

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**



**RELACIÓN ENTRE LAS PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA CON LA  
DISMINUCIÓN DE PERÍMETRO ABDOMINAL EN MUJERES POST PARTO  
EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE  
PASAQUINA, LA UNIÓN, MILAGRO DE LA PAZ, SAN MIGUEL Y SAN  
AGUSTIN, USULUTÁN, 2013.**

**PRESENTADO POR:**

**TATIANA ESTEFANY PARADA VÁSQUEZ  
ADA CONCEPCIÓN QUIJADA ALVARADO  
KAREN LINDA BELLA ROSA MOREIRA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:  
DOCTOR EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:**

**DOCTORA SENIA CRISTELA BENÍTEZ CRUZ.**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA, NOVIEMBRE 2013.**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**AUTORIDADES**

**INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO**  
**RECTOR**

**MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO**  
**VICERRECTORA ACADÉMICA**

**DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA**  
**SECRETARIA GENERAL**

**LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA**  
**FISCAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
AUTORIDADES**

**MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ  
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ  
VICE DECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ  
SECRETARIO**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO  
DIRECTORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**  
**AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN**  
**COORDINADOR GENERAL DE PROCESOS DE**  
**GRADUACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME**  
**MIEMBRO DE LA COMISION COORDINADORA**

**DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO**  
**MIEMBRO DE LA COMISION COORDINADORA**

## **ASESORES**

**DOCTORA SENIA CRISTELA BENÍTEZ CRUZ.  
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO  
ASESORA METOLÒGICA**

**JURADO CALIFICADOR**

**DOCTORA SENIA CRISTELA BENÍTEZ CRUZ  
DOCENTE ASESOR**

**DOCTOR HENRRY GEOVANNI MATA LAZO  
JURADO CALIFICADOR**

**DOCTORA LIGIA JEANET LÓPEZ LEIVA  
JURADO CALIFICADOR**

Tatiana Estefany Parada Vásquez PV 05004

Ada Concepción Quijada Alvarado QA 04002

Karen Linda Bella Rosa Moreira RM 05018

**RELACIÓN ENTRE LAS PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA CON LA DISMINUCIÓN DE PERÍMETRO ABDOMINAL EN MUJERES POST PARTO EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE PASAQUINA, LA UNIÓN, MILAGRO DE LA PAZ, SAN MIGUEL Y SAN AGUSTIN, USULUTÁN, 2013.**

Este trabajo de investigación fue **revisado, evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor en Medicina por la Universidad de El Salvador.

Doctora Senia Cristela Benítez Cruz  
**Docente Asesor**

Doctor Henryry Geovanni Mata Lazo  
**Jurado Calificador**

Doctora Ligia Jeanet López Leiva  
**Jurado Calificador**

Doctor Henry Rivera Villatoro  
**Miembro de la Comisión Coordinadora**

Doctora Norma Oziris Sánchez de Jaime  
**Miembro de la Comisión Coordinadora**

Doctor Amadeo Arturo Cabrera Guillén  
**Coordinador General de Procesos de Graduación  
De la Carrera de Doctorado en Medicina del Departamento de Medicina**

Vo.Bo. Doctor Francisco Antonio Guevara Garay  
**Jefe del Departamento de Medicina**

Vo.Bo. Maestra Elba Margarita Berrios Castillo  
**Directora General de Procesos de Graduación  
de la Facultad Multidisciplinaria Oriental**

San Miguel, Centroamérica, Noviembre 2013.

Se agradece por su contribución para el desarrollo del trabajo a:

**A DIOS TODOPODEROSO:**

Por darnos conocimiento y perseverancia para lograr la meta propuesta.

**A NUESTROS PADRES:**

Por su sacrificio, devoción, apoyo y confianza.

**A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:**

Por ser el lugar donde iniciamos nuestros sueños.

**AL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS, SAN MIGUEL:**

Por ser el centro de nuestra formación profesional.

**A NUESTROS ASESORES:**

Dra. Senia Cristela Benítez Cruz

Dr. Henry Giovanni Mata Lazo

Dra. Ligia Jeanet López Leiva

Mtra. Elba Margarita Berrios Castillo

Mtra. Olga Yanett Girón de Vásquez

Mtra. Sonia Margarita del Carmen Martínez Pacheco

Por su comprensión, dedicación y apoyo incondicional.

**A LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR:**

Milagro de la Paz, San Miguel; Pasaquina, La Unión; San Agustín, Usulután; por el apoyo a este proyecto de investigación.

**A LAS PACIENTES PUERPERAS:**

Por ser la parte esencial del proyecto.

**A LOS DIRECTORES DE LAS DISTINTAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR:**

Por permitir llevar a cabo el proyecto de investigación.

Tatiana Estefany Parada Vásquez  
Ada Concepción Quijada Alvarado  
Karen Linda Bella Rosa Moreira

Se dedica este trabajo a:

Agradezco a mi Señor y Dios todopoderoso por fortalecernos e iluminar nuestras mentes, gracias a él todo fue posible.

Agradezco con mi corazón a mi madre Mercedes Moreira por su amor incondicional con que me ha guiado siempre a un camino mejor, a mi hermana Rutilia de Silva por su apoyo en todo momento, mis sobrinas favoritas: Yesenia Beatriz Silva y Claudia Patricia Silva, las amo, su presencia es suficiente para hacerme bien.

De igual forma a mis amigos por levantarme el ánimo con su alegría en momentos difíciles.

Agradecimientos especiales a nuestro docente asesor Dra. Senia Cristela Benítez por su supervisión y paciencia, escucharnos y aconsejarnos siempre.

Karen Linda Bella Rosa Moreira

Se dedica este trabajo a:

**DIOS TODOPODEROSO:**

Por brindarme la oportunidad de llegar al final de mi carrera, por la fe, la perseverancia y la voluntad que me ha dado para poder lograr este éxito en mi vida.

**A MIS PADRES:**

Sra. Ada Mercedes de Quijada y Dr. José Neftalí Quijada, por su apoyo incondicional, por inculcarme principios, valores y guiarme hacia la obtención de este triunfo.

**A MIS HERMANOS:**

Lic. Carlos Daniel Quijada Alvarado y Tte.Fgta. José Fernando Alvarado, por su interés y apoyo personal que mostraron durante mi carrera de manera incondicional y por motivarme siempre.

**A MIS MAESTROS DOCENTES:**

Por su esfuerzo dedicación y apoyo.

**A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:**

Karen Linda y Tatiana Estefany por compartir la oportunidad de elaborar este estudio de tesis y compartir conmigo su amistad.

**A MIS AMIGOS:**

Por su apoyo incondicional y cariño: Jorge Arturo Panameño y Martha Orellana.

Ada Concepción Quijada Alvarado.

Se dedica este trabajo a:

**DIOS TODOPODEROSO:**

Por darme la vida y hacer que cada día se logren nuevos objetivos y metas propuestas. Por brindarme fe, esperanza y aprender algo nuevo en todo momento.

**A MIS PADRES:**

Dr. José René Antonio Parada Flores y Licda. María Corina Vásquez López, por ser los guías de mi camino, por inculcarme la manera de dar lo mejor de mí en cada aspecto; por todo el sacrificio y esfuerzo para darme todo lo que tengo.

**A MI HERMANO Y DEMAS FAMILIA:**

Dr. René Hernán Parada Vásquez, mi tío Dr. Luis Alonso Vásquez López, a mi prima Dra. Vangie Lourdes Parada Cabrera por sus consejos que motivaron a alcanzar este triunfo, gracias por su apoyo.

**A MIS MAESTROS DOCENTES:**

Por su esfuerzo, dedicación y apoyo.

**A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:**

Karen Linda y Ada Concepción por compartir sus conocimientos e información que ayudaron al enriquecimiento de este trabajo.

**A MIS AMIGOS:**

Ivana María Rugamas Dinarte, Jenmy Maricela Zelaya por siempre tener una palabra de apoyo para seguir adelante, por todos sus consejos y regaños, gracias por ser como son y brindarme el tesoro de su amistad.

Tatiana Estefany Parada Vásquez

## TABLA DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
<b>LISTA DE TABLAS.....</b>	<b>xiv</b>
<b>LISTA DE GRÁFICAS.....</b>	<b>xv</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>xvi</b>
<b>LISTA DE ANEXOS.....</b>	<b>xvii</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Antecedentes del problema.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Enunciado del problema.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Justificación del estudio.....</b>	<b>5</b>
<b>1.4 Objetivos de la investigación.....</b>	<b>5</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>6</b>
<b>3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....</b>	<b>15</b>
<b>4. DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>17</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>41</b>
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>41</b>
<b>8. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>44</b>

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. Distribución de población por UCSF.....	17
TABLA 2. Distribución de la población.....	19
TABLA 3. Distribución de la muestra.....	19
TABLA 4. ¿Le ha estado dando pecho a su bebé?.....	22
TABLA 5. ¿Ha utilizado algún tipo de leche diferente a la materna?.....	23
TABLA 6. ¿Cada cuanto tiempo alimenta a su bebé?.....	24
TABLA 7. ¿Hasta el momento con que ha estado alimentando a su bebé?.....	25
TABLA 8. ¿Hasta cuanto tiempo dará pecho a su bebé?.....	26
TABLA 9. ¿El dar de mamar ayuda a la mujer en todo lo siguiente?.....	27
TABLA 10. ¿Qué haría si su bebé rechaza el pecho?.....	29
TABLA 11. ¿Continúa dando seno materno a su bebé?.....	30
TABLA 12. ¿Cada cuanto tiempo alimenta a su bebé?.....	31
TABLA 13. ¿Hasta el momento con que ha estado alimentando a su bebé?.....	32
TABLA 14. ¿Considera que ha adelgazado durante este tiempo?.....	33
TABLA 15. ¿Durante este tiempo que alimentos predominaron en su dieta?.....	34
TABLA 16. Comparación del primer y segundo control puerperal de la medición del perímetro abdominal.....	35
TABLA 17. Comparación entre lactancia materna exclusiva y reducción de perímetro abdominal.....	36
TABLA 18. Comparación entre lactancia materna predominante y reducción de perímetro abdominal.....	37
TABLA 19. Comparación entre lactancia materna artificial y reducción de perímetro abdominal.....	38
TABLA 20. Comprobación de hipótesis.....	40

## LISTA DE GRÀFICAS

	Pág.
GRÀFICA 1. ¿Le ha estado dando pecho a su bebé?.....	22
GRÀFICA 2. ¿Ha utilizado algún tipo de leche diferente a la materna?.....	23
GRÀFICA 3. ¿Cada cuanto tiempo alimenta a su bebé?.....	24
GRÀFICA 4. ¿Hasta el momento con que ha estado alimentando a su bebé?.....	26
GRÀFICA 5. ¿Hasta cuanto tiempo dará pecho a su bebé?.....	27
GRÀFICA 6. ¿El dar de mamar ayuda a la mujer en todo lo siguiente?.....	28
GRÀFICA 7. ¿Qué haría si su bebé rechaza el pecho?.....	29
GRÀFICA 8. ¿Continúa dando seno materno a su bebé?.....	30
GRÀFICA 9. ¿Cada cuanto tiempo alimenta a su bebé?.....	31
GRÀFICA 10. ¿Hasta el momento con que ha estado alimentando a su bebé?.....	33
GRÀFICA 11. ¿Considera que ha adelgazado durante este tiempo?.....	34
GRÀFICA 12. ¿Durante este tiempo que alimentos predominaron en su dieta?.....	35
GRÀFICA 13. Comparación del primer y segundo control puerperal de la medición del perímetro abdominal.....	36
GRÀFICA 14. Comparación entre lactancia materna exclusiva y reducción de perímetro abdominal.....	37
GRÀFICA 15. Comparación entre lactancia materna predominante y reducción de perímetro abdominal.....	38
GRÀFICA 16. Comparación entre lactancia materna artificial y reducción de perímetro abdominal.....	39

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1 Cinta métrica.....	58
FIGURA 2 Paciente puérpera.....	59
FIGURA 3 Paciente puérpera en su segundo control puerperal.....	60
FIGURA 4 Entrevista a paciente puérpera.....	61

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 Cédula de Entrevista 1.....	47
ANEXO 2 Cédula de Entrevista 2.....	50
ANEXO 3 Consentimiento Informado.....	52
ANEXO 4 Presupuesto y financiamiento.....	53
ANEXO 5 Cronograma de Actividades.....	54
ANEXO 6 Glosario.....	55

## RESUMEN

El presente estudio titulado Relación entre las Prácticas de Lactancia Materna con la disminución de Perímetro Abdominal en Mujeres post parto en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Pasaquina, La Unión, Milagro de la Paz, San Miguel, San Agustín, Usulután, Se tubo como **objetivo:** Relacionar las prácticas de lactancia materna con la disminución del perímetro abdominal en mujeres puérperas durante el primer y segundo control puerperal o consulta por patología durante el puerperio. **Metodología:** la investigación es prospectiva con enfoque comparativo, según el periodo y secuencia de la investigación es transversal, según el análisis y alcance de resultados es comparativo, según la fuente de investigación es de campo. Para la recolección de datos se selecciono la técnica de la encuesta a través de la cedula de entrevista, posterior a lo cual se midio el perímetro abdominal con el propósito de relacionar que practica es la que mas disminuye dicho perímetro. Con una población de 343 pacientes (según Plan Anual Operativo de las respectivos lugares de investigación) puérperas y una muestra de 162 pacientes que acuden a sus controles puerperales en los establecimientos anteriormente mencionados. **Resultados:**El 100% de las pacientes puérperas dan lactancia materna a su bebe durante los primeros días post parto, siendo la lactancia materna exclusiva la practica que predomina con un 67.9% en dichas pacientes, seguida de la lactancia materna predominante con un 21.7% y solo 4.3% de pacientes utiliza derivados de la leche. Al comparar la medición del perímetro abdominal durante el primer y segundo control concluimos que un 95% las pacientes que dieron lactancia materna exclusiva redujeron su perímetro abdominal, solamente un 5 % no redujo, mientras que las pacientes que dieron lactancia materna predominante redujeron en un 55%.

**Palabras clave:** Lactancia materna, Post parto, Perímetro abdominal.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

La Organización Mundial de la Salud describe a la obesidad como una enfermedad crónica que es prevalente tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo y que aumenta con la edad. Constituye un importante problema de salud pública, porque está asociado con un alto riesgo de hipertensión, enfermedades coronarias, diabetes tipo 2, osteoartritis, ciertos tipos de cáncer, apnea del sueño y otros trastornos.

En Chile las mujeres embarazadas obesas han aumentado desde 12,9% a 33,4% desde 1987 y si se le adiciona el 21,7% de mujeres con sobrepeso, se obtiene que más del 50% de la población femenina se encuentre con mayor riesgo de sufrir patologías derivadas del exceso de peso. Si analizamos la obesidad del embarazo según los grupos etarios de menores de 20, 20 – 34 y mayor o igual a 35 años, tenemos una prevalencia de 17,1%, 35,8% y 50,6% respectivamente. (1)

La evidencia científica señala que las mujeres embarazadas que suben de peso de acuerdo a lo recomendado tienen menos complicaciones en el embarazo, parto y a largo plazo para ellas y para sus hijos. En cambio las mujeres que tienen una ganancia por sobre los rangos recomendados tienen mayor riesgo de macrosomía, infertilidad, diabetes gestacional, hipertensión, parto cesárea, malformaciones congénitas, incluyendo malformaciones del tubo neural, cardíacas y onfalocele, mayor mortalidad perinatal, riesgos de enfermedades crónicas no transmisibles y retención de peso postparto. En Chile, el cambio en la situación nutricional en la última década ha marcado un aumento en la prevalencia de la obesidad en todos los grupos. En las mujeres es de alrededor de un 27%, observándose una relación inversa con el nivel socioeconómico y la escolaridad, tanto en hombres como mujeres, al igual que lo descrito en otros países. El embarazo y el postparto es reconocidamente un periodo de riesgo para desarrollar obesidad, manifestada principalmente como retención de peso en el postparto, aunque existe una gran variabilidad Ohlin y Rossner, señalan cambios en el peso desde la etapa pre gestacional hasta un año postparto que varía desde 12,3 a 26,5 Kg. Al respecto un 40 a 50% de las mujeres obesas en tratamiento para obesidad, señalaban que habían iniciado su obesidad en el embarazo. En varios otros estudios, la proporción de mujeres que retienen 5 Kg o más en el postparto va desde un 14 a un 20%.(1)

La retención de peso postparto, según varios estudios se asocia con la ganancia de peso durante el embarazo, alta paridad, edad, estado civil, raza, estilos de vida, peso inicial gestacional, y duración de la lactancia materna. Otros autores enfatizan que la ganancia de peso gestacional sería la primera y más importante determinante de cambio de peso desde la etapa pre gestacional al postparto. La ganancia de peso gestacional está relacionada con la retención de peso en estudios que han usado análisis de regresión lineal multivariado y existe consenso de que un mayor peso adquirido en el embarazo está asociado con mayor retención de peso postparto.

También se ha observado que las mujeres múltiparas pierden menos peso, pero es difícil de dilucidar si está determinado biológica o socialmente. Algunos estudios no han encontrado

esta asociación, en tanto que otros señalan que el aumento de la paridad es un factor importante para aumentar de peso en el postparto y otros sostienen que existe mayor retención de peso en primíparas que en multíparas en el postparto. Por lo que son necesarias mayores investigaciones al respecto para poder dilucidar estas diferencias.

