



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre - Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRIA EN

SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA Y HOSPITALARIA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABANDONO PRECOZ DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, EN EL CENTRO DE SALUD
CASEGURAL, DISTRITO III DEL MUNICIPIO DE SUCRE
GESTIÓN 2018**

**Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de “Maestría en
Salud Pública y Epidemiología
Clínica y Hospitalaria”**

MAESTRANTE: JENNY ORTIZ BELTRAN

**Sucre – Bolivia
2018**



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre - Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRIA EN

SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA Y HOSPITALARIA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABANDONO PRECOZ DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, EN EL CENTRO DE SALUD
CASEGURAL, DISTRITO III DEL MUNICIPIO DE SUCRE
GESTIÓN 2018**

**Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de “Maestría en
Salud Pública y Epidemiología
Clínica y Hospitalaria”**

MAESTRANTE: JENNY ORTIZ BELTRAN

TUTOR: Dr. GROVER ALFREDO LINARES PADILLA, PhD.

**Sucre – Bolivia
2018**

AGRADECIMIENTOS

Primero y, antes que nada, dar gracias a Dios por estar en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante el periodo de estudio.

Al Centro de Salud Casegural por abrirme las puertas como un segundo hogar a todas y cada uno de las personas que me recibieron, por brindarme de su tiempo y experiencias.

A la Universidad Andina Simón Bolívar por las facilidades otorgadas y la mayor satisfacción de poder estudiar en tan digna universidad. Esto me permitió adquirir nuevos conocimientos además de gozar como alumna de tan amada y prestigiosa universidad.

Al Dr. Grover Linares quien con toda su paciencia y conocimiento me brindo su ayuda incondicional para realizar este trabajo.

Agradecer hoy y siempre a mi familia por el esfuerzo realizado por el apoyo en mis estudios en especial a mi madre ya que en todo momento me brindó su apoyo no olvidando la alegría y fortaleza necesaria que me da para seguir adelante.

DEDICATORIA

Le dedico primeramente a Dios que es el creador de todas las cosas, el que me dio fortaleza y sabiduría, por ello con toda la humildad que emana de mi corazón le dedico este trabajo.

De igual forma a mi madre a quien le debo la vida le agradezco su cariño y comprensión, a mi hijo quien me inspira a seguir adelante.

RESUMEN

Objetivo general: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud Casegural del Distrito III del municipio de Sucre Gestión 2018.

Metodología de investigación: Con enfoque de investigación cuantitativo, porque busca las posibles causas (factores de riesgo) para el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, además porque utiliza métodos y técnicas cuantitativas.

Este estudio es **observacional**, **transversal** porque al mismo tiempo se recogieron todas las variables. Además, tiene un componente **analítico** porque establece asociaciones entre las variables independientes y la variable dependiente (Abandono precoz de la lactancia materna exclusiva).

Se contó con 106 mujeres con un hijo de 7 a 12 meses de edad, que acudieron al centro de Salud Casegural.

Resultados: La prevalencia del abandono de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, en el Centro de salud Casegural, Distrito III del Municipio de Sucre es del 70,75%. Se encontró asociación en el abandono de la lactancia materna exclusiva: con edad (OR=2,15), es un factor de riesgo concuerda con el estudio realizado por Antoni Oliver, estado civil (OR=1,96), se encontró asociación al igual que el estudio realizado por Patricia Rondan, nivel educativo (OR=1,59), ocupación (OR=1,58), parto distócico (OR=1,53), peso del niño al nacer (OR=1.49), madres primerizas (OR=1,74) es un factor de riesgo, concuerda con el estudio realizado en Perú, sin embargo el estudio realizado por Patricia Rondan no encontró asociación, orientación sobre la lactancia materna (OR=1,58). Las asociaciones NO fueron significativas.

Recomendaciones: Se recomienda a todos los Centros de Salud dar una información personalizada y anticipada sobre lactancia materna y sus posibles problemas, se recomienda a las mujeres que estén dando de lactar tomen su tiempo para brindar una buena alimentación a su niño y dejar de un lado los mitos. Al tratarse de factores de riesgos psicosociales, es dificultoso recomendar a las madres que cumplan una buena alimentación con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño.

SUMMARY

General objective: To determine the prevalence and risk factors associated with the early abandonment of exclusive breastfeeding in the Casegural Health Center of District III of the municipality of Sucre Gestión 2018.

Research methodology: quantitative research approach, because it looks for possible causes (risk factors) for the early abandonment of exclusive breastfeeding, also because it uses quantitative methods and techniques. This study is observational, transversal because at the same time all the variables were collected. In addition, it has an analytical component because it establishes associations between the independent variables and the dependent variable (Early abandonment of exclusive breastfeeding). There were 106 women with children between 7 and 12 months of age, who went to the Casegural Health Center

Results: The prevalence of the abandonment of exclusive breastfeeding up to 6 months, in the Casegural Health Center, District III of the Municipality of Sucre is 70.75%. An association was found in the abandonment of exclusive breastfeeding: with age (OR = 2.15), it is an irrigation factor according to the study carried out by Antoni Oliver, marital status (OR = 1.96), an association with same as the study conducted by Patricia Rondan, educational level (OR = 1.59), occupation (OR = 1.58), dystocic birth (OR = 1.53), birth weight of the child at birth (OR = 1.49), mothers Firstly (OR = 1.74) is a risk factor, agrees with the study conducted in Peru, however the study conducted by Patricia Rondan found no association, guidance on breastfeeding (OR = 1.58). Although these associations were NOT significant.

Recommendations: It is recommended to all Health Centers to give personalized and anticipated information about breastfeeding and its possible problems, it is recommended to women who are breastfeeding take their time to provide good nutrition to your child and put aside the myths.

When dealing with psychosocial risk factors, it is difficult to recommend mothers who comply with a good diet with exclusive breastfeeding until 6 months of age of the child.

ÍNDICE

	Pág.
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1. Antecedentes	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Justificación y uso de los Resultados.....	2
1.4. Objetivos	3
1.4.1. Objetivo General	3
1.4.2. Objetivos Específicos	3
CAPITULO II	
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
2.1. Marco conceptual.....	4
2.1.1. Lactancia materna	4
2.1.2. Glándula mamaria.....	4
2.1.2.1. Lactogenesis	5
2.1.3. Composición de la lactancia materna	6
2.1.3.1. Calostro	6
2.1.3.2. Leche de transición.....	7
2.1.3.3. Leche madura	7
2.1.4. Beneficios de la Lactancia Materna	7
2.1.4.1. Nutrición óptima	7
2.1.4.2. Protección de la salud del niño.....	8
2.1.4.3. Protección de la salud materna	8
2.1.4.4. Mejor relación madre – hijo	8
2.1.4.5. Espaciamiento de los embarazos	8
2.1.4.6. Ahorro de recursos	8
2.1.5. Clasificación de lactancia materna	8
2.1.5.1. Lactancia materna exclusiva	8
2.1.5.2. Lactancia materna predominante	9
2.1.5.3. Lactancia materna parcial	9
2.1.5.4. Lactancia diferida.....	9
2.1.5.5. Alimentación artificial	9
2.1.5.6. Lactancia con biberón.....	9

2.1.6. Factores de riesgo al abandono de la lactancia materna exclusiva.....	9
2.1.6.1. Edad	9
2.1.6.2. Ocupación.....	9
2.1.6.3. Estado civil.....	10
2.1.6.4. Primiparidad.....	10
2.1.6.5. Conocimientos deficientes sobre la Lactancia Materna	10
2.1.6.6. Uso de biberón.....	10
2.1.6.7. Problemas con el pezón	10
2.1.6.8. Tipo de parto.....	10
2.1.6.9. Orientación sobre lactancia materna.....	11
2.1.6.10. Nivel educativo.....	11
2.1.7. Manejo clínico de la lactancia.....	11
2.1.7.1. Técnica del amamantamiento	11
2.1.7.2. Apoyo clínico a la lactancia	12
2.1.7.2.1. Período prenatal	12
2.1.7.2.2. Período postparto	12
2.1.7.2.3. Período puerperal	13
2.1.8. Contraindicaciones para la lactancia.....	13
2.1.9. Complicaciones frecuentes.....	14
2.1.9.1. Dolor.....	14
2.1.9.2. Grietas del pezón.....	14
2.1.9.3. Congestión mamaria.....	14
2.1.9.4. Micosis mamaria	14
2.1.9.5. Obstrucción de conductos	14
2.1.9.6. Mastitis	15
2.1.9.7. Absceso mamario	15
2.1.10. Extracción de la leche materna	15
2.1.11. Prevalencia de lactancia materna	15
2.1.12. Uso indiscriminado de sucedáneos de la leche materna en Bolivia	16
2.1.13. Políticas y programas de lactancia materna en Bolivia	17
2.2. Hipótesis.....	18
2.3. Marco contextual.....	19
2.3.1. Bolivia... ..	19
2.3.2. Chuquisaca	19
2.3.3. Municipio de Sucre	19

2.3.4.1. Población:	19
2.3.5. Centro de Salud Casegural:	19

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. Enfoque.....	20
3.1.2. Tipo y diseño de Investigación	20
3.2. Poblacion y muestra	20
3.2.1. Población	20
3.2.2. Muestra	20
3.3. Variables de estudio	20
3.3.1. Dependiente.....	20
3.3.2 Independientes	20
3.4. Criterion de inclusión y exclusión	24
3.4.1. Criterios de Inclusión	24
3.4.2. Criterios de Exclusión	24
3.5. Recoleccion de la informacion.....	24
3.5.1. Fuente....	24
3.5.2. Instrumento	24
3.5.3. Procedimiento y técnicas.....	24
3.6. Procesamiento y análisis de la información	24
3.6.1. Procesamiento y análisis de datos.....	24
3.7. Delimitaciones del estudio	25
3.7.1. Espacial.....	25
3.7.2. Sujeto.....	25
3.7.2. Temporal.....	25

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Tablas de frecuencia simple.....	26
4.2. Tablas de doble entrada	32
4.3. Análisis bivariado - tablas de 2x2 o tetracóricas	38

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.....	45
5.2. Recomendaciones	46

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....47

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

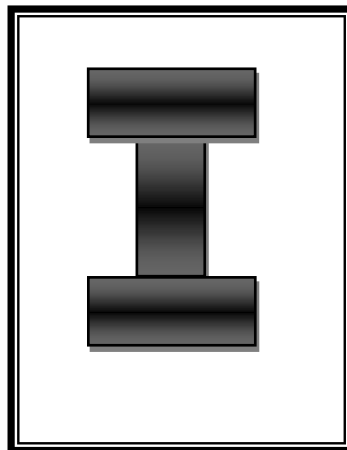
	Pág.
Tabla N° 1. Población según Edad, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018.....	26
Tabla N° 2. Población según Estado Civil, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018.....	26
Tabla N° 3. Población según el nivel educativo, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018.....	27
Tabla N° 4. Población según su ocupación, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018.....	27
Tabla N° 5. Población según el tipo de parto, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018.....	27
Tabla N° 6. Población según el peso del niño al nacer, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018	28
Tabla N° 7. Población según la edad del niño, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018.....	28
Tabla N° 8. Población según el sexo del niño, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018.....	28
Tabla N° 9. Población según el número de hijos que tiene la madre, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018	29
Tabla N° 10. Población según la orientación sobre lactancia materna, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018	29
Tabla N° 11. Población según donde recibió la orientación de lactancia materna, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018.....	29
Tabla N° 12. Población según cuando recibió la orientación de lactancia materna, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018.....	30
Tabla N° 13. Población según edad del niño en la que dejó de lactar leche materna exclusiva, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018.....	30
Tabla N° 14. Población según motivo de abandono de lactancia materna, Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018	30
Tabla N° 15. Población según la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, "Centro de Salud Casegural". Distrito III, Sucre, 2018	31
Tabla N° 16. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva por Edad. "Centro de Salud Casegural". Distrito III, Sucre, 2018.....	32
Tabla N° 17. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva por Estado Civil. "Centro de Salud Casegural". Distrito III, Sucre, 2018.....	32
Tabla N° 18. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva por nivel de nivel educativo. "Centro de Salud Casegural". Distrito III, Sucre, 2018.....	33
Tabla N° 19. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna por ocupación. "Centro de Salud Casegural". Distrito III, Sucre, 2018.....	33
Tabla N° 20. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna por Tipo de parto. "Centro de Salud Casegural". Distrito III, Sucre, 2018.....	34
Tabla N° 21. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna por peso del niño al nacer. "Centro de Salud Casegural". Distrito III, Sucre, 2018.....	34

