

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA**



**TESIS**

**FACTORES DETERMINANTES DE LA INSTAURACIÓN  
DE LA LACTANCIA MATERNA EN RECIÉN NACIDOS  
POR CESÁREA. HOSPITAL JOSÉ SOTO  
CADENILLAS.CHOTA. 2016**

**PRESENTADA POR LA BACHILLER:**

Keli Yoani Carranza Diaz

Para optar el título de:

**OBSTETRA**

CAJAMARCA, PERÚ - 2017

**COPYRIGHT © 2016 by**

Keli Yoani Carranza Díaz

Todos los derechos reservados

***“Puede que la lactancia no sea la mejor opción para todas las madres, pero es la mejor opción para todos los bebés”***

Carlos González

**SE DEDICA A:**

Dios que me ha dado la vida y me guía en el camino hacia el triunfo de mis metas.

Mis padres, por estar siempre presentes cuando los necesito, por brindarme amor y confianza,

Mis hermanos que me acompañaron en este largo camino sin titubear, y me inspiraron las ganas de ser mejor

Keli

**SE AGRADECE A:**

Dios por la vida y por concederme la oportunidad de realizar uno de mis grandes sueños que fue estudiar la noble carrera de obstetricia.

Mi Alma Mater la Universidad Nacional de Cajamarca por albergarme todos los años de mi carrera profesional.

Mi asesora la Obsta. Gloria Briones Álvarez por dedicarme muchas horas de su valioso tiempo

Mis padres y hermanos quienes son mi motor, para superarme cada día intelectualmente.

Keli

## INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 01. Características sociodemográficas de las madres cesareadas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.	41
Tabla 02. Características biológicas de los recién nacidos hijos de madres cesareadas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.	44
Tabla 03. Instauración de la lactancia materna en los recién nacidos hijos de madres cesareadas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016	45
Tabla 04. Instauración de la lactancia materna según el tipo de cesárea en mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.	47
Tabla 05. Instauración de la lactancia materna según tiempo de recuperación post cesárea de las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016	49
Tabla 06. Instauración de la lactancia materna según tipo de dolor en herida operatoria en mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016	51
Tabla 07. Instauración de la lactancia materna según experiencia previa de lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016	53
Tabla 08. Instauración de la lactancia materna según falta de comodidad para dar de lactar en mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.	55
Tabla 09. Instauración de la lactancia materna según producción de secreción láctea en mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.	56
Tabla 10. Instauración de la lactancia materna según enfermedad materna en mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.	58
Tabla 11. Instauración de la lactancia materna según tipo de cesárea en mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016	59

## INDICE

<b>DEDICATORIA</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	iii
<b>INDICE DE TABLAS</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	vii
<b>ABSTRACT</b>	viii
<b>INTRODUCCION</b>	1
<b>Capítulo I: EL PROBLEMA</b>	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	4
1.4. Justificación de la investigación	5
<b>Capítulo II: MARCO TEÓRICO</b>	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases Teóricas	9
2.2.1. Cesárea	9
2.2.2. Lactancia Materna	17
2.3. Hipótesis	34
2.4. Variables	34
2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables	35

<b>Capítulo III: DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>36</b>
3.1. Diseño y tipo de estudio	36
3.2. Área de estudio y población	36
3.3. Población y muestra	37
3.4. Muestra	37
3.5. Unidad de análisis	38
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	38
3.6. Criterios éticos	39
3.7. Procedimientos, técnicas y descripción del instrumento	39
3.8. Procesamiento y análisis de datos	39
3.9. Control de calidad de datos	40
<b>Capítulo IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>41</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>62</b>
<b>SUGERENCIAS</b>	<b>63</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>67</b>



## RESUMEN

La lactancia materna (LM) es el alimento ideal durante los primeros meses de vida y muy beneficiosa durante el periodo de introducción de la alimentación complementaria. La LM fortalece el vínculo materno-filial, previene enfermedades y posee efectos beneficiosos relacionados con la maduración y debe ser instaurada en la primera hora de vida; sin embargo numerosos estudios han reportado que la cesárea retarda considerablemente la instauración de la lactancia materna. **Objetivo:** identificar los factores determinantes de la instauración de la lactancia materna en recién nacidos por cesárea. **Metodología:** El presente estudio corresponde a un diseño no experimental, de corte transversal, de tipo descriptivo y correlacional, se realizó en una muestra de 97 recién nacidos hijos de mujeres cesareadas atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, 2016. Se utilizó como instrumentos un cuestionario de recolección de datos. **Resultados:** la mayoría de madres cesareadas perteneció al grupo etáreo de 30-34 años en un 28,9%; el 43,3% de ellas tuvo como grado de instrucción secundaria; el 50,5% son casadas y el 84,5% son amas de casa. El 62,9% de recién nacidos son de sexo masculino. La instauración de la lactancia materna en mujeres cesareadas fue mayoritariamente entre las dos y cuatro horas post parto, llegando a determinar que ningún factor propuesto determina la instauración de la lactancia materna

**Palabras clave:** factores, instauración, lactancia materna, recién nacidos.

## ABSTRACT

Breastfeeding (LM) is the ideal food during the first months of life and very beneficial during the period of introduction of complementary feeding. LM strengthens the maternal-filial bond, prevents diseases and has beneficial effects related to maturation and must be established in the first hour of life; However, numerous studies have reported that cesarean delivery significantly slows the onset of breastfeeding. Objective: to identify the determinants of the establishment of breastfeeding in newborns by cesarean section. Methodology: The present study corresponds to a non-experimental, cross-sectional, descriptive and correlational design. It was performed in a sample of 97 newborns, children of cesarean women attending the José Soto Cadenillas Hospital, 2016. Instruments were used as instruments Data collection questionnaire. Results: the majority of cesarean mothers belonged to the age group 30-34 years old in 28.9%; 43.3% of them had secondary education; 50.5% are married and 84.5% are housewives. 62.9% of newborns are male. The establishment of breastfeeding in cesarean women was mostly between two and four hours postpartum, and determined that no proposed factor determines the establishment of breastfeeding.

**Key words:** factors, establishment, breastfeeding, newborns.

## INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía). Dicho procedimiento ha sido incorporado a la práctica médica obstétrica con el fin de prevenir la morbilidad materna y perinatal; sin embargo, durante los últimos años su frecuencia se ha incrementado a tal punto que actualmente se considera un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. La Organización Mundial de la Salud recomienda realizar una cesárea por indicaciones médicas en porcentajes no mayores al 15%; pero por el contrario, hoy en día la prevalencia de la misma se encuentra en la mayor parte del mundo por encima de ese rango, y además, se realizan cesáreas por petición materna (1).

García (2015) señaló que se tiene evidencia de que los infantes nacidos mediante cesárea recibe fórmula como primer alimento demorando significativamente la instauración de la lactancia materna y tanto madre como hijo pierden ese primer momento para hacer una conexión tanto psicológica como emocional. Adicionalmente, el bebé pierde ese primer instinto de succión al ser separado de su madre (2). La Organización Mundial de la Salud, indican que el contacto directo de la piel de la madre con la del niño poco después del nacimiento ayuda a iniciar la lactancia materna temprana y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia exclusivamente materna entre el primer y cuarto mes de vida, así como la duración total de la lactancia materna. Los recién nacidos a quienes se pone en contacto directo con la piel de su madre también parecen interactuar más con ellas y llorar menos; sin embargo, tras la cesárea se separa a la madre del bebé y se retrasa la primera toma (3).

Desde esta perspectiva es que surgió el interés de realizar el presente estudio llegando a determinar que el tiempo de instauración de la lactancia materna fue entre dos y cuatro horas mayoritariamente; sin embargo ningún factor en estudio fue determinante en la instauración de la lactancia materna.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I, correspondiente al problema que incluye: la definición y delimitación del problema, formulación del problema, objetivos y justificación de la investigación.

CAPÍTULO II, que comprende el marco teórico, conformado por los antecedentes, teorías sobre el tema, hipótesis y variables.

CAPÍTULO III, pertenece a este capítulo el diseño metodológico.

CAPÍTULO IV, en donde se describe el análisis y discusión de los resultados.

Finalmente se encuentran las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

***La autora.***

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15% (4). La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las madres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Sin embargo, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países. En Latinoamérica casi cuatro de cada diez partos se realizan por cesárea (38,9%), muy por encima de lo recomendado desde hace 40 años por esta organización que es entre 10% y 15%. Estados Unidos y España también acusan porcentajes altos de cesáreas: 33% y 25% respectivamente, según un informe detallado de la OMS de 2014. Brasil, con 200 millones de habitantes, tiene un promedio de 54% de partos por cesáreas. En los servicios privados, la cifra se dispara por sobre el 80%, convirtiéndolo en lugar del mundo donde más se realiza esta intervención. Altas tasas de cesáreas se registraban también en República Dominicana (44%), Colombia (43%), México (39%) y Chile (37%) (5).

Algunos autores hablan de una auténtica epidemia de cesáreas en los países desarrollados, que, como se señala en el documento de Estándares y Recomendaciones sobre la Maternidad Hospitalaria (6), se debe en muchos casos a una medicina defensiva o la programación de los partos. Y todo ello a pesar de que las cesáreas son intervenciones de cirugía mayor con una morbi-mortalidad materno-infantil muy superior a la de un parto normal.

En el Perú, las cifras de cesárea pasaron de 14,6% en 2008 a 25% en el año 2015 (7); en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el mismo año registró una tasa de cesáreas de 24,23% (8) y en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, en el año 2015 se registraron un total de 193 cesáreas.

Sin embargo, más allá de las cifras frías de su incidencia, la operación cesárea, al igual que otras intervenciones quirúrgicas mayores, tienen riesgo anestésico, de infección, hemorragia, tromboembolismo venoso, y dificulta el amamantamiento al retrasar el inicio del mismo de forma significativa y dificulta la primera toma en el posparto inmediato lo que influye en la duración posterior de la lactancia.

Además, los recién nacidos que durante las primeras dos horas no están con su madre, como en el caso de quienes nacen por cesárea, lloran mucho, es el grito de auxilio del recién nacido separado de su madre. Sólo dejan de llorar cuando ya no tienen fuerzas para seguir haciéndolo. El llanto prolongado provoca estrés y el bebé estresado cae en la desesperación. La temperatura baja para ahorrar energías, la frecuencia cardíaca se hace inestable y la respiración es irregular con apneas, de igual forma también disminuye la glicemia. En consecuencia a las 6 horas de nacer tienen el doble de cantidad de hormonas del estrés, en comparación con quienes permanecen en contacto piel a piel con su madre inmediatamente después del nacimiento (9).

En el Hospital José Soto Cadenillas, a pesar del significativo número de cesáreas, no se han realizado estudios para conocer los factores que determinan la instauración de la lactancia materna a su recién nacido, de allí la iniciativa de realizar el presente trabajo de investigación cuyo objetivo es identificar los factores que determinan la instauración de la lactancia materna en recién nacidos por cesárea.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Existen factores que son determinantes de la instauración de la lactancia materna en recién nacidos por cesárea, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, 2016?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Identificar los factores determinantes de la instauración de la lactancia materna en recién nacidos por cesárea, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, 2016.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

Identificar algunas características sociodemográficas de las madres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas.

Identificar algunas características biológicas de los recién nacidos.

Establecer el tiempo de instauración de la lactancia materna en recién nacidos por cesárea.

Identificar los factores determinantes de la instauración de la lactancia materna.

### **1.4. Justificación**

La injustificada tasa de cesáreas que se presentan tanto a nivel nacional como regional tiene repercusiones no solo ocasionando morbilidad materna, sino que también dificulta el amamantamiento al retrasar el inicio del mismo de forma significativa así como la primera toma en el posparto inmediato lo que influye en la duración posterior de la lactancia.