Otros estudios realizados a nivel internacional señalan que más que la paridad, sería la edad lo que estaría influenciando la retención de peso postparto, puesto que en uno de ellos se observó que las mujeres de mayor edad, que incluso amamantaban a sus hijos no retornaron a su peso pre gestacional. En ese mismo estudio no se encontraron diferencias significativas entre la retención de peso postparto y tipo de parto o actividad física.

Tampoco la ingesta de alimentos explicaría la variabilidad en retención de peso durante los 18 meses postpartos estudiados. La edad sobre los 30 años estaría más relacionada con retención de peso, pero también podría ser un factor que interactuaría con la paridad. Otro estudio refería que las mujeres que comienzan su maternidad a más temprana edad, su ganancia de peso tiende a ser más alta. Es así como las adolescentes que tienen más hijos pueden aumentar el riesgo de retener el peso durante el embarazo y tener sobrepeso u obesidad en el postparto, comparadas con las mujeres adultas.

En la población general, la pérdida de peso por ejercicio aeróbico en combinación con restricción energética favorece la movilización de las grasas y previene la pérdida de masa muscular que normalmente acompaña a la dieta solamente. Existen pocos estudios que relacionan la actividad física y recuperación de peso postparto y en ellos los hallazgos son contradictorios. Así, dos de ellos no encontraron diferencias significativas en la retención de peso postparto y en otros se encontró una retención menor de peso a las 6 semanas y al año postparto en aquellas mujeres que realizaban más actividad física.

La ingesta al igual que la actividad física en el periodo postparto ha sido poco estudiada. Algunos señalan que aquellas mujeres que tenían una mayor ingesta de alimentos durante y después del embarazo retenían mayor peso a los seis meses postparto, comparado con aquellas mujeres que mantenían o disminuían la ingesta en el mismo periodo y este aumento era al menos 5 kilos hasta el año postparto. Lo anterior muestra que una intervención focalizada a disminuir la ingesta y a aumentar la actividad física podría ser efectivo en aquellas mujeres con aumento excesivo de peso en el embarazo y así ayudarlas a retornar a su peso pre gestacional. La lactancia como factor favorecedor de la pérdida de peso ha sido validada por algunos estudios, sin embargo otros sugieren una influencia neutral o incluso negativa en la pérdida de peso en el postparto.

En varios estudios se observó que la mayor pérdida de peso se producía entre los 2,5 y 6 meses postparto y se daba en mujeres que amamantaban por muchos meses comparando con aquellas que habían amamantado por poco tiempo o no lo habían hecho. La pérdida de peso entre 3 y 12 meses postparto fue significativamente mayor en mujeres que amamantaban por 12 meses comparadas con aquellas que amamantaban por 3 meses o menos. Se observó que existía una pérdida de peso mayor al mes, pero no a los tres meses o 6 meses postparto en mujeres que amamantaban comparadas con quienes daban lactancia artificial a sus hijos. Sin embargo, a los 6 meses postparto sólo las mujeres que habían

amamantado exclusivamente durante ese periodo tenían una pérdida de peso, pero no era significativa.

Otro estudio longitudinal encontró que existía una diferencia en el patrón de retención de peso postparto entre las mujeres que dan lactancia materna y las que no y esto está influenciado por la ganancia de peso durante el embarazo, la edad y estado civil. Las mujeres que daban lactancia materna recuperaban su peso pre gestacional en comparación con las mujeres que daban lactancia con fórmula. Al mismo tiempo este estudio señalaba que aquellas mujeres que tenían más edad, no estaban casadas y habían ganado más peso durante el embarazo retenían más peso postparto.

En Chile, sólo existe un estudio que evalúa lactancia materna y recuperación del peso pre gestacional. En él se señala que los cambios antropométricos observados en la nodriza en los primeros seis meses postparto tienen una distribución normal, siendo más frecuente la mantención que el descenso de peso. La tendencia y magnitud de los cambios antropométricos fueron del todo comparables entre mujeres que lactan y aquellas que no lactan. El descenso de peso materno tuvo relación directa con el valor inicial de masa grasa, lo que sugiere un efecto voluntario más que una consecuencia del gasto energético de la lactancia.

Una ingesta energética promedio cercana a 2000 KiloCalorías permitía una lactancia natural exitosa durante seis meses, sin afectar significativamente el peso ni la composición corporal de la madre. Dada la prevalencia creciente de la obesidad en mujeres chilenas y la falta de antecedentes sobre la importancia de los factores señalados anteriormente tales como la edad, paridad, actividad física, dieta, duración de la lactancia materna como factores de riesgo o protectores para desarrollar obesidad, se requiere mayor investigación sobre este tema y de esta manera determinar las intervenciones a realizar en aquellas mujeres que así lo requieran. La lactancia natural es un proceso adaptativo en los mamíferos y, por tanto, supone ventajas naturales para la especie, fundamentalmente para la supervivencia de las crías.

En la última década, se han hecho estudios universitarios a nivel nacional, realizado en la ciudad de San Salvador concluyendo que alrededor de los distintos aspectos de la lactancia materna ha sacado a la luz algunos detalles que demuestran las múltiples facetas en que la fisiología de la lactancia sirve para proteger tanto a la madre como al hijo. Algunas de las ventajas se manifiestan en el terreno de la biología (espaciamiento de los embarazos, menores pérdidas de sangre, prevención del cáncer, pérdida de peso etc.). Otras son de índole psicológica. Ambos tipos pueden manifestarse a corto, medio o largo plazo. Pero mientras que algunas de ellas pueden ser medidas en términos económicos hay otras que escapan a los análisis numéricos o estadísticos, pues pertenecen al campo de lo vivencial. Hablar sobre ello con las mujeres, recibir sus confidencias es estimulante y enriquecedor para el sanitario y beneficioso para la madre.

## **1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

De lo antes descrito se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuál es la relación entre las prácticas de lactancia materna con la disminución del perímetro abdominal en mujeres post parto en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Pasaquina, La Unión, Milagro de la Paz, San Miguel, San Agustín, Usulután en el periodo de Julio a Septiembre de 2013?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

El sobrepeso y la obesidad constituyen un gran problema de Salud Pública que no sólo abarca los países desarrollados, sino también los países en vías de desarrollo. Se ha señalado que el embarazo es un periodo crítico porque la mujer puede ganar más peso del recomendado y retenerlo en el post parto. El tema interesa a los profesionales médicos por ser un problema sencillamente detectable al incorporar la medida de la circunferencia de cintura a la exploración clínica habitual. Las embarazadas obesas o aquellas mujeres que presentan un incremento de peso mayor a lo recomendado durante el embarazo presentan un mayor riesgo de retención de peso en el postparto, y una mayor incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles a mediano o largo plazo por ello el tema interesa a la población de mujeres puérperas en general. Los datos para la investigación serán tomados de la paciente puérpera en el momento de la inscripción infantil y en el primer control de niño sano, por lo que podrá realizarse en el tiempo que hemos determinado para la ejecución dicha investigación.

Debido a que las Unidades Comunitarias de salud familiar no cuentan con estudios sobre la problemática en mención, permitirá a los miembros del Ministerio de Salud (MINSAL) que laboran en dichas instituciones alcanzar un mayor conocimiento sobre los beneficios que tiene la lactancia materna para reducir el perímetro abdominal y con ello prevenir el riesgo cardiovascular. Es necesario para quienes hacen parte de los sistemas de salud tener un buen conocimiento sobre la forma como debe realizarse la educación y consejería que promueva la lactancia materna. La revisión de la evidencia médica al respecto es importante para definir qué tipo de estrategias deben implementarse para apoyar las iniciativas mundiales sobre lactancia materna.

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Relacionar las diferentes prácticas de lactancia materna con la disminución del perímetro abdominal en mujeres post parto en la Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Pasaquina, La Unión, Milagro de la Paz, San Miguel y San Agustín, Usulután, en el periodo de julio a septiembre de 2013

## **1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir la frecuencia de las diferentes prácticas de lactancia materna que tienen las madres post parto en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar antes mencionadas.
- Establecer la relación que existe entre la lactancia materna exclusiva y la disminución de perímetro abdominal en mujeres post parto en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.
- Comparar la disminución de perímetro abdominal en mujeres post parto que dan lactancia exclusiva con las que dan lactancia materna predominante en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en investigación.

## **2. MARCO TEÒRICO**

### **2.1 Practicas de lactancia materna.**

#### **Lactancia materna:**

Es la alimentación del recién nacido a través del seno materno. La leche materna proporcionada durante la lactancia, esta adaptada como ninguna a las necesidades del niño y por tanto es la leche mas adecuada para el. Presenta además ventajas prácticas y psicológicas. Es fresca carece de bacterias contaminantes, de ahí reducido el riesgo de molestias gastrointestinales. Los efectos protectores de la leche materna frente a patógenos entéricos o de otro tipo son responsables de una menor morbilidad. (13)

La lactancia materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna. La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Combinada con la alimentación complementaria, la lactancia materna óptima previene la malnutrición y puede salvar la vida a cerca de un millón de niños

#### **2.1.1 Lactancia materna exclusiva.**

Es cuando solo el niño recibe únicamente leche materna los primeros 6 meses dentro de su primer año de vida, y no recibe ningún otro medicamento o bebida (excepto medicinas prescritas por el medico). Puede ser directamente de la madre al niño, o extraída que se le dará a través de cuchara o taza. (14)

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.

La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas.

Entre algunas de las ventajas se encuentran, para el niño, una reducción del riesgo de infecciones gastrointestinales, y para la madre, una pérdida de peso más rápida tras el parto y un retraso del retorno de las menstruaciones. Los niños que reciben lactancia materna parecen presentar menos enfermedades alérgicas y crónicas en las siguientes etapas de la vida.

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida.
- Que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua
- Que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche
- Que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.

### **2.1.2 Lactancia materna predominante.**

Lactancia predominante: significa que la fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna (incluida la leche extraída o de nodriza). El niño puede recibir además líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta). (13)

A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inoocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde.

### **2.1.3 Lactancia materna complementaria.**

Lactancia complementaria: Definimos al proceso de introducción de otros alimentos distintos de la leche de la madre, es decir alimentos adicionales. Los alimentos complementarios deben introducirse de forma escalonada comenzando a partir de que el niño pueda sentirse sin ayuda, habitualmente entre los 4 y 6 meses de edad. En general los cereales, una buena fuente de hierro deben ser introducidos en primer lugar. A continuación se introducen las verduras y frutas seguidas inmediatamente por las carnes, y finalmente los huevos. El orden de introducción de los alimentos probablemente no es

trascendental, pero si, el que solo se introduzca un nuevo alimento cada vez, y que los nuevos alimentos se espacien hasta 3- 4 días para poder detectar cualquier reacción adversa. Y es especialmente importante cuando existen antecedentes familiares de alergias alimentarias o de otro tipo.

Pueden utilizarse alimentos manufacturados o producidos en casa, estos últimos probablemente contienen menos sal. Hay que tomar en cuenta las diferentes consistencias para irse adaptando a la capacidad del niño a tolerar partículas cada vez mas grandes.

## **2.2. Puerperio.**

En términos estrictos, el puerperio se define como el periodo de reclusión que transcurre durante el parto e inmediatamente después, pero por lo general el término se utiliza para referirse a las siguientes seis semanas. Se entiende por puerperio al periodo de tiempo que sigue al momento del parto durante el cual los cambios fisiológicos del embarazo, trabajo de parto y parto se resuelven y la mujer retorna al estado pre gravídico y en la glándula mamaria se producen una serie de cambios fisiológicos que permiten la lactancia.(4)

Usualmente este periodo de tiempo es de 6 semanas. Cronológicamente se divide en:

**2.2.1 Puerperio inmediato:** primeras 24 horas posparto.

**2.2.2 Puerperio mediato:** desde el segundo hasta el décimo día posparto.

**2.2.2 Puerperio tardío:** desde el día 11 hasta el día 42 posparto.

El puerperio es un periodo con gran número de particularidades, donde pueden quedar enmascaradas serias complicaciones por hechos fisiológicos, por lo cual se debe distinguir bien entre los límites del puerperio normal y los signos o síntomas que deben alertar.(3)

- ❖ Cambios fisiológicos.
- ❖ Órganos reproductivos:
- ❖ Útero.

Involución: Tras la expulsión de la placenta, el útero, con un peso de 1.000 g en este momento, se contrae rápidamente como mecanismo hemostático para comprimir los vasos miometriales, y se sitúa a la altura del ombligo. Posteriormente desciende a razón de 0,5-1 cm/día, de tal forma que en la segunda semana posparto el útero, con un peso de 500 g, ya no se palpa al examen abdominal, porque ha involucionado hasta la cavidad pélvica, y hacia las 4 semanas, con un peso de 100 g, el útero retorna a su tamaño previo al embarazo.

Por ecografía se ha documentado que en mujeres cuyo parto fue por cesárea o no lactaron, el tamaño uterino es ligeramente mayor.

Entuertos:

Durante los 2-3 primeros días la involución del tamaño uterino se acompaña de contracciones dolorosas denominadas “entuertos”, más frecuentes en multíparas y durante

la lactancia materna, por el estímulo oxitócico que provoca la succión del recién nacido. Ocasionalmente el dolor es tan fuerte que amerita analgésicos, pero progresivamente va disminuyendo en intensidad hasta desaparecer completamente hacia el tercer día posparto.

#### Endometrio:

Hacia los días 2-3 posparto la decidua se diferencia en dos capas, una superficial, que se necrosa y desprende como parte de los loquios, y otra profunda, a partir de la cual se produce la regeneración del nuevo endometrio, excepto en el sitio de implantación placentaria, cuya regeneración se completa hacia la tercera semana.

#### Loquios:

Al principio del puerperio, el desprendimiento de tejido decidual origina una secreción vaginal en cantidad variable que se denomina loquios. Consta de eritrocitos, decidua desprendida, células epiteliales y bacterias.

Durante los primeros días después del parto, la sangre los tiñe de color rojo y se conocen como lochia rubra. Sin embargo, después de tres o cuatro días los loquios van palideciendo (lochia serosa) y después del décimo día, por una mezcla de leucocitos y reducción en los líquidos, los loquios adquieren una coloración blanquizca o amarillenta (lochia alba). Los loquios persisten hasta cuatro semanas y con frecuencia desaparecen y se reanudan hasta ocho semanas después del parto.

La edad materna, la paridad, el peso del recién nacido y la alimentación al seno materno no modifican la duración de los loquios. La administración de oxitocina después del puerperio inmediato tampoco reduce la hemorragia ni acelera la involución del útero

#### Cérvix y Vagina:

Después del parto vaginal el cérvix, aunque puede permanecer 2-3 cm dilatado, recupera su consistencia a los dos o tres días siguientes al parto. El orificio cervical externo queda más ancho y con unas depresiones laterales que le dan la característica de cuello de múltipara.

La vagina permanece edematosa, hipervascularizada y friable durante aproximadamente tres semanas después del parto, su típica apariencia rugosa reaparece luego de tres semanas y la involución se completa hacia las seis semanas posparto; restos del himen cicatrizan formando pequeñas excreciones fibrosas, denominadas carúnculas mirtiformes. La episiotomía cicatriza en una semana.

#### Ovarios:

La reaparición de la ovulación, y posteriormente de la menstruación, es muy variable y depende en gran medida de la lactancia. Las madres que no lactan experimentan la ovulación en un promedio de 45 días y la menstruación 7 a 9 semanas después del parto. La amenorrea de la lactancia es a menudo usada como un predictor de la fertilidad, se estima que durante los primeros 6 meses después del parto las mujeres con lactancia exclusiva

(más o menos 8 veces a día) y que permanecen en amenorrea, tienen un riesgo de embarazo menor al 2%.

El control de la fertilidad generado por la lactancia no se ha entendido muy bien, aunque se cree que es por una disfunción a nivel hipotalámico de la producción de los pulsos de hormona gonadotropina mediada por los niveles de prolactina.

#### Cambios sistémicos:

Una marcada leucocitosis ocurre durante y después del parto. El recuento de leucocitos algunas veces alcanza hasta 30.000/uL, con incremento predominantemente de neutrofilos y una relativa linfopenia y eosinopenia; sus valores pregestacionales retornan hacia el día 6 del puerperio.

La concentración de hemoglobina y hematocrito aumenta levemente los primeros días del parto, luego disminuye hacia los días 4 ó 5, y hacia el día 9 alcanza los valores del final del embarazo.

En la primera semana posparto el volumen sanguíneo retorna a su nivel pregestacional, mientras que el gasto cardiaco permanece elevado durante las primeras 48 horas, luego disminuye lentamente, y hacia las dos semanas regresa a su estado pregestacional.

El embarazo induce un estado de hipercoagulabilidad que persiste por un periodo variable de tiempo durante el puerperio en el cual se suman otros factores que favorecen este estado. Inmediatamente después del desprendimiento de la placenta disminuye el recuento de plaquetas pero hay una elevación secundaria en los siguientes días, con la característica de que las nuevas plaquetas tienen una adhesividad aumentada.

La concentración de fibrinógeno decrece durante el trabajo de parto y llega a su valor más bajo en el primer día posparto. De ahí en adelante aumenta la concentración de fibrinógeno hasta los valores previos al parto, hacia los días 3 ó 4 del puerperio. Esta elevación secundaria en la actividad del fibrinógeno se mantiene hasta la semana 2 del puerperio, después de la cual retorna lentamente a los valores pregestacionales aproximadamente en la semana 3 del puerperio.