Tabla N° 22. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna por sexo del niño. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018.....	35
Tabla N° 23. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna por número de hijos que tiene la madre. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018.....	35
Tabla N° 24. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna por orientación recibida. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018.....	36
Tabla N° 25. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna por donde recibió la orientación. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018.....	36
Tabla N° 26. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna según el tiempo en que recibió la orientación. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018.....	37
Tabla N° 27. Relación con el abandono precoz de la lactancia materna con la Edad. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018.....	38
Tabla N° 28. Relación con el abandono precoz de la lactancia materna con estado civil. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018.....	38
Tabla N° 29. Relación con el abandono de la lactancia materna con nivel educativo. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018.....	39
Tabla N° 30. Relación con el abandono de la lactancia materna con ocupación. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018.....	40
Tabla N° 31. Relación con el abandono de la lactancia materna con tipo de parto. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018.....	40
Tabla N° 32. Relación con el abandono de la lactancia materna con el peso del niño al nacer. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018.....	41
Tabla N° 33. Relación con el abandono de la lactancia materna con el sexo del niño. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018.....	42
Tabla N° 34. Relación con el abandono de la lactancia materna con número de hijos. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018.....	42
Tabla N° 35. Relación con el abandono de la lactancia materna con orientación recibida. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018.....	43



INTRODUCCION

CAPITULO



1.1. Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han recomendado la Lactancia Materna exclusiva hasta los seis meses de edad por haberse demostrado que es el alimento más completo, que puede recibir el niño y la niña debido a que contiene los elementos protectores y todos los nutrientes que necesita durante los primeros meses de vida.^{1, 2}

Las bajas frecuencias de Lactancia Materna Exclusiva están presentes en todo el mundo. Según la OMS, tan solo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida. Es notable la disminución creciente de su práctica en países en desarrollo, tanto en áreas urbanas como en las rurales se ha considerado que las prácticas inadecuadas de Lactancia Materna, especialmente la no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1,4 millones de muertes y el 10 % de la 'carga' de enfermedades entre los niños menores de 5 años.^{3,4}

En el estudio realizado en Cuba se observó según la Encuesta por Conglomerados Múltiples, el 77 % de los recién nacidos recibieron Lactancia Materna dentro de la primera hora de vida, y el 90 % en el primer día, pero solo el 49 % recibieron Lactancia Materna Exclusiva hasta el 6to mes. La región oriental del país fue la más beneficiada, con el 58,7 % en esa modalidad de lactancia, y los de peores resultados estuvieron en las provincias centrales, con el 29,6 %. De forma tal vez no esperada, las madres con mayor nivel escolar brindaron Lactancia Materna Exclusiva en 45,1 % de los casos, mientras aquellas con nivel de secundaria lo lograron en 58,7 % en ese tiempo. Esta diferencia se hizo más notable con los meses, cuando las madres con nivel de secundaria lograron 42,8 % de Lactancia Materna y las de nivel superior solo en 19,1 %.⁴

Según el estudio realizado por Antoni Oliver y otros, la duración de la Lactancia materna ha sido asociada positivamente a la edad, al nivel de estudios y a la experiencia anterior en Lactancia materna de la madre y negativamente con el

bajo peso del recién nacido, el parto por cesárea, la aparición de problemas durante la lactancia, la actitud familiar negativa hacia la Lactancia Materna y la incorporación materna al trabajo remunerado.⁵

Según el estudio realizado en España y el estudio realizado por Laghi-Rey y otros, concuerdan con los factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva que son : edad, estado civil, ocupación, clase social, primiparidad materno, el estudio realizado en España encontró asociación en el hábito tabáquico materno (OR=1,56; IC 95%: 1,10-2,22), expectativas pobres sobre la duración de la lactancia (OR=2,19; IC 95%: 1,49-3,23), utilización de pezoneras (OR=2,57; IC 95%: 1,69-3,90), uso rutinario del chupete durante el primer mes posparto (OR=1,39; IC 95%: 1,02-1,91), se encontró asociación de protección en: madre con estudios universitarios (OR=0,59; IC 95%: 0,40-0,88), asistencia a clases prenatales (OR=0,68; IC 95%: 0,49-0,94), y sensación materna de leche suficiente al alta (OR=0,66; IC 95%: 0,47-0,92).^{2,6}

En Bolivia no se tienen estudios relacionados sobre los factores asociados al abandono de lactancia materna exclusiva. Por lo que se pretende realizar este estudio.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud Casegural Distrito III del municipio de Sucre Gestión 2018?

1.3. Justificación y uso de los Resultados

El estudio que se pretende realizar es muy importante ya que no contamos con datos exactos sobre los factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna, además en Bolivia, así como en el resto del mundo, la alimentación al seno materno ha disminuido en las últimas décadas, debido a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, a la urbanización y el aumento de las actividades de las mujeres dentro de la fuerza productiva del país.

Los beneficiarios serán la población en general en un medio plazo, ya que obteniendo los resultados del estudio se puede mejorar las estrategias para obtener una lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ya que se obtiene muchos beneficios de la leche materna.

Este estudio es posible realizar ya que se cuenta con los recursos humanos y apoyo médico.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud Casegural del Distrito III del municipio de Sucre – Gestión 2018.

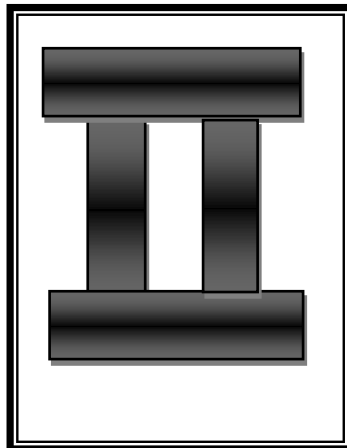
1.4.2. Objetivos Específicos

- Describir los factores de riesgo sociodemográficos: edad, estado civil, nivel educativo, ocupación actual, de las madres del grupo de estudio.
- Identificar los factores de riesgo en relación a antecedentes de nacimiento del niño: el tipo de parto, peso, edad y sexo en el grupo de estudio.
- Identificar factores de riesgo materno: número de hijos, orientaciones recibidas sobre lactancia materna exclusiva, edad que dejaron de lactar los niños, motivo de abandono de lactancia materna del grupo en estudio.
- Determinar la asociación de todas las variables de exposición estudiadas con los factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.



FUNDAMENTACION TEORICA

CAPITULO



2.1. Marco conceptual

2.1.1. Lactancia materna: Es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptima. La lactancia materna óptima previene la malnutrición y puede salvar la vida a cerca de un millón de niños. Si se daría de lactar a cada niño en la primera hora tras su nacimiento, dándole solo leche materna durante los primeros seis meses de vida y siguiendo dándole el pecho hasta los dos años, cada año se salvarían unas 800 000 vidas infantiles.⁷

La leche materna, es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido. No solo considerando su composición, sino también en el aspecto emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su bebé amamantado, constituye una experiencia especial, singular e intensa. Existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, la madre y la sociedad, en todos los países del mundo.⁴

En los inicios del siglo XX, cobra auge la era moderna de alimentación artificial, se intensifica su abandono, promulgando el uso de los primeros sustitutos de la leche humana, estableciéndose por parte de los médicos, las reglas generales para la alimentación de los lactantes con una duración de 20 minutos para dar el biberón e intervalos de 3-4 horas entre cada toma, reglas estas que se han arrastrado y aplicado a la alimentación natural.⁴

2.1.2. Glándula mamaria: Cada glándula está formada por 15 a 20 lóbulos separados entre sí por tejido conectivo y adiposo. Los lóbulos se dividen en lobulillos. La leche producida es conducida por túbulos y conductos hasta los senos lactíferos que son dilataciones de estos, localizados a la altura de la areola

donde se deposita una pequeña cantidad de leche para ser extraída por la succión del niño. De ellos salen unos 15 a 25 conductos hacia el pezón. En el centro de cada mama hay una zona circular que recibe el nombre de areola y contiene pequeños corpúsculos denominados Tubérculos de Montgomery, que durante la lactancia producen una secreción que lubrica la piel. En el centro de cada areola se halla el pezón formado por tejido eréctil que facilita la succión.⁸

2.1.2.1. Lactogenesis: Hacia el término de la gestación los alvéolos muestran en su interior una sustancia compuesta por células epiteliales descamadas y leucocitos y se puede detectar lactosa en la sangre y orina de la madre, la que se ha correlacionado con síntesis de lactosa en la glándula mamaria. Durante el embarazo, las células alveolares sintetizan lactosa en la célula, la que se absorbe, pasa a la sangre y se elimina por los riñones. Así, el aumento de lactosa urinaria durante el embarazo, refleja la actividad de síntesis de la mama. En la mayoría de las mujeres la excreción de lactosa por la orina comienza entre las 15 y 20 semanas de gestación. A esta capacidad de las mamas de sintetizar los componentes de la leche se le denomina Lactogénesis I. Hasta el momento del parto, la producción de grandes volúmenes de leche, o lactogénesis II, está inhibida por antagonismo de los esteroides sexuales placentarios, particularmente la progesterona. Esta inhibición es tan poderosa, que aún pequeños restos placentarios retenidos pueden demorar el proceso de producción de leche en el postparto. El efecto inhibitor de los estrógenos sobre la lactogénesis no está del todo aclarado, pero se sabe que disminuyen la cantidad de prolactina incorporada a las células del alvéolo mamario, impidiendo el aumento de receptores de prolactina que normalmente ocurre durante la lactancia. La prolactina dentro de la célula alveolar estimula la síntesis de la lactoalbúmina y por lo tanto la síntesis y secreción de la lactosa. Durante la lactancia, los receptores para progesterona desaparecen de la glándula mamaria, lo que explica por qué la progesterona no tiene un efecto supresor de la lactancia una vez que el proceso está establecido. El período de la lactancia se inicia después del parto. El nivel de progesterona en la sangre de la madre baja progresivamente y se suprime la acción inhibidora que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche, iniciándose la secreción láctea 30-40 horas después

de la eliminación de la placenta. Dado que el momento de la eliminación de la placenta (y la consecuente depuración de progesterona) después de un parto vaginal o una cesárea son semejantes, el aumento de volumen en la producción de leche no varía según el tipo de parto. Luego del parto, hay un rápido cambio en la composición de la leche debido primero, a la disminución del sodio y cloro, que se inicia inmediatamente después del parto y se completa a las 72 horas por el cierre de los espacios intercelulares bloqueando la vía paracelular, y luego al aumento en la síntesis de la lactosa y proteínas, al aumento de la síntesis y secreción de grasas y a los cambios en la tasa de transporte de inmunoglobulinas y otras proteínas no sintetizadas por la célula mamaria. A esto se suma la acción osmótica de la lactosa que atrae agua, produciendo un aumento del volumen de leche. La producción de calostro y la "bajada de la leche", se producen independientes del vaciamiento o la succión del niño, pero estos facilitan el establecimiento de la lactancia. Se denomina galactopoyesis al proceso que mantiene la producción de la leche una vez establecida la lactancia. Esta etapa de la lacto génesis depende tanto del ambiente hormonal del plasma materno como de la remoción de la secreción láctea de la mama y recién se habla de una lactancia establecida después los 30 días postparto.⁸

2.1.3. Composición de la lactancia materna⁹: La leche materna se comporta como un fluido vivo y cambiante según los requerimientos del niño, modificándose así, tanto en composición como en volumen en función de las necesidades.

