrollar una vida profesional optima.

5.5 LIMITACIONES

Consideramos al tiempo empleado en el estudio como limitación principal, ya que los datos investigados corresponden a un determinado periodo de tiempo, probablemente el seguimiento y análisis continuo de estas variables podrían sugerirnos resultados con amplia significancia estadística. Creemos que, la falta de información clínica proveniente de una fuente secundaria como la historia clínica, pudiese mejorar la identificación de las asociaciones reales. La falta de separación temporal entre las variables, pudo haber jugado un rol como posible fuente de confusión residual, sin embargo, por la cantidad de personas incluidas en la encuesta, consideramos que es posible que algunas de estas asociaciones no sean reales.

5.6 FORTALEZAS

En cuanto a las fortalezas, gracias al amplio contenido de la encuesta, se logró establecer una hipótesis clara acerca de la relación causal entre la lactancia materna exclusiva y los determinantes perinatales, identificando una gran cantidad de variables sociales demográficas y perinatales gracias a la amplia muestra establecida con información propicia de todo el territorio nacional.

CAPITULO VI

6.1 CONCLUSIONES

Existen importantes determinantes contextuales y perinatales de la práctica de la lactancia materna exclusiva en las diadas madre-hijo encuestadas en la Encuesta Nacional de Salud del año 2018. En específico, la edad de la madre, la edad del lactante, el estado civil, el grado de escolaridad, el tipo de parto y sitio de atención del mismo, el apego inmediato, el oportuno clampeo del cordón umbilical, así como también, la presencia de complicaciones tales como hinchazón, son factores que contribuyen de alguna manera a estimar la práctica y el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en esta población.

6.2 RECOMENDACIONES

Dentro de nuestras recomendaciones, lleva gran importancia el sugerir que se realice un estudio longitudinal prospectivo que incluya una población significativa con metodología adecuada que permita establecer asociaciones mucho más fuertes y significativas.

La pandemia ha representado grandes retos para la salud y la investigación, sin embargo, las medidas de contingencia cada vez son más flexibles, lo que permite un mejor flujo de información por lo que recomendamos en futuros trabajos, aprovechar estos nuevos flujos para obtener información actualizada y alta calidad.

Se recomiendan a los organismos estatales cumplan con la aplicación de la normativa legal vigente para que por medio de esta se fomente, se regule y se incremente la lactancia materna de forma positiva en toda la población asignada y mucho más en aquellas pacientes con riesgos o estados propios de vulnerabilidad.

Nuestra propuesta final sería fortalecer los programas del Ministerio de Salud Pública mediante capacitación, información y educación a los ejecutantes, así como, establecer la necesidad de controles prenatales en los cuales la información sobre la lactancia materna exclusiva sea obligatoria y no parte solamente de un

formato. Esta medida, debe ser reforzada con educación continua en cada contacto que tenga la madre y niño menor de 6 meses con el servicio de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Amado Herrera, L., & Munares-García, O. (2019, March). *Práctica de lactancia materna en el puerperio inmediato e influencia de la paridad | Amado Herrera | Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 4. http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/388/307

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstetrics and Gynecology*, *135*(6), e237–e260. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891

Beake, S., Bick, D., Narracott, C., & Chang, Y. S. (2017). Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, *13*(4), 1–13. https://doi.org/10.1111/mcn.12390

Becerra Bulla, F. (2015). El Entorno Familiar Y Social De La Madre Como Factor Que Promueve O Dificulta La Lactancia Materna. *Revista de La Facultad de Medicina*, *63*(2), 217–227. https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051

Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatria*, *88*(1), 15–21. https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001

Chen, C., Yan, Y., Gao, X., Xiang, S., He, Q., Zeng, G., Liu, S., Sha, T., & Li, L. (2018). Influences of Cesarean Delivery on Breastfeeding Practices and Duration: A Prospective Cohort Study. *Journal of Human Lactation*, *34*(3), 526–534. https://doi.org/10.1177/0890334417741434

Cohen, S. S., Alexander, D. D., Krebs, N. F., Young, B. E., Cabana, M. D., Erdmann, P., Hays, N. P., Bezold, C. P., Levin-Sparenberg, E., Turini, M., & Saavedra, J. M. (2018). Factors Associated with Breastfeeding Initiation and

Continuation: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatrics*, *203*, 190-196.e21. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008

Duenas Espin, I., Leon-Caceres, A., Alava, A., Ayala, J., Figueroa, K., Loor, V., Loor, W., Menendez, M., Menendez, D., Moreira, E., Segovia, R., & Vinces, J. (2020). *Breastfeeding education, early skin-to-skin contact, and other strong determinants of exclusive breastfeeding in an urban population: results from a prospective study*. https://doi.org/10.1101/2020.06.12.20129601

Edmond, K. M., Zandoh, C., Quigley, M. A., Amenga-Etego, S., Owusu-Agyei, S., & Kirkwood, B. R. (2006). Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*, *117*(3). https://doi.org/10.1542/peds.2005-1496

Eidelman, A. I., & Schanler, R. J. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, *129*(3). https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552

Faytong, M. S. (2020). *Las tres demoras en salud que llevan a complicaciones obsté- tricas en embarazadas en ecuador. un estudio de revisión*.