La vejiga tiene acrecentada su capacidad y disminuida la sensibilidad al volumen, lo que ocasiona retención urinaria transitoria, principalmente en las pacientes con infusión aumentada de líquidos y oxitócina durante el parto. La función renal disminuye a los niveles pregestacionales a las 6 semanas, mientras que cambios anatomicos tales como dilatación ureteral y pielocalicial pueden persistir durante muchos meses.

La glándula tiroides retorna a su tamaño normal en un periodo de 12 semanas y los niveles elevados de tiroglobulina, tiroxina y triyodotironina regresan a sus niveles pregestacionales a las 4-6 semanas. La curva de insulina regresa a los niveles pregestacionales dos días después del parto y la curva de glucosa vuelve a la normalidad 8 a 10 semanas después del parto.

### **2.2.4 PÉRDIDA DE PESO:**

Además de la pérdida de aproximadamente 5 a 6 kg por la evacuación uterina, otros 2 a 3 kg se pierden a través de la diuresis, aumentada en las primeras semanas del puerperio. La mayoría de las mujeres retornan muy cerca de su peso habitual 6 meses después del parto, quedando con un promedio de 1,5 kg de exceso. Los factores que influyen en la pérdida de peso son: ganancia menor a 20 kg de peso durante el embarazo, primiparidad, regreso temprano al trabajo y la lactancia materna. (18)

- Para la producción de la leche materna, el cuerpo utiliza las reservas energéticas retenidas durante el embarazo.
- Cuanto más prolongada sea la lactancia exclusiva, mayor será la pérdida del peso. (15)
- La lactancia ayuda a eliminar la grasa localizada en las caderas y cintura, la más difícil de erradicar (15,16).

### **2.2.5 RECUPERACIÓN UTERINA POSTPARTO Y DISMINUCIÓN DEL SANGRADO**

El momento ideal para el inicio de la lactancia materna es en el postparto inmediato, a ser posible durante las 2 primeras horas de vida del neonato, momento en que el bebé se encuentra más reactivo. La succión del pezón, por una vía cerebral, de tipo opioide, produce liberación de oxitocina, hormona que actúa sobre la matriz, provocando su contracción. Esto facilita el cierre de los capilares rotos al desprenderse la placenta y disminuye el sangrado posterior al parto. Las sucesivas descargas de oxitocina en las tomas siguientes producen nuevas contracciones de útero (perceptibles a veces en forma de entuertos). (15,16)

**VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE:**

#### **PÉRDIDA DE PESO Y RECUPERACIÓN DE LA SILUETA**

La producción de leche supone un gasto energético, para el cual el organismo de la madre gestante se ha ido preparando por anticipado. A lo largo de las semanas o meses que se mantenga la lactancia materna se irán consumiendo estas reservas, hasta lograr recuperar el peso previo al embarazo.

Al parecer esta disminución de peso es paulatina, más evidente a partir de los 3 meses de lactancia y localizada preferentemente en la zona de caderas y cintura. (17)

Durante la lactancia, el metabolismo lipídico de la madre se especializa: la enzima lipoprotein-lipasa disminuye su actividad a nivel del tejido graso de la madre, mientras que la incrementa en la glándula mamaria puesto que en ella se produce la síntesis de lípidos para la leche. (17)

## **2.3 Relación de perímetro abdominal con la salud de la paciente puérpera.**

### **2.3.1 Perímetro abdominal como factor de riesgo cardiovascular.**

La obesidad es un problema nutricional más común que complica la evolución del embarazo, usualmente está asociada a la sobrealimentación y a ingesta de dietas con alto contenido de grasas. La obesidad materna está asociada a un incremento de riesgos de complicaciones maternas, perinatales y neonatales.

La definición estándar de obesidad puede ser confusa en el embarazo, porque comúnmente no se sabe el peso pregestacional y el peso corporal desde el inicio de embarazo, así mismo el crecimiento durante el embarazo puede ser lento, duplicarse o incrementarse en forma dramática

El índice de masa corporal (IMC) sirve cuando se calcula en la etapa pregestacional, para determinar la ganancia de peso que tiene que tener una mujer cuando se embaraza. Durante el embarazo se necesita un mayor consumo de energía para sostener el crecimiento del feto, placenta y el tejido materno. Algunos autores han estimado que el costo energético del embarazo es de 85000 Kcal. o 300 Kcal./día, basándose en cálculos teóricos que asumen un neonato con peso de 3.4 Kg., un depósito de 900 g de proteína y de 3.8 Kg. de grasa materna y aumento en el metabolismo basal. Con base en estas estimaciones teóricas del costo energético del embarazo se estipuló que las recomendaciones de energía durante el embarazo deben ser de 200 a 300 Kcal./día (10). Sin embargo estas cifras no toman en consideración otros factores que pueden aumentar el gasto energético durante el embarazo, como las actividades cotidianas, ejercicio intenso, cambios extremos de temperatura ambiental, madres adolescentes. En una mujer embarazada con un IMC pregestacional normal se recomienda una ganancia de peso promedio de 12.5 Kg., el patrón de ganancia de acuerdo a la edad gestacional es la siguiente:

0 a 10 semanas de embarazo, 65 gr. por semana

10 a 20 semanas de embarazo, 335 gr. por semana

20 a 30 semanas, 450 gr. por semana

30 a 40 semanas, 335 por semana

El índice de masa corporal ideal para una mujer que desea embarazarse debe estar entre 18.5 y 24.5, las pacientes que presentan IMC aumentado: mujeres con sobre peso y obesas se asocia a mujeres de mayor edad, multíparas, fumadoras y algunas con bajo nivel educativo y socioeconómico.(10)

Se recomienda una ganancia de peso de 6.345 Kg., en una mujer obesa que se embaraza o que piensa embarazarse. Algunos autores refieren que en mujeres obesas que presentaron una ganancia de peso mayor a 6.345 Kg. durante el embarazo presentan un mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales, generalmente es aceptado que las mujeres obesas tengan nacimientos con mayor peso y talla. Un mayor número de neonatos macrosómicos

(>4,000 gr.) y una menor frecuencia de neonatos de bajo peso (<2,500 gr.) se observa en madres obesas; en estos neonatos macrosómicos hay un aumento en el depósito de tejido adiposo subcutáneo y los neonatos de bajo peso, hijos de madres obesas generalmente se deben a partos pretérmino.(11)

En una paciente obesa embarazada, el peso pregestacional influye enormemente en el peso del neonato. La ganancia de peso en las pacientes obesas durante el embarazo es menos importante que cuando se trata de una paciente no obesa o de bajo peso, en estas últimas la ganancia de peso tiene impacto primordial en el recién nacido. Constantemente la mujer obesa puede movilizar grandes reservas nutricionales que suplen de provisiones para el crecimiento fetal.(12)

En estudios que se han realizado en hijo de madres obesas con no obesas se observa un aumento en el peso del recién nacido de madres obesas aunque no en la talla, estos bebés tienen un riesgo de presentar intolerancia a la glucosa. La ganancia de peso durante el embarazo es una consecuencia de la relación entre la energía que se proporciona en la dieta y las calorías que se consumen. En el embarazo se incrementan los requerimientos metabólicos de la embarazada, ya que existe un aumento en el metabolismo basal, debido a un aumento del tejido materno metabólicamente activo, aumento de síntesis tisular, aumento del gasto cardíaco respiratorio y renal, todo esto aunado a una demanda nutricional por parte del feto. El mayor requerimiento energético durante el embarazo se presenta durante la semana 10 y 30 de gestación, momento en que se deposita mayor cantidad de grasa corporal. Las mayores demandas fetales de energía se presentan en el último trimestre de la gestación, cuando los depósitos de grasa materna han disminuido considerablemente.

En una mujer embarazada de peso normal no hay problema, ya que estos depósitos de grasa extras disminuyen en el posparto, pero en la mujer obesa, se acumula en los depósitos de grasa. La ganancia de peso durante el embarazo en una mujer obesa trae grandes consecuencias y afectan severamente a la paciente; de tal manera que la ganancia de peso durante el embarazo va a depender del peso corporal antes del embarazo, si se trata de una mujer con peso normal, o bajo peso o sobrepeso. La mujer embarazada obesa debe ganar menos peso que la no obesa, ya que sus reservas calóricas ayudan al crecimiento fetal, no así en la madre con peso normal o bajo peso; en ellas la ganancia de peso es de vital importancia, para el crecimiento y desarrollo de feto, ya que la disminución en la ganancia de peso, aumenta la frecuencia de productos de bajo peso para la edad gestacional. También hay que considerar que existen evidencias que el tamaño corporal y la obesidad son el resultado de factores genéticos, hijos de madres obesas tienen mayor riesgo de ser obesos.

Por otro lado la obesidad en una mujer embarazada aumenta el riesgo de complicaciones maternas y fetales. La obesidad en una mujer embarazada puede producir enfermedades como hipertensión arterial o la diabetes mellitus tipo 2, igualmente estas enfermedades crónicas se pueden incrementar cuando la mujer es obesa y se incrementa el riesgo en el embarazo.

### **Significancia de la distribución de la grasa corporal.**

Como factor de riesgo vascular, la acumulación de grasa en diferentes comportamientos es importante. Las mujeres obesas típicamente tienen obesidad en la parte baja del cuerpo, en contraste con el hombre que tiene mayor cantidad de tejido adiposo en el tronco (obesidad superior). Por otra parte la obesidad troncal tiene dos localizaciones: subcutánea y visceral, la obesidad superior es comúnmente llamada abdominal por predominar en esta región.

La obesidad abdominal se ha asociado con mayor frecuencia con el síndrome metabólico, comparada con la obesidad inferior. Hay varias explicaciones al hecho: el tejido adiposo abdominal es más resistente a la insulina, liberando más productos metabólicos activos a la circulación, induciendo varias respuestas que favorecen el desarrollo del síndrome metabólico. Sin embargo, otros investigadores plantean que el desarrollo de factores de riesgo metabólicos depende más del contenido de la masa total de tejido adiposo y no en su distribución. La asociación entre la distribución de la masa corporal y la expresión del síndrome metabólico es relativamente fuerte; es más, se sabe que el aumento en el perímetro abdominal se correlaciona con hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, resistencia a la insulina y niveles bajos de HDL colesterol. La presencia de estos elementos incrementa el riesgo de desarrollar obesidad o alguna de las enfermedades asociadas.

El perímetro abdominal proporciona información sobre la distribución de la grasa corporal, la presencia de grasa abdominal se considera un factor de riesgo en la mayoría de las enfermedades que acompañan a la obesidad.

La obesidad central es el signo patognomónico del síndrome metabólico y traduce el hecho que la prevalencia del mismo depende de la relación íntima entre circunferencia abdominal y mayor adiposidad.

Durante los últimos 10-15 años, un Índice Cintura Cadera (ICC = Cintura (cm) / Cadera(cm) alto (CC>1 en hombres y > 0.85 en mujeres) fue aceptado como un método clínicamente sencillo de identificar pacientes con acumulación de grasa abdominal. Sin embargo, evidencias recientes sugieren que el perímetro de la cintura aislado -evaluado en el punto medio entre reborde costal inferior y espina ilíaca antero superior- puede brindar una asociación más confiable con el exceso de grasa abdominal y sus complicaciones metabólicas. (19)

La herramienta utilizada para dicha medición debe ser de plástico flexible calibrada en centímetros, con gradaciones en milímetros, no más ancha de 7 mm, y tener un espacio en blanco de al menos 3 cm antes de la línea de registro del cero. (anexo 5)

La obesidad central tiene más trascendencia clínica que la obesidad periférica ya que el tejido adiposo intra abdominal es metabólicamente más activo que el periférico.

### **3. SISTEMA DE HIPÒTESIS**

#### **3.1 Hipòtesis de Investigaciòn:**

**Hi:** Las pacientes puérperas que dan lactancia materna exclusiva disminuyen su perímetro abdominal.

#### **3.2 Hipòtesis Nula:**

**Ho:** Las pacientes puérperas que dan lactancia materna exclusiva no disminuyen su perímetro abdominal.

#### **3.3 Hipòtesis Alterna:**

**Ha:** La lactancia materna exclusiva reduce más el perímetro abdominal que la lactancia materna predominante.

HIPOTESIS	VARIABLES	CONCEPTOS	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Las pacientes puérperas que dan lactancia materna reducen más su perímetro abdominal que las pacientes que no dan lactancia materna.</p>	<p>V1. Practicas de lactancia materna.</p> <p>V2. Disminución de perímetro abdominal</p>	<p><b>Lactancia materna:</b> es la alimentación del recién nacido a través del seno materno.</p> <p><b>Lactancia materna exclusiva.</b> Cuando el bebe es alimentado únicamente con lactancia materna y no recibe ningún otro alimento o bebida incluyendo agua, excepto medicinas prescritas por un medico, puede ser directamente de la madre al niño o leche materna extraída que se le dará a través de cuchara o tasa.</p> <p><b>Lactancia predominante:</b> El bebe es amamantado pero también recibe pequeñas cantidades de agua y de otras bebidas como te.</p> <p><b>Lactancia complementaria:</b> introducción de otros alimentos además de la leche materna.</p> <p><b>Perímetro abdominal:</b> es la medición de la distancia alrededor del abdomen en un punto específico, por lo general a nivel del ombligo.</p>	<p>Paciente puérpera del área urbana y rural que corresponden al área geográfica de las UCSF Milagro de la Paz, Pasaquina y San Agustín.</p>	<p>Se definirá lactancia materna exclusiva cuando la madre da únicamente seno materno, sin ningún suplemento solido o liquido, lo que incluye el agua.</p> <p>Definiremos lactancia materna predominante cuando la fuente predominate de alimentación sea la leche materna pero además recibalíquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta)</p> <p>Definiremos lactancia materna complementaria a la alimentación con leche materna incluidos solidos o semisólidos y leche no humana.</p> <p>Se medirá en cada paciente el perímetro abdominal definido como la distancia alrededor del abdomen tomando como referencia punto medio entre la distancia del ombligo a cresta iliaca, con la paciente de pie, con los pies juntos y el abdomen relajado.</p>	<p>Practica de lactancia detectada a través de cedula de entrevista</p> <p>Perímetro de cintura medida en centímetros.</p>

## 4. DISEÑO METODOLÓGICO.

### 4.1 TIPO DE ESTUDIO:

4.1.2 Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio se caracteriza por ser: **Prospectivo con enfoque comparativo** ya que se registrara información sobre las practicas de lactancia detectada a través de cédula de entrevista relacionándolo con la medición del perímetro abdominal en los controles o consultas puerperales.

4.1.3 Según el período y secuencia de la investigación es:

**Longitudinal** ya que se estudiaron las variables: practicas de lactancia materna y disminución de perímetro abdominal en dos ocasiones durante el periodo de julio a septiembre de 2013.

4.1.4 Según el análisis y el alcance de los resultados es:

**Comparativa** porque nos permitiò relacionar las diferentes prácticas de lactancia materna con la disminución del perímetro abdominal.

4.1.5 Según la fuente de información

**De campo:** Porque la información que se obtuvò recolectada a través de cédula de entrevista y la medición de perímetro abdominal.

### 4.2 POBLACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La población de estudio está constituida por paciente puérpera del área urbana y rural que corresponden al área geográfica de las unidades comunitarias de salud familiar milagro de la paz, Pasaquina, San Agustín con una población total de 343 obteniendo este dato del Plan Anual Operativo de cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar. A continuación se describe la distribución geográfica.

Tabla 1: Distribución de la población por UCSF.

UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR	Población de pacientes puérperas
Pasaquina	65
Milagro de la paz	266
San Agustín	12
<b>Total</b>	<b>343</b>

Fuente de Información: Plan Operativo Anual del MINSAL perteneciente a las UCSF Milagro de la Paz, Pasaquina, San Agustin.

### 4.3 MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

La fórmula para calcular el tamaño de muestra cuando la población es conocida es:

$$n = \frac{Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 PQ N}{(N-1)E^2 + Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 PQ}$$

DONDE:

N = población

P = probabilidad de éxito

Q = probabilidad de fracaso

Z  $\alpha/2$  = nivel de confianza (valor de tabla normal)

E = margen de error

n = tamaño de la muestra relacional.

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (343)}{(343-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 180 \text{ pacientes puérperas}$$

Submuestra:

$$\text{UCSF Milagro de la Paz } n1 = 180 \frac{266}{343}$$

$$n1 = 139$$

**Tabla 2. Distribución de las población.**

Unidades Comunitarias de Salud Familiar	Submuestra
UCSF Milagro de la Paz	139*
UCSF Pasaquina	65 *
UCSF San Agustín	12 **
Total	216

**Tabla 3. Distribucion de la muestra.**

Unidades Comunitarias de Salud Familiar	Submuestra
UCSF Milagro de la Paz	100
UCSF Pasaquina	50
UCSF San Agustín	12
Total	162

Fuente de Información: Plan Operativo Anual del MINSAL perteneciente a las UCSF Milagro de la Paz, Pasaquina, San Agustín

\*Dado a que el total de la población de las UCSF Milagro de la Paz y Pasaquina no reúnen los criterios de inclusión solo se toma una submuestra que si cumple con dichos criterios.