Podemos encontrar diferentes tipos de leche producidas por la glándula mamaria:

2.1.3.1. Calostro: fluido amarillento y espeso, rico en proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K) y minerales como zinc, hierro, selenio, manganeso y azufre. También tiene un elevado contenido en inmunoglobulinas (IgA) entre otros factores defensivos que protegen al bebé al inicio de la vida. Su producción dura unos 4 días después del parto.

2.1.3.2. Leche de transición: es la que se produce entre los días 4 y 15 después del parto. El inicio de este tipo de leche es el que denominamos la subida de la leche, y su volumen y composición irán cambiando hasta alcanzar la composición de la leche madura.

2.1.3.3. Leche madura: es un alimento completo ya que contiene agua (88%); proteínas en cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño, con una fuente importante de aminoácidos esenciales; hidratos de carbono, con la lactosa como principal azúcar entre otros oligosacáridos; grasas, que se encuentran en una proporción elevada (40-50%) ya que será la principal fuente de energía del bebé. También contiene todos los minerales y vitaminas que el niño necesita.

En cuanto a la relación entre la alimentación de la madre y la composición de la leche, existe una correlación en las cantidades de vitaminas, que varían en función de la ingesta de la madre y en la calidad de los ácidos grasos, sobre todo por la ingesta de ácidos grasos esenciales. También puede verse afectada la cantidad de yodo y flúor en la leche dependiendo de la ingesta materna.

El resto de nutrientes y principios inmediatos (hidratos de carbono, proteínas y grasas) mantienen unos niveles constantes en la leche materna a pesar de una deficiencia en la ingesta de la madre ya que para la producción de leche se utilizan los existentes en la circulación materna procedentes de sus reservas.⁹

2.1.4. Beneficios de la Lactancia Materna¹⁰

Entre sus importantes beneficios se destacan:

2.1.4.1. Nutrición óptima: Ningún sustituto tiene igual aporte nutritivo en calidad, cantidad y proporciones de sus componentes con la misma biodisponibilidad para el crecimiento y desarrollo, con menor riesgo de desnutrición infantil. Previene la anemia y las microhemorragias intestinales, observables con la leche vacuna, además de que no puede diluirse y es siempre fresca.

2.1.4.2. Protección de la salud del niño: Proporciona menor riesgo de mortalidad por infecciones y menor incidencia y severidad de ellas, especialmente la diarrea por mala higiene del biberón. Es menor la incidencia de: infecciones respiratorias, alergias, diabetes juvenil, linfomas.

2.1.4.3. Protección de la salud materna: Ayuda en la retracción uterina disminuyendo la metrorragia. Mejora eficiencia metabólica con óptima utilización de nutrientes. Menor riesgo de cáncer ovárico y mamario con largos amamantamientos.

2.1.4.4. Mejor relación madre – hijo: Satisfacción del rol de madre retroalimentando positivamente la relación madre – hijo, con mayor afecto y cariño. Favorecimiento del desarrollo psicosocial del niño por contacto piel a piel con su madre al mamar.

2.1.4.5. Espaciamiento de los embarazos: La amenorrea de la lactancia exclusiva ofrece protección más efectiva que cualquier anticonceptivo en el primer semestre de puerperio.

2.1.4.6. Ahorro de recursos: Al estado y a la familia al disminuir la compra de leche vacuna procesada y especialmente las fórmulas lácteas maternizadas, por lo general importados en los países en desarrollo. Aportar alimentación adecuada a la madre que lacta, para mejor producción de leche, es más económico que alimentar artificialmente al lactante.

2.1.5. Clasificación de lactancia materna¹¹

2.1.5.1. Lactancia materna exclusiva: Es alimentar al infante solo con pecho materno hasta los seis meses de edad, sin la necesidad de introducir líquidos, ni comida sólida al infante debido a que a esta edad del menor la leche materna contiene todos los macros y micro nutrientes necesarios para el organismo del menor

2.1.5.2. Lactancia materna predominante: el infante recibe lactancia materna pero además recibe otros líquidos como el agua, o bebidas a base de agua como el té, predominando la leche materna.

2.1.5.3. Lactancia materna parcial: se le proporciona pecho al infante pocas veces, lo que predomina son los sucedáneos de la leche materna y los alimentos sólidos.

2.1.5.4. Lactancia diferida: Lactancia por leche materna extraída.

2.1.5.5. Alimentación artificial: se alimenta al infante por medio de sucedáneos de la leche materna o bien por medio de alimentos sólidos. No recibe nada de leche materna.

2.1.5.6. Lactancia con biberón: no se pone al pecho al infante sino un biberón o pacha y lo que se le proporciona puede ser cualquier líquido incluida la leche materna extraída.

2.1.6. Factores de riesgo al abandono de la lactancia materna exclusiva

2.1.6.1. Edad: Según el estudio realizado por Antoni Oliver la edad es un factor de riesgo al contrario los estudios realizados en Perú, México indican que la edad es indiferente.^{1,3,5}

Según el estudio de Pino y otros, respecto a la edad materna y la duración de la lactancia, las madres que indicaron proporcionar LME tuvieron en promedio 29 años, y las que no proporcionaron el tiempo recomendado tuvieron un promedio de 26 años, siendo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,016$)

Según el estudio realizado en Cuba, el grupo de edad de 25 a 29 años y de 30 a 34 años de las madres estudiadas fueron los más representativos con 29,7 y 31,2 % respectivamente¹²

2.1.6.2. Ocupación: Se encontró asociación en cuanto a las mujeres que trabajaban por el cual abandonaron la lactancia materna OR 1.99 (IC 95% 1.12-3.56).³

2.1.6.3. Estado civil: según el estudio realizado por Patricia Rondan en Lima Perú encontró asociación en madres sin pareja OR= 4,125 IC (1,118–15,221).¹⁴

Según el estudio realizado por Pino y otros. El estado civil de las madres no influyó significativamente en la duración de la lactancia materna, $p=0,265$ ¹¹

2.1.6.4. Primiparidad: se encontró asociación en el estudio realizado por Manuel Navarro y otros, con un OR 2.98 (IC 95% 1.66-5.36), al igual que el estudio realizado en Perú, sin embargo, se encontró un estudio realizado por Patricia Rondan que no hay asociación OR= 1,709 IC (0,737– 3,964) .^{1,2,14}

Según el estudio realizado en Chile. El 58,1% tenía más de un hijo, no influyendo esta experiencia en la permanencia de la LME ($p=0,275$).

2.1.6.5. Conocimientos deficientes sobre la Lactancia Materna: El estudio realizado por Fabio Alberto Camargo y otros encontraron asociación al abandono de la lactancia materna, coinciden con el estudio realizado por Manuel Navarro y otros, obteniendo un OR 5.97 (IC 95% 1.67-20.67).^{1,3}

2.1.6.6. Uso de biberón: en el estudio realizado en España se encontró asociación OR=2,57; IC 95%: 1,69-3,90).⁶

2.1.6.7. Problemas con el pezón: Según el estudio de Laghy se encontró asociación.¹

2.1.6.8. Tipo de parto: Si bien el tipo de parto no influyó en la mantención de la LME ($p=0,269$), se destaca que, del total de madres con cesárea, el 64.5% no lactaron a sus hijos/as hasta los 6 meses. Los nacimientos por cesárea retrasan el inicio de la lactancia, ya que al ser un parto inducido la bajada de leche es paulatina, la lactogénesis durante la primera semana es significativamente menor que en madres con parto normal.

Según el estudio realizado en Chile. El 61,7% de las madres tuvieron a sus hijos por parto normal, pero sólo 48% entregó LME. En lo que respecta a los nacidos por cesárea, 35% recibió LME ($p=0,269$).¹¹

2.1.6.9. Orientación sobre lactancia materna: recibir información o instrucción referente a lactancia materna no es determinante en la mantención de la misma ($p=0,519$), sin embargo, se ha descrito que la nula recepción de información conlleva al abandono más temprano de la Lactancia materna exclusiva.

2.1.6.10. Nivel educativo: Según el estudio realizado en Chile por Rosa Niño y otros el nivel educativo menor materna (OR 4.7 95% IC 2,4-9,2) es un factor de riesgo.

Según el estudio realizado en Cuba los niveles de escolaridad que predominaron fueron el Preuniversitario y Secundaria Básica, con 48,4 % y 20,3 % respectivamente¹²

2.1.7. Manejo clínico de la lactancia¹³

La lactancia es un proceso natural. El amamantamiento requiere destreza en madre e hijo y el equipo de salud debe facilitarlos, para lo que deben conocer la anatomía y fisiología de la glándula mamaria y de la boca del niño; conocer la técnica del amamantamiento; conocer y prevenir los problemas.

2.1.7.1. Técnica del amamantamiento: La madre debe estar reclinada en el respaldo de la silla o en decúbito lateral con cabeza elevada con almohada. Niño en decúbito lateral sobre el antebrazo materno homónimo al lado a amamantar, su cabeza reposará en el ángulo del antebrazo y brazo (cara interna del codo), su abdomen contactará con el materno y su brazo inferior abrazará el tórax materno. La mano que sostiene al niño deberá sostenerlo fuertemente por la región glútea, acercando o alejándolo de la mama. La mano libre de la madre tomará la mama formando una "C" con el pulgar por arriba y los demás dedos por debajo, orientando al pezón para estimular el medio del labio inferior, para que abra la boca y baje la lengua, atrayéndolo hacia la mama (no llevando la mama hacia él) e introducir el pezón y aréola (un ayudante llevará rápidamente la cabeza del niño hacia la mama si no hay práctica). La mano materna no debe sobrepasar la zona de aréola ni interponerse como tijera entre la boca del niño y la aréola. Mentón y nariz del niño debe contactar con la piel de la mama al ser

introducida la aréola y el pezón. El niño puede respirar bien por la conformación anatómica de su nariz. Para retirar al niño no traccionar porque ello produce dolor y puede lesionar pezón.

2.1.7.2. Apoyo clínico a la lactancia¹³

Se realizará en los siguientes períodos:

2.1.7.2.1. Período prenatal: desde la primera consulta prenatal:

- Se realizará un correcto examen mamario
- Prescribir uso de jabones, cremas, y lociones en aréola y pezón ya que retiran la lubricación natural de la secreción de las glándulas de Montgomery.
- Si hay pezones planos, realizar masajes y ejercicios de elongación de ellos varias veces al día, haciéndolos rodar entre los dedos o los ejercicios de Hoffman (estiramiento del tejido periareolar para evertir paulatinamente el pezón).
- Si hay pezones umbilicados (invertidos) necesitarán la aplicación de un artefacto de acrílico bajo el sostén, que comprima la aréola y haga protruir el pezón, cuando fallan los ejercicios de Hoffman, o la cirugía reparadora si no se corrigen enseñar a la gestante la técnica del amamantamiento con audiovisuales o con maniqués.
- Prestar atención a la dieta de la gestante y al incremento de su peso.