La lactancia precoz, es decir, la iniciada en la primera hora, cuando el niño es muy receptivo, favorece la impronta en el bebé, lo que le llena de confianza y tranquilidad, dejando una marca indeleble en su cerebro. Además ayuda a que la madre desarrolle el vínculo de reconocimiento con el pequeño desde el primer instante. De otra parte, los recién nacidos que inician una lactancia precoz tienen un índice mayor de éxito en la lactancia y mayor duración de la misma. Y sus madres tienen menos problemas de grietas y mal-posición, además la primera toma produce un pico altísimo de oxitocina que contrae fuertemente el útero previniendo hemorragias. La oxitocina tiene además un importante efecto antiestrés del que se benefician madre e hijo (9).

Todos estos beneficios que tiene la lactancia materna precoz, se ven mermados por el dolor que experimenta la madre cuando ha sido intervenida quirúrgicamente, dolor que influye negativamente en la producción de leche, por mecanismos hormonales parecidos a los del estrés así como por la disminución en el número de tomas, pero se ha llegado a determinar que las madres que tienen a sus hijos mediante cesárea tienen menores tasas de lactancia materna que aquellas que han tenido parto vaginal debido a

creencias erróneas del entorno familiar y/o prácticas inadecuadas del hospital y no tanto a la intervención en sí misma, de allí el interés de realizar el presente estudio con el objetivo de identificar los factores determinantes de la instauración de la lactancia materna en recién nacidos por cesárea.

Los resultados se constituirán en un aporte teórico al conocimiento de la lactancia materna, además permitirá buscar estrategias y establecer protocolos para incidir en los factores que retardan el tiempo de instauración, de tal manera que se instaure una lactancia precoz y que tanto la madre como el recién nacido se beneficien de todas las bondades de la lactancia desde el primer minuto del nacimiento con lo que se contará con una madre, un recién nacido y una familia feliz.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Aguayo J.et al. (España, 2011)** Refieren que el estudio de Zanardo et al. en el cual se formuló como objetivo identificar problemas para el establecimiento de la lactancia materna en recién nacidos por cesárea en edad gestacional de 38-40 semanas, demostró que el parto por cesárea, sea electiva o urgente, dificulta el amamantamiento al retrasar el inicio del mismo de forma significativa y dificultar la primera toma en el posparto inmediato en comparación con el parto vaginal. La lactancia materna exclusiva fue superior (71.5% vs. 3.5%) y esto influye en la duración posterior de la lactancia (10).

**Cuestas E; Sánchez, A. (España, 2011)** en su estudio formularon como objetivo estudiar las tasas de prevalencia de lactancia materna, definida de acuerdo con la guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en niños nacidos por cesárea (programadas y de urgencia) comparadas con niños nacidos por parto, desde el nacimiento hasta los seis meses de edad y determinaron que la prevalencia de lactancia materna exclusiva en la sala de partos fue significativamente superior después del nacimiento por parto vaginal comparado con el nacimiento por cesárea (71,5% vs 3,5%;  $p < 0,001$ ) y también hubo un intervalo de tiempo significativamente mayor entre el nacimiento y el primer amamantamiento entre los nacidos por cesárea (10,4 horas, vs, 3,1 horas;  $p < 0,05$ ). No se encontraron diferencias en las tasas de lactancia materna entre los nacidos por cesárea programada y de urgencia. El parto por vía vaginal presentó tasas de prevalencia de lactancia materna exclusiva significativamente mayores que los nacidos por cesárea programada (85,95% vs 74,5%: 1,06 a 1,30 a los siete días), llegando a la conclusión que tanto la cesárea programada como la de

urgencia están asociadas a una disminución de las tasas de lactancia materna exclusiva comparadas con el parto vaginal (11).

**Sacristán, A. et al (España, 2011)** formularon como objetivo, conocer la prevalencia del inicio de lactancia materna exclusiva en la comunidad de Castilla y León y los factores que influyen en su inicio y duración y encontraron como resultados que el 50,6% de recién nacidos fueron niñas y el 47,8% niños. El peso medio al nacimiento fue de 3201 g. Catorce niños provenían de partos gemelares. La edad media de las madres fue de 32,9 años. La edad media de las madres primíparas fue de 31,6 años. En el 53,7% de los casos, este era su primer hijo, en un 37,9% el segundo y en el 8,1% tenían dos o más hijos previos. La mayoría de las madres que ya tenían hijos refieren experiencia previa de lactancia materna (86,5%), lo que representa el 39,8% del total de las madres. El 36,4% tenía estudios superiores, un 40,2% había terminado los estudios secundarios, el 17,8% los primarios, un 5,1% no había completado los estudios primarios. El 60,3% de madres trabajaba fuera del hogar, el 17,5% fumaba de forma habitual. El 75,1% realizó cursos de preparación al parto y el 68,6% recibió educación para la lactancia materna. El 52,5% conocía los grupos de apoyo a la lactancia materna y el 68,1% había recibido la guía para padres del programa de promoción de la lactancia materna. El 70,5% había recibido apoyo en el hospital para el inicio del amamantamiento. Pese a los esfuerzos por evitar la presión comercial sobre la lactancia materna, un 50,2% de las madres que contestaban aseguraba haber recibido regalos de las casas comerciales de alimentación infantil. En cuanto al tipo de parto, el 65% fue normal, el 26% precisó cesárea y en un 8,8% fue necesario emplear instrumental por distocia. El porcentaje de madres que eligieron lactancia materna exclusiva después del parto fue del 82,7%, el 8,6% lactancia mixta y el 8,6% lactancia artificial. Entre los motivos que llevaron a las madres a elegir la lactancia materna exclusiva, el 75,7% adujo como principal motivo para la elección el considerar esta como lo mejor para el niño, el 38,1% lo consideraba más cómodo, el 31,6% destacaban el factor económico y un 43,5% lo hacía por consejo sanitario. La decisión de lactancia artificial o abandono de la lactancia materna exclusiva en un 28,9% fue a iniciativa materna, un 21,6% a causa de consejos sanitarios y un 17,3% por el entorno de la madre. Entre los motivos que las madres alegaban, el más frecuente fue la hipogalactia 29,7% seguida de la escasa ganancia de peso 20,5%. La necesidad de incorporarse al trabajo ocupó un tercer lugar, con un 11,8%, y ya mucho menos frecuentes fueron la enfermedad materna 5,1% o del niño 5,7%, la incomodidad para la madre 2,7% y motivos estéticos

en seis madres. El tipo de parto resultó significativo ( $p < 0,05$ ); los niños procedentes de un parto eutócico recibieron lactancia materna exclusiva con mayor frecuencia que los procedentes de partos distócicos o cesáreas, OR: 2,54 (IC 95%: 1,09-5,93) (12).

**Otel, S y cols. (España, 2012)**, en su estudio formularon como objetivo conocer si el contacto «piel con piel» en los nacimientos por cesáreas apoya la instauración de una favorable lactancia materna y determinaron que las variables predictoras contacto precoz, problemas en lactancias anteriores, nacionalidad, edad materna y edad gestacional son las que muestran una significación estadística ( $p < 0,05$ ) respecto a la variable resultado (13).

**Laviña A (España, 2014)** al plantearse como objetivo, conocer si en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, existe asociación entre lactancia materna y nacionalidad, prematuridad, tipo de parto, contacto precoz piel con piel, determinó que, la media de edad de las madres, fue 32,87 años, un 70,32% iniciaron lactancia en las dos primeras horas tras el parto por vía vaginal, mientras que solamente el 46,30% de madres que fueron cesareadas lo hicieron en este tiempo (14).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Cesárea**

#### **2.2.1.1. Definición**

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero. En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%. En la medida que su morbimortalidad ha disminuido sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de patología materna así como fetal. En la actualidad incluso es aceptada su realización a solicitud de la paciente; factor que ha sido relevante en el aumento de su incidencia que se reporta más adelante (15).

El origen del procedimiento, así como su nombre, no son del todo conocidos, apareciendo los primeros reportes en el siglo XV d. C. La introducción de fármacos anestésicos en el Siglo XIX, la aseptización de la piel, el cierre de la pared uterina y la aparición de antibióticos, entre otros, son los grandes avances que han logrado disminuir de manera considerable los riesgos de morbilidad y mortalidad propios de esta operación. El término “cesárea” es atribuido a distintas versiones. Julio César habría

nacido por cesárea sin embargo, la historia relata que su madre estaba viva cuando fue emperador, lo que hace esta versión improbable. Otra, proviene de una ley romana denominada “Ley Regia o Ley César”, la que obligaba a cortar el abdomen y extraer al feto de toda mujer embarazada fallecida.

Por último se argumenta que el verbo latino “caedere” -que significa cortar- simplemente se haya adaptado al nacimiento de un niño mediante un “corte” (15).

### **2.2.1.2. Indicaciones**

Las indicaciones más comunes que sugieren una operación cesárea son:

**2.2.1.2.1. Presentación podálica** Las pacientes con embarazo de término y feto único en presentación podálica, se les debe proponer operación cesárea, debido a que reduce la mortalidad perinatal y la morbilidad neonatal (16,17).

**2.2.1.2.2. Placenta previa.** Las embarazadas con placenta previa, ya sea que cubra parcial o completamente el orificio cervical interno, debe realizarse operación cesárea programada (16).

### **2.2.1.2.3. Transmisión de infecciones maternas (madre-hijo)**

a) Las mujeres portadoras de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que están embarazadas, debe proponerse operación cesárea programada a las 38 semanas de gestación, debido a que ella reduce el riesgo de transmisión de VIH de madre a hijo(a). En mujeres con terapia antirretroviral en el embarazo y carga viral menor de 1.000 copias por ml a la semana 34, se debe decidir la vía del parto en base a condición obstétrica.

b) Las embarazadas que están infectadas con virus de hepatitis C (VHC) y VIH, se les debe recomendar operación cesárea programada, debido a que ella reduce la transmisión madre-hijo tanto de VHC y VIH.

c) Las mujeres con infección primaria de virus herpes simple genital (VHS), durante el tercer trimestre de gestación, se les debe proponer operación cesárea programada, ya que reduce el riesgo de infección neonatal por VHS (16).

**2.2.1.2.4. Presentación transversa.** Considerada como presentación distócica en la cual el parto vaginal no es posible.

**2.2.1.2.5. Embarazo múltiple.** En pacientes con embarazo gemelar, en los cuales el primer feto no está en presentación cefálica, se recomienda proponer operación cesárea programada. La operación cesárea en embarazos dobles no complicados, no debería realizarse antes de las 38 semanas de gestación debido al mayor riesgo de problemas respiratorios en los recién nacidos (16).

**2.2.1.2.6. Embarazo gemelar, monoamniótico** La mortalidad de los embarazos gemelares monoamnióticos, es muy alta llegando a 20%-60%, correspondiendo 50%-62% a embarazos que se prolongan más allá de las 32 semanas. La elevada mortalidad después de las 32 semanas se asocia a patología funicular, la que genera sufrimiento fetal secundario a enroscamiento y nudos de los cordones umbilicales, restringiendo la adecuada perfusión de uno o ambos fetos. Las otras causas de mortalidad se deben a transfusión feto-fetal, restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas. La vía del parto recomendado, en esta situación específica, es la cesárea a las 32 semanas (16).

**2.2.1.2.7. Cesárea iterativa** (Paciente con antecedente de dos o más cesáreas). Se recomienda realizar operación cesárea programada, para evitar el riesgo de rotura uterina (16,17).

**2.2.1.2.8. Desprendimiento prematuro de placenta normo- inserta.** Evento obstétrico de gravedad extrema que ocasiona hipoxia y muerte fetal, complicaciones maternas que pueden conducir a útero de Couvelaire y alteraciones de la coagulación sanguínea. La operación cesárea tan pronto se realice el diagnóstico, disminuye la probabilidad de ocurrencia de estas complicaciones (16).

**2.2.1.2.9. Procidencia de cordón.** Evento obstétrico que ocasiona hipoxia fetal, debiendo realizar operación cesárea con el fin de evitar o disminuir las complicaciones fetales (16).

**2.2.1.2.10. Sufrimiento fetal agudo (SFA),** con condiciones obstétricas desfavorables para parto vaginal. El SFA, detectado habitualmente por alteraciones en la monitorización electrónica fetal, en pacientes con condiciones obstétricas desfavorables (dilatación cervical incompleta, grado de encajamiento de la presentación, insuficiente), condicionan fuertemente esta indicación. (\*Fuerte racionalidad teórica) (16,17).