\*\* Debido a que la población de la UCSF San Agustín es reducida se mantiene el valor de la población total.

#### **4.4 TIPO DE MUESTREO**

No probabilístico: ya que no todos los individuos formaron parte de la muestra de estudio, solamente los que cumplieron con los criterios de inclusión. Dado a que la población de las UCSF Pasaquina y San Agustín es reducida se mantiene el valor de la población total.

#### **4.5 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA**

##### **4.5.1 Criterios de inclusión:**

- 1- Mujer post parto en el primer control puerperal (primeros 7 días)
- 2- Mujer post parto en el segundo control puerperal (a las 4-6 semanas)
- 3- Pacientes puérperas que cumplan con sus dos controles puerperales.
- 4- Pacientes post parto mayores de 18 años.
- 5- Pacientes puérperas del área geográfica.

#### **4.5.2 Criterios de exclusión:**

- 1- Paciente post parto a partir del día 43.
- 2- Pacientes puérperas con producto fallecido
- 3- Paciente puérpera post mastectomía
- 4- Paciente puérpera recibiendo tratamiento para tuberculosis.
- 5- Pacientes con pre eclampsia o eclampsia.
- 6- Pacientes VIH.

#### **4.6 TÈCNICAS DE RECOLECCIÒN DE LA INFORMACIÒN**

**Documentales:** Documental bibliogràfica permitiò obtener informaciòn de libros y diccionarios especializados de medicina.

**De trabajo de campo:** La encuesta que permitiò establecer un mayor contacto con las pacientes puérpera y mediante la mediciòn del perímetro abdominal durante el primer y el segundo control puerperal.

#### **4.7 INSTRUMENTOS**

Se utilizaròn dos cèdulas de entrevista dirigidas a la poblaciòn puérpera que consultò en la unidad de salud en estudio y que cumplieròn con los criterios de inclusiòn.

La primera encuesta serà aplico a las mujeres en el primer control puerperal la cual esta conformada por 9 items que recopilò informaciòn general y sirviò para obtener informaciòn de que tipo de lactancia materna esta empleando durante este periodo de tiempo. (Anexo 1)

La segunda encuesta se aplicò a las mujeres en el segundo control puerperal compuesta por 7 items la cual sirviò para obtener informaciòn si la paciente notaba cambios es su apariencia física es decir reducciòn de peso y conocer si continuaba con la misma practica de alimentaciòn de su bebè o si realizò cambios y cuales fueron (Anexo 2 ).

Se medio en cada paciente el perímetro abdominal definido como la distancia alrededor del abdomen tomando como referencia punto medio entre la distancia del ombligo a cresta iliaca, con la paciente de pie, con los pies juntos y el abdomen relajado.

## **4.8 PROCEDIMIENTO.**

### **4.8.1 PLANIFICACIÓN.**

En el Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera de Doctorado en Medicina y las coordinadoras del proceso de graduación, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó el docente asesor con la cual posteriormente en reunión se selecciono el tema a investigar y el lugar en que se realizaría la investigación. Además se inicio la búsqueda de información sobre el tema a investigar. Posteriormente se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo y fue presentado de forma escrita al cual se realizaron correcciones señaladas por asesoras y jurado. Se realizó la elaboración del presente protocolo de investigación, contando con asesoría metodológica y estadística.

### **4.8.2 EJECUCIÓN.**

La población estudiada fueron 162 pacientes púérperas durante sus controles puerperales o consulta por patología durante el puerperio, distribuida de la siguiente manera 100 pacientes de la UCSF Milagro de la Paz, 50 de la UCSF Pasaquina, y 12 de la UCSF San Agustín, lo anterior se llevo a cabo durante el periodo de julio a septiembre de 2013.

El trabajo se realizo durante la consulta que se brindo a las pacientes púérperas que cumplieron con los criterios de inclusión, en donde se explico en que consiste el estudio y si estaban dispuestas a participar en el, posteriormente se le proporciono el consentimiento informado, se procedio a leerle cada una de las preguntas de la encuesta elaborada que nos sirvieron para darnos cuenta del tipo de lactancia materna que esta practicando, luego se procedio a medir el perímetro abdominal en el primero y segundo control puerperal.

### **4.8.3 PLAN DE ANÁLISIS.**

Para el análisis comparativo de los datos se procedio a: Ordenamiento y codificación de datos: Se hizo una recopilación de los resultados de la cedula de entrevista haciendo un consolidado de los datos encontrados.

Análisis de datos obtenidos al medir el perímetro abdominal en el primer y segundo control puerperal.

Se detecto por análisis comparativo como las practicas de lactancia materna influyen en la disminución del perímetro abdominal.

## **4.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

La participación de la población fue voluntaria y anónima; previamente se les explico en qué consiste el estudio para que con su consentimiento sean entrevistadas (Anexo 4).

Las personas que participaron en la investigación, se les realizó una entrevista la cual fue llenada por las investigadoras.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LA PRIMERA ENTREVISTA.

**Tabla 4. ¿ Le ha estado dando pecho a su bebé?**

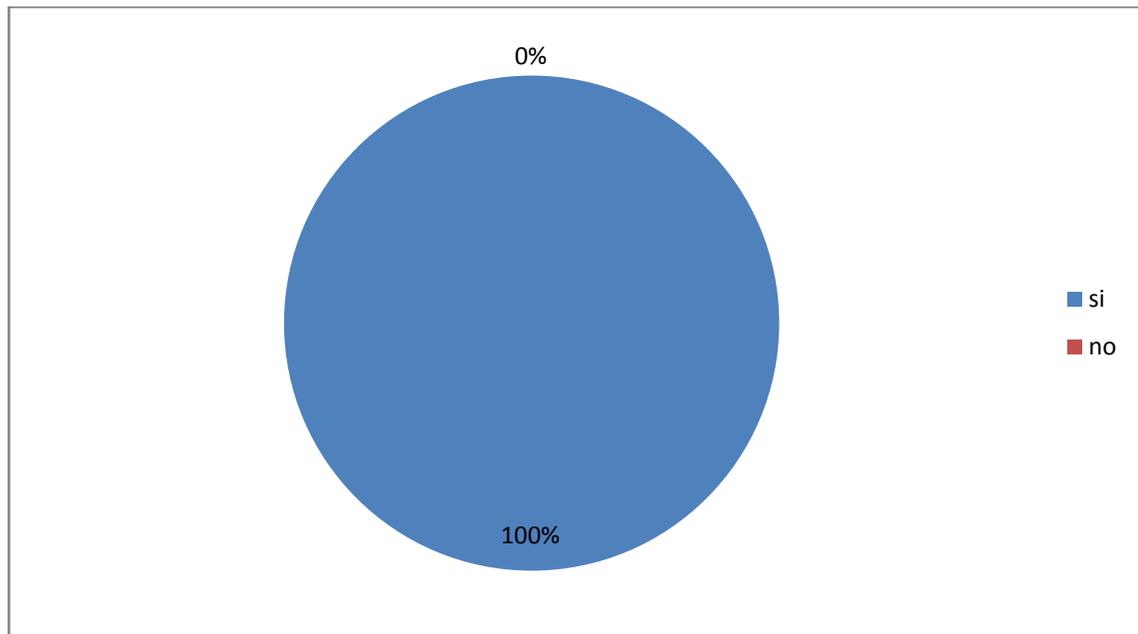
OPINIÓN	UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR			
	UCSF Milagro de la Paz	UCSF Pasaquina	UCSF San Agustín	TOTAL
SI	100	50	12	162
NO	0	0	0	0
TOTAL %	61.7%	30.9%	7.4%	100%

**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Análisis:** En la tabla 4 se refleja la opinión de las pacientes puérperas sobre la alimentación de su bebé, 162 pacientes contestaron que si están dando de mamar a su bebé y ninguna contestó que no ha dado lactancia materna.

**Interpretación:** El 100% de pacientes puérperas de las UCSF Milagro de la Paz, San Agustín y Pasaquina dan de mamar durante los primeros días post parto.

**Gráfica 1: ¿Le ha estado dando pecho a su bebé?**



**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Tabla 5: ¿ Ha utilizado algún tipo de leche diferente a la materna?**

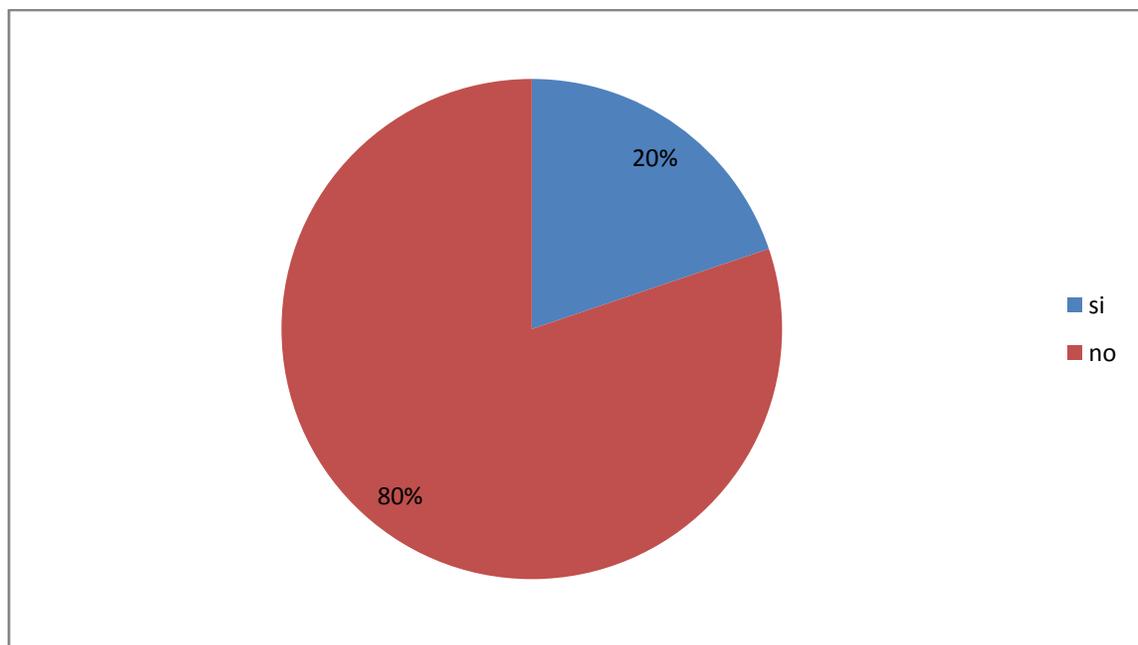
OPINIÓN	UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR				Total	%
	UCSF Milagro de la Paz	UCSF Pasaquina	UCSF San Agustín			
SI	17	14	0		32	19.8%
NO	83	35	12		130	80.2%
TOTAL %	61.7%	30.9%	7.4%		162	100%

**FUENTE:** Cedula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Análisis:** en la tabla 5 se refleja la opinión de las pacientes puérperas con respecto a si han utilizado algún tipo de leche diferente a la materna, en donde 32 pacientes contestaron que si y 130 pacientes contestaron que al momento no han utilizado sucedáneos de la leche materna.

**Interpretación:**La lactancia materna exclusiva predomina sobre el uso de sucedáneos de leche materna en las pacientes puérperas que asisten a su primer control puerperal en las UCSF Milagro de la paz, San Agustín y Pasaquina.

**Gráfica 2: ¿ Ha utilizado algún tipo de leche diferente a la materna?**



**FUENTE:** Cedula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Tabla 6: ¿Cada cuanto tiempo alimenta a su bebé?**

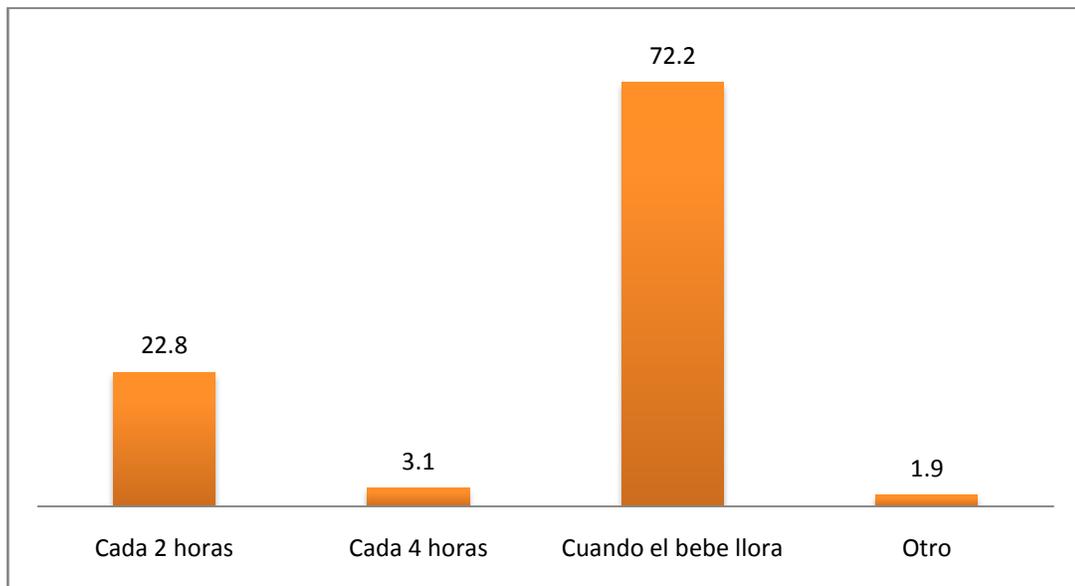
TIEMPO	UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR				
	UCSF Milagro de la Paz	UCSF Pasaquina	UCSF San Agustín	Total	%
2 horas	23	12	2	37	22.8%
4 horas	1	0	4	5	3.1%
Cuando el bebé llora	73	38	6	117	72.2%
Otro	3	0	0	3	1.9%
TOTAL	100	50	12	162	100%

**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Análisis:** en la tabla 6 se refleja la frecuencia con que las pacientes puerperas alimentan a su bebe, 37 pacientes contestaron que dan de mamar a su bebé cada 2 horas, 5 pacientes contestaron cada 4 horas, 117 pacientes alimentan a su bebé cuando este llora y solo 3 pacientes lo alimentan con otra frecuencia (6 veces al día).

**Interpretación:** La mayoría de las pacientes puérperas 72% que asisten a sus primeros controles puerperales en UCSF Milagro de la paz, San Agustín y Pasaquina alimentan a su bebe cuando llora.

**Gráfica 3: ¿Cada cuanto tiempo alimenta a su bebé?**



**FUENTE:** Cedula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Tabla 7: ¿Hasta el momento con que ha estado alimentando a su bebé?**

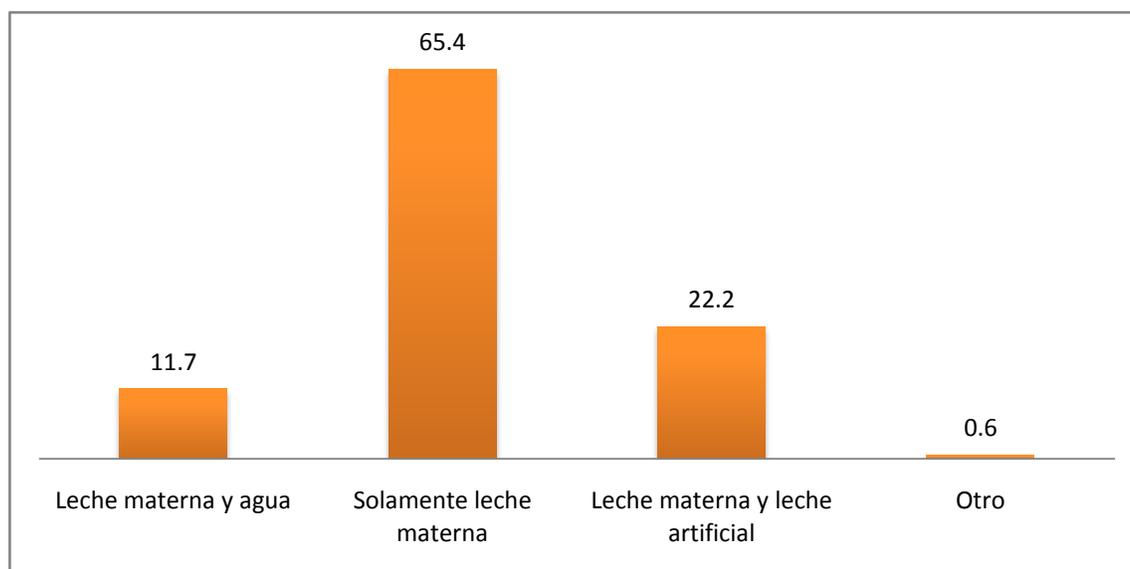
OPINIÒN	UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR				
	UCSF Milagro de la Paz	UCSF Pasaquina	UCSF San Agustín	Total	%
Leche materna y agua	19	0	0	19	11.7%
Solamente leche materna	59	36	11	106	65.4%
Leche materna y leche artificial (sucedáneos de leche)	22	14	0	36	22.2%
Otro	0	0	1	1	0.6%
<b>TOTAL</b>	100	50	12	162	100%

**FUENTE:** Cèdula de entrevista aplicada a poblaciòn puerpera en estudio.

**Anàlisis:** en la tabla 7 se refleja la opiniòn de las pacientes pùérperas con respecto a con que alimento a su bebè hasta el momento del primer control puerperal, 19 pacientes contestaron que han alieimntado a su bebè con leche materna y agua, 106 solamente con leche materna, 106 con sucedáneos de la leche y 1 paciente alimento a su bebè con otro tipo de alimentos como: atoles, frutas o verduras.