Freire, WB., et al. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutricion de la población ecuatoriana de cero a 59 años.* (Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (ed.); Primera Ed).

Hassiotou, F. (2012). *Anatomía de la glándula mamaria humana : estado actual del conocimiento*. *000*, 1–23. https://doi.org/10.1002/ca.22165

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*, *16*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1

Hypoglycemia, N. (2019). *Hipoglucemia neonatal : revisión de las prácticas habituales*. 195–204.

INEC. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Ensanut*, *1*, 47.

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

Kiani, S. N., Rich, K. M., Herkert, D., Safon, C., & Pérez-Escamilla, R. (2018). Delivery mode and breastfeeding outcomes among new mothers in Nicaragua. *Maternal and Child Nutrition*, *14*(1), 1–10. https://doi.org/10.1111/mcn.12474

Kumar, A., Jones, D. D., Hanna, M. A., Soediono, B., & Bartocci, A. C. (2015). Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 3). http://www.mdpi.com/1996-1073/2/3/556/

Leeman, L. (2017). Soporte vital avanzado en Obstetricia. *ALSO*, 456. www.aafp.org/also

López de Aberasturi Ibáñez de Garayo, A., Santos Ibáñez, N., Ramos Castro, Y., García Franco, M., Artola Gutiérrez, C., & Arara Vidal, I. (2021). Prevalencia y determinantes de la lactancia materna: estudio Zorrotzaurre. *Nutr. Hosp*, 50–59.

Madalena Femina Monteban. (2018). *Factores asociados con la lactancia materna en madres concurrentes a servicios de Atención Primaria en Salud en el NOA*. https://www.redalyc.org/journal/185/18561091008/html/

Mendoza, N., Ocaña, N., Guano, D., Nuñez, J., & Valdivieso, K. (2018). *Documento Metodológico de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)*.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). *Materno-neonatal, Componente Normativo*.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Atención del aborto terapéutico Guía de práctica clínica (GPC)*. http://salud.gob.ec

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo Guía de Práctica Clínica*. *148*, 148–162. www.salud.gob.ec

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *GACETA EPIDEMIOLOGICA DE MUERTE MATERNA SE9 ECUADOR 2021 DEFINICIONES*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/Gaceta-de-MM-SE-09.pdf

Moraes de Oliveira, M., & Camelo, J. S. (2017). Gestational, perinatal, and postnatal factors that interfere with practice of exclusive breastfeeding by six months after birth. *International Breastfeeding Journal*, *12*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s13006-017-0132-y

Mosca, F., Roggero, P., Garbarino, F., Morniroli, D., Bracco, B., Morlacchi, L., Mallardi, D., Gianni, M. L., & Consonni, D. (2018). Determinants of breastfeeding discontinuation in an Italian cohort of mother-infant dyads in the first six months of life: A randomized controlled trial. *Italian Journal of Pediatrics*, *44*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s13052-018-0572-z

OMS. (2016). *Las leyes para proteger la lactancia materna son inadecuadas en la mayoría de los países*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia.

OMS. (2017). Metas Mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre lactancia materna.(Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief]. *Who/Nmh/Nhd/14.7*, *4*, 1. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255731/1/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial De La Salud. (2013). Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes. *Oms*, 1–5.

Pacheco-Y Orozco., F. A., Lezama-Villamil, F. G., Carrillo-Colorado, A., Amaro-García, E. J., & de los Ángeles Dueñas-Arau, M. (2021). Early vs delayed cord clamping and early skin-to-skin contact in cesarean section. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, *89*(6), 453–463. https://doi.org/10.24245/gom.v89i6.5445

Práctica, G. De, & Gpc, C. (2016). *Recién nacido con dificultad para respirar*.

Reyes, L. (2017). Hemorragias De Primer, Segundo Y Tercer Trimestre De Gestación. *Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Santa Marta*, *13*, 6–13.

Rocío, E., Villabona, A., Nathalia, L., & Acevedo, G. (2011). Artículos Originales Lactancia materna ineficaz. *Revista Dela Universidad Industrial de Santander, Salud*, 10. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000300008

Salas Ramírez, B., Montero Brenes, F., & Alfaro Murillo, G. (2020). Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. *Revista Medica Sinergia*, *5*(7), e532. https://doi.org/10.31434/rms.v5i7.532

Sandí, G. F. (2018). Elementos anatomofisiológicos del proceso de lactogénesis con trascendencia médico lega. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD*, *8*(6). https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v8i6.36068

Sanid, R., & Mex, M. (2017). *Morbilidad y factores de riesgo en neonatos de término atendidos en el Hospital Español de México Morbidity and risk factors in term infants treated at the Hospital Español de México*. 258–263.

Tejada, F., Vásquez, G., Callay, S., & Falconí, G. (2020). *BOLETÍN ESTADÍSTICO NRO1: LACTANCIA MATERNA: Derecho que garantiza el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño*. *21*(5), 297–299. https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/02/boletin_lactancia_materna_20feb-1.pdf

Unicef. (2014). Alianzas para la Nutrición Infantil. *Alianzas Para La Nutrición Infantil*, 1–32. https://www.unicef.org/ecuador/alianzas_para_la_nutricion.pdf

Victora, Cesar G., et al. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, *387*(10017), 475–490. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7