**2.2.1.2.11. Falta de progreso en el trabajo de parto durante su fase activa.** (Dilatación estacionaria) La falla en la progresión del trabajo de parto, durante su fase activa, evidenciada por dilatación cervical estacionaria, mediante la evaluación clínica, debidamente consignada en el partograma y en la evolución médica, constituye una recomendación importante para la indicación de la operación cesárea (16).

**2.2.1.2.12. Antecedente de cirugía vaginal previa.** La paciente con antecedente de plastia vaginal, debe recomendársele operación cesárea con el fin de evitar daño anatómico de los tejidos previamente reparados quirúrgicamente (16).

**2.2.1.2.13.** Existen otras indicaciones de operación cesárea que deben realizarse de acuerdo al contexto obstétrico-perinatal, de cada una en particular y no constituyen parte de este protocolo: Pre-eclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, diabetes pregestacional. corioamnionitis, infección ovular, malformaciones fetales, oligohidroamnios marcado, meconio espeso anteparto, macrosomía fetal (16).

### **2.2.1.3. Técnica de operación cesárea**

Paciente en posición supina con ligera lateralización uterina hacia la izquierda hecho que permite mejor retorno venoso. Esto se logra por desplazamiento uterino por compresión manual lateral o uso de cuña en región lumbar derecha que habitualmente se retira al inicio de la cirugía.

#### **2.2.1.3.1. Incisiones transversas.**

**2.2.1.3.1.1. La incisión de Pfannenstiel** verdadera original se describe como una incisión transversal algo curva (con la concavidad hacia arriba) y puede emplearse a cualquier altura que resulta adecuada para el cirujano. Suele medir entre 10 y 15 cm de longitud y se extiende a través de la piel y el tejido adiposo subcutáneo hasta la altura de la aponeurosis del recto.

Esta última se incide en sentido transversal a cada lado de la línea alba, que se corta por separado, uniendo las dos incisiones laterales pero dejando la aponeurosis del recto indemne en la línea media. Para separar la vaina de los rectos de los músculos subyacentes, se introducen los dedos a cada lado del borde seccionado de la vaina y se tira de la aponeurosis en direcciones opuestas con una mano hacia la cabeza y la otra hacia los pies.

Esta maniobra libera la aponeurosis de la superficie anterior del músculo recto tanto como se desee entre la sínfisis y el ombligo. Luego se separan los músculos rectos en la línea media y se abre el peritoneo en sentido vertical. Con esta maniobra se seccionan los nervios perforantes y los pequeños vasos sanguíneos que ingresan en la aponeurosis desde los músculos subyacentes y nutren la aponeurosis, aunque tal vez esto provoque el debilitamiento de la incisión (18).

Si la incisión de Pfannenstiel se extiende hacia afuera más allá del borde de los músculos rectos y dentro de la masa muscular de los oblicuos externo e interno, puede ocurrir la lesión de los nervios iliohipogástrico o ilioinguinal, con la consecuente formación de un neuroma. Asimismo, el cierre de esta incisión aponeurótica amplia puede atrapar estos nervios en la sutura del cierre o en el tejido cicatrizal periférico. La aponeurosis puede cerrarse con una técnica continua en las pacientes con heridas limpias o limpias contaminadas. Se puede emplear ácido poliglicólico, Poliglactina 910 o uno de los materiales de sutura de reabsorción tardía (18).

#### **2.2.1.3.1.2. Incisión Kustner**

Se conoce en forma incorrecta como Pfannenstiel modificada. Consiste en una incisión cutánea transversal ligeramente curvada comienza debajo del nivel de la espina iliaca anterosuperior y se extiende justo debajo de la línea del vello pubiano, atravesando la grasa subcutánea, hasta la aponeurosis del músculo oblicuo externo y la hoja anterior de la vaina del recto, de la misma manera que en todas las demás incisiones transversales.

Las ramas superficiales de la arteria y la vena epigástricas inferiores pueden aparecer en la grasa subcutánea en el borde externo de la incisión. Cuando aparecen, pueden ligarse o coagularse con electrobisturí Bovie. Se disecciona la aponeurosis hacia arriba y hacia abajo hasta exponer un área suficiente de la región umbilical hasta la sínfisis que permita efectuar una incisión vertical adecuada en la línea alba. No es necesaria una separación excesiva entre la grasa y la aponeurosis en los bordes laterales de la incisión y esto puede crear sitios que alberguen hematomas pequeños. La separación de los músculos rectos y el abordaje del peritoneo se llevan a cabo de la misma manera que en la incisión mediana común.

Debido a la importancia de llevar a cabo una hemostasia adecuada en la grasa subcutánea de los colgajos cutáneos, ésta incisión tarda más tiempo que la incisión

mediana infraumbilical o que Pfannenstiel, ofrece escasa o nula ventaja y su capacidad de ampliación es muy limitada (18).

#### **2.2.1.3.1.3. Incisión Maylard**

Es una verdadera incisión transversal con sección de los músculos, en la cual se inciden todos los planos de la pared abdominal inferior en sentido transversal. Ernest Maylard describió esta incisión por primera vez en 1907. Ofrece una excelente exposición de la pelvis y la emplean muchos cirujanos para la cirugía pélvica radical, como la histerectomía radical con linfadenectomía y exenteración pelviana. Aunque las pacientes jóvenes con masas anexiales sospechosas de malignidad pueden ser candidatas a ésta incisión estética.

La incisión de Maylard-Bardenheuer ha sido modificada en varios aspectos desde su descripción original. Antes de efectuar la incisión cutánea se deben trazar tres a cuatro marcas perpendiculares con un marcador estéril sobre la línea donde se va a incidir. Se efectúa a una distancia de entre 3 y 8 cm por encima de la sínfisis. La aponeurosis es incidida en sentido transversal y no es desensartada del músculo subyacente.

Después de la incisión aponeurótica transversal, se identifican los vasos epigástricos inferiores por fuera de los bordes de los músculos rectos y sobre la cara posteroexterna de cada músculo (18).

Los vasos se separan de sus inserciones mediante disección digital delicada y se ligan antes de incidir los músculos rectos, para evitar el desgarramiento de los vasos, su retracción y la formación de hematomas. Los dedos del cirujano separan el músculo recto del peritoneo que está por detrás y los músculos son seccionados entre los dedos con electrobisturí.

Para lograr una mayor aproximación de los músculos durante el cierre, se prefiere suturar el músculo subyacente a la aponeurosis que lo cubre al abordar el peritoneo y para esto se emplea un punto en "U" con material de reabsorción tardía 2/0, con los nudos en la cara anterior de la aponeurosis.

El cierre de la aponeurosis es similar a la técnica continua de las otras incisiones transversales. Los músculos no necesitan ser aproximados con puntos separados, aunque algunos cirujanos prefieren cerrar el peritoneo parietal con una sutura continua



de ácido poliglicólico. Se indica la colocación de un drenaje subaponeurótico si no se confirma hemostasia.

Se debe tener cuidado cuando se efectúa una incisión de Maylard en pacientes con alteraciones de la circulación en la pierna debido a la obstrucción de las arterias ilíacas comunes o de la aorta terminal. En ésta situación el flujo sanguíneo proveniente de la arteria epigástrica inferior puede aportar la circulación colateral para la extremidad inferior. La ligadura de ésta arteria podría desencadenar una isquemia de la extremidad inferior y una verdadera emergencia quirúrgica vascular (18).

#### **2.2.1.3.1.4. Incisión Joel-Cohen**

Descrita en 1977 por Joel-Cohen. Se realiza 3 cm por encima de la sínfisis del pubis y se realiza disección roma de la pared.

Incisión recta.

El tejido subcutáneo y la vaina de los rectos anteriores se abren unos pocos centímetros solamente en la línea media.

Los músculos rectos se separan mediante tracción con el dedo.

Stark utilizó esta incisión para el parto por cesárea, junto con un cierre en un solo plano del útero exteriorizado y sin cerrar el peritoneo.

Stark y Col en 1995, en el Hospital de Misgav-Ladach, Jerusalén describieron esta técnica de cesárea: incisión de Joel-Cohen y no cierre de peritoneo.

#### ***Ventajas***

Menos tiempo quirúrgico.

Menos uso de material de sutura

Menos pérdida de sangre intraoperatoria

Menos dolor posoperatorio

Menos infección de la herida

La incisión de Joel-Cohen se asoció con algunos beneficios inmediatos para la mujer a la que se le realizó cesárea, en comparación con la incisión de Pfannenstiel.

La morbilidad posoperatoria fue menor después de esta incisión, como indican la fiebre, el dolor posoperatorio y la necesidad de analgésicos.

Aunque las mediciones fueron subjetivas, se informó que la estimación de la pérdida de sangre intraoperatoria fue menor con la incisión de Joel-Cohen, en comparación con la incisión de Pfannenstiel y las incisiones verticales. Es probable que la significación clínica de la diferencia informada (menos de 100 ml) en la estimación de la pérdida de sangre sea menos importante en las mujeres sin anemia, pero pudiera tener mayor importancia en las mujeres con anemia.

El parto por cesárea mediante la incisión de Joel-Cohen tomó menos tiempo que el parto por cesárea mediante la incisión de Pfannenstiel. El tiempo desde la incisión en la piel hasta el nacimiento del recién nacido y la duración de la cirugía fueron más cortos. Sin embargo, no está claro si la diferencia en el tiempo hasta el nacimiento es de importancia clínica. No obstante, el menor tiempo quirúrgico puede ser significativo en situaciones donde escaseen los servicios quirúrgicos y la disponibilidad de personal.

Finalmente, las mujeres a las que se les realiza la incisión de Joel-Cohen tuvieron períodos más cortos de hospitalización, en comparación con aquellas a las que se les practicó la incisión de Pfannenstiel (18).

#### **2.2.1.2. Riesgos potenciales de la cesárea**

La operación cesárea, al igual que otras intervenciones quirúrgicas mayores, tienen riesgo anestésico, de infección, hemorragia, tromboembolismo venoso.

Específicamente en lo concerniente a operación cesárea se agregan otros riesgos potenciales como:

- Lesión vesical (1 mujer cada 1.000)
- Lesión de uréter (3 mujeres cada 10.000).
- Lesiones fetales (1-2 recién nacidos cada 100).
- Mayor riesgo de rotura uterina en embarazos y partos siguientes. (2 a 7 mujeres cada 1.000).
- Mayor riesgo de mortinato (1 a 4 mujeres por cada 1.000).

- Mayor riesgo en embarazos sucesivos de placenta previa y acretismo placentario (4 a 8 mujeres cada 1.000) (16).

## **2.2.2. Lactancia materna**

### **2.2.2.1. Definición**

Es el proceso de alimentación del niño o niña con la leche que produce su madre, siendo éste el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macro y micro nutrientes. Es la forma más idónea de alimentación (19).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la leche materna constituye el alimento universal indicado hasta los seis meses de edad para los niños y niñas, y acompañado de otros alimentos hasta los dos años, puesto que cubre los requerimientos calóricos en estas edades (19).

La lactancia materna establece sólidos lazos afectivos entre la madre y su hijo o hija, protege al niño o niña contra enfermedades infecciosas como diarreas, cólicos, gripes y favorece su desarrollo biológico y mental.

Su conocimiento es trascendental para así poder valorar adecuadamente sus enormes ventajas. Es un elemento de composición cambiante, con variabilidad según las razas, individuos, alimentación del día, época de la lactancia, horas del día y momento de la tetada.

### **2.2.2.2. Fases de producción**

Las fases de producción de leche son tres: calostro, leche de transición y leche madura.

1.- Calostro: es la secreción mamaria desde el nacimiento hasta el 5<sup>o</sup>-6<sup>o</sup> día, cuya función es favorecer el crecimiento rápido y proteger el aparato digestivo, pues posee alta concentración de proteínas (especialmente Ig A y lactoferrina) y menor cantidad de grasas totales (aunque mayores de colesterol) si se compara con la leche madura.