**Interpretaciòn:** El 65% de la poblaciòn total de las pacientes puerperas dio lactancia materna exclusiva al momento de su primer control puerperal, un 22% dieron leche materna y leche artificial y solo un 11% dio leche materna y agua.

**Grafica 4. ¿Hasta el momento con que ha estado alimentando a su bebè?**



**FUENTE:** Cèdula de entrevista aplicada a poblaci3n puerpera en estudio.

**Tabla 8: ¿Hasta cuanto tiempo le dara pecho a su bebè?**

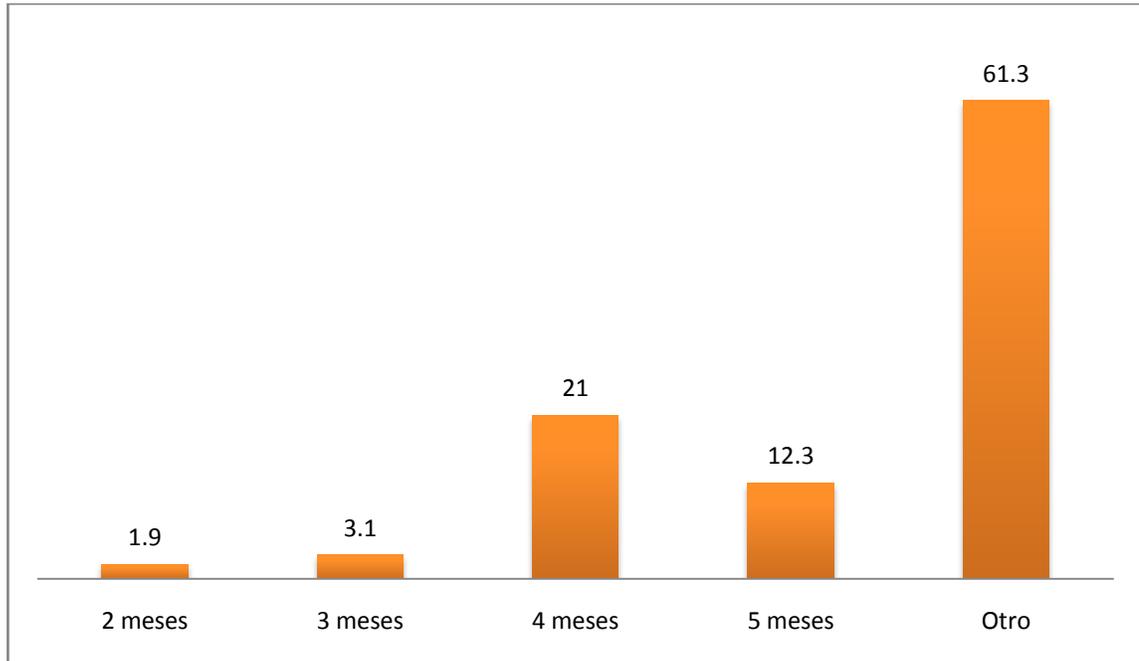
TIEMPO	UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR				
	UCSF Milagro de la Paz	UCSF Pasaquina	UCSF San Agustín	Total	%
2 meses	1	2	0	3	1.9%
3 meses	1	4	0	5	3.1%
4 meses	18	15	1	34	21%
5 meses	17	0	3	20	12.3%
Otro	63	29	8	100	61.7%
Total	100	50	12	162	100%

**FUENTE:** Cèdula de entrevista aplicada a poblaci3n puerpera en estudio.

**Análisis:** La tababla 8 hace referencia al tiempo en que las pacientes puérperas darán de mamar a su bebè 3 pacientes contestaron que darán lactancia materna hasta los 2 meses, 5 pacientes hasta los 3 meses, 34 pacientes hasta los 4 meses, 20 pacientes hasta los 5 meses y 100 pacientes alientaran a su bebe por mas tiempo que el estimado en los literales anteriores(de 6 meses en adelante).

**Interpretación:** El mayor porcentaje de pacientes que asiste a sus controles puerperales en las unidades comunitarias de salud familiar Milagro de la Paz, Pasaquina, Usulután, opta por dar lactancia materna por un periodo mayor a 5 meses.

**Gráfica 5: ¿Hasta cuanto tiempo le dara pecho a su bebé?**



**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Tabla 9: El dar de mamar ayuda a la mujer en todo lo siguiente:**

OPINIÒN	UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR				
	UCSF Milagro de la Paz	UCSF Pasaquina	UCSF San Agustín	Total	%
Tiene menos riesgo de padecer cáncer de mama	3	0	0	3	1.9%
Protege de un nuevo embarazo	17	13	4	34	21%
Recupera mas rápido el peso después del parto	1	1	0	2	1.2%

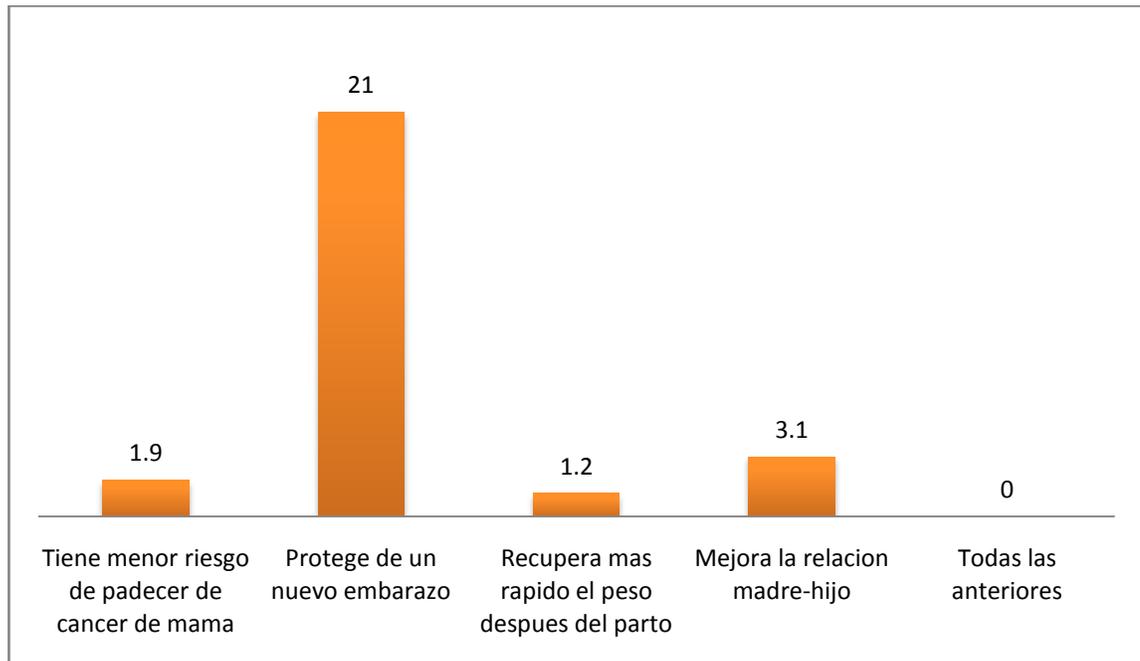
Mejora la relación madre-hijo	1	2	2	5	3.1%
Todas las anteriores	78	34	6	118	72.8%
Total	100	50	12	162	100%

**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Análisis:** en la tabla 9 se refleja la opinión que tienen las pacientes puérperas sobre los beneficios que tiene el dar lactancia materna, donde 3 pacientes contestaron que tiene menos riesgos de padecer cáncer de mama, 34 que protege de un nuevo embarazo, 2 que recupera mas rápido el peso después del parto.

**Interpretación:** el 72% de pacientes que asisten a su primer control puerperal en las UCSF Milagro de la Paz, Pasaquina, San Agustín tienen conocimiento acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva.

**Gráfica 6:El dar de mamar ayuda a la mujer en todo lo siguiente:**



**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Tabla 10:¿Que haría si su bebé rechaza el pecho?:**

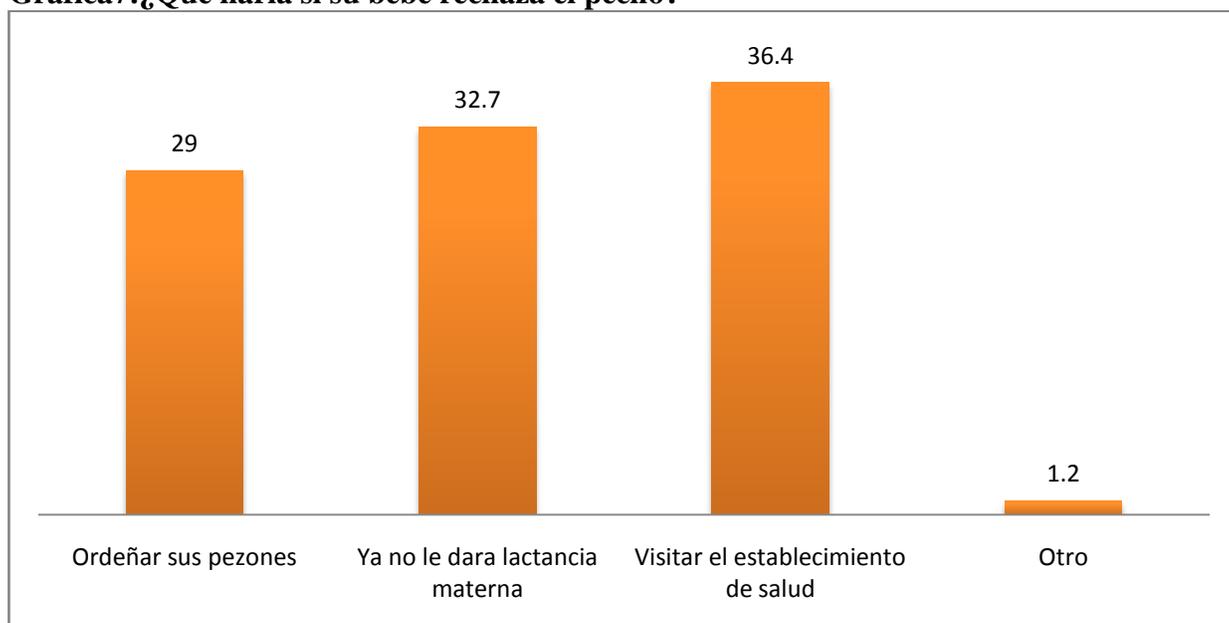
OPINIÒN	UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR				
	UCSF Milagro de la Paz	UCSF Pasaquina	UCSF San Agustín	Total	%
Ordeñar sus pezones	33	12	2	47	29%
Ya no le dara leche materna	24	27	2	53	32.7%
Visitar el establecimiento de salud	40	11	8	59	36.4%
Otro	3	0	0	3	1.9%
Total	100	50	12	162	100%

**FUENTE:** Cèdula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Análisis:** En la tabla 10 se refleja lo que las pacientes puérperas harían si su bebé rechaza el pecho, donde 47 pacientes contestaron que ordeñará sus pezones, 53 pacientes ya no le darán de mamar a su bebé, 59 pacientes visitarán el establecimiento de salud y 3 pacientes no harían ninguna de las opciones anteriormente mencionadas.

**Interpretación:** Un 65.4% de mujeres que asisten a su primer control puerperal en las UCSF Milagro de la paz, Pasaquina, San Agustín, tratarán de continuar dando lactancia materna a su bebe si este llegara a rechazar el pecho, mientras que solo un 32.7% de ellas suspenderá la lactancia materna.

**Gráfica7:¿Que haría si su bebé rechaza el pecho?**



**FUENTE:** Cèdula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

## 5.2 TABULACIÒN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÒN DE DATOS DE LA SEGUNDA ENTREVISTA.

**Tabla 11: ¿Continúa dando seno materno a su bebè?**

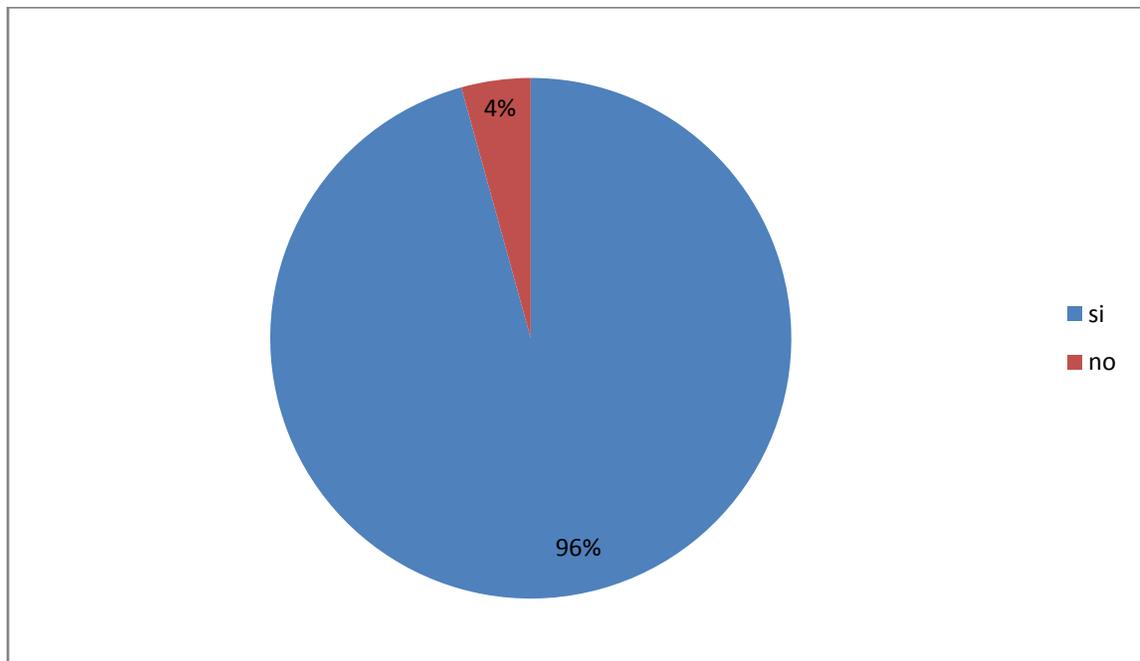
OPINIÒN	UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR				
	UCSF Milagro de la Paz	UCSF Pasaquina	UCSF San Agustín	Total	%
SI	96	47	12	155	95.7%
NO	4	3	0	7	4.3%
TOTAL	100	50	12	162	100%

**FUENTE:** Cèdula de entrevista aplicada a poblaciòn puerpera en estudio.

**Análisis:** en la tabla 11 se refleja si las pacientes puérperas continúan dando seno materno donde 155 pacientes dijeron que si, y 7 dijeron que no.

**Interpretaciòn:** El 95.7% de las pacientes que acudieron a su segundo control puerperal en las UCSF Milagro de la paz, Pasaquina, San Agustín, continuaron dando lactancia materna a sus bebes mientras que solo un 7% indicaron que ya no dan lactancia materna.

**Gràfica 8: ¿Continúa dando seno materno a su bebè?**



**FUENTE:** Cèdula de entrevista aplicada a poblaciòn puerpera en estudio.

**Tabla 12: ¿Cada cuanto tiempo alimenta a su bebé?**

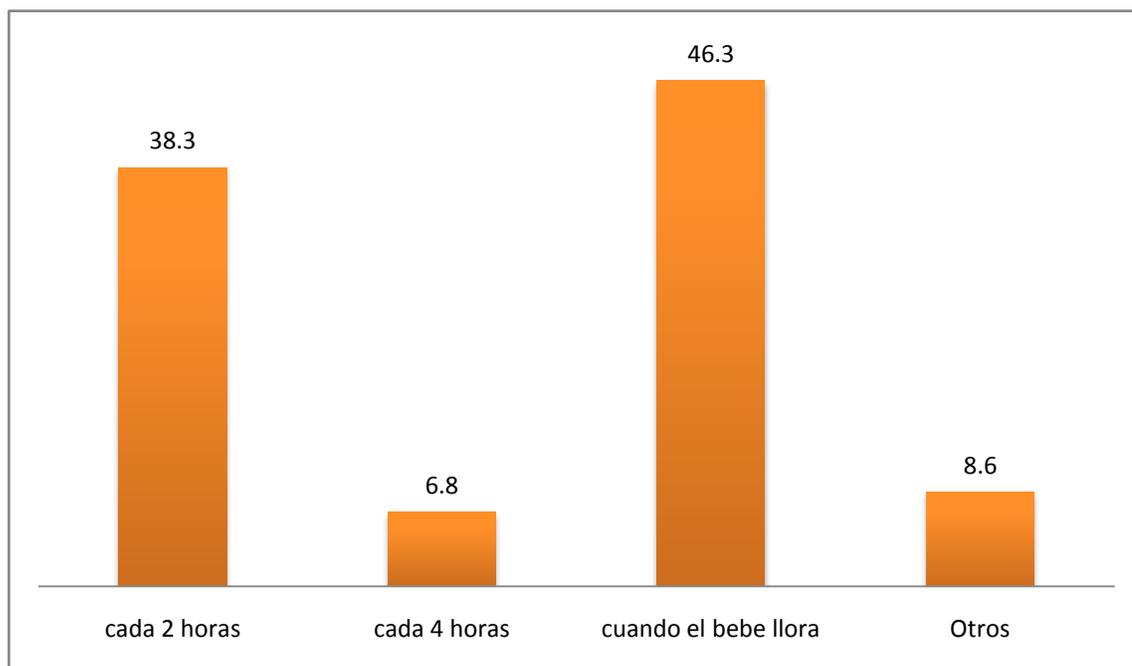
TIEMPO	UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR				%
	UCSF Milagro de la Paz	UCSF Pasaquina	UCSF San Agustín	Total	
Cada 2 horas	42	12	8	62	38.3%
Cada 4 horas	11	0	0	11	6.8%
Cuando el bebé llora	35	37	3	75	46.3%
Otro	12	1	1	14	8.6%
TOTAL	100	50	12	162	100%

**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Análisis:** en la tabla 12 se refleja la frecuencia con que las madres alimentan a su bebé donde 62 dijeron cada 2 horas, 11 cada 4 horas, 75 cuando el bebé llora, y 14 otra frecuencia no anteriormente mencionada ( 6 veces al día).