2.1.7.2.2. Período postparto

- Poner al pecho durante los siguientes 60 minutos del nacimiento para aprovechar el período de "alerta – tranquilo"
- Alojamiento conjunto madre – niño

- El niño sano y de término no debe recibir agua, suero, leche o fórmulas lácteas, solo debe mamar y el calostro es suficiente alimento
- Debe amamantarse para mantener el reflejo de secreción abundante de leche.
- Saber que establecer una correcta lactancia requiere dedicación y constancia.
- Antes del alta deberá comprobarse adecuadamente la técnica del amamantamiento, corrigiendo los defectos.
- Antes del alta, enseñar la técnica de extracción manual de leche.

2.1.7.2.3. Período puerperal: al amamantar, la madre debe:

- Asumir correcta técnica de amamantamiento
- Vaciar la mama frecuente y efectivamente adoptar una dieta suficiente, elevando su aporte energético a 3.000 cal / día.
- Evitar los regímenes para adelgazar ya que, con la lactancia, retornará a su peso pregestacional en 3 a 4 meses
- Evitar toda ingesta de medicamentos no autorizados, ya que todos "pasan" a la leche y, en algunos, sus metabolitos tienen diferente actividad respecto de la droga madre, pudiendo ser más activos o más tóxicos o presentar toxicidad que no la tenía

2.1.8. Contraindicaciones para la lactancia^{10,14}: Son pocas, entre las que se distinguen:

- Efecto nocivo de la leche materna sobre el recién nacido como la galactosemia, enfermedad de orina jarabe de acre, fenilcetonuria, drogadicción materna, quimioterapia oncológica, drogas y / o procedimientos radiactivos, SIDA, etc.

- Padecimientos de salud materna: internación en UTI, cardiopatía descompensada, desnutrición materna severa, enfermedad psiquiátrica, depresión materna severa, TBC activa, cáncer de mama, pezón invertido, absceso periareolar drenado, quimioterapia oncológica, alcoholismo y drogadicción, tratamiento con metronidazol continuo, pudiendo hacerse tratamiento en monodosis suspendiendo la lactancia por 24 horas descartando la leche extraída.
- Alteraciones anátomo–funcionales de la cavidad bucal del niño que impidan el amamantamiento.

2.1.9. Complicaciones frecuentes¹⁴: Durante la lactancia puede ocurrir:

2.1.9.1. Dolor: la causa más frecuente de dolor es la mala posición del niño al mamar, cuando sólo se introduce el pezón en la boca y las encías lo presionan; otras veces son la micosis de aréola y pezón la causa del dolor.

2.1.9.2. Grietas del pezón: su principal causa es la mala posición del niño al mamar. Si la grieta es leve se corregirá mejorando la técnica. La utilización de cremas sólo mantiene la humedad y retardan su curación.

2.1.9.3. Congestión mamaria: la primaria se evidencia por mamas voluminosas, duras y sensibles, por acumulación masiva de leche. La congestión secundaria se presenta, además de la acumulación de leche, edema intersticial que impide la salida de leche; las mamas se presentan muy duras, dolorosas, calientes, enrojecidas.

2.1.9.4. Micosis mamaria: sospechar ante dolor quemante y persistente durante la mamada y aún después; pezón y aréola rosados; a veces una grieta pruriginosa entre pezón y aréola.

2.1.9.5. Obstrucción de conductos: ocurre por retención de leche en el área que drena un conducto, sea por compresión externa u obstrucción interna; se observa un nódulo mamario doloroso, a veces recurrente, sin otras complicaciones.

2.1.9.6. Mastitis: proceso infeccioso del tejido mamario; puerta de entrada más frecuente, una grieta del pezón; hay dolor, congestión y eritema localizado, malestar general, fiebre y calofríos.

2.9.7. Absceso mamario: secundario a una mastitis mal tratada o tratada tardíamente. Su manejo es quirúrgico. Si se lo drena cerca de la aréola, deberá suspenderse temporariamente la lactancia.

2.10. Extracción de la leche materna¹⁵

- Caso de prematuridad o muy bajo peso y el R.N. debe alimentarse por sonda.
- Para mantener la producción de leche en los casos de separación de madre e hijo (viajes, enfermedad, trabajo).
- Para alimentar al R.N. cuando la madre sale.
- Para evitar el mutuo contagio en los casos de infecciones en la boca del R.N. o en la mama (moniliasis).
- Para incrementar la producción de leche.
- Para aliviar el pezón agrietado evitando la succión.

La leche extraída puede conservarse: temperatura ambiente no mayor de 21°C, 12 horas; en heladera, 72 horas en congelador, 14 días.

2.1.11. Prevalencia de lactancia materna ¹⁶

Entre los primeros países se encuentran Perú, Bolivia y Chile, superando el 60% de cobertura, mientras en la media están Brasil, Guatemala, El Salvador, Haití, Costa Rica, Ecuador, Argentina y Cuba; en los últimos puestos, con índices inferiores al 15% de lactancia exclusiva, aparecen Surinam, República Dominicana, México, Belice y Barbados.

Bolivia está entre los primeros lugares de la región en practicar la lactancia materna exclusiva, que significa solo dar de mamar a sus hijos hasta los seis meses; sin embargo, se espera que la cifra suba al 80%. Tenemos una cultura de lactancia que ha sido reforzada en los últimos años mediante distintas campañas. Las mujeres de nuestro país no tienen ningún tipo de pudor, tenemos afortunadamente esa cultura muy arraigada.

Del 1 al 7 de agosto fue instituido como la Semana Internacional de la Lactancia Materna, para promover esta práctica que es económica, saludable, ecológica, limpia y fácil.

2.1.12. Uso indiscriminado de sucedáneos de la leche materna en Bolivia¹⁷

En Bolivia, correlacionando el incremento de los índices de lactancia materna y el impacto en términos de costos provocado por el uso de fórmulas en la alimentación de infantes, teniendo en cuenta riesgos epidemiológicos, sociales financieros, de enfermedad asociados y que afectan al presupuesto del Sistema Nacional de Salud.

A pesar de la difusión de información independiente, científica, basada en evidencia sobre las ventajas de la lactancia materna hay una preocupante deserción. Muchos estudios indican que las madres dejan de amamantar por razones laborales, rechazo al seno materno por inflamación de las glándulas mamarias, hipogalactia, falta de apoyo familiar, factores que favorecen y conducen al uso creciente de sucedáneos. Un estudio indico que el año 2000 en Bolivia, que la sustitución de la leche materna por sucedáneos en niños menores de 36 meses representaría un gasto anual de 274 millones de dólares.

Se realizó un estudio en la ciudad de La Paz en el Hospital pediátrico universitario de tercer nivel "Dr. Ovidio Aliaga Uría" se hizo una encuesta a 210 mujeres teniendo como resultados en los infantes de 0 a 6 meses de edad el 18% recibió lactancia materna exclusiva, el 58 % recibió lactancia mixta y el 24 % uso formulas, 30 latas aproximadamente implicando un gasto entre 5530 bolivianos.

2.1.13. Políticas y programas de lactancia materna en Bolivia¹⁸

Debido a que en Bolivia la lactancia es considerado un problema de Salud Pública debido a los bajos porcentajes del inicio del apego precoz (60,7%), lactancia materna exclusiva (45%) y las altas prevalencias de enfermedades infecciosas como la diarrea y neumonía, se está reiniciando el proceso de implementación de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño en todo el país. Asimismo, cumpliendo con la aprobación de la Ley No. 3460 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Para la iniciativa de la Lactancia Materna se toma en cuenta los 10 pasos de la lactancia materna emitidos por la OPS/OMS y son

- Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
- Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
- No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
- Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.

- Fomentar la lactancia materna a demanda.
- No dar a los niños alimentados a pecho tetinas o chupetes artificiales.
- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

2.2. Hipótesis

Los factores de riesgo que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en Centro de salud Casegural del Distrito III del municipio de Sucre son el nivel educativo superior, edad de la madre, estado civil, ocupación de la madre, ser madres primerizas.

2.3. Marco contextual

2.3.1. Bolivia: Es un país situado en el centro-oeste de América del Sur. Según el Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, los habitantes llegan a 10.059.856 habitantes.

2.3.2. Chuquisaca: Es un departamento de Bolivia ubicado en el sud-este del país. Chuquisaca cuenta con una población de 581.347 habitantes¹⁹

2.3.3. Municipio de Sucre: Ubicado en la Provincia Oropeza del Departamento de Chuquisaca. Según el último censo se tiene 312,024 habitantes de los cuales 152,238 habitantes son varones y 159,785 habitantes mujeres.²⁰

La sección Municipal de Sucre, cuenta con trece cantones, distribuidos en ocho distritos municipales de los cuales, cinco corresponden a la ciudad de Sucre y los tres restantes al área rural del Municipio.

2.3.4.1. Población: Según los datos obtenidos a través del diagnóstico vecinal que se les hizo a los presidentes de juntas vecinales que conforman el Distrito Urbano – III Valle Hermoso, se tiene identificada una población de aproximadamente 8806 habitantes.

2.3.5. Centro de Salud Casegural: El centro de salud se encuentra ubicado en el Distrito III Valle Hermoso, zona de Yurac Yurac. Que abarca con 8806 Habitantes. Fundado el 8 de marzo del 2016, iniciando su funcionamiento con los servicios de consulta médica general, servicio de enfermería, consultorio odontológico, laboratorio, gabinete de ecografía, farmacia con un numero de 8 personas en salud.

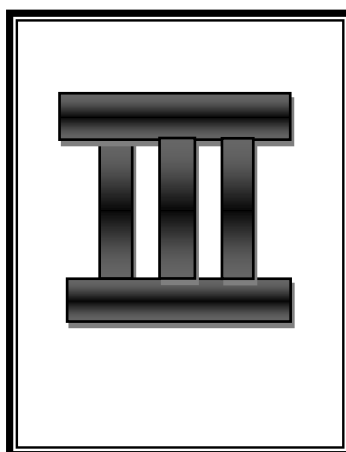
A la fecha el centro de salud Casegural hace un incremento en los servicios ofertantes como ser

- Servicio por especialidad pediatría
- Servicio por especialidad ginecología
- Servicio por especialidad medicina interna.



DISEÑO METODOLÓGICO

CAPITULO



3.1. Enfoque, tipo y diseño de investigación

3.1.1. Enfoque

El enfoque de esta investigación es cuantitativo, porque se buscó las posibles causas (factores de riesgo) para el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, además porque se utilizó métodos y técnicas cuantitativas.

3.1.2. Tipo y diseño de Investigación

Este estudio es **observacional**, porque el investigador no manipuló las variables de exposiciones descriptivas, porque describe las variables de estudio y, además. Es **transversal** porque al mismo tiempo se recogieron todas las variables, tiene un componente **analítico** porque establece asociaciones entre las variables independientes y la variable dependiente (Abandono precoz de la lactancia materna exclusiva).

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Todas las mujeres con hijo de 7 a 12 meses de edad, que acudieron al centro de Salud Casegural, se tiene un total de 106 niños.

3.2.2. Muestra

No se tomó muestra porque se trabajó con toda la población que acudió al centro de Salud Casegural.

3.3. Variables de estudio

3.3.1. Dependiente: Abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

3.3.2 Independientes:

- Edad
- Estado civil

- Nivel de educación
- Ocupación
- Tipo de parto,
- Peso del niño al nacer,
- Sexo.
- Número de hijos,
- Orientaciones recibidas sobre lactancia materna exclusiva,
- Edad que dejaron de lactar los niños.
- Motivo de abandono de lactancia materna.