2.- Leche de transición: presente entre el 6<sup>o</sup>-15<sup>o</sup> día; posee menor concentración de inmunoglobulinas y mayor de lactosa, lípidos y vitaminas liposolubles.

3.- Leche madura: presente desde el 15<sup>o</sup> día hasta el momento del destete (20).

### **2.2.2.3. Volumen de la secreción láctea**

La cantidad extraída por el lactante sano es aproximadamente de 500 cc/día al final de la 1ª semana postparto, de 800 cc al final de la 2ª-3ª semana y, posteriormente, se puede llegar hasta los 1,5-2 litros/día a partir de la 4ª semana postparto.

Es normal una diferencia del 25% entre el volumen lácteo producido entre ambos pechos; existe una gran relación entre dicho volumen y la estimulación mamaria en intensidad y frecuencia durante el embarazo y tras el parto, pero no se observa dicha asociación con el volumen mamario; durante los cuatro primeros minutos de succión de cada pecho se extrae el 90% del volumen del primero de ellos y el 80% del segundo (20).

### **2.2.2.4. Caracteres físicos:**

El pH de la leche de mujer es neutro, la densidad es 1031-1035, la coloración es blanquecina (el calostro es más amarillo y alcalino) y sus moléculas hidrófobas (caseína y colesterol) están rodeadas por otras hidrófilas (lactoalbúmina, lactoglobulina y fosfatos). El aporte energético es de 647 Kcal/ml de leche madura (620 Kcal/ml si fuese calostro). La composición consiste en agua, proteínas, carbohidratos, lípidos y oligoelementos, con un porcentaje de cada componente variable según la fase de la lactancia:

**2.2.2.4.1. Agua:** supone el 87% del volumen lácteo total

**2.2.2.4.2. Proteínas:** su concentración es escasa (0,9-1 g/100 ml), lo cual se corresponde con la baja tasa de crecimiento del lactante humano respecto a la de otros mamíferos; aportan menos del 7% de la energía total y están más concentradas en el calostro.

Existen dos fracciones:

a) Caseína (da el color blanco a la leche; la relación albúmina/caseína –80% / 20%– hace que la leche humana sea más digerible que la vacuna);

b) Proteínas séricas (predominan en cantidad respecto a las demás, y son: alfa-lactoalbúmina, beta-lactoglobulina, seroalbúmina, inmunoglobulinas (A, G, M) (14) y otras tales como lactoferrina, transferrina, lactoperoxidasa, proteína fijadora de vitamina B12, factor bifidus, hormonas y aminoácidos libres (cisteína, metionina, triptófano y fenilalanina); la beta-lactoglobulina es casi inexistente -al contrario que en la leche de vaca- y es muy alergénica.

**2.2.2.4.3. Grasas:** son importantes por su aporte energético (50% de las calorías totales) y por su contribución en el desarrollo del SNC; su concentración es 4- 4,5 g/100ml; el 98% son triglicéridos; existe abundancia de ácidos grasos de cadena larga y ausencia de los de cadena corta (éstos son irritantes y alergénicos) y gran riqueza en ácidos grasos esenciales (linoleico, linolénico y araquidónico de gran importancia en el crecimiento) y colesterol (no sintetizado por el lactante). La segunda mitad de la tetada es más rica en grasa.

**2.2.2.4.4. Carbohidratos:** suponen el 40-50% de las calorías; y su concentración es de 6-7 g/100 ml; el glúcido predominante y casi único es la lactosa (galactosa + fructosa), la cual, junto al déficit de lactasa intestinal, favorece la absorción de calcio y el crecimiento de lactobacillus bifidus que impiden el desarrollo de flora patógena. Otros glúcidos son glucosa, lactulosa, D-glucosamina, etc.

**2.2.2.4.5. Electrolitos y minerales:** sodio, potasio, calcio, fósforo, hierro y zinc. Su concentración es cuatro veces menor que en la leche bovina, por lo que la carga osmolar renal (sodio-dependiente) es escasa. El déficit en flúor en la leche materna motiva que éste deba suplementarse al lactante en la cantidad de 0,1-0,5 mg/día durante los primeros cinco meses y de 0,2-1,0 mg/día durante el segundo semestre.

**2.2.2.4.6. Vitaminas:** todas las vitaminas de la leche materna pasan al lactante. La vitamina D3 se encuentra en menor concentración en la leche de mujer que en la leche bovina y, por el contrario, la forma "Vitamina D sulfato" es seis veces más abundante en aquella que en ésta; por todo ello, a todos los lactantes se les deben suplementar 400 UI de vitamina D3 vía oral durante el primer año de vida. La vitamina K se halla también en escasa concentración en la leche materna y persiste así hasta que el lactante no llegue a disponer de una adecuada colonización bacteriana intestinal que la sintetice suficientemente; por todo ello, es necesario administrarla al recién nacido en una dosis única de 0,5-1 mg.

**2.2.2.4.7. Enzimas:** destacan las que digieren la leche: lipasas (la lipoproteinlipasa y la lipasa estimulada por sales biliares), amilasas y proteasas.

**2.2.2.4.8. Hormonas:** a) esteroideas: glucocorticoides, estrógenos, progestágenos; b) proteínas: eritropoyetina, gonadotropinas, factores liberadores hipotalámicos; c) hormonas tiroideas (20,21).

### **2.2.2.5. Fisiología de la lactancia**

**2.2.2.5.1. Mamogénesis o desarrollo de la glándula mamaria,** crecimiento mamario iniciado en la etapa embrionaria, continuada en la pubertad con el establecimiento del eje hipófisis-ovario-útero y culminado con el acelerado crecimiento en la etapa proliferativa durante el embarazo.

- **Etapa puberal y adolescencia**

En la niña, entre los 10 y 12 años de edad, se inicia el funcionamiento del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovario. Los folículos ováricos inician la secreción de estrógenos, que sumados a la acción de la hormona de crecimiento y de la insulina, determinan el inicio del crecimiento y maduración de la glándula mamaria. Al comenzar los ciclos ovulatorios, se inicia la producción cíclica de progesterona, que sumándose a los estrógenos, determina un nuevo crecimiento de la glándula, con formación de los primeros alvéolos.

La acción continua de los estrógenos y de la progesterona determina el tamaño, firmeza, forma, pigmentación y estructura lobulillo-alveolar característica de la mama adolescente.

El tejido adiposo de la mama parece tener un importante rol en el desarrollo del tejido glandular, actuando como reservorio de estrógenos. En cultivos de tejido glandular, la presencia de tejido adiposo estimula el crecimiento de la célula mamaria.

- **Etapa gestacional.** Junto con iniciarse el embarazo, la glándula mamaria se prepara para cumplir su función primordial, la secreción de leche.

El período inicial del embarazo se caracteriza por una gran proliferación de los elementos epiteliales y del sistema de conductos, por una gran actividad mitótica en los acinos y por la formación de nuevos acinos.

Entre la 5ª y la 8ª semana de gestación se aprecian cambios visibles en las mamas: aumentan notablemente de tamaño, se sienten más pesadas, la pigmentación de la areola y el pezón se intensifica, las venas superficiales se dilatan. En algunas mujeres, sin embargo, al progresar el desarrollo glandular, los depósitos de grasa localizados en las mamas se movilizan. En ese caso puede que no se aprecien estos cambios de volumen, lo que no significa que más adelante su producción de leche será insuficiente.

Al final del primer trimestre aumenta el flujo sanguíneo por dilatación de los vasos sanguíneos y neoformación de capilares alrededor de los lobulillos. El crecimiento de la mama continúa durante toda la gestación.

Después de las 20 semanas de gestación, cesa la proliferación del epitelio alveolar y las células inician su actividad secretora, la que irá aumentando hasta el término del embarazo. En esta etapa los alvéolos están formados por una sola capa de células epiteliales cuboideas o cilíndricas bajas. Las células mioepiteliales que rodean al alvéolo se alargan y adelgazan, formando una verdadera red alrededor de cada acino.

En la segunda mitad de la gestación se observa también una infiltración leucocitaria del tejido conectivo perialveolar y pericanalicular. Hacia el término de la gestación, los alvéolos muestran en su interior una sustancia compuesta por células epiteliales descamadas y leucocitos (pre-calostro).

Al término del embarazo, el volumen de cada mama crece alrededor de 225 ml debido al intenso desarrollo de los tejidos glandulares, al doble del flujo sanguíneo, a un mayor depósito de grasa y al pre-calostro.

El estroma de soporte ha disminuido notablemente y sólo quedan delgados tabiques de tejido conectivo que separan los lóbulos glandulares muy desarrollados, que como se ha dicho, contienen pre-calostro en su interior.

Hasta el momento del parto, la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por antagonismo de los esteroides placentarios, particularmente la progesterona. Esta inhibición es tan poderosa que aún pequeños restos placentarios retenidos pueden demorar el proceso de lactogénesis en el postparto.

La preparación de la glándula mamaria para la producción de leche es tan eficiente que aún si el embarazo fuera interrumpido a las 16 semanas, se inicia la lactogénesis (22).

### **Cambios en el pezón y la areola.**

Durante el embarazo se producen cambios notorios en la areola y el pezón. El diámetro de la areola aumenta al igual que se intensifica su pigmentación. La coloración oscura de la areola ayuda a que el recién nacido pueda visualizarla con facilidad además el plexo vascular subareolar de Haller confiere a esta región una mayor temperatura de superficie comparado con el pezón y el resto del pecho. Esta característica térmica puede regular la evaporación local de olores, por ende aumentando la eficacia del estímulo. Es interesante conocer que la característica térmica de la areola puede ser gatillada por el llanto del lactante, resultando en óptimas condiciones para liberación de olor cuando al niño se le ofrece el pecho.

Las glándulas de Montgomery adquieren mayor prominencia y producen secreción sebácea con propiedades antibacterianas, lubricantes y odoríferas. Hay cambios en el tamaño, forma y textura de los pezones. El notorio cambio de sensibilidad y protractibilidad en los pezones es uno de los primeros signos de embarazo en muchas mujeres.

Los cambios en el pezón son importantes para que el niño pueda succionar eficientemente. Cuanto más protractil es el pezón, más favorece la succión del niño. La movilidad del tejido mamario que está en la zona areolar detrás del pezón, determina su capacidad de estiramiento por la succión del niño y la posibilidad de extraer eficientemente la leche.

La inversión del pezón que incluye la tracción del tejido mamario, es rara; no se debe confundir con el pezón que se aplana con el crecimiento gestacional de la mama (22).

- **Etapa post gestacional.** Después del parto, al eliminarse la placenta, baja bruscamente el nivel de progesterona en la sangre de la madre y se suprime la acción inhibidora que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche. Las mamas se llenan de calostro durante las primeras 30 horas después del nacimiento. Si el niño no mama con frecuencia durante el primer y segundo día, se puede apreciar ingurgitación, aumento de volumen y mayor sensibilidad de la mama.



El flujo sanguíneo de las mamas, ya aumentado en las últimas semanas del embarazo, se intensifica aún más después del parto.

Entre las 30 y 40 horas postparto hay un rápido cambio en la composición de la leche debido al aumento en la síntesis de la lactosa. Esto produce un aumento del volumen de la leche debido a que la lactosa es el componente osmótico más activo de ella.

El aumento de volumen de la leche se produce antes que la madre perciba la sensación de plenitud o agrandamiento de las mamas y otros signos que se describen como "golpe o bajada de leche". Las madres que alimentan a sus hijos con libre demanda e inmediatamente después del parto, observan que producen un mayor volumen de leche a las 24-48 horas después del parto y no experimentan congestión.

Se cree que el evento descrito como "golpe de leche" marca el cambio del control endocrino de la galactogénesis al control autocrino, en el que la producción de leche no depende del nivel de hormonas maternas, sino de la eficiente succión y remoción de ésta por parte del niño.