**Interpretación:** Se pudo comprobar durante el segundo control puerperal que las madres que asisten a las UCSF Milagro de la paz, Pasaquina, San Agustín alimentan a su bebe cada vez q este llora

**Gráfica 9: ¿Cada cuanto tiempo alimenta a su bebé?**



**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Tabla 13: ¿Hastael momento con que ha estado alimentando a su bebè?**

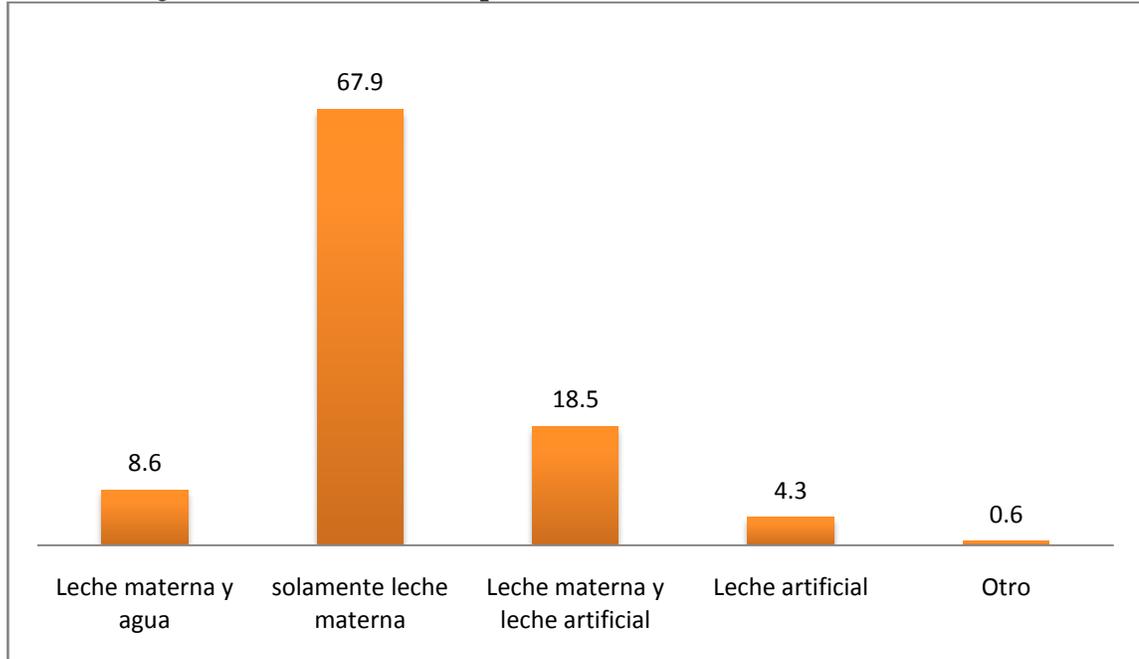
OPINIÒN	UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR				
	UCSF Milagro de la Paz	UCSF Pasaquina	UCSF San Agustín	Total	%
Leche materna y agua	14	0	0	14	8.6%
Solamente leche materna	64	35	11	110	67.9%
Leche materna y leche artificial	17	12	1	30	18.5%
Leche artificial	4	3	0	7	4.3%
Otro	1	0	0	1	0.6%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>12</b>	<b>162</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Cèdula de entrevista aplicada a poblaciòn puerpera en estudio.

**Análisis:** en la tabla 13 se hace referencia sobre con que han estado alimentando las madres a su bebè, donde 14 de ellas respondieron que con leche materna y agua, 110 solamente con leche materna, 30 leche materna y leche artificial, 7 leche artificial y 1 respondio que con atol.

**Interpretaciòn:** El 67% de las pacientes puérperas en su segundo control continúan dando lactancia materna exclusiva, mientras q un 27% da lactancia materna predominante y un 4 % solamente dan leche artificial.

**Gráfica10: ¿Hasta el momento con que ha estado alimentando a su bebé?**



**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Tabla 14: ¿Considera que ha adelgazado durante este tiempo?**

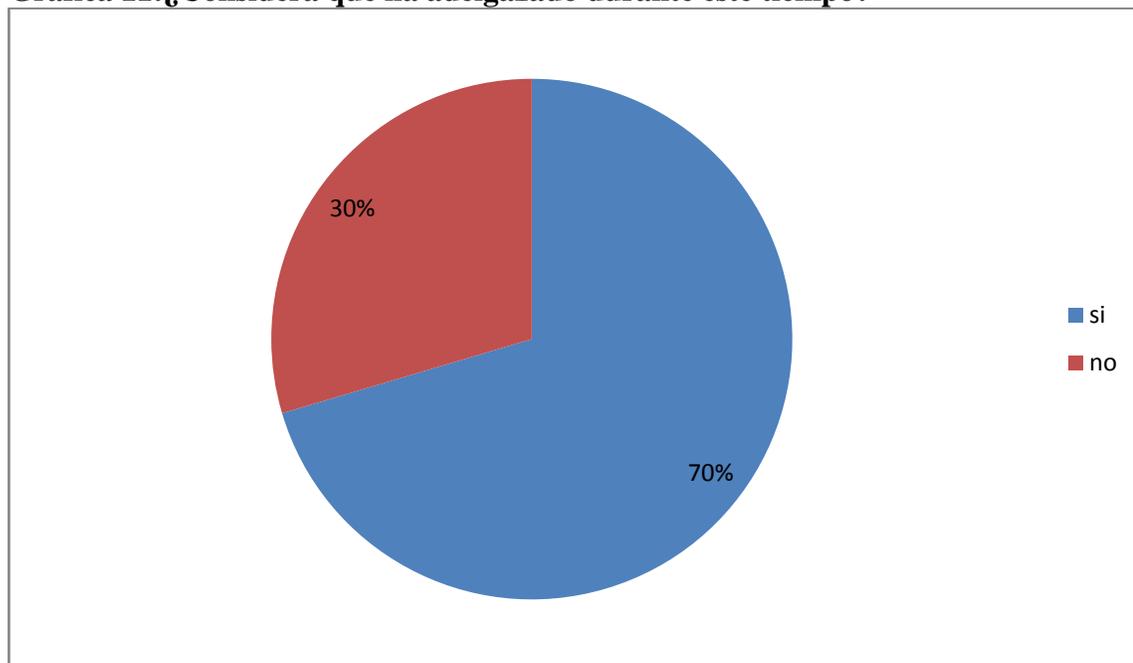
OPINIÓN	UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR				
	UCSF Milagro de la Paz	UCSF Pasaquina	UCSF San Agustín	Total	%
SI	62	43	9	114	70.4%
NO	38	7	3	48	29.6%
TOTAL	100	50	12	162	100%

**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Análisis:** en la tabla 14 se hace referencia a la perspectiva que tienen las pacientes puerperas en relación a si peso, donde 114 consideran que si han adelgazado y solo 48 contestaron que no.

**Interpretación:** El 70% De Las Pacientes Puerperas que asisten a su segundo control puerperal UCSF Milagro de la paz, Pasaquina, San Agustín consideraron hasta ese momento haber disminuido su peso, mientras que solo el 29.6% de la población considera que no bajo de peso tomando este solo como punto de referencia para obtener una opinión de las pacientes con relación de su peso.

**Gráfica 11: ¿Considera que ha adelgazado durante este tiempo?**



**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Tabla 15: ¿Durante este periodo que alimentos predominaron en su dieta?**

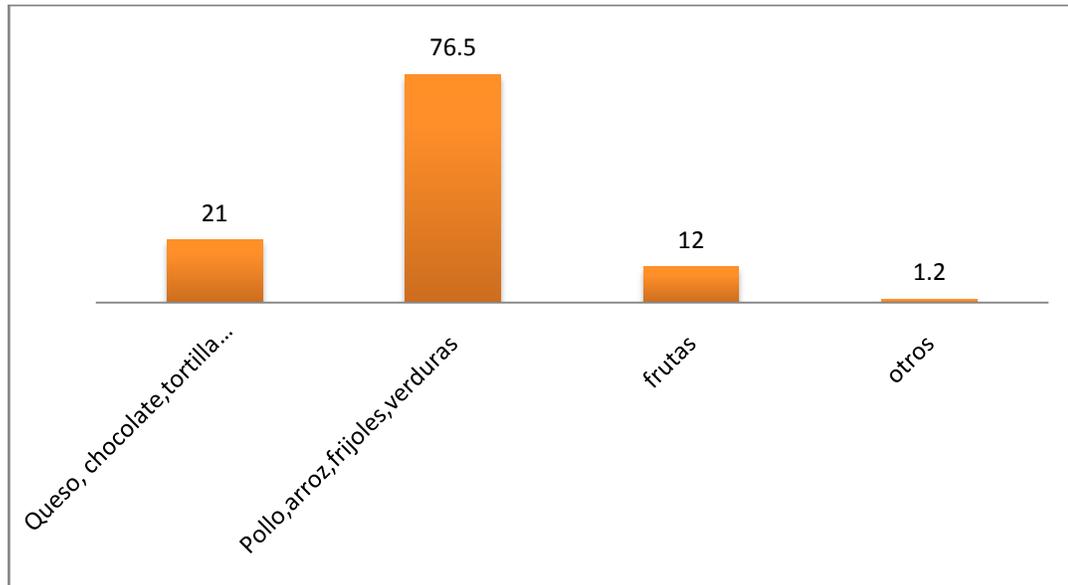
OPINIÓN	UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR				
	UCSF Milagro de la Paz	UCSF Pasaquina	UCSF San Agustín	Total	%
Queso, chocolate, tortilla tostada	19	14	1	34	21%
Pollo, arroz, frijoles y verdura	78	35	11	124	76.5%
Fruta	1	1	0	2	1.2%
Otro	2	0	0	2	1.2%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>12</b>	<b>162</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Análisis:** En la tabla 15 se refleja el tipo de dieta que predomina en la paciente puérpera, de las cuales 21 contestaron que su dieta es a base de queso, chocolate y tortilla tostada, 124 pollo, arroz, frijoles y verdura, 2 fruta, 2 otro tipo de alimentación (avena, yogurt, atol).

**Interpretación:** El 76.5% de la pacientes puerperas de las UCSF milagro de la paz, pasaquina, san agustin consumen una dieta variada a abase de pollo frijoles y verdura; y solo en una menor cuantia continúan ingiriendo dietas tradicionales .

**Gráfica 12: ¿Durante este periodo que alimentos predominaròn en su dieta?**



**FUENTE:** Cèdula de entrevista aplicada a poblaciòn puerpera en estudio.

**Tabla 16: Comparaciòn entre primer y segundo control puerperal de mediciòn de perÌmetro abdominal.**

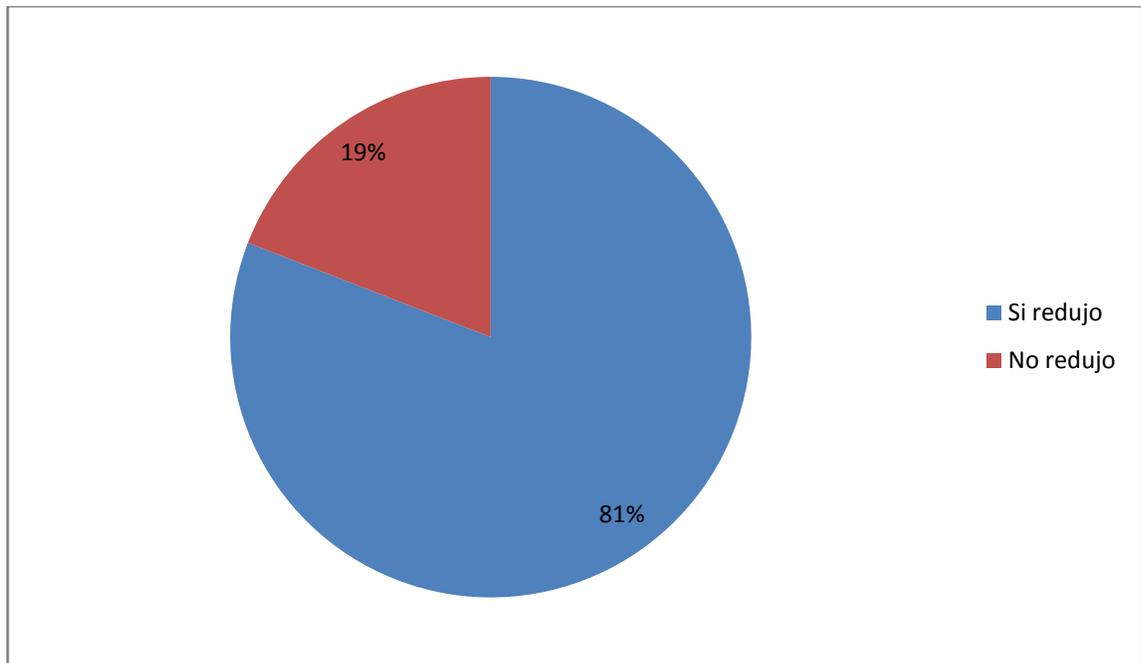
COMPARACIÒN	UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR				
	UCSF Milagro de la Paz	UCSF Pasaquina	UCSF San AgustÌn	Total	%
SI REDUJO	82	37	12	131	80.9%
NO REDUJO	18	13	0	31	19.1%
TOTAL	100	50	12	162	100%

**FUENTE:** Cèdula de entrevista aplicada a poblaciòn puerpera en estudio.

**Anàlisis:** En la tabla 16 se hace una comparaciòn entre los resultados del primer y segundo control del perÌmetro abdominal, donde 131 pacientes presentaron reducciòn y solo 31 no redujeron su perÌmetro abdominal.

**Interpretaciòn:** El 80 % de las pacientes presentaron disminuciòn de su perÌmetro abdominal comparando datos de la primera y segunda mediciòn en sus controles puerperales. Solamente el 19.1% no presento disminuciòn de su perÌmetro abdominal.

**Gráfica13:Comparación entre primer y segundo control puerperal de medición de perímetro abdominal.**



**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Tabla 17:Comparación entre lactancia materna exclusiva y reducción de perímetro abdominal.**

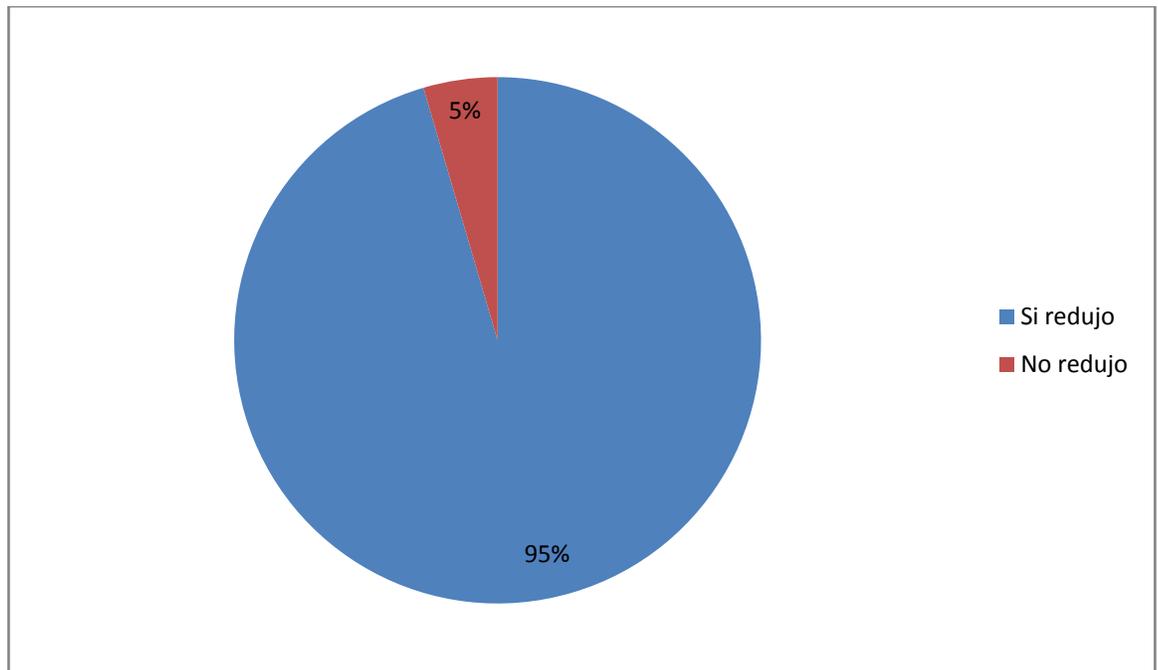
<b>Lactancia Materna Exclusiva</b>		
Si redujo	105	95%
No redujo	5	5%
Total	110	100%

**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Análisis:** En la tabla 17 se hace referencia a las pacientes que dieron lactancia materna exclusiva de estas 105 presentaron reducción de perímetro abdominal y solo 5 no redujeron.