IDENTIFICACION Y CONCEPTUALIZACION DE VARIABLES						
Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable según su naturaleza	Categorías	Instrumentación
Determinar la prevalencia de abandono precoz de la lactancia materna.	Prevalencia de abandono precoz de lactancia	Es la proporción de casos con relación a una población en un momento, o período de tiempo, determinado multiplicado por 100	Es la proporción de niños con abandono de lactancia materna exclusiva de una población en un momento, o período de tiempo, determinado	Cualitativa		Encuesta
Describir los factores de riesgo sociodemográficos: edad, estado civil, nivel educativo, ocupación actual, de las madres del grupo de estudio.	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Según los años de la vida de la madre calculados a partir de su nacimiento al momento de la encuesta.	Cuantitativa Continua	20 – 29 30 – 39 ≥40	Encuesta
	Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona respecto a sus vínculos personales con otra persona	De acuerdo a la condición que refiere tener el paciente respecto a su relación con otra persona	Cualitativa Politómica	Casada Soltera Viuda Divorciada Unión Estable	Encuesta
	Nivel educativo	Es el grado más elevado de estudios realizados por una persona	Según el grado más elevado que refiere haber alcanzado la mujer	Cuantitativa Ordinal	Ninguno Primario Secundario Superior	Encuesta
	Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento	De acuerdo a la función que realiza la mujer encuestada	Cualitativa Politómica	Labores de casa Comerciante Estudiante Profesora Otros.	Encuesta
Identificar los factores de riesgo en relación a antecedentes de nacimiento del niño: el tipo de parto, peso del niño al nacer, edad y sexo en el grupo de estudio.	Tipo de parto	Clasificación de la forma de expulsión de un feto maduro y la placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.	Según lo que refiere la madre respecto al tipo de parto que tuvo	Cualitativa Nominal	Parto eutócico (vaginal) Parto distócico (cesárea)	Encuestas
	Peso del niño al nacer	Peso corporal de un bebe al momento de su nacimiento	De acuerdo a lo que refiere la madre en cuanto al peso del niño	Cuantitativa Nominal	≤ a 2500 kg ≤2501 kg	Encuesta
	edad del niño	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Según los años de la vida del niño(a) calculados a partir de su nacimiento al momento de la encuesta.	Cuantitativa Continua	7 - 9 meses 10 -12 meses	Encuesta
	Sexo del niño	Condición que distingue el hombre de la mujer	De acuerdo al sexo que tienen los niños del grupo en estudio	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Encuesta

Identificar factores de riesgo materno: número de hijos, orientaciones recibidas sobre lactancia materna exclusiva, edad que dejaron de lactar los niños, motivo de abandono de lactancia materna del grupo en estudio.	Número de hijos	Es el número promedio de hijos que tendría una mujer	Según lo que refiere la madre respecto al número que tienen	Cuantitativa Continua	1 hijo ≥ 2 hijos	Encuesta
	Orientación sobre lactancia	referencia a situar una cosa en una cierta posición, a comunicar a una persona aquello que no sabe	De acuerdo a la orientación que recibió la madre	Cualitativa Nominal	Si No	Encuesta
	Edad que dejaron de lactar	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la ausencia de recibir lactancia materna	Según los años de la vida del niño(a) en la que dejó de lactar	Cuantitativa Continua	≤ a 2 meses 3 - 4 meses 5 - 6 meses	Encuesta
	Motivo del abandono de la lactancia	Causa de dejar a algo o alguien desprotegido, sin cuidado y librado a su destino	De acuerdo a lo que refiere la madre la causa de no dar la lactancia materna a su niño(a)	Cualitativa Nominal	Pezones adoloridos Falta de tiempo (trabajo) Poca leche Estética	Encuesta

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1. Criterios de Inclusión

Mujeres con hijos de 7 a 12 meses de edad que acudieron al centro de Salud Casegural Durante los meses de Febrero a Mayo, 2018.

3.4.2. Criterios de Exclusión

Mujeres que no desean participar del estudio

3.5. Recolección de la información

3.5.1. Fuente: La fuente de recolección de los datos del estudio corresponde a una fuente primaria, porque se recogió la misma, de manera directa de la persona entrevistada, al momento de ingresar al Centro de Salud Casegural.

3.5.2. Instrumento: Encuesta (cuestionario). Cuenta con diferentes secciones, la primera para recoger información general de la mujer que este dando de lactar, una segunda sección que recoge datos sobre el niño . El cuestionario tuvo preguntas, la mayoría de tipo cerradas. (Ver encuesta en Anexos)

3.5.3. Procedimiento y técnicas

Encuesta: Previa autorización, se realizó la encuesta a todas las mujeres que tienen un hijo de 7 a 12 meses de edad que acudieron al Centro de Salud Casegural.

La estrategia de recolección: Una vez que ingreso la mujer con un hijo de 7 meses a 12 meses de edad, al Centro de Salud Casegural al consultorio, se empezó a realizar las preguntas correspondientes de la encuesta.

3.6. Procesamiento y análisis de la información

3.6.1. Procesamiento y análisis de datos: Se recogió la información, se seleccionó, se redujo y se transcribió en una base de datos diseñada en el programa excel. Seguidamente se realizó un análisis descriptivo mediante la

construcción de tablas de frecuencia. Luego se analizó las posibles asociaciones entre las variables independientes y la variable dependiente, mediante la construcción de tablas de 2x2 y se calculó las medidas de:

- Frecuencia para un estudio de prevalencia: Prevalencia en Expuestos y Prevalencia en No expuestos
- Medidas de asociación para estudios de prevalencia: Odds Ratio de prevalencia (ORp) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%). Y el valor p de las pruebas de χ^2
- Si el resultado de la medida de asociación es > 1 indicaremos que el factor de exposición es un factor de riesgo, si es < 1 indicaremos que el factor de exposición es un factor de protección y si es $= 1$ indicaremos que el factor de exposición es un factor indiferente.

3.7. Delimitaciones del estudio

3.7.1. Espacial: Corresponde al Centro de Salud Casegural, Distrito III, Municipio de Sucre.

3.7.2. Sujeto: Mujeres con hijos de 7 a 12 meses de edad.

3.7.2. Temporal: El estudio se realizó desde el mes de septiembre del 2017 hasta junio del 2018.



RESULTADOS

CAPITULO

IV

4.1. Tablas de frecuencia simple

Tabla N° 1. Población según Edad, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018

Edad	Frecuencia	%
20 – 29 Años	79	74.53
30 – 39 Años	26	24.53
40 - 49 Años	1	0.94
TOTAL	106	100,00

Del grupo de estudio la mayoría se encuentran por debajo de los 29 años de edad.

Tabla N° 2. Población según Estado Civil, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018.

Estado civil	Frecuencia	%
Casada	14	13.20
Soltera	53	50.00
Divorciada/Separada	3	2.83
Unión Estable	36	33.97
TOTAL	106	100,00

En su mayoría del grupo en estudio son solteras seguidas de las personas que viven en unión estable.

**Tabla N° 3. Población según el nivel educativo, "Centro de Salud Casegural"
Distrito III, Sucre, 2018**

Nivel educativo	Frecuencia	%
Ninguno	10	9.43
Primaria	31	29.25
Secundaria	35	33.02
Técnico	19	17.93
Licenciatura	11	10.37
TOTAL	106	100,00

Del grupo en estudio la mayoría de las mujeres tienen un estudio académico básico.

**Tabla N° 4. Población según su ocupación, "Centro de Salud Casegural" Distrito
III, Sucre, 2018**

Ocupación	Frecuencia	%
Labores de casa	16	15.09
Estudiante	20	18.87
Comerciante	18	16.98
Empleado	18	16.98
otros	34	32.08
TOTAL	106	100,00

La mayoría de las mujeres del estudio tiene un trabajo con remuneración.

**Tabla N° 5. Población según el tipo de parto, "Centro de Salud Casegural"
Distrito III, Sucre, 2018**

Tipo de parto	Frecuencia	%
Eutócico (Vaginal)	37	34.91
Distócico (Cesárea)	69	65.09
TOTAL	106	100,00

Del grupo de estudio la mayor parte de las mujeres tuvieron un parto distócico.

Tabla N° 6. Población según el peso del niño al nacer, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018

Peso del niño al nacer	Frecuencia	%
≤2500	62	58.49
≥2501	44	41.51
TOTAL	106	100,00

Del grupo de estudio de la mayoría de las mujeres, su niño(a) nació con un peso ≤ 2500.

Tabla N° 7. Población según la edad del niño, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018

Edad del niño	Frecuencia	%
7 – 9 meses	66	62.27
10 – 12 meses	40	37.73
TOTAL	106	100,00

Del grupo de estudio la mayor parte de la población según edad del niño tiene de 7 a 9 meses.

Tabla N° 8. Población según el sexo del niño, "Centro de Salud Casegural" Distrito III, Sucre, 2018

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	60	56.60
Masculino	46	43.40
TOTAL	106	100,00

La mayoría de los niños del grupo en estudio son del sexo femenino.

Tabla N° 9. Población según el número de hijos que tiene la madre, “Centro de Salud Casegural” Distrito III, Sucre, 2018

N. de hijos	Frecuencia	%
1 hijo	74	69.81
Más 2 hijos	32	30.19
TOTAL	106	100,00

La mayoría de la población del grupo en estudio son madres primerizas.

Tabla N° 10. Población según la orientación sobre lactancia materna, “Centro de Salud Casegural” Distrito III, Sucre, 2018

Recibieron Orientación sobre lactancia materna	Frecuencia	%
Si	48	45.28
No	58	54.72
TOTAL	106	100,0

Del grupo de estudio la mayoría no recibió orientación de lactancia materna exclusiva

Tabla N° 11. Población según donde recibió la orientación de lactancia materna, “Centro de Salud Casegural” Distrito III, Sucre, 2018

Donde recibió orientación	Frecuencia	%
Familiar	27	56.25
Amiga	6	12.5
Centro de salud	14	29.17
Colegio / universidad	1	2.08
TOTAL	48	100,00

Del grupo de estudio la mayoría de la población que recibió orientación de lactancia materna fue por un familiar seguido de un personal del centro de salud.

Tabla N° 12. Población según cuando recibió la orientación de lactancia materna, “Centro de Salud Casegural” Distrito III, Sucre, 2018

Cuando recibió la orientación	Frecuencia	%
Antes del embarazo	21	43.75
Durante el embarazo	14	29.17
Después del embarazo	13	27.08
TOTAL	48	100,00

Del grupo de estudio la mayoría de las mujeres que recibió orientación fue antes del embarazo.

Tabla N° 13. Población según edad del niño en la que dejó de lactar leche materna exclusiva, “Centro de Salud Casegural” Distrito III, Sucre, 2018

Edad del niño en la que dejó la leche materna exclusiva	Frecuencia	%
≤ 2 meses	41	54.67
3 – 4 meses	24	32
5 – 6 meses	10	13.33
TOTAL	75	100,00

Del grupo de estudio la mayoría de la población dio leche materna exclusiva solo hasta los dos meses. Por tanto, la prevalencia de dejación de lactancia con leche materna exclusiva hasta los 6 meses de edad es de 70,75%.

Tabla N° 13. Población según motivo de abandono de lactancia materna, Centro de Salud Casegural” Distrito III, Sucre, 2018

Motivo de abandono	Frecuencia	%
Pezones adoloridos	16	21.33
Falta de tiempo	30	40.01
Poca leche	25	33.33
Estética	4	5.33
TOTAL	75	100,00

Del grupo de estudio la mayoría de la población abandono la lactancia materna por falta de tiempo.

Tabla N° 14. Población según la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Importancia de la lactancia materna exclusiva	Frecuencia	%
Muy necesario	58	54.72
Poco necesario	48	45.28
innecesario	0	0.00
TOTAL	106	100,00

Del grupo de estudio la mayoría de las mujeres indican que es importante la lactancia materna exclusiva dentro los 6 meses.