Después del parto se aprecian cambios internos en la estructura de las células epiteliales de los alvéolos y conductos: las células secretoras de los acinos han aumentado de tamaño; los espacios intercelulares, hasta ahora abiertos, comienzan a cerrarse; el alvéolo se distiende por la secreción de calostro o de leche, las células epiteliales pierden su forma cilíndrica o cuboide y se aplanan.

Los cambios descritos son necesarios para iniciar en el alvéolo las nuevas funciones de síntesis, almacenamiento y liberación de los constituyentes de la leche. No todos los acinos en el interior de un lobulillo producen una secreción máxima de leche al mismo tiempo. Este asincronismo de la función secretora permite una producción constante de leche.

Si la glándula no es vaciada oportunamente, el exceso de presión puede producir alteraciones necróticas del epitelio alveolar, daño tisular que disminuye el potencial de producción de leche de la madre en lactancia (22).

**2.2.2.5.2. Galactogénesis o producción celular de la leche.** Es el proceso mediante el cual las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria sintetizan los constituyentes de la leche y los entregan al lumen alveolar. Neville (1989) sostiene que en la lactogénesis se deben considerar 3 etapas:

- **Etapa I:** Iniciación de la capacidad secretora glandular en el período gestacional y postparto inmediato (calostro). La preparación de la glándula para la producción de la leche se inicia en el período gestacional. En los 3 primeros meses de embarazo aumenta la formación de conductos debido a la influencia de los estrógenos. Después de los 3 meses, el desarrollo de los alvéolos sobrepasa a la formación de los conductos, el aumento de la prolactina estimula la actividad glandular y los alvéolos se llenan parcialmente con precalostro. En esta etapa la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por la acción de los esteroides placentarios.
- **Etapa II:** Iniciación de lactancia propiamente dicha, con producción de leche, entre los 2 a 15 días postparto, depende de tres factores: del desarrollo adecuado de las mamas durante el embarazo (mamogénesis gestacional), de la mantención en el plasma sanguíneo de adecuados niveles de prolactina y de la caída de los esferoides sexuales.

El efecto inhibitorio de los estrógenos sobre la lactogénesis no está del todo aclarado, pero se sabe que disminuyen la cantidad de prolactina incorporada a las células del alvéolo mamario e inhibe el aumento de receptores de prolactina que normalmente ocurre durante la lactancia.

El efecto inhibitorio de la progesterona es más conocido. Se sabe claramente que inhibe la síntesis de la lactoalbúmina (inducida por la prolactina) y por lo tanto la síntesis y secreción de la lactosa.

Durante la lactancia, los receptores para progesterona desaparecen de la glándula mamaria, lo que explica por qué la progesterona no tiene un efecto supresor de la lactancia una vez que el proceso está establecido.

En el 3er trimestre del embarazo los niveles plasmáticos de prolactina están muy elevados, alcanzando al término de la gestación niveles de 150-200 ug/ml, pero su acción lactogénica permanece bloqueada hasta el momento del alumbramiento (eliminación de la placenta) en que los esteroides placentarios descienden bruscamente.

Los niveles plasmáticos basales de la prolactina también descienden después del parto, pero se mantienen significativamente más elevados en la mujer que amamanta que en la mujer no puerpera (22).

La secreción de prolactina es normalmente inhibida por acción del hipotálamo mediante el PIF (factor inhibidor de prolactina) que se identifica con la dopamina. La cantidad de dopamina que alcanza a las células lactótopas de la hipófisis anterior, determina la cantidad de prolactina secretada por ellas. Las drogas que impiden la síntesis de la dopamina o bloquean su acción (reserpina, fenotiazinas, metoclorpramida, sulpiride) producen hiperprolactinemia.

La infusión de dopamina o la administración de dopaminérgicos, como la bromocriptina, reducen los niveles plasmáticos de prolactina e inhiben la secreción láctea.

Se ha descrito otro factor liberador hipotalámico PRF (Prolactin Releasing Factor), identificado y sintetizado como TRH (Thirotropin Releasing Hormone), el cual, junto con ser un factor liberador de tirotropina, es un importante liberador de prolactina por estimulación de las células lactótopas de la hipófisis anterior.

- **Galactopoyesis o etapa III.** Es el proceso que mantiene la producción de la leche una vez establecida la lactancia. Esta etapa de la lactogénesis depende tanto del ambiente hormonal del plasma materno (oxitocina y prolactina) como de la remoción de la secreción láctea de la mama. La prolactina es la hormona galactopoyética más importante en la iniciación de la producción alveolar de la leche.

Dos son las influencias conocidas de la prolactina en la producción celular de la leche:

- ✓ Induce al ARN mensajero de transferencia para la síntesis de la proteína de la leche
- ✓ Actúa sobre la lactoalbúmina para la síntesis de la lactosa.

El efecto lactógeno de la prolactina es apoyado por otras hormonas: insulina, cortisol, hormonas tiroideas, paratiroides y hormonas de crecimiento, sin necesitar que sus niveles sean mayores que en la mujer no embarazada. A diferencia de su rol en la iniciación de la lactancia, aún se debate científicamente el rol de la prolactina en la mantención de la lactancia.

El nivel de prolactina plasmática en la embarazada es de 10 ug/ml; su concentración aumenta gradualmente con el embarazo, pero disminuye abruptamente después del parto. A las 4 semanas post-parto vuelve a subir aproximadamente a 20-30 ug/ml en las mujeres que amamantan, pero en las mujeres que no amamantan este nivel regresa a 10 ug/ml en el período de 1 a 2 semanas (22).

Los niveles séricos de prolactina suficientes para mantener la producción de leche varían ampliamente entre las mujeres que amamantan. Algunas mujeres amamantan exitosamente con niveles plasmáticos de prolactina equivalentes a los de las mujeres que no amamantan.

En la lactancia temprana, la succión de los pechos induce a un alza hasta alrededor de 10 veces los niveles iniciales después de 20 a 30 minutos de succión. El nivel plasmático de prolactina se eleva como respuesta a la succión del pezón durante el amamantamiento. Algunos investigadores han informado que este estímulo pareciera ser mayor después de mediodía que en la mañana, sin embargo otros investigadores demuestran resultados diferentes.

Para que se mantengan niveles elevados de prolactina, se recomienda amamantar por lo menos 6 veces en el día y al menos 1 vez durante la noche. La introducción de alimentación complementaria significa una disminución de la frecuencia y duración de las mamadas y por lo tanto del nivel de prolactinemia (22).

### **Reflejos y condiciones de la madre que favorecen la lactancia.**

Durante la lactancia hay mecanismos neurohormonales reflejos que aseguran una producción eficiente y oportuna de leche para alimentar al niño según éste lo demande.

**Reflejo liberador de prolactina.** El reflejo liberador de prolactina es controlado por las neuronas dopaminérgicas del hipotálamo que entregan dopamina a la hipófisis anterior y frenan la secreción de prolactina.

El estímulo del pezón-areola inhibe la secreción de dopamina y por lo tanto permite la liberación de prolactina por la hipófisis anterior. La prolactina liberada alcanza a las células del alvéolo mamario, estimulando la secreción de la leche.

Aproximadamente 30 minutos de amamantamiento determinan un aumento de los niveles plasmáticos por 3 a 4 horas, con un peak entre los 20 a 40 minutos de iniciada la secreción.

El amamantamiento frecuente es necesario para mantener la liberación refleja de prolactina. Esto explica el descenso de la prolactinemia a medida que el niño crece y mama con menos frecuencia (22).

### **Reflejo eyectolácteo, de evacuación de la leche o de oxitocina.**

La leche que se encuentra en los alvéolos mamarios no fluye espontáneamente hacia los conductos y por lo tanto no se encuentra disponible para el niño. Para que la leche fluya desde los alvéolos es necesario que éstos sean exprimidos por las fibras mioepiteliales que los rodean. La contracción de estas fibras es producida por la oxitocina, liberada por la hipófisis posterior. La fuerza de contracción puede ser inicialmente muy fuerte y dolorosa en algunas mujeres, llegando a eyectar la leche a varios centímetros de la mama. Este reflejo es simultáneo en ambas mamas, por eso es frecuente que una mama gotee mientras el niño chupa del otro pecho.

La liberación de oxitocina aumenta la presión intramamaria y se detecta un mayor flujo sanguíneo. Las mujeres experimentan la eyección de la leche como una sensación de calor y cosquilleo en las mamas o como una sensación de presión.

La ausencia de senos lactíferos enfatiza en la importancia crítica de la eyección láctea para una lactancia exitosa, porque solo pequeñas cantidades de leche están disponibles antes de la estimulación de la eyección láctea.

Las fibras mioepiteliales del útero y de la mama tienen receptores específicos para la oxitocina, que aumentan durante el tercer trimestre del embarazo y en los 5 días que siguen al parto.

Las contracciones del útero (entuerzos) pueden llegar a ser extremadamente dolorosas en algunas mujeres, especialmente las multigrávidas y en casos severos pueden necesitar aliviar el dolor para que no teman al amamantamiento.

La oxitocina es la hormona galactopoyética más importante y es indispensable para el vaciamiento de la leche durante el amamantamiento.

El reflejo de vaciamiento de la leche no sólo responde a los estímulos táctiles y mecánicos del pezón-areola, sino que también puede ser desencadenado por estímulos visuales, auditivos u olfatorios, especialmente en los primeros días de lactancia, pudiendo llegar a ser un reflejo condicionado.

La producción de prolactina está más determinada por la fuerza, la frecuencia y la duración del estímulo de succión. La producción de oxitocina en cambio está más influenciada por la actividad de los centros nerviosos superiores (sentimientos, emociones, pensamientos, percepciones subjetivas).

En algunas mujeres la cercanía física o el pensar en el niño pueden desencadenar la contracción de las células mioepiteliales. Esto puede ocurrir en las madres hasta años después que haya cesado la lactancia, aun cuando no haya producción de leche.

Los estímulos físicos o psicológicos repentinos, por efecto de la adrenalina, pueden inhibir temporalmente el reflejo de contracción de la oxitocina. Sin embargo, no se ha demostrado que el estrés leve o crónico afecte el reflejo de vaciamiento; sólo puede demorarlo ligeramente. Se ha observado que el período de latencia promedio entre el inicio de la succión y la eyección de la leche es de más o menos 58 segundos, con importantes variaciones individuales.

La inhibición temporal o la simple demora en el vaciamiento de la leche son relativamente comunes. Desafortunadamente los mensajes negativos que reciben las mujeres acerca de su capacidad de amamantar hacen que esta situación sea frecuentemente mal interpretada como un signo de "insuficiencia de leche". La introducción de alimentos suplementarios no hace más que contribuir a hacerla real.

El hecho de que algunas mujeres no liberen la leche aun cuando las mamas están visiblemente llenas, tendría una explicación física y no psicológica. La extrema presión resultante al estar las mamas excedidas de leche, impide que la oxitocina contraiga las células mioepiteliales. El calor, el bombeo o la expresión manual disminuyen la presión permitiendo que opere el reflejo de eyección.

Tanto la oxitocina como la prolactina afectan el ánimo y el estado físico de la madre. Se ha demostrado que la oxitocina es esencial para la conducta materna apropiada de varias especies.

Investigaciones sobre la ocitocina indica que es una hormona inductora del sentimiento de "vínculo", con importante efecto en la relación entre ambos padres y entre la madre y su hijo, de manera que si se amamanta al niño, se favorece este aspecto tan importante para el equilibrio afectivo-emocional del binomio madre-hijo y de la familia en general (22).

### **Reflejo de erección y protrusión del pezón y reflejo de ingurgitación areolar.**

Permite la erección de los pezones cuando éstos se estimulan a la hora de amamantar, facilitando así su aprehensión por la boca del niño. La capacidad de protracción o protrusión del pezón permite que éste pueda ser alargado para llegar al fondo de la boca y adaptar su forma para acomodarse a las presiones de la lengua contra el paladar cuando el niño succiona. Los conductos debajo de la zona areolar, se ingurgitan y facilitan la iniciación la mamada.