**Interpretación:** El 95% de las pacientes que dieron lactancia materna exclusiva redujo su perímetro abdominal, solamente un 5% no redujo.

**Gráfica 14: Comparación entre lactancia materna exclusiva y reducción de perímetro abdominal.**



**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Tabla 18: Comparación de lactancia materna predominante con reducción de perímetro abdominal.**

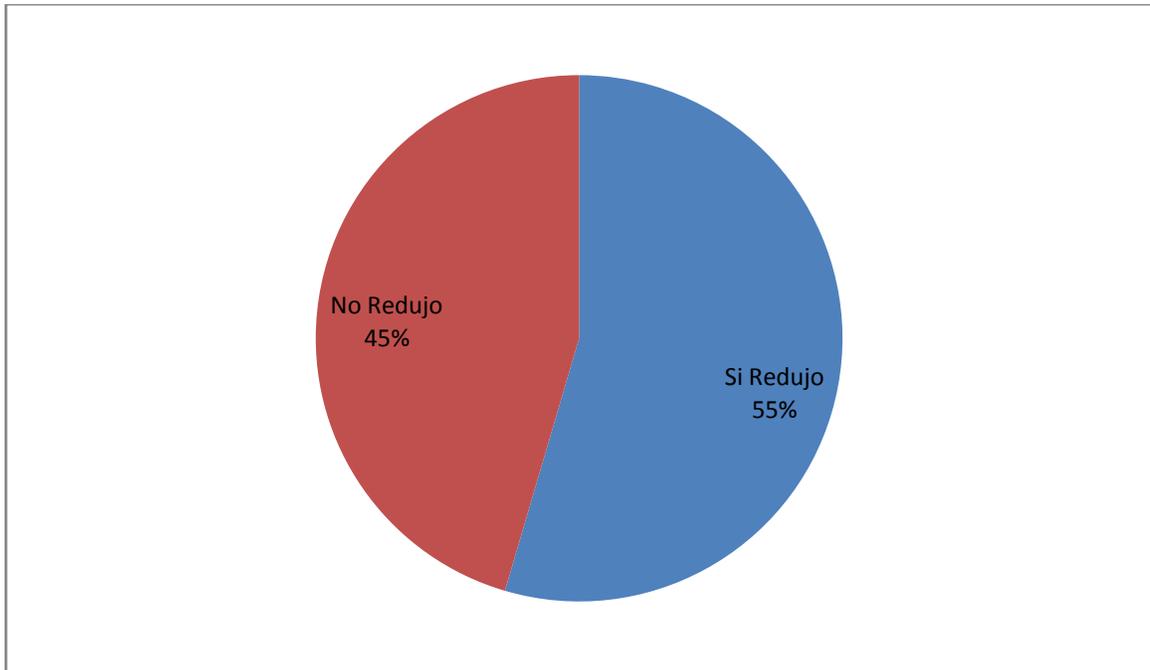
	<b>Lactancia Materna Predominate</b>	
Si Redujo	24	55%
No Redujo	20	45%
Total	44	100%

**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Análisis:** en la tabla 18 se hace referencia a las pacientes que dieron lactancia materna predominante de las cuales 24 redujeron su perímetro abdominal y 20 no redujeron.

**Interpretación:** el 55 % de las pacientes que dieron lactancia materna predominante redujeron su perímetro abdominal mientras que el 45% no redujeron pero fue en menor cantidad que las pacientes que dieron lactancia materna exclusiva.

**Gráfica 15: Comparación de lactancia materna predominante con reducción de perímetro abdominal.**



**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Tabla 19: Comparación entre lactancia artificial con reducción de perímetro abdominal.**

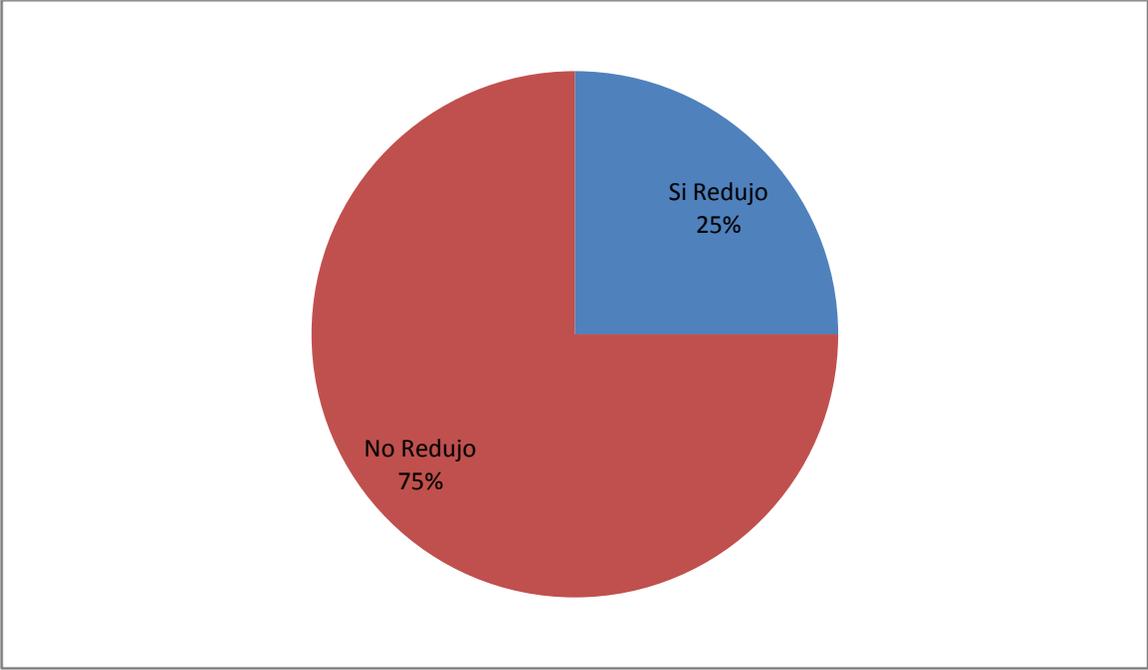
	<b>Lactancia Artificial</b>	
Si Redujo	2	25%
No Redujo	6	75%
Total:	8	100%

**FUENTE:** Cédula de entrevista aplicada a población puerpera en estudio.

**Análisis:** en la tabla 19 se hace referencia de las pacientes que al final del segundo control puerperal estaban dando lactancia artificial, de las cuales 2 si rejueron su perímetro abdominal y 6 no redujeron.

**Interpretación:** el 75 % de las pacientes que durante el segundo control de puerperio solo daban leche artificial no redujo su perímetro abdominal y solamente un 25 % si redujo.

**Gráfica 16: Comparación entre lactancia artificial con reducción de perímetro abdominal.**



**FUENTE:** C3dula de entrevista aplicada a poblaci3n puerpera en estudio.

## COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS POR METODO DE $X^2$

$$X^2 = \frac{n (ad - bc)^2}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)}$$

**Tabla 20: Comprobación de hipótesis.**

Lactancia Materna Exclusiva	Redujo Perimetro Abdominal		
	SI	NO	Total
SI	105	5	110
NO	26	26	52
$\Sigma$	131	31	$\Sigma$ 162

$$X^2_c = \frac{162 ([105 \times 26] - [5 \times 26])^2}{(131)(31)(110)(52)} = \frac{162 (2,730 - 130)^2}{23,228,920}$$

$$X^2_c = \frac{(6,760,000) 162}{23,228,920} =$$

$$X^2_c = \frac{1,095,120,000}{23,228,920} = 47.14$$

$$X^2_t = 0.01 = 6.635$$

$$R/X^2_c = 47.14 > X^2_t 0.01 = 6.635$$

Por tanto, la lactancia materna exclusiva si contribuye a la disminucion del diametro abdominal en el puerperio con IC = 99%.

Dado que los porcentajes de reducción de las pacientes que dieron lactancia materna exclusiva fueron mas significativos que las que dieron lactancia predominante se omite la comprobación de la hipótesis alterna. Ya que los resultados lo demuestran sin comprobación estadística (ver gráfica 14 y 15).

## **5.DISCUSIÓN**

Esta investigación tuvo como propósito relacionar las diferentes prácticas de lactancia materna con la disminución del perímetro abdominal en mujeres post parto. Lo que fue llevado a cabo durante el primer y segundo control puerperal en cada uno de los establecimientos de salud donde actualmente laboramos.

A continuación se estarán discutiendo los principales hallazgos de este estudio:

De los resultados obtenidos en esta investigación se puede deducir que la lactancia materna exclusiva sí contribuye con la disminución del perímetro abdominal durante el puerperio.

El estudio se basó en la medición y comparación de perímetro abdominal de la paciente puerpera para determinar lo anteriormente descrito.

La mayoría de las pacientes ya no siguen un régimen dietético basados en aspectos culturales de nuestro país (tortilla tostada, queso), sino que han optado por una dieta variada.

Además se conoció que actualmente la mayoría de madres eligen dar lactancia materna exclusiva durante todo el puerperio.

Además si se comparan los resultados de esta investigación con los encontrados de otros estudios realizados en nuestro país y a nivel internacional; estas fueron en relación al cálculo del Índice de Masa Corporal y la dieta, pero no se han realizado enfocados a la medición y comparación del perímetro abdominal. Según la Obstetricia de Williams: Tras la expulsión de la placenta, el útero, con un peso de 1.000 g en este momento, se contrae rápidamente como mecanismo hemostático para comprimir los vasos miométriales, y se sitúa a la altura del ombligo. Posteriormente desciende a razón de 0,5-1 cm/día, de tal forma que en la segunda semana postparto el útero, con un peso de 500 g, ya no se palpa al examen abdominal, porque ha involucionado hasta la cavidad pélvica, y hacia las 4 semanas, con un peso de 100 g, el útero retorna a su tamaño previo al embarazo.

Una de las limitaciones en esta investigación fue; que no todas las pacientes colaboraron con asistir a su segundo control puerperal por lo que fue necesario localizarlas vías telefónica para completar los resultados de la investigación.

Con todo lo anterior se pretende concientizar sobre los beneficios poco conocidos que tiene la lactancia materna exclusiva para la prevención de la obesidad.

## **6.CONCLUSIONES**

El 100% de las pacientes puerperas dan lactancia materna a su bebé durante los primeros días post parto, siendo la lactancia materna exclusiva la práctica que predomina con un 67.9% en dichas pacientes, seguida de la lactancia materna predominante con un 21.7% y

solo 4.3% de pacientes utiliza leche artificial, lo cual da respuesta al primer objetivo específico.

Un 72.8 % de la población puerpera en estudio conoce las ventajas que tiene la lactancia materna exclusiva no solo como método de planificación familiar sino también para reducir peso, mejorar la relación madre-hijo entre otras.

Al interrogar sobre el tiempo en que las madres darían lactancia a su bebe el 61.7% de ellas coinciden en que darán pecho por un periodo mayor de 5 meses lo cual contribuye a la salud del niño y de la madre.

La dieta de las pacientes en un 76.5% esta basada en alimentación variada dejando atrás las pautas culturales lo cual nos da a entender que no se relaciona la disminución de peso de la población en estudio con su dieta.

Como una referencia de como las madres se visualizan al finalizar el puerperio indagamos sobre la percepción de su silueta y un 70.4% considera que hubo reducción del peso ganado durante el embarazo.

Al comparar la medición del perímetro abdominal durante el primer y segundo control concluimos que un 95% las pacientes que dieron lactancia materna exclusiva redujeron su perímetro abdominal, solamente un 5 % no redujo, mientras que las pacientes que dieron lactancia materna predominante redujeron en un 55%.

Las pacientes que suspendieron la lactancia materna durante el puerperio un 75% no presentaron reducción de su perímetro abdominal, incluso algunas presentaron aumento de este.

La via del parto no influyo en este estudio como un parámetro para determinar si reducían o no dado que las pacientes post cesarea y post parto vaginal presentaban una disminución equitativa siempre y cuando dieran lactancia materna.

Se concluyo también que la practiaca de lactancia materna predominate durante el periodo de puerperio es la lactancia materna exclusiva.

## **8. RECOMENDACIONES**

Como grupo se recomienda lo siguiente:

- **MINISTERIO DE SALUD :**

Que la Gerencia de la directiva técnica nacional para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio sea un ente rector en el fortalecimiento de la prevención de la obesidad mediante la practica de lactancia materna exclusiva y la medición del perímetro

abdominal en el examen físico de la paciente puerpera. Además crear un nexo en el programa materno que oriente desde el embarazo hasta el puerperio sobre la importancia de dar lactancia materna.

- **SOCIEDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA:**

Que incluya dentro del examen físico de rutina de la paciente puerpra, la medición del perímetro abdominal.

- **UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR:**

Que se realice por iniciativa propia capacitación al personal de salud sobre la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva en reducción de peso en la mujer post parto.

Orientar sobre lactancia materna exclusiva durante la consulta medica y que el bebe no debe consumir ningún otro alimento ni bebida a menos que sea recetado por el medico.

- **A LAS PUERPERAS:**

Que tomen conciencia sobre la importancia que tiene el dar de mamar en la recuperación de la silueta y como un beneficio en la prevención de la obesidad.

- **A LA FAMILIA DE LAS PACIENTES:**

Que colaboren y se involucren activamente en el apoyo y estimulación a continuar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

- **A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:**

Apoyar proyectos de investigación que surjan en el futuro acerca de la influencia que tiene la practica de lactancia materna exclusiva en la reducción del perímetro abdominal como punto clave para prevenir los reisos que causa la obesidad.

- **A LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA:**

Que se interesen por la investigación de temas relacionados en la salud comunitaria, para generar aportes importantes al primer nivel de atención en salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Paola Andrea Gaete Hermosilla. Factores que influyen en la retención de peso ganado en el embarazo a los seis meses postparto en dos servicios de salud (Tesis para optar al grado de magister en ciencias biológicas mención nutrición). Universidad de Chile Facultad de Medicina Escuela de Postgrado; 2007. Disponible en:[http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/me-gaete\\_p/pdfAmont/me-gaete\\_p.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/me-gaete_p/pdfAmont/me-gaete_p.pdf).
- 2- Mildred Amparo Sandoval, José Emérito Ávila, prevalencia, Factores de Riesgo e Historial de Lactancia Materna Exclusiva asociados al Síndrome Metabólico en Adolescentes escolarizados en Centros Públicos de Educación Media de El Salvador. 2012. Primera edición. Disponible en: [www.unab.edu.sv/admin/documents/54](http://www.unab.edu.sv/admin/documents/54).
- 3-Cunningham FG, Gant NF, MacDonald P, Leveno K. Clinical and physiological aspect of the puerperium. En: Cunningham FG, Williams Obstetrics. Norwalk,Connecticut: McGraw-Hill; 2001.
- 4-Lineamientos Técnicos para la Atención de la Mujer en el Periodo Preconcepcional, Prenatal, Parto y al Recién Nacido. MINSAL 2012.
- 5- Alonso AA. Síndrome Metabólico. Fisterra [on line] 2005 [15 de diciembre de 2006]; URL disponible en: [www.fisterra.com/guias2/Smetabolico.asp](http://www.fisterra.com/guias2/Smetabolico.asp).
- 6- Masana Marín L, Rubiés Prat J. Alteraciones del metabolismo de las lipoproteínas. En: Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina Interna. 13ª Edición. Madrid, España: Harcourt Brace; 1998 vol (3): 1899-1932.
- 7- Diaz E. Síndrome X o Síndrome Metabólico. Salud Actual [on line] 2005 [fecha de acceso 12 de diciembre de 2006]. URL disponible en: <http://www.saludactual.cl/obesidad/sindromex.php>
- 8- Rodilla E, García L, Merine C, Costa J, Gonzalez C, Pascual JM. Importancia del síndrome metabólico en el control de la presión arterial y la dislipemia. Medicina Clínica de Barcelona 2004;123(16):601-5.
- 9- Acosta AM, Escalona MO. Síndrome Metabólico. Labnutrición [on line] 2006 [fecha de acceso 2 de abril de 2007]. URL disponible en: [http://www.labnutricion.cl/sindrome\\_metabolico.htm](http://www.labnutricion.cl/sindrome_metabolico.htm)
- 10 Thompson W.G., Kook A.D, Clark M. M, Bardia A, Levine A.J. Treatment of obesity. Mayo Clin Proc 2007;82(1):93-102
- 11-Hirschler V, Delfino A.M, Clemente G, Aranda C, Calcagno M de L, Pettinicchio H, Jadzinsky M. ¿Es la circunferencia de cintura un componente del síndrome metabólico en la infancia? Arch Argent Pediatr. 2005;103(1): 7-13
- 12- Sociedad Argentina de Cardiología: Consenso Obesidad. Revista argentina de cardiología, 2001; vol. 69 suplemento 1.