4.2. Tablas de doble entrada

Tabla N° 15. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva por Edad. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Edad	Sin lactancia materna		Con lactancia materna	
	N	%	N	%
20 – 29 Años	53	70.67	26	83.87
30 – 39 Años	21	28.00	5	16.13
40 – 49 Años	1	1.33	0	0.00
TOTAL	75	100.00	31	100.00

En el grupo de estudio que no dio lactancia materna, la población de 30 - 39 años alcanza el 28%. En el grupo que dio lactancia materna esta alcanza el 16%. Por tanto, al parecer los más expuestos en abandonar la lactancia materna exclusiva es la población de 30 - 39 años de edad.

Tabla N° 16. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva por Estado Civil. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Estado civil	Sin lactancia materna		Con lactancia materna	
	N	%	N	%
Casada	11	14.67	3	9.68
Soltera	34	45.33	19	61.29
Divorciada/Separada	2	2.67	1	3.22
Unión Estable	28	37.33	8	25.81
TOTAL	75	100.00	31	100.00

En el grupo sin lactancia materna, la población que tiene pareja (Casada, unión estable) representa un 52%. En el grupo con lactancia materna estas mismas llegan al 36%. Por tanto al parecer los más expuestos en presentar abandono precoz de la lactancia materna exclusiva son las personas que viven con pareja. (Casada, unión estable)

Tabla N° 17. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva por nivel de nivel educativo. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Nivel educativo	Sin lactancia materna		Con lactancia materna	
	N	%	N	%
Ninguno	6	8.00	4	12.90
Primaria	20	26.66	11	35.49
Secundaria	26	34.67	9	35.49
Técnico	14	18.67	5	16.13
Licenciatura	9	12.00	2	6.45
TOTAL	75	100.00	31	100.00

En el grupo sin lactancia materna, la población que se encuentra en un nivel educativo superior (técnico, licenciatura) representa el 31%. En el grupo con lactancia materna estas mismas llegan al 23%. Por tanto, al parecer las más expuestas en abandonar la lactancia materna exclusiva. Son las que tienen un grado académico superior. (técnico, licenciatura), esto debido al poco interés que tienen las madres sobre la lactancia materna.

Tabla N° 18. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna por ocupación. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Ocupación	Sin lactancia materna		Con lactancia materna	
	N	%	N	%
Labores de casa	11	14.67	4	12.90
Estudiante	13	17.33	7	22.58
Comerciante	11	14.67	7	22.58
Empleado	14	18.67	4	12.90
otros	26	34.66	9	29.04
TOTAL	75	100,0	31	100

En el grupo sin lactancia materna, la población con ocupación que genera remuneración (comerciante, empleado, otros) representan el 53%. En el grupo con lactancia materna estas mismas llegan al 42%. Por tanto, al parecer los más expuestas en abandonar la lactancia materna. Son los que tienen ocupación con remuneración. Debido a la falta de tiempo ya que las mismas dejaban a sus niños con leche artificial durante su trabajo.

Tabla N° 19. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna por Tipo de parto. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Tipo de parto	Sin lactancia materna		Con lactancia materna	
	N	%	N	%
Vaginal	24	32.00	13	41.94
Cesárea	51	68.00	18	58.06
TOTAL	75	100.00	31	100.00

En el grupo sin lactancia materna, la población que tuvo parto por cesárea representa el 68%. En el grupo con lactancia materna estas mismas llegan al 58%. Por tanto, al parecer los más expuestas en abandonar la lactancia materna exclusiva. Son las que tuvieron parto por cesárea.

Tabla N° 20. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna por peso del niño al nacer. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Peso del niño al nacer	Sin lactancia materna		Con lactancia materna	
	N	%	N	%
≤2500	46	61.33	16	51.61
≥2501	29	38.66	15	48.39
TOTAL	75	100.00	31	100.00

En el grupo sin lactancia materna, la población que tuvo peso ≤ 2500 al nacer representa el 61%. En el grupo con lactancia materna estas mismas llegan al 51%. Por tanto, al parecer los más expuestas en abandonar la lactancia materna.

Son las que tuvieron un niño con peso al nacer ≤ 2500 . Debido a que algunos fueron ingresados al servicio de neonatología.

Tabla N° 21. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna por sexo del niño. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Sexo del niño	Sin lactancia materna		Con lactancia materna	
	N	%	N	%
Femenino	42	56.00	18	58.06
Masculino	33	44.00	13	41.94
TOTAL	75	100.00	31	100.00

En el grupo sin lactancia materna, la población con un niño de sexo masculino representa el 44%. En el grupo con lactancia materna estas mismas llegan al 42%. Por tanto, al parecer los más expuestas en abandonar la lactancia materna. Son las que tienen un niño del sexo masculino. Las madres con la ideología de tener un niño varón necesitaba más leche por lo que acudían a darles leche artificial antes de los seis meses.

Tabla N° 22. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna por número de hijos que tiene la madre. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Nº de hijos	Sin lactancia materna		Con lactancia materna	
	N	%	N	%
1 hijo	55	73.33	19	61.29
Más de 2 hijos	20	26.67	12	38.71
TOTAL	75	100.00	31	100.00

En el grupo sin lactancia materna, la población con un hijo representa el 73%. En el grupo con lactancia materna estas mismas llegan al 61%. Por tanto, al parecer los más expuestas en abandonar la lactancia materna son las que son madres primerizas. Debido a la no experiencia vivida sobre la lactancia materna.

Tabla N° 23. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna por orientación recibida. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Orientación	Sin lactancia materna		Con lactancia materna	
	N	%	N	%
Si	35	46.67	18	58.06
No	40	53.33	13	41.94
TOTAL	75	100.00	31	100.00

En el grupo sin lactancia materna, la población que no recibió orientación representa el 53%. En el grupo con lactancia materna estas mismas llegan al 42%. Por tanto, al parecer los más expuestas en abandonar la lactancia materna exclusiva. Son las que no recibieron orientación.

Tabla N° 24. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna por donde recibió la orientación. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Donde recibió la orientación	Sin lactancia materna		Con lactancia materna	
	N	%	N	%
Familiar	22	62.86	5	38.46
Amiga	4	11.43	2	15.37
Centro de salud	9	25.71	5	38.46
Colegio / universidad	0	0.00	1	7.69
TOTAL	35	100,00	13	100.00

En el grupo sin lactancia materna, la población que recibió orientación de familiares y amigas representa el 74%. En el grupo con lactancia materna estas mismas llegan al 54%. Por tanto, al parecer los más expuestas en abandonar la lactancia materna exclusiva. Son las que recibieron orientación de familiares y amigas.

Tabla N° 25. Población del estudio según el abandono precoz de la lactancia materna según el tiempo en que recibió la orientación. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Cuando recibió la orientación	Sin lactancia materna		Con lactancia materna	
	N	%	N	%
Antes del embarazo	14	40.00	7	53,84
Durante el embarazo	11	31.43	3	23.08
Después del embarazo	10	28.57	3	23.08
TOTAL	35	100.00	13	100.00

En el grupo sin lactancia materna, la población que recibió la orientación durante y después del embarazo representa el 60%. En el grupo con lactancia materna estas mismas llegan al 46%. Por tanto, al parecer los más expuestas en abandonar la lactancia materna exclusiva. Son las que recibieron la orientación durante y después del embarazo.

4.3. Análisis bivariado - tablas de 2x2 o tetracóricas

Tabla N° 26. Relación con el abandono precoz de la lactancia materna con la Edad. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Edad		Sin lactancia materna	Con lactancia materna	Total
Expuestos	30 - 49 años	21	5	26
No expuestos	20 – 29 años	54	26	80
Total		75	31	106

Tasa de Prevalencia de Expuestos (TPE) = 81%

De cada 100 personas de 30 - 49 años, 81 abandonaron la lactancia materna

Tasa de Prevalencia de No expuestos (TPNE) = 67%

De cada 100 personas de 20 a 29 años, 67 abandonaron la lactancia materna.

Odds Ratio de prevalencia (ORp) = 2.15 OR (IC95% 0.73 – 6.34). Valor p test de Fisher= 0.1186

La probabilidad de abandonar la lactancia materna es 2.15 veces en las personas de 30 - 49 años en relación a las de 20 - 29 años. Por lo que el tener 30 - 49 años es un **FACTOR DE RIESGO** para abandonar la lactancia materna. Esta asociación es estadísticamente no significativa porque el intervalo de confianza incluye la unidad y el valor p de χ^2 es > 0.05

Tabla N° 27. Relación con el abandono precoz de la lactancia materna con estado civil. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Estado civil		sin lactancia materna	con lactancia materna	Total
Expuestos	Sin pareja (soltera, divorciada)	39	11	50
No expuestos	Con pareja (casada, unión estable)	36	20	56
Total		75	31	106

Tasa de Prevalencia de Expuestos (TPE) = 78%

De cada 100 personas sin pareja, 78 abandonaron la lactancia materna.

Tasa de Prevalencia de No expuestos (TPNE) = 64%

De cada 100 personas con pareja, 64 abandonan la lactancia materna.

Odds Ratio de prevalencia (ORp) = 1.96 (IC95% 0.8 – 4.67). Valor p= 0,1213

La probabilidad de abandonar la lactancia materna es 1.96 veces en las personas que no tienen pareja en relación a las que viven con parejas. Por lo que el vivir sin pareja es un **FACTOR DE RIESGO** para abandonar la lactancia materna. Esta asociación es estadísticamente no significativa porque el intervalo de confianza incluye la unidad y el valor p de χ^2 es > 0.05

Tabla N° 28. Relación con el abandono de la lactancia materna con nivel educativo. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Nivel educativo		sin lactancia materna	con lactancia materna	Total
Expuestos	Técnico, licenciatura	23	7	30
No expuestos	Ninguno, Primaria, secundaria	52	24	76
Total		75	31	106

Tasa de Prevalencia de Expuestos (TPE) = 77%

De cada 100 personas con nivel educativo básico, 77 abandonaron la lactancia materna.

Tasa de Prevalencia de No expuestos (TPNE) = 68%

De cada 100 personas con nivel educativo superior, 68 abandonan la lactancia materna.

Odds Ratio de prevalencia (ORp) = 1.51 (IC95% 0.57 – 4.01). Valor p= 0,4005

La probabilidad de abandonar la lactancia materna es 1.51 veces en las personas con nivel educativo básico en relación a las personas con nivel educativo superior. Por lo que el tener nivel educativo básico es un **FACTOR DE RIESGO** para abandonar la lactancia materna. Esta asociación es estadísticamente no significativa porque el intervalo de confianza incluye la unidad y el valor p de χ^2 es > 0.05

**Tabla N° 29. Relación con el abandono de la lactancia materna con ocupación.
“Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018**

Ocupación		sin lactancia materna	con lactancia materna	Total
Expuestos	Comerciante, empleados, otros	40	13	53
No Expuestos	Labores de casa y estudiantes	35	18	53
Total		75	31	106

Tasa de Prevalencia de Expuestos (TPE) = 75%

De cada 100 personas con ocupación con remuneración, 75 abandonaron la lactancia materna.

Tasa de Prevalencia de No expuestos (TPNE) = 66%

De cada 100 personas con ocupación sin remuneración, 66 abandonan la lactancia materna.

Odds Ratio de prevalencia (ORp) = 1.58 (IC95% 0.68 – 3.68). Valor $p= 0,2857$

La probabilidad de abandonar la lactancia materna es 1.58 veces en las personas con ocupación con remuneración en relación con ocupación sin remuneración. Por lo que el tener con ocupación con remuneración es un **FACTOR DE RIESGO** para abandonar la lactancia materna. Esta asociación es estadísticamente no significativa porque el intervalo de confianza incluye la unidad y el valor p de χ^2 es > 0.05

**Tabla N° 30. Relación con el abandono de la lactancia materna con tipo de parto.
“Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018**

Tipo de parto		sin lactancia materna	con lactancia materna	Total
Expuestos	vaginal	51	18	69
No Expuestos	cesarí	24	13	37
Total		75	31	106

Tasa de Prevalencia de Expuestos (TPE) = 74%

De cada 100 personas que tuvieron parto distócico, 74 abandonaron la lactancia materna.