De acuerdo con las últimas investigaciones que describen la ausencia de seno lactífero o reservas de leche, se debe reconsiderar el mecanismo por el cual el niño remueve leche del pecho. Generalmente, se cree que la acción predominante involucrada en la remoción de leche del pecho es la perístalsis. Hemos observado que la leche fluye dentro de la boca del lactante cuando su lengua baja y aplica vacío al pecho. Esto sugiere que el vacío aplicado por el lactante es el principal componente de la remoción de leche. Es evidente que el correcto posicionamiento y acople del niño al pecho es importante para una lactancia exitosa (22).

### **Control interno de la secreción láctea en el alvéolo.**

La velocidad de producción de leche no depende solamente de los niveles de prolactina, sino que de mecanismos de control de la glándula mamaria que están asociados con el vaciamiento glandular. Si la producción de leche fuera constante, la presión intra-alveolar aumentaría más allá de lo conveniente y produciría daño en las células secretoras.

La leche produce un inhibidor de la secreción láctea, que actúa a nivel local si la leche permanece en la glándula (en el lumen alveolar) por un período de tiempo prolongado. Es a través de este mecanismo que una de las mamas puede mantener su producción y la otra dejar de hacerlo. Una remoción adecuada de la leche es absolutamente necesaria para mantener la producción (22).

### **2.2.2.6. Importancia de la lactancia materna**

Las ventajas de la lactancia materna son infinitas para la madre, el niño o niña, la familia y la sociedad. Antiguamente se creía que la leche de vaca era superior a la materna y por ello muchas mamás preferían alimentar a sus bebés de forma artificial, a través de teteros, limitando así los beneficios que la lactancia materna aporta. La adaptación de la leche materna a las necesidades del bebé es total, ya que es un alimento completo que difícilmente podrá ser imitado por algún otro. Entre sus nutrientes se encuentra la taurina, un aminoácido esencial para el desarrollo del cerebro, también contiene lactosa (el azúcar propio de la leche) que favorece el desarrollo de la flora intestinal, a la vez que protege al bebé de ciertos gérmenes responsables de la gastroenteritis. En cuanto al contenido de grasa, ésta se adapta totalmente a las necesidades del niño o niña. Además, posee minerales y vitaminas para que el niño o niña no necesite de ningún aporte suplementario mientras tome pecho. También ofrece anticuerpos, en especial la inmunoglobulina conocida como IgA, cuya función principal es evitar las infecciones en las vías respiratorias y digestivas. Es importante resaltar que estudios científicos han demostrado que los escolares alimentados con leche materna tienen un mayor coeficiente intelectual que otros, cuya alimentación fue artificial (21).

### **2.2.2.7. Beneficios que proporciona la leche materna**

- Es el alimento de mejor digestión y absorción para los lactantes; es la fuente natural de nutrientes más eficiente y supera a la de cualquier fórmula modificada o artificial.
- Contiene células y anticuerpos que protegen al niño o niña contra enfermedades, tales como: alergias, diabetes, infecciones respiratorias, infecciones urinarias, otitis, diarreas y caries.

#### ***Para el niño o niña:***

El niño amamantado recibe el único alimento con la composición y equilibrio de nutrientes que se adaptan a sus requerimientos cambiantes y provee nutrientes esenciales específicos para el sistema nervioso central en proceso de crecimiento acelerado en los 2 primeros años de su vida. Logra un crecimiento y desarrollo



adecuados hasta el 6o. mes y lo mantiene, si es correctamente complementada su alimentación con papillas y sólidos. Desarrolla mejor su patrón de saciedad aprendiendo a reconocer sus necesidades.

Son más armónicos en sus patrones de desarrollo sensorial y emocional, presentan mayor coeficiente intelectual y mejor desarrollo sicomotor. Tienen mejor respuesta inmunitaria ante las vacunas. Presentan menor incidencia de una serie de patologías. Este tema es objeto de numerosas investigaciones.

Le asegura un sano crecimiento y un desarrollo integral, le proporciona un mejor desarrollo psicomotor, emocional y social y fomenta las bases para una buena relación madre-hijo o hija.

***Para la madre:***

Mejora su autoestima, logra un fácil establecimiento del apego, culmina su ciclo reproductivo, ejerce un derecho, manifiesta sentimientos positivos de satisfacción personal y emocional, le gratifica criar a un bebé más sano, logra recuperarse física y emocionalmente después del parto antes de decidir su próximo embarazo.

Disminuye la incidencia de una serie de patologías como: sangrado post parto, hemorragia puerperal, anemia, cáncer de mama pre menopaúsico, cáncer de útero y ovario, osteoporosis post-menopaúsica.

Contribuye a: recuperar la silueta espaciar los embarazos.

Los adultos que fueron amamantados tienen menor incidencia de: arterioesclerosis, obesidad, hipercolesterolemia, Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa

La leche materna, además es práctica, porque está disponible siempre que el niño o niña lo solicite en cualquier lugar, a temperatura adecuada y no requiere preparación previa, le ofrece la seguridad de que su hijo o hija crecerá sano y rodeado de mucho amor, ayuda al restablecimiento la salud general de los órganos reproductores femeninos, previene la formación de quistes mamarios.

***Para la familia:***

- Al contrario que la alimentación artificial, no genera ningún tipo de costo, promoviendo de esta forma una mejor distribución del presupuesto familiar.

- No se utiliza tiempo de la familia para la preparación del alimento.
- La madre y el niño o niña son más saludables y con ello se reducen los costos por concepto de consultas médicas y medicamentos (19).

Ventajas para la sociedad en general

- Disminuye la morbimortalidad infantil las hospitalizaciones el gasto en atención de patologías.
- Disminuye el ausentismo laboral materno por enfermedad del niño
- Mejora la satisfacción de las familias
- Disminuye el uso de combustibles contaminantes
- Ahorra agua potable
- Evita la producción de desechos contaminantes (latas, caucho, plástico) (21).

#### **2.2.2.8. Propiedades de la leche materna**

La leche materna es considerada el alimento más completo desde el punto de vista bioquímico, ya que tiene todos los nutrientes indispensables, en términos de equilibrio, para suplir los requerimientos necesarios para el crecimiento y la energía.

Su contenido de proteínas y su relación con los demás nutrientes está en función de la velocidad de crecimiento de nuestra especie; al mismo tiempo mantiene un perfecto estado de salud, porque aporta sustancias para la defensa del organismo contra posibles enfermedades.

La composición de ésta varía durante la lactancia y se adapta a las necesidades cambiantes del niño o niña:

- En la etapa final del embarazo y en los primeros días después del parto se produce el calostro, líquido de alta densidad y bajo volumen, con un adecuado aporte de nutrientes. Es de color amarillo y espeso, rico en anticuerpos, vitamina A, proteínas y enzimas.

Es purgante y protege al recién nacido contra infecciones y alergias. Asimismo, ayuda a madurar el intestino del bebé y previene enfermedades oculares.

- A esta leche inicial le sigue una de transición, rica en proteínas, minerales, lactosa y grasas.
- Por último, aparece la leche definitiva o madura, que se produce aproximadamente en la tercera semana después del parto.

Posee un mayor contenido de lactosa y grasa y es baja en concentración de proteínas. La leche materna contiene una mayor cantidad de vitaminas C y D y riboflavina, que la leche de vaca. De allí que el niño o niña no requiera de otros alimentos y pueda ser alimentado exclusivamente con leche materna hasta los seis meses de vida (21).

La leche materna presenta una serie de componentes, tales como:

Macronutrientes:

**Proteínas:** promueven el crecimiento y desarrollo óptimo del niño o niña e intervienen en el desarrollo del sistema nervioso central

**Lípidos:** intervienen en el desarrollo del sistema nervioso central. La concentración de grasas en la leche materna varía entre las mamadas, es mayor al final de las mismas, así como al inicio y al final del día.

**Carbohidratos:** contribuyen al desarrollo del sistema nervioso central y ayudan en la absorción de calcio y otros nutrientes.

**Micronutrientes**

**Vitaminas:** las concentraciones de vitaminas hidrosolubles y liposolubles cubren las demandas del lactante. Solo la cantidad de vitamina D es limitada, pero este déficit es subsanado con la producción de la misma por acción de los rayos solares.

Otros Componentes

**Minerales:** el contenido de minerales de la leche materna se adapta a los requerimientos nutricionales del lactante y son de fácil absorción. Los más importantes son el hierro y el zinc, entre otros.

**Nucleótidos:** son compuestos intracelulares que intervienen en procesos biológicos de vital importancia, incrementando la función inmune y mejorando la disponibilidad del hierro.

**Hormonas:** se encuentra gran cantidad de hormonas como la insulina, la oxitocina, la somatostatina, los esteroides ováricos y suprarrenales.

**Enzimas:** permiten la digestión y fácil absorción de los nutrientes de la leche materna, así como la maduración celular y la función inmunológica.

**Factores de protección:** estimulan el sistema inmunológico del lactante y lo protegen contra enfermedades infecciosas.

**Agua:** satisface las necesidades de líquido, por lo que no es necesario darle agua u otro líquido mientras se está amamantando en forma exclusiva (19).

#### **2.2.2.9. Instauración de la lactancia materna**

Significa establecer la lactancia materna. Es recomendable colocar al pecho al recién nacido lo más pronto posible tras el nacimiento, de preferencia durante la primera media hora. De esta manera, además de facilitar las contracciones del útero para disminuir la intensidad de la hemorragia tras el parto, se establece un buen reflejo de succión en el bebé y, a su vez mediante la succión se estimula el pezón y hace que se produzca las hormonas necesarias para producir leche, lo que sugiere que, cuanto más se ponga al bebé en el pecho más leche se producirá.

### **2.3. Hipótesis**

Ha. Existen factores que son determinantes de la instauración de la lactancia materna en recién nacidos por cesárea, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, en el año 2016.

Ho. No existen factores determinantes de la instauración de la lactancia materna en recién nacidos por cesárea, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, en el año 2016.

### **2.4. Variables**

#### **2.4.1- Variable dependiente**

Tiempo de instauración de la lactancia materna

#### **2.4.2. Variable independiente**

Factores que determinan el tiempo de instauración de la lactancia materna.



## 2.5. Definición conceptual y operacional de la variable

Tipo de variable	Indicadores	items	Escala
<b>Variable dependiente</b>  <b>Tiempo de instauración de la lactancia materna.</b> Período determinado que tarda la madre para iniciar la lactancia materna.	Inmediatamente	Si No	Nominal
	En la primera hora A las dos horas	Si No	Nominal
	Entre las dos y la 4 horas	Si No	Nominal
	Entre las 4 y las 6 horas	Si No	Nominal
	Después de las 6 horas	Si No	Nominal
<b>Variable independiente.</b>  <b>Factores determinantes.</b> Son aquellos condicionantes que contribuyen a la instauración o no de la lactancia materna.	Tipo de cesárea	Electiva De emergencia	Nominal
	Tiempo de recuperación de la madre post cesárea	30-60 minutos 1 – 2 horas 3-4 horas	Intervalo
	Dolor en herida operatoria	No dolor Leve Moderado Intenso	Ordinal
	Experiencia previa en lactancia materna	Si No	nominal
	Falta de comodidad	Si No	Nominal
	Hipogalactia	Si No	Nominal
	Enfermedad de la madre	Si No	Nominal

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño del presente estudio corresponde a una investigación no experimental de corte transversal. El tipo de estudio es descriptivo, analítico y correlacional y de naturaleza prospectiva.

**Descriptivo:** porque permitió describir y analizar los factores que determinan el tiempo de instauración de la lactancia materna.

**Analítico:** porque evalúa una presunta relación causa-efecto.

**Correlacional.** Porque permitió establecer la relación entre el tiempo de la instauración de la lactancia materna y los factores que lo determinan.

**De corte transversal** porque el estudio se realizó en un momento determinado sin hacer cortes en el tiempo.

#### 3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el Hospital José Soto Cadenillas - Chota, ubicado en el distrito y provincia de Chota, la que está ubicada en la Sierra septentrional del Perú, ubicada a 2.394 m.s.n.m. (Plaza de Armas).