- 13- Willian C. Heirdid, Alimentacion de los lactantes y niños pequenos, tratado de pediatria de Nelson 18ª edici3n, elsevier, paginas 214- 225
- 14- OMS, Lactancia maternal, 2013, disponible en <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>.
- 15- - Lactancia Materna: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociaci3n Espa±ola de Pediatria (AEP). Edici3n 2004.
- 16 - F3rmacos y lactancia materna. J.M. P3rez Gonz3lez. Protocolos de la Asociaci3n Espa±ola de Pediatria (AEP).
- 17- Lactancia Materna: guía para profesionales MONOGRAFÍAS DE LA A.E.P.Nº 5 Comité de Lactancia Materna de laAsociaci3n Espa±ola de Pediatria.
- 18- “Salud Reproductiva en el Período Post-parto: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud”. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), 1996.
- 19- Eckel Robert: Síndrome metab3lico. En: Harrison. Principios de Medicina Interna, 17ª edici3n. M3xico, D.F, 2009, cap. 236 p. 1509-1514.
- 20- Farinola Martín: Utilizaci3n de la circunferencia de cintura como indicador del riesgo de padecer ciertas enfermedades 2004. <http://www.nutrinfo.com.ar>.

# **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

OBJETIVO: Recopilar información sobre Las Prácticas de Lactancia Materna y Medición de Perímetro Abdominal en Madres en Periodo de Puerperio que asisten a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Pasaquina, Milagro de la Paz y San Agustín, periodo de julio a septiembre de 2013.

UNIDAD DE SALUD: \_\_\_\_\_

INFORMACION GENERAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Día Post parto: \_\_\_\_\_

**Control Puerperal 1**

Vía del parto: \_\_\_\_\_

1. Edad en años:

a) 18-23 años.

b) 24-29 años.

c) Mayor de 30 años.

2. ¿Le ha estado dando pecho a su bebe?:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3. ¿Ha utilizado algún tipo de leche diferente a la materna?:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

4. ¿Cada cuanto tiempo alimenta a su bebe?:

a) Cada 2 horas

b) Cada 4 horas

c) Cuando el bebe llora

d) Otro.

Especifique \_\_\_\_\_

5. ¿Hasta el momento con que ha estado alimentando a su bebe?:

a) Leche materna y agua.

b) Solamente leche materna.

c) Leche materna y leche artificial (sucedáneos de leche materna).

d) Leche artificial (sucedáneos de leche materna).

e) Otro.

Especifique \_\_\_\_\_

6. ¿Hasta cuanto tiempo le dará pecho a su bebe?:

a) 2 meses

b) 3 meses

c) 4 meses

d) 5 meses

e) Otro.

Especifique \_\_\_\_\_

7. El dar de mamar le ayuda a la mujer en todo lo siguiente:

- a) Tiene menos riesgo de padecer de cáncer de mama
- b) Protege de un nuevo embarazo
- c) Recupera más rápido el peso después del parto
- d) Mejora la relación madre – hijo
- e) Todas las anteriores

8. ¿Que hará si su bebe rechaza el pecho?:

- a) Ordeñar sus pezones.
- b) Ya no le dará leche materna.
- c) Visitar el establecimiento de salud.
- d) Otro.

Especifique: \_\_\_\_\_

9. Medición del perímetro abdominal:

\_\_\_\_\_ cms.

## ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**OBJETIVO:** Recopilar información sobre Las Prácticas de Lactancia Materna y Medición de Perímetro Abdominal en Madres en Periodo de Puerperio que asisten a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Pasaquina, Milagro de la Paz y San Agustín, periodo de julio a septiembre de 2013.

UNIDAD DE SALUD: \_\_\_\_\_

### INFORMACION GENERAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Día Post parto: \_\_\_\_\_

### Control Puerperal 2

1. ¿Continúa dando seno materno a su bebe?

Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

2. Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Hasta cuanto tiempo le dio de mamar a su bebe: \_\_\_\_\_

3. ¿Cada cuanto tiempo alimenta a su bebe?:

a) Cada 2 horas

b) Cada 4 horas

c) Cuando el bebe llora

d) Otro.

Especifique\_\_\_\_\_

4. ¿Hasta el momento con que ha estado alimentando a su bebe?:

- a) Leche materna y agua.
- b) Solamente leche materna.
- c) Leche materna y leche artificial (sucedáneos de leche materna).
- d) Leche artificial (sucedáneos de leche materna).
- e) Otro.

Especifique\_\_\_\_\_

5. ¿Considera que ha adelgazado durante este tiempo?:

Si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

6. ¿Durante este periodo que alimentos predominaron en su dieta?

- a) Queso, chocolate, tortilla tostada.
- b) Pollo, arroz, frijoles, verduras.
- c) Frutas.
- d) Otros

e) Especifique\_\_\_\_\_

7. Perímetro abdominal:

\_\_\_\_\_cms.

## ANEXO 3

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, he sido elegida para participar voluntariamente en la investigación llamada:

RELACION ENTRE LAS PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA CON LA DISMINUCIÓN DE PERÍMETRO ABDOMINAL EN MUJERES POST PARTO EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE PASAQUINA, LA UNIÓN, MILAGRO DE LA PAZ, SAN MIGUEL Y SAN AGUSTIN, USULUTÁN, PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2013.

Se me ha explicado en que consiste dicho estudio, entiendo el propósito del mismo por lo que doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

Firma y huella dactilar de la madre participante.

**ANEXO 4: Presupuesto y financiamiento.**

<b>CANT</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>PRECIO UNITARIO EN \$</b>	<b>PRECIO TOTAL EN \$</b>
2.00	Libretas de apuntes	1.00	2.00
5.00	Lapiz	0.20	1.00
25.0	Folder	0.20	2.00
15.0	Fastener	0.15	1.50
3.00	Borrador de goma.	0.25	0.75
2472	Fotocopias de encuesta.	0.03	60.0
900	Fotocopias varias* (bibliografías, revistas, etc)	0.03	27.0
8.00	Tinta negra	25.0	200
2.00	Tinta de Color	25.0	50.0
21.0	Anillados de informes de investigación.	2.00	42.0
6.00	Empastados de informe final	5.00	20.0
15	Escaneo de Imágenes.	0.50	3.50
6	Resmas de papel tamaño carta.	5.00	30.0
<b>Total</b>			<b>\$ 435.75</b>



## ANEXO 6

### GLOSARIO

**1-Cesárea:** Intervención quirúrgica que permite extraer el feto mediante la abertura del segmento inferior del útero.

**2-Cresta ilíaca** Es el nombre que recibe el borde superior del ala del ilion que se extiende hasta el margen de la pelvis mayor.

**3-Colesterol:** es un esteroide (lípidos) que se encuentra en los tejidos corporales y en el plasma sanguíneo de los vertebrados. Se presenta en altas concentraciones en el hígado, médula espinal, páncreas y cerebro.

**4-Eclampsia:** es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas.

**5-Embarazo:** hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno.

**6-Endometrio:** Es el lugar donde se desarrolla la placenta y presenta alteraciones cíclicas en sus glándulas y vasos sanguíneos durante el ciclo menstrual en preparación para la implantación del embrión humano.

**7-Episiotomía:** incisión que se realiza en algunos casos durante el período expulsivo del trabajo de parto.

**8-Índice de Masa Corporal:** es un índice del peso de una persona en relación con su altura;

fórmula:  $\text{peso(kg)}/\text{talla(m}^2\text{)}$ .

**9-Leche materna:** es el alimento natural producido por la madre para alimentar al recién nacido.

**10-Lactancia materna:** es la alimentación del recién nacido a través del seno materno.

**11-Lactancia materna exclusiva:** Cuando el bebé es alimentado únicamente con lactancia materna y no recibe ningún otro alimento o bebida incluyendo agua, excepto medicinas prescritas por un médico, puede ser directamente de la madre al niño o leche materna extraída que se le dará a través de cuchara o tasa.

**12-Lactancia complementaria:** introducción de otros alimentos además de la leche materna.

**13-Lactancia predominante:** El bebé es amamantado pero también recibe pequeñas cantidades de agua y de otras bebidas como té.

**14-Leucocitos o glóbulos blancos:** son células que están principalmente en la sangre y circulan por ella con la función de combatir las infecciones.

**15-Mastectomía** es el término médico para la remoción de uno o ambos senos de manera parcial o completa

**16-Obesidad:** enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa.

**17-Ordeñar:** es el acto de extraer leche de las glándulas mamarias de un mamífero.

**18-Oxitocina:** es una hormona relacionada con los patrones sexuales y con la conducta maternal y paternal que actúa también como neurotransmisor en el cerebro.

**19-Parto:** También llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano.

**20-Parto vaginal:** tránsito del contenido de la gestación al exterior a través del canal vaginal

**21-Patogeno:** es todo agente (o cualquier "ente" en otras áreas fuera de la biología) que puede producir enfermedad o daño a la biología de un huésped, sea este humano, animal o vegetal.

**22-Placenta:** es aquel órgano que hace las veces de intermediario entre la madre y el feto mientras dura el proceso de gestación. Se encuentra presente en casi todos los mamíferos y en los seres humanos (las mujeres embarazadas) ocupándose especialmente de atender las principales necesidades del feto.

**23-Perímetro abdominal:** es la medición de la distancia alrededor del abdomen en un punto específico, por lo general a nivel del ombligo.

**24-Preeclampsia:** es una complicación médica del embarazo también llamada toxemia del embarazo y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo; está asociada a elevados niveles de proteína en la orina.

**25-Pezones:** es una protuberancia pequeña en la parte más o menos central del seno o mama que contiene entre 15 y 20 conductos lácteos dispuestos alrededor del mismo, rodeada de un área de piel sensible, con una pigmentación más oscura conocida como areola.

**26-Puerperio:** periodo de tiempo que sigue al momento del parto durante el cual los cambios fisiológicos del embarazo, trabajo de parto y parto se resuelven y la mujer retorna al estado pre gravídico y en la glándula mamaria se producen una serie de cambios fisiológicos que permiten la lactancia.

**27-Seno Materno:** Es la alimentación con leche materna. La OMS y el UNICEF señalan asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños.

**28-Sucedaneo de leche:** es todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin.

**29-Tuberculosis:** es una infección bacteriana contagiosa que compromete principalmente a los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos.

**30-UCSF:** Unidad comunitaria en salud familiar.

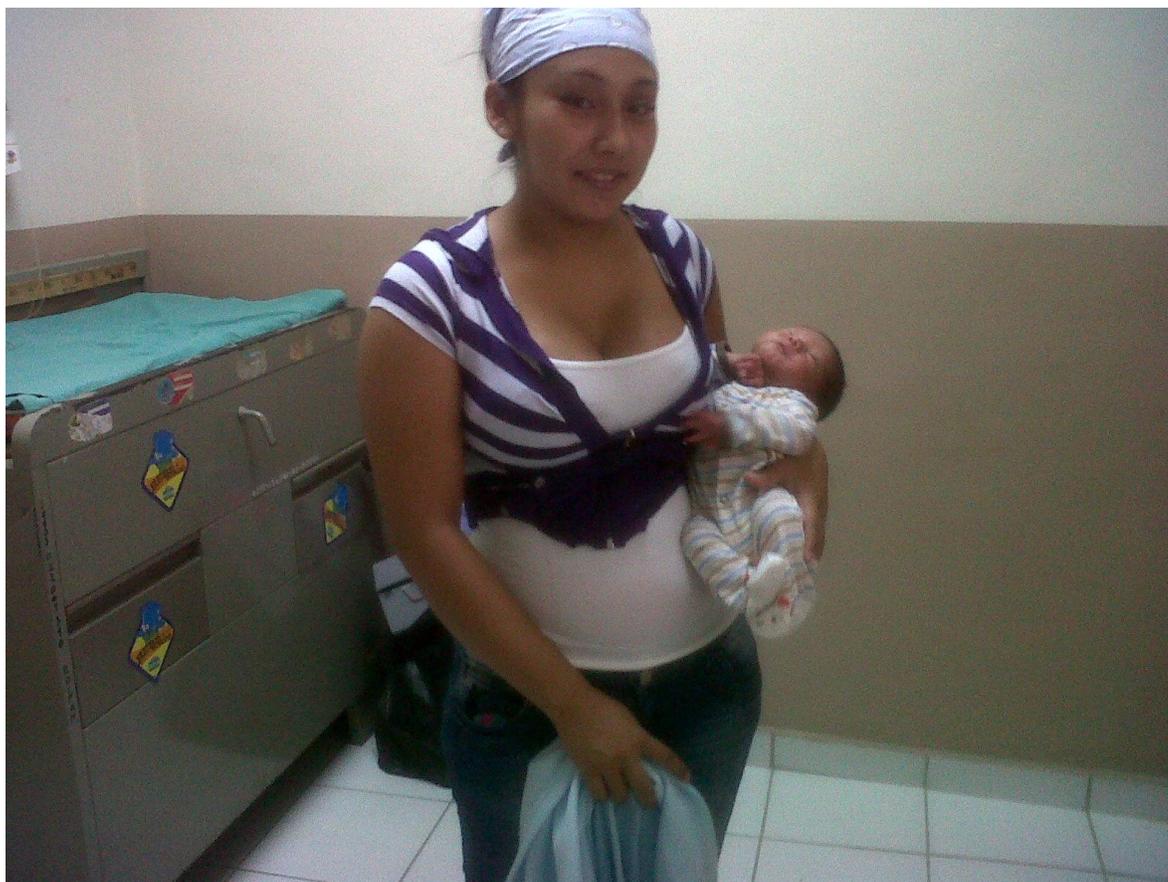
**31-VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.

**32-Vagina:** Parte de los órganos genitales internos de la mujer. Es el conducto fibromusculoso que une el útero con la vulva.

FIGURA 1: Cinta Mètrica



FIGURA 2: Paciente puerpera en su primer control puerperal.



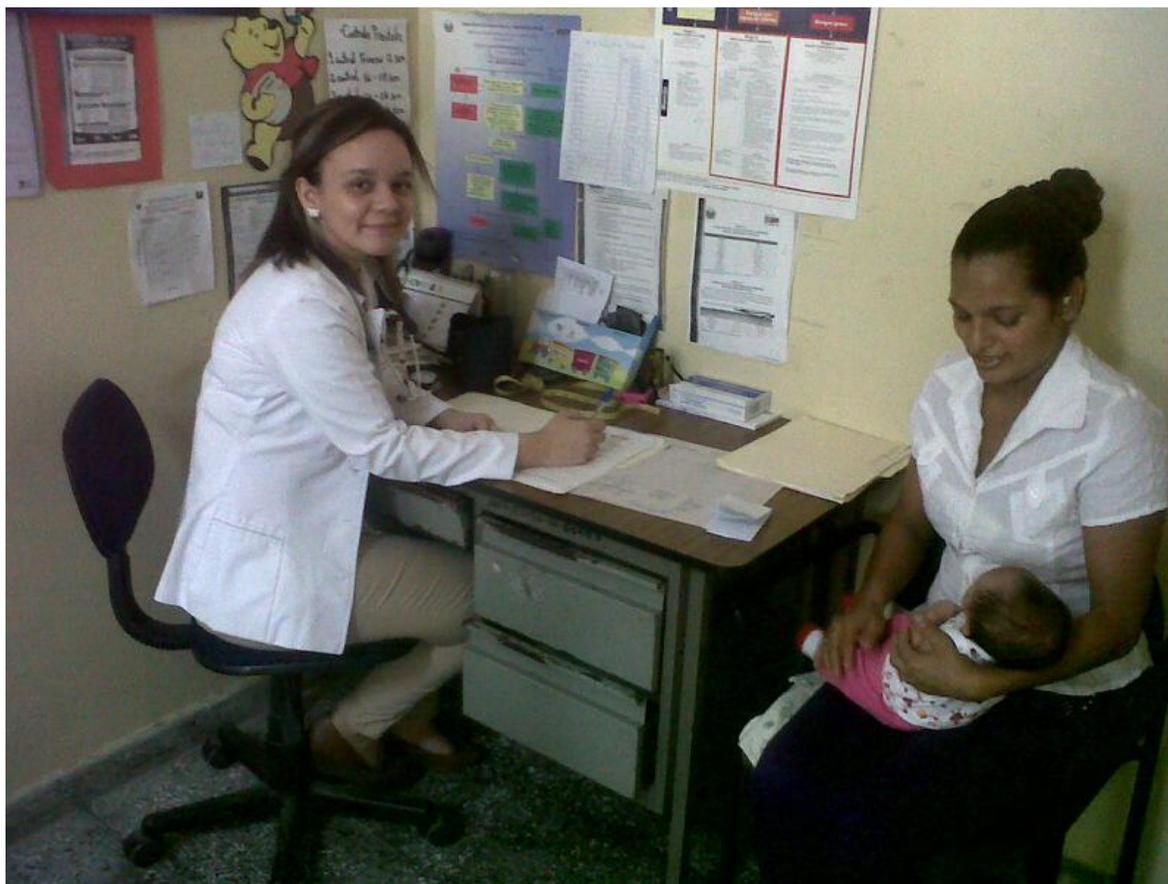
Fotografía tomada en UCSF Milagro de la Paz.

FIGURA 3: Paciente puérpera en su segundo control puerperal.



Fotografía tomada en UCSF Pasaquina.

FIGURA 4: Entrevista a paciente puérpera.



Fotografía tomada en UCSF Pasaquina.