Tasa de Prevalencia de No expuestos (TPNE) = 65%

De cada 100 personas que tuvieron parto eutócico, 65 abandonaron la lactancia materna.

Odds Ratio de prevalencia (ORp) = 1.53 (IC95% 0.65 – 3.64). Valor p= 0,3290

La probabilidad de abandonar la lactancia materna 1.53 veces en las personas que tuvieron parto distócico en relación a las que tuvieron parto eutócico. Por lo que el tener parto distócico es un **FACTOR DE RIESGO** para abandonar la lactancia materna. Esta asociación es estadísticamente no significativa porque el intervalo de confianza incluye la unidad y el valor p de χ^2 es > 0.05 .

Tabla N° 31. Relación con el abandono de la lactancia materna con el peso del niño al nacer. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Peso del niño al nacer		sin lactancia materna	con lactancia materna	Total
Expuestos	≤ 2500 kg	46	16	60
No Expuestos	≥ 2501 kg	29	15	46
Total		75	31	106

Tasa de Prevalencia de Expuestos (TPE) = 75%

De cada 100 personas con un niño de peso menor a 2500 al nacer, 75 abandonaron la lactancia materna.

Tasa de Prevalencia de No expuestos (TPNE) = 66%

De cada 100 personas con un niño de peso mayor a 2500 al nacer, 66 abandonaron la lactancia materna.

Odds Ratio de prevalencia (ORp) = 1.49 (IC95% 0.64 – 3.46). Valor p= 0,3555

La probabilidad de abandonar la lactancia materna es 1.49 veces en las personas con un niño de peso menor a 2500 al nacer en relación a las personas con un niño de peso mayor a 2500 al nacer. Por lo que el tener un niño de peso menor a 2500 al nacer es un **FACTOR DE RIESGO** para abandonar la lactancia

materna. Esta asociación es estadísticamente no significativa porque el intervalo de confianza incluye la unidad y el valor p de χ^2 es > 0.05 .

Tabla N° 32. Relación con el abandono de la lactancia materna con el sexo del niño. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Sexo del niño		sin lactancia materna	con lactancia materna	Total
Expuestos	masculino	33	13	46
No Expuestos	femenino	42	18	60
Total		75	31	106

Tasa de Prevalencia de Expuestos (TPE) = 71%

De cada 100 personas con niño de sexo masculino, 71 abandonaron la lactancia materna.

Tasa de Prevalencia de No expuestos (TPNE) = 70%

De cada 100 personas con niño de sexo femenino, 70 abandonan la lactancia materna.

Odds Ratio de prevalencia (ORp) = 1.09 (IC95% 0.47 – 2.54). Valor $p= 0,8453$

La probabilidad de abandonar la lactancia materna es 1.09 veces en las personas con niño de sexo masculino en relación a las con niño de sexo femenino. Por lo que el tener niño de sexo masculino es un **FACTOR INDIFEENTE** para abandonar la lactancia materna. Esta asociación es estadísticamente no significativa porque el intervalo de confianza incluye la unidad y el valor p de χ^2 es > 0.05

Tabla N° 33. Relación con el abandono de la lactancia materna con número de hijos. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Número de hijos de la madre		sin lactancia materna	con lactancia materna	Total
Expuestos	1 hijo	55	19	74
No Expuestos	Más de 2 hijos	20	12	32
Total		75	31	106

Tasa de Prevalencia de Expuestos (TPE) = 74%

De cada 100 personas que son primerizas, 74 abandonaron la lactancia materna.

Tasa de Prevalencia de No expuestos (TPNE) = 63%

De cada 100 personas con más de dos hijos, 63 abandonan la lactancia materna. **Odds Ratio de prevalencia (ORp) = 1.74** (IC95% 0.72 – 4.21). Valor p= 0,2192
 La probabilidad de abandonar la lactancia materna es 1.74 veces en las personas que son primerizas en relación a las que tienen más de dos hijos. Por lo que el ser madre primeriza es un **FACTOR DE RIESGO** para abandonar la lactancia materna. Esta asociación es estadísticamente no significativa porque el intervalo de confianza incluye la unidad y el valor p de χ^2 es > 0.05

Tabla N° 34. Relación con el abandono de la lactancia materna con orientación recibida. “Centro de Salud Casegural”. Distrito III, Sucre, 2018

Orientación recibida		sin lactancia materna	con lactancia materna	Total
Expuestos	No	40	13	53
No Expuestos	Si	35	18	53
Total		75	31	106

Tasa de Prevalencia de Expuestos (TPE) = 75%

De cada 100 personas sin orientación, 75 abandonaron la lactancia materna.

Tasa de Prevalencia de No expuestos (TPNE) = 66%

De cada 100 personas con orientación, 66 abandonan la lactancia materna.

Odds Ratio de prevalencia (ORp) = 1.58 (IC95% 0.68 – 3.69). Valor p= 0,2857

La probabilidad de abandonar la lactancia materna es 1.58 veces en las personas sin orientación recibida en relación a las que tienen orientación sobre la lactancia materna. Por lo que el no recibir orientación sobre la lactancia materna es un **FACTOR DE RIESGO** para abandonar la lactancia materna. Esta asociación es estadísticamente no significativa porque el intervalo de confianza incluye la unidad y el valor p de χ^2 es > 0.05 .

VARIABLES		TPE (%)	TPNE (%)	OR (IC95%)	Valor p chi2
EDAD					
Expuestos	30 – 49 años	81%	67%	2.15 (IC95% 0.73– 6.34)	(*) 0,1186
No expuestos	20 - 29 años				
ESTADO CIVIL					
Expuestos	Soltera (o), viuda (o), Divorciada (o).	78%	64%	1.96 (IC95% 0.81 – 4.67)	0,1213
No expuestos	Casada (o), unión estable.				
NIVEL EDUCATIVO					
Expuestos	Técnico, licenciatura	77%	68%	1.51 (IC95% 0.57 – 4.01)	0,4005
No expuestos	Ninguno, primaria, secundaria				
OCUPACION					
Expuestos	Comerciante, empleados, otros	75%	66%	1.58 (IC95% 0.68 – 3.68)	0,2857
No expuestos	Labores de casa, estudiante				
TIPO DE PARTO					
Expuestos	Vaginal	74%	65%	1.53 (IC95% 0.65 – 3.64)	0,3290
No expuestos	Cesárea				
PESO DEL NIÑO AL NACER					
Expuestos	≤2500	74%	66%	1.49 (IC95% 0.64 – 3.46)	0,3555
No expuestos	≥2501				
SEXO DEL NIÑO					
Expuestos	Masculino	71%	70%	1.09 (IC95% 0.47 – 2.54)	0,8453
No expuestos	Femenino				
NUMERO DE HIJOS					
Expuestos	1 hijo	74%	63%	1.74 (IC95% 0.72 – 4.21)	0,2192
No expuestos	Más de 2 hijos				
ORIENTACION RECIBIDA					
Expuestos	No	75%	66%	1.58 (IC95% 0.68 – 3.69)	0,2857
No expuestos	Si				



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO

V

5.1. Conclusiones

- La prevalencia del abandono de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, en el Centro de salud Casegural, Distrito III del Municipio de Sucre es del 70,75%. Se pudo identificar en el grupo de estudio la mayoría se encuentran por debajo de los 29 años de edad
- La mayoría de las mujeres del estudio tiene un trabajo con remuneración.
- Según este estudio la mayor parte de las mujeres tuvieron un parto por cesárea, de la mayoría de las mujeres en estudio nació el niño con un peso menor a 2500kg, según edad del niño la mayoría tienen de 7 a 9 meses de edad en el momento de la encuesta, son del sexo masculino, la mayoría son madres primerizas.
- Se pudo identificar que la mayoría de las mujeres no recibió orientación de lactancia materna exclusiva, las que recibieron orientación de lactancia materna fue por un familiar, mismas recibieron orientación durante y después del embarazo.
- De las mujeres que acudieron al Centro de salud con su niño de 7 a 12 meses de edad, la mayoría de la población dio leche materna exclusiva solo hasta los dos meses, mismas indican que es por falta de tiempo ya que la mayoría de las mujeres tienen un trabajo con remuneración y dejan a su niño en casa con leche artificial, algunas de las mujeres indican que por estética prefieren no dar de lactar a su niño y otras tienen la ideología de que no se hartan que por esa razón prefieren darles leche artificial.
- Del grupo de estudio la mayoría de las mujeres indican que es importante la lactancia materna exclusiva dentro los 6 meses.
- Se encontró asociación en el abandono de la lactancia materna exclusiva: con edad (OR=2,15), es un factor de riesgo concuerda con el estudio realizado por Antoni Oliver, estado civil (OR=1,96), se encontró asociación al igual que el estudio realizado por Patricia Rondan, nivel educativo

(OR=1,59), ocupación (OR=1,58), parto distócico (OR=1,53), peso del niño al nacer (OR=1.49), madres primerizas (OR=1,74) es un factor de riesgo, concuerda con el estudio realizado en Perú, sin embargo el estudio realizado por Patricia Rondan no encontró asociación, orientación sobre la lactancia materna (OR=1,58). Aunque estas asociaciones NO fueron significativas.

5.2. Recomendaciones

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida se ha demostrado en numerosos estudios científicos, cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico.

- Se recomienda a todos los Centros de Salud dar una información personalizada y anticipada sobre lactancia materna y sus posibles problemas. La educación a los progenitores antes y después del parto es esencial para el éxito de la lactancia materna
- Se recomienda al personal de salud orientar, impulsar sobre la alimentación con leche materna y no así con leche artificial.
- Se recomienda a las mujeres que estén dando de lactar tomen su tiempo para brindar una buena alimentación a su niño y dejar de un lado los mitos.