**Longitud.** Teniendo en cuenta el meridiano base GREENWICH de 0°0'0" hacia el hemisferio occidental, Chota está a una Latitud de 6°32'59" S a una longitud de 78°39'00" O a una altitud sobre el nivel del mar de 2390 m.s.n.m. Limita por el norte con los distritos de Chiguirip y Conchán por el oeste con el distrito de Lajas, por el sur con Bambamarca, distrito y capital de Hualgayoc y por el este con el distrito de Chalamarca.

### 3.3. Población y Muestra

La población estará constituida por todas las mujeres cesareadas, en los meses de septiembre, octubre, noviembre de 2016, teniendo como referencia el número de mujeres cesareadas en los meses de julio a diciembre del año 2015 que fueron en un total de 193.

$$N = 193$$

### 3.4 Muestra

La muestra se obtendrá teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

#### 3.4.1. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculará determinando el tiempo de instauración de la lactancia materna ( $p = 0,5$ ) con una confianza del 95% y una precisión en la estimación del 5%. Para precisar se utilizará la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$

$$n \geq \frac{(193)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.07)^2(193) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n \geq 97.24$$

Dónde:

N = Tamaño de la población

n = tamaño de la muestra

P = (0,5) (Proporción de cesareadas que instauraron lactancia precoz)



$Q = (0,5)$  (Proporción de cesareadas que instauraron lactancia tardíamente).

$Z = 1.96$  (Valor absoluto para el 95% de confianza)

$d = 0,07$  (Error máximo permitido)

### **3.5. Unidad de análisis**

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las pacientes cesareadas y sus recién nacidos, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas - Chota.

### **3.5. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **3.5.1. Criterios de inclusión**

Las pacientes cesareadas del estudio cumplieron criterios para ser incluidos en el mismo, a saber:

Aceptar voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.

Haber tenido un embarazo con feto único.

Estar en uso de sus facultades mentales.

#### **3.5.2. Criterios de exclusión**

- Tener un embarazo gemelar
- Paciente con recién nacido con malformaciones.

### **3.6. Criterios éticos**

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, con el compromiso de:

- Garantizar el respeto a la dignidad de las mujeres cesareadas y autodeterminación y salvaguardar la vida privada.
- Garantizar la confidencialidad de la identidad de las mujeres participantes.

- Tener en cuenta el consentimiento informado, relacionada directamente con el respeto a la mujer cesareada y a sus decisiones autónomas, teniendo especial precaución en la protección de datos confidenciales.
- Respetar la privacidad de la mujer, en la información suministrada, de acuerdo con reglas claras de confidencialidad en el manejo de datos.
- Divulgar los resultados de la investigación realizada, al Hospital José Soto cadenillas - Chota.

### **3.7. Procedimientos, técnicas y descripción del instrumento**

Para la realización del presente estudio, en una primera fase se solicitó el permiso al director del Hospital José Soto Cadenillas y a las autoridades del centro obstétrico de dicho nosocomio.

En una segunda fase se solicitó a cada gestante cesareada su consentimiento para aplicar la encuesta que permitió la obtención de datos para identificar los factores que determinan el tiempo de la instauración de la lactancia materna.

Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento

**Un cuestionario de recolección de datos** donde se consignaron datos sociodemográficos de la paciente cesareada como edad, grado de instrucción, estado civil y procedencia; datos biológicos del recién nacido como sexo y peso, así como datos relacionados a la cesárea y a la instauración de la lactancia materna, así como los factores que los determinan (Anexo 01).

### **3.8. Procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa IBM SPSS Versión 21 y Microsoft Excel para Windows, a fin de generar una base de datos. El proceso fue orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

**Fase descriptiva.** Consistente en describir los factores determinantes de la

instauración de la lactancia materna en cesareadas atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota.

**Fase inferencial.** Realizada para determinar la confiabilidad con que los resultados observados en la muestra se presentaron también en la población correspondiente.

### **3.9. Control de calidad de datos**

La calidad y confiabilidad de la información se determinó de la siguiente manera:

Prueba de operatividad y funcionalidad del instrumento de recolección de datos (cuestionario) en base a una prueba piloto realizada en 10 pacientes.

Se asume un 95% de confiabilidad en la recolección de datos ya que la información fue recogida por la investigadora.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla 01. Características sociodemográficas de las madres cesareadas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.**

<b>Edad</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
14-19 años	13	13,4
20-24 años	16	16,5
25-29 años	13	13,4
30-34 años	28	28,9
35-39 años	18	18,6
40+ años	9	9,3
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>
<b>Grado de instrucción</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Sin instrucción	11	11,3
Primaria	30	30,9
Secundaria	42	43,3
Superior	14	14,4
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado civil</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Casada	49	50,5
Conviviente	48	49,5
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>
<b>Ocupación</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Ama de casa	82	84,5
Trabaja fuera de casa	15	15,5
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** ficha de recolección de datos

Los datos de la presente tabla permiten observar que el mayor porcentaje de madres que fueron cesareadas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2016, pertenecen al grupo etáreo de 30-34 años en el 28,9%, seguido del grupo de mujeres mayores de 35 años con 27,9% (18,6% en mujeres de 35-39 años y 9,3% en mujeres mayores de

40 años); un porcentaje importante también lo constituyen el grupo de las adolescentes con 13,4%.

Los presentes datos difieren con los encontrados por García (2015) quien determinó que el grupo etario que prevaleció, en su estudio, fue el de 25 a 29 años con el 38.3% (2).

La edad cobra importancia porque puede constituirse en un factor de riesgo importante en los resultados adversos en el parto, dependiendo de si son jóvenes o tienen una edad avanzada, esta última se asocia con mayor frecuencia a patología gestacional y mayor incidencia de inducciones médicas del parto y tasa de cesáreas, especialmente si son nulíparas. De igual forma se constituye en un factor de riesgo la adolescencia en este caso suelen ser más frecuentes la enfermedad hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, en conjunto con la nutrición insuficiente; en ambos casos se elevan las cifras de morbilidad y mortalidad maternas, y aumentan de dos a tres veces la mortalidad infantil, en comparación con los grupos de 20 a 29 años, que en el presente estudio fue del 29,9%.

De otra parte las embarazadas y madres adolescentes tienen menos conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna para ellas y para sus hijos que las mujeres mayores de 20 años. Asimismo, tienen más dificultades para dar el pecho y una disminución de la producción de leche, es así que las tasas de lactancia materna siguen siendo desproporcionadamente bajas entre las madres adolescentes teniendo como factores causales la preocupación por la salud de los hijos, el impacto de la lactancia materna en las relaciones sociales e íntimas de estas jóvenes, la disponibilidad de apoyo social, no haber tenido hijos anteriores, no trabajar, las demandas físicas de la lactancia materna, los conocimientos de sus beneficios y aspectos prácticos y la sensación de confort ante el amamantamiento.

En cuanto al grado de instrucción el mayor porcentaje lo tienen las mujeres con nivel educativo secundaria ya sea completa o incompleta en el 43,3%; seguido de un 30,9% de quienes tienen primaria igualmente ya sea completa o incompleta.

Estos datos permiten apreciar las inequidades de género que aún persisten en la actualidad, pues es elevado el porcentaje de mujeres que solamente tienen primaria,

seguido de un nivel educativo secundario; además del elevado porcentaje de analfabetismo (11,3%) cifra inaceptable en la actualidad.

El nivel educativo está vinculado, mayormente, con el nivel de conocimientos que tiene la madre sobre la importancia de la lactancia materna.

Sacristán y cols. (2011), encontraron que el 36,4% tenía estudios superiores, un 40,2% había terminado los estudios secundarios, el 17,8% los primarios, un 5,1% no había completado los estudios primarios.

González, referido por Calvo (2009) dice que el grado de escolaridad materna y la utilización de la lactancia son directamente proporcionales, por lo que es duradera en madres de nivel universitario, lo que está relacionado con una mejor información y comprensión de las ventajas de este tipo de alimentación.

Respecto al estado civil, el 50,5% de mujeres manifestaron estar casadas y el 49,5% ser convivientes. Estos resultados difieren con los encontrados por Gonzáles (2016) quien observó en su estudio que de 304 pacientes (89.94%) fueron convivientes, 10 pacientes (2,96%) fueron casadas y 24 pacientes (7,10%) fueron solteras (1).

El estado civil de las madres en el presente estudio no estaría influyendo de ninguna forma en la instauración de la lactancia materna, pues en ambos casos se encuentran unidas a una pareja, que de alguna forma les brinda seguridad.

Finalmente en lo que se refiere a la ocupación, el 84,5% de las mujeres refirieron ser amas de casa y el 15,5% fuera, ya sea trabajando para el estado, en empresas privadas o independientemente. Estos datos son diferentes a los de Sacristán y cols. (2011) ellos encontraron que el 60,3% de madres trabajaba fuera del hogar (12).

Todas las mujeres, independientemente de la ocupación que tengan, tienen la misma posibilidad de realizar la instauración materna en forma temprana, dependiendo de su estado de salud después de la cesárea o la del recién nacido, o bien, de las indicaciones que brinde el personal de salud para poder realizarlo, pues es el tiempo en que todas las mujeres se encuentran hospitalizadas.

**Tabla 02. Características biológicas de los recién nacidos hijos de madres cesareadas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.**

<b>Sexo</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Masculino	61	62,9
Femenino	36	37,1
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>
<b>Peso</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<2500 gr	1	1,0
2500-4000 gr	84	86,6
>4000 gr	12	12,4
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** ficha de recolección de datos

La presente tabla muestra que 61 recién nacidos (62,9%) son de sexo masculino y 36 (37,1%) de sexo femenino.

Los presentes datos difieren de los encontrados por Sacristán (2011) quien reportó que el 50,6% de recién nacidos fueron niñas y el 47,8% niños (12).

El sexo del recién nacido es importante si se considera con el deseo materno o paterno de haber querido tener un niño o una niña; sin embargo, no se relaciona en forma absoluta con la lactancia precoz.

En cuanto al peso del recién nacido el 86,6% de ellos nacieron con un peso dentro de los parámetros normales es decir entre 2,500 y 4000 gr. solamente el 12,4% fueron macrosómicos es decir que nacieron con un peso mayor a los 4,000 gr. y solamente 01 recién nacido (1%) fue de bajo peso.

Probablemente, los recién nacidos con un peso normal podrán superar estados cortos de ayuno; no así los recién nacidos macrosómicos que fisiológicamente es posible que tengan aumentada su insulina, y aunque sean periodos cortos de ayuno repercutirá en el recién nacido ocasionando un estado de hipoglicemia. Los recién nacidos de bajo peso también requieren ser alimentados tempranamente y si la instauración de la lactancia se retrasa, es posible que hayan tenido que darle sueros glucosados o algún sucedáneo de la leche materna.

**Tabla 03 Instauración de la lactancia materna en los recién nacidos hijos de madres cesareadas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.**

<b>Instauración de la lactancia materna</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
A las dos horas post nacimiento	26	26,8
Entre dos y cuatro horas post nacimiento	71	73,2
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

Se evidencia en la presente tabla que el 73,2% de recién nacidos iniciaron lactancia materna entre las dos y cuatro horas; solamente el 26,8% lo hizo a las dos horas, esto se debe fundamentalmente al tiempo que pasa la mujer después de la cesárea, en sala de recuperación, y que en algunos casos suele complicarse por la presencia de náuseas y vómitos por la anestesia, sin embargo se considera que el suministro de leche materna al niño durante la primera hora de vida es muy importante tanto para la madre, como para el recién nacido. En la madre favorece a que el útero se contraiga después del alumbramiento, retarda la recuperación de la fecundidad, así como reduce el riesgo de sufrir cáncer de ovarios o de mama y en el recién nacido, permite un mayor apego, de igual forma la lactancia precoz y previene hipoglicemia neonatal.

Estos datos son menores a los encontrados por Laviña (2014) quien determinó que el 46,30% de madres iniciaron lactancia en las dos primeras horas después que fueron cesareadas (14).