Al tratarse de factores de riesgos psicosociales, es dificultoso recomendar a las madres que cumplan una buena alimentación con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Camargo F, Latorre J, Porras J. **Factores Asociados al Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva.** [sitio en Internet]. Volumen 16(1) : 56 – 72 (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a04.pdf>
2. Laghi A, Yaipen A, Risco R, Pereyra E. **Factors associated with exclusive breastfeeding cessation in a sample of from Lima, Peru, 2013.** [sitio en Internet]. Rev. iMedPub Journals, Vol. 11(3) (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>
3. Navarro M, Duque X, Trejo J y Pérez M. **Factors associated with short duration of breast-feeding in Mexican working women.** [sitio en Internet]. Méx vol.45 (4) (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1619/3/rondon_p.pdf
4. Gorrita R, Brito D, Ruiz E. **Educational intervention in breastfeeding in the first six months of life.** [sitio en Internet]. Rev. Cubana Pediatr vol.88 (2). Ciudad de la Habana 2016 (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_12.pdf
5. Oliver A, Richart M, Cabrero J, Perez S, Laguna G, Flores JC, et al. **Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida.** [sitio en Internet]. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Vol 18 (3) (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL: <http://www.analesdepediatria.org/es/factores-asociados-al-abandono-precoz/articulo/S1695403313002385/>
6. Riusa J, Ortuñob J, Rivasc C, Maravalld M, Calzadoe M, et al. **Factors associated with early weaning in a Spanish region.** [sitio en Internet]. An Pediatr, Vol 80 (1):6-15. (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de->

[familia/factores-asociados-al-abandono-de-lactancia-materna-exclusiva-en-unamuestra-de-madres-de-lima-per2013.pdf](#)

7. OMS. **Lactancia Materna**. [sitio en Internet]. (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL:
<http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
8. Jácome J. C, “**FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA DE SALUD 2, ENERO - AGOSTO 2012**”. [sitio en Internet]. (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL:
<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/20592/2/FACTORES%20ASOCIADOS%20AL%20ABANDONO%20PRECOZ%20DE%20LA%20LACTANCIA%20MATERNA%20EN%20EL%20%20C3%81REA%20DE%20SALUD%20%20C%20ENERO%20-%20AGOS.pdf>
9. Alimenta. **Lactancia materna: la alimentación del recién nacido**. [sitio en Internet]. (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL:
<https://www.alimenta.com/dietas/lactancia-materna/>
10. Colombia. **Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria en Lactancia**. [sitio en Internet]. (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL: https://encolombia.com/libreria-digital/lsalud/lactancia-materna/lactancia_anatomia23/
11. Pino J.L, López M. A, Medel A.P, Ortega A. **Factors affecting the duration of exclusiv breastfeeding in a rural community of Chile**. [sitio en Internet]. (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007
12. Morales Y, Borges L, Algozain Y. **Factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna**. [sitio en Internet]. (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000200004
13. Issler J, Cassella CA, Gomez V, Maidana D. **Lactancia Materna**. Rev. Posgrado de la Cátedra VI Medicina. [sitio en Internet]. (fecha de acceso:

- septiembre 2016). Direccion electronica o URL:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista98/lactancia_materna.htm
14. Rojas LK. **BREAST-FEEDING BENEFITS AND MYTHS**. [sitio en Internet]. (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL:
<http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20VIII%202010/10%20-%20Lactancia%20Materna.htm>
15. Rondan P. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS DE 6 MESES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – 2015**. [sitio en Internet]. (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL:
16. El deber. **Bolivia, entre líderes de la lactancia materna única**. [sitio en Internet]. (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL:
<http://www.eldeber.com.bo/santacruz/bolivia-lideres-lactancia-materna-unica.html>
17. Lanza O, Navarro PA, Nina CF, Paco MI, Rivera S, Quiroz KS, et al. **INDISCRIMINATE USE OF BREAST MILK SUBSTITUTES AND ITS IMPACT ON THE BOLIVIAN FAMILY ECONOMY**. [sitio en Internet]. (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/chc/v57n1/v57n1_a04.pdf
18. Ministerio de Salud y Deportes. **POLITICAS DEL PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA**. [sitio en Internet]. (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL:
<http://www.ops.org.bo/textocompleto/nnu28795.pdf>
19. Jornada Mundo. **INE: Bolivia oficialmente tiene 10.059.856 habitantes**. [sitio en Internet]. (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL: <http://www.jornadanet.com/n.php?a=105665-1>
20. INE. **Chquisaca: Población Total Proyectada, Por Años Calendario Y Sexo, Según Edades Simples, 2009 – 2011**. [sitio en Internet]. (fecha de acceso: septiembre 2016). Direccion electronica o URL:
<http://www.ine.gob.bo/indice/visualizador.aspx?ah=PC2031001.HTM>

ANEXOS

ANEXOS N° 1.

ENCUESTA: FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN AL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

(La encuesta debe ser aplicada a las mujeres que esten dando de lactar a niños de 7 a 12 meses de edad).

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS:

Apellidos.....Nombre.....codigo.

1.1. Edad (años cumplidos)

Fecha de nacimiento (dia/mes/año).....

1.2. Estado civil:

1. Casada

2. Soltera

3. Viuda

4. Divorciada/separada

5. Union estable

1.3. Años de estudio:

1. Ninguno

2. Primaria

3. Secundaria

4. Tecnico

5. Linceiatura

1.5. Ocupacion actual.....

II. ASPECTOS EN RELACION A ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO DEL NIÑO

2.1. Tipo de parto: 1. Vaginal

2. Cesarea

2.2. Peso del niño al nacer: 1. < 2500 kg

2. > 2501 kg

2.3. Edad del niño en el momento de la encuesta

2.4. Sexo del niño: 1. Femenino

2. Masculino

III ASPECTO EN RELACION A LA MADRE

3.1. Número de hijos



3.2. Recibio orientación sobre lactancia materna exclusiva.

1. Si 2. No

3.2.1. Donde recibio la orientacion sobre la lactancia materna

1. Radio 4. Centro de salud
2. Familiar 5. Colegio/universidad
3. Amiga 6. Otro Cual ?.....

3.2.2. Cuando recibio la orientacion sobre la lactancia materna

1. Antes del embarazo 2. Durante el embarazo 3. Despues del embarazo

3.3. Edad del niño que dejo de lactar leche materna exclusiva

3.4. Motivo de abandono de lactancia

1. Pezones adoloridos 3. Poca leche
2. Falta de tiempo (Trabajo) 4. Estetica

3.5. Consideras que es muy importante la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño

1. Muy nesesario
2. Poco nesesario
3. Innesesario



Muchas GRACIAS por su colaboracion

ANEXOS N° 2.

ESTUDIOS ANALÍTICOS CON TABLAS TETRACÓRICAS

➤ **EDAD DE LA MADRE**

Tabla	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	21	5	26
No expuestos	54	26	80
Total	75	31	106

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC(95,0%)		
En expuestos	0,814815	-	-	
En no expuestos	0,670886	-	-	
Razón de prevalencias	1,214535	0,958216	1,539420	(Katz)

Prevalencia de exposición	Estimación	IC(95,0%)		
En enfermos	0,293333	-	-	
En no enfermos	0,161290	-	-	
Razón de prevalencias	1,818667	0,757207	4,368092	(Katz)

OR	IC(95,0%)		
2,158491	0,734124	6,346448	(Woolf)
	0,755108	6,110514	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	2,0145	0,1558
Corrección de Yates	1,3790	0,2403

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,1186
Bilateral	0,2209

➤ ESTADO CIVIL

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	39	11	50
No expuestos	36	20	56
Total	75	31	106

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC(95,0%)		
En expuestos	0,780000	-	-	
En no expuestos	0,642857	-	-	
Razón de prevalencias	1,213333	0,950158	1,549403	(Katz)

Prevalencia de exposición	Estimación	IC(95,0%)		
En enfermos	0,520000	-	-	
En no enfermos	0,354839	-	-	
Razón de prevalencias	1,465455	0,869418	2,470109	(Katz)

OR	IC(95,0%)		
1,969697	0,830171	4,673385	(Woolf)
0,838723	4,615582		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	2,4010	0,1213
Corrección de Yates	1,7839	0,1817

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0904
Bilateral	0,1389

➤ **NIVEL EDUCATIVO**

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	23	7	30
No expuestos	52	24	76
Total	75	31	106

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC(95,0%)		
En expuestos	0,766667	-	-	
En no expuestos	0,684211	-	-	
Razón de prevalencias	1,120513	0,873006	1,438191	(Katz)

Prevalencia de exposición	Estimación	IC(95,0%)		
En enfermos	0,306667	-	-	
En no enfermos	0,225806	-	-	
Razón de prevalencias	1,358095	0,651020	2,833126	(Katz)

OR	IC(95,0%)		
1,516484	0,572267	4,018616	(Woolf)
0,582583	3,921131		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	0,7067	0,4005
Corrección de Yates	0,3644	0,5461

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,2765
Bilateral	0,4818

➤ **OCUPACIÓN**

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	40	13	53
No expuestos	35	18	53
Total	75	31	106

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC(95,0%)		
En expuestos	0,754717	-	-	
En no expuestos	0,660377	-	-	
Razón de prevalencias	1,142857	0,893053	1,462537	(Katz)

Prevalencia de exposición	Estimación	IC(95,0%)		
En enfermos	0,533333	-	-	
En no enfermos	0,419355	-	-	
Razón de prevalencias	1,271795	0,798712	2,025087	(Katz)

OR	IC(95,0%)		
1,582418	0,679466	3,685312	(Woolf)
0,685824	3,647556		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	1,1398	0,2857
Corrección de Yates	0,7295	0,3931

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,1966
Bilateral	0,3933

➤ TIPO DE PARTO

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	51	18	69
No expuestos	24	13	37
Total	75	31	106

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC(95,0%)		
En expuestos	0,739130	-	-	
En no expuestos	0,648649	-	-	
Razón de prevalencias	1,139493	0,865115	1,500891	(Katz)

Prevalencia de exposición	Estimación	IC(95,0%)		
En enfermos	0,680000	-	-	
En no enfermos	0,580645	-	-	
Razón de prevalencias	1,171111	0,836029	1,640496	(Katz)

OR	IC(95,0%)		
1,534722	0,647669	3,636692	(Woolf)
0,655021	3,603774		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	0,9529	0,3290
Corrección de Yates	0,5658	0,4519

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,2249
Bilateral	0,3740

➤ PESO AL NACER

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	46	16	62
No expuestos	29	15	44
Total	75	31	106

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC(95,0%)		
En expuestos	0,741935	-	-	
En no expuestos	0,659091	-	-	
Razón de prevalencias	1,125695	0,869462	1,457441	(Katz)

Prevalencia de exposición	Estimación	IC(95,0%)		
En enfermos	0,613333	-	-	
En no enfermos	0,516129	-	-	
Razón de prevalencias	1,188333	0,808352	1,746933	(Katz)

OR	IC(95,0%)		
1,487069	0,639486	3,458048	(Woolf)
0,645735	3,427665		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico		Valor p
Sin corrección	0,8536	0,3555	
Corrección de Yates	0,5002		0,4794

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,2391
Bilateral	0,3915

➤ **SEXO DEL NIÑO**

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	33	13	46
No expuestos	42	18	60
Total	75	31	106

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC(95,0%)		
En expuestos	0,717391	-	-	
En no expuestos	0,700000	-	-	
Razón de prevalencias	1,024845	0,801641	1,310196	(Katz)

Prevalencia de exposición	Estimación	IC(95,0%)		
En enfermos	0,440000	-	-	
En no enfermos	0,419355	-	-	
Razón de prevalencias	1,049231	0,644984	1,706842	(Katz)

OR	IC(95,0%)		
1,087912	0,466560	2,536767	(Woolf)
0,470877	2,509706		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico		Valor p
Sin corrección	0,0381	0,8453	
Corrección de Yates	0,0004		0,9838

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,5097
Bilateral	1,0000

➤ **NÚMERO DE HIJOS**

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	55	19	74
No expuestos	20	12	32
Total	75	31	106

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC(95,0%)		
En expuestos	0,743243	-	-	
En no expuestos	0,625000	-	-	
Razón de prevalencias	1,189189	0,881031	1,605132	(Katz)

Prevalencia de exposición	Estimación	IC(95,0%)		
En enfermos	0,733333	-	-	
En no enfermos	0,612903	-	-	
Razón de prevalencias	1,196491	0,876449	1,633400	(Katz)

OR	IC(95,0%)		
1,736842	0,716416	4,210710	(Woolf)
0,725626	4,169466		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	1,5094	0,2192
Corrección de Yates	0,9921	0,3192

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,1595
Bilateral	0,2493

➤ **ORIENTACIÓN RECIBIDA**

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	40	13	53
No expuestos	35	18	53
Total	75	31	106

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC(95,0%)		
En expuestos	0,754717	-	-	
En no expuestos	0,660377	-	-	
Razón de prevalencias	1,142857	0,893053	1,462537	(Katz)

Prevalencia de exposición	Estimación	IC(95,0%)		
En enfermos	0,533333	-	-	
En no enfermos	0,419355	-	-	
Razón de prevalencias	1,271795	0,798712	2,025087	(Katz)

OR	IC(95,0%)		
1,582418	0,679466	3,685312	(Woolf)
0,685824	3,647556		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	1,1398	0,2857
Corrección de Yates	0,7295	0,3931