Correa (2014) encontró en su estudio que el 57% de las mujeres informaron haber ofrecido leche materna a su hijo durante la primera hora, práctica que favoreció el pronto establecimiento del amamantamiento; 20% empezó en las primeras 24 horas y el resto en los primeros 3 días, (23); por su parte Rodríguez (2014) encontró que el 90,8% de las pacientes iniciaron la lactancia antes de la primera hora posterior al parto, datos disímiles a los encontrados en el presente estudio.



Cuestas (2011) encontró datos superiores determinando que hubo un intervalo de tiempo significativamente mayor entre el nacimiento y el primer amamantamiento entre los nacidos por cesárea (3,1 horas)

La Organización Mundial de la Salud (2009) afirma que los estudios actuales indican que el contacto directo de la piel de la madre con la del niño poco después del nacimiento ayuda a iniciar la lactancia materna temprana y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia exclusivamente materna entre el primer y cuarto mes de vida, así como la duración total de la lactancia materna. Los recién nacidos a quienes se pone en contacto directo con la piel de su madre también parecen interactuar más con ellas y llorar menos (3).

Calvo (2009) por su parte indica que la lactancia materna crea un lazo único y especial entre la madre y su hijo, debido a que es un momento íntimo y de unión en donde se establece un vínculo único que sentará las bases para las futuras relaciones y el equilibrio emocional del pequeño, porque crea las bases para una personalidad sólida y estable (24).

**Tabla 04. Instauración de la lactancia materna según el tipo de cesárea en mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.**

Tipo de cesárea	Inicio de lactancia materna				Total	
	A las dos horas post nacimiento		Entre dos y cuatro horas post nacimiento			
	n°	%	n°	%	n°	%
Electiva	1	33,3	2	66,7	3	3,1
Emergencia	25	26,6	69	73,4	94	96,9
Total	26	26,8	71	73,2	97	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 0.067$$

$$p = 0.795$$

*Se evidencia en los presentes datos que la mayoría de cesáreas fueron realizadas de emergencia, de este grupo las mujeres en el 73,4% iniciaron a dar de lactar entre dos y cuatro horas post parto y el 26,6% en las primeras dos horas; las cesáreas electivas fueron solamente tres (3,1%) de las cuales, el 66,7% de mujeres iniciaron la lactancia materna entre las dos y cuatro horas y el 33,3% entre las dos primeras dos horas. Es importante recalcar que no hubo casos en que el inicio de la lactancia materna se iniciara antes de las dos horas, pese a que muchos estudios demuestran que el contacto precoz es importante para una buena instauración de la lactancia materna (13).*

Es importante reconocer que el momento ideal para el inicio de la lactancia materna es el postparto inmediato, a ser posible durante las 2 primeras horas de vida, momento en que el bebé se encuentra más reactivo. El contacto de la piel suave y cálida de la madre, le da tranquilidad y placer al niño o niña. La compañía, la voz, el olor, el mirarlo a los ojos y el contacto con la madre le dan seguridad y estímulo al hijo o hija. Dar de mamar es mucho más que dar alimento: es dar amor, seguridad, placer y compañía.

Hernández y Aguayo (2005) señalan que se ha comprobado que si se coloca al recién nacido a término nada más nacer en contacto piel con piel con su madre, se estrechan los lazos afectivos entre madre e hijo, se preserva la energía y se acelera la adaptación metabólica del recién nacido. Si no es separado de su madre durante los primeros 60-

70 min, el recién nacido repta hasta el pecho y hace una succión correcta, hecho que se ha relacionado con una mayor duración de la lactancia materna.

Los resultados del presente estudio son disímiles a los reportados por Laviña (2014) quien encontró que el 70,32% de madres iniciaron la lactancia materna en las dos primeras horas postparto (25).

Aguayo y cols. (2011) demostró que el parto por cesárea, sea electiva o de emergencia, dificulta el amamantamiento al retrasar el inicio del mismo de forma significativa y dificultar la primera toma en el posparto inmediato en comparación con el parto vaginal (10).

Es probable que una cesárea programada tenga repercusiones menos graves en la psicología de la mujer, porque ya se encontraba preparada con anterioridad, aunque también es posible que se encuentre con mayores niveles de estrés al pensar en los riesgos que la intervención quirúrgica conlleva; sin embargo para las mujeres que ingresan a una cesárea por emergencia significa una situación difícil, tanto que se suele hablar de una “herida emocional” como la marca afectiva resultante de la cesárea. Es un dolor muchas veces silenciado y que resulta difícil de curar. Se produce un duelo que es necesario transitar y responder a diversas preguntas que surgen en la madre sobre el parto, o su futuro reproductivo. Desde este punto de vista es lógico que una madre cesareada de emergencia tenga una instauración de la lactancia materna algo más tarde que una mujer con cesárea electiva.

Respecto a los problemas psicológicos que puede tener una mujer después de la cesárea, Olza (2009) señala que en las cesáreas de emergencia el miedo por la vida del bebé o la propia vida puede ser una situación tan estresante como para desencadenar un verdadero síndrome de estrés postraumático, una reacción psicológica que inicialmente sólo se consideraba en personas expuestas a guerras o situaciones de gran violencia y que hoy se sabe que puede producirse igualmente después de situaciones estresantes en el parto. De otra parte las cesáreas programadas pueden permitir que la mujer se prepare mejor psicológicamente para la intervención, pero si ha sido programada, sin que haya habido un trabajo de parto previo, se dificulta más la lactancia porque ni siquiera se ha dado tiempo a que las hormonas del parto y lactancia empezaran a producirse (31).

Independientemente del tipo de cesárea, esta genera cansancio, fatiga y estrés los mismos que pueden por sí solos inhibir la producción de la hormona prolactina. Este efecto suele verse acrecentado por las normas del hospital que a menudo impiden que la madre que ha tenido una cesárea descanse efectivamente: A esto se añade la creencia de que “la cesárea debilita tanto que la leche no alimenta al bebé”. Otro de las nociones que entorpece bastante la lactancia tras la cesárea es la de que “para que la madre descanse y se recupere antes es preferible darle el biberón”; sin embargo la lactancia favorece el que la madre se recupere antes de la cesárea. El encontrar una buena postura para amamantar tras la cesárea puede no ser sencillo. Muchas madres encuentran que la mejor postura en estos casos es tumbadas, esto también favorece el que hagan pequeñas siestas cada vez que el bebé se duerme al pecho, lo que acelera bastante la recuperación materna (31).

Estadísticamente no se encuentra relación entre las variables tipo de cesárea e inicio de la lactancia materna, según lo indica el coeficiente de correlación ( $p = 0,795$ ).

**Tabla 05. Instauración de la lactancia materna según tiempo de recuperación post cesárea de las mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.**

Tiempo de recuperación de la madre post cesárea	Inicio de lactancia materna				Total	
	A las dos horas post nacimiento		Entre dos y cuatro horas post nacimiento			
	n°	%	n°	%	n°	%
30-60 min.	0	0,0	1	100,0	1	1,0
1 a 2 horas	26	27,4	69	72,6	95	97,9
3-4 horas	0	0,0	1	100,0	1	1,0
Total	26	26,8	71	73,2	97	100,0

**Fuente:** ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 0.748$$

$$p = 0.688$$

Puede evidenciarse en la presente tabla que la mayoría de las madres se recuperaron de la intervención quirúrgica en un tiempo de 1 a 2 horas, de ellas, el 72,6% instauró la lactancia materna entre dos y cuatro horas post parto, solamente el 27,4% lo hizo a las dos horas. En porcentajes similares (1,0%) las mujeres post cesareadas se recuperaron entre 30-60 minutos y 3-4 horas, respectivamente, en ambos grupos la instauración de la lactancia materna se realizó entre las dos y cuatro horas en el 1,4% en el primer caso y en el 100% en el segundo caso.

La recuperación de las mujeres cesareadas depende de muchos factores que incluyen el tipo de anestesia, el tipo de cesárea, y personalidad de ella, algunas pacientes suelen presentar náuseas y vómitos, hipotensión, cefaleas intensas, etc. problemas que demoran más su estancia en sala de recuperación, constituyendo en la mayoría de las situaciones un retraso significativo en la instauración de la lactancia materna.

El Gobierno de la Rioja (2010) sostiene que los recién nacidos necesitan permanecer en íntimo contacto con su madre (piel con piel), preferiblemente durante las dos primeras horas después del parto, para que tengan oportunidad de agarrarse al pecho y realizar de forma espontánea una primera toma. Este contacto piel a piel tiene otros efectos beneficiosos para el bebé (se recuperan más rápido del estrés, normalizan antes su

glucemia, el equilibrio ácido-base y la temperatura) y para la madre aumentando la duración de la lactancia materna y evitando experiencias emocionales negativas (25).

Estadísticamente no se encuentra relación entre las variables tiempo de recuperación de la madre post cesárea e inicio de la lactancia materna, según lo indica el coeficiente de correlación ( $p = 0,688$ ).

**Tabla 06. Instauración de la lactancia materna según tipo de dolor en herida operatoria en mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.**

Dolor en herida operatoria	Instauración de la lactancia materna				Total	
	A las dos horas post nacimiento		Entre dos y cuatro horas post nacimiento			
	n°	%	n°	%	n°	%
Sin dolor	0	0,0	2	100,0	2	2,1
Leve	6	37,5	10	62,5	16	16,5
Moderado	19	28,8	47	71,2	66	68,0
Grave	1	7,7	12	92,3	13	13,4
Total	26	26,8	71	73,2	97	100,0

**Fuente:** ficha de recolección de datos

$$X^2 = 4,218$$

$$p = 0.239$$

Se puede observar en la presente tabla que el 68,0% de mujeres cesareadas manifestaron tener dolor moderado en herida operatoria, de las cuales el 71,2% instauró la lactancia materna entre dos y cuatro horas después del parto y el 28,8% lo hizo a las dos horas; ninguna mujer inició la lactancia antes de las dos horas; solamente el 2,1% de mujeres no manifestó dolor en herida operatoria post cesárea; sin embargo ellas también iniciaron la lactancia entre dos y cuatro horas.

El dolor que experimentan las mujeres cesareadas después de la intervención quirúrgica, depende de la técnica quirúrgica, del tipo de cesárea y de la idiosincrasia de la misma paciente, pero cuando va de moderado a grave como en el caso de la mayoría de las mujeres del presente estudio, estas se verán imposibilitadas de atender a su recién nacido, pero es el personal de salud quien decide postergar la entrega del bebé a su madre hasta que disminuya el dolor, aun cuando el dolor es leve, es preferible que pase para que la madre pueda atender eficientemente al recién nacido.

En el caso del pequeño porcentaje de mujeres que no manifestaron dolor, hubieron otras razones por las que la lactancia materna se instauró entre las dos y cuatro horas.

El dolor postoperatorio es considerado como el máximo representante del dolor agudo, apareciendo como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la agresión directa o indirecta producida por un acto quirúrgico. Entendiendo como agresión indirecta aquella no debida propiamente a la aplicación de la técnica quirúrgica, pero que a consecuencia de la misma (distensión vesical o intestinal, espasmos musculares, lesiones nerviosas secundarias a tracciones indebidas, etc.), o de la técnica anestésica utilizada, o a la patología basal del paciente, aparece durante el periodo postoperatorio. Este dolor se genera tanto por mecanismos directos como la sección de terminaciones nerviosas a nivel de las diferentes estructuras afectadas por la manipulación quirúrgica, como indirectos, por liberación de sustancias químicas con capacidad alodérmica en el entorno inmediato de las terminaciones periféricas de los nociceptores (26).

El dolor post-operatorio de una cesárea tiene dos componentes: el generado por la herida quirúrgica y el generado por las contracciones uterinas (27).

Estadísticamente no se encuentra relación entre las variables dolor en herida operatoria e inicio de la lactancia materna, según lo indica el coeficiente de correlación ( $p = 0,239$ ).



**Tabla 07. Instauración de la lactancia materna según experiencia previa de lactancia materna en mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.**

Experiencia previa de lactancia materna	Instauración de la lactancia materna				Total	
	A las dos horas post nacimiento		Entre dos y cuatro horas post nacimiento			
	n°	%	n°	%	n°	%
Si	18	26,1	51	73,9	69	71,1
No	8	28,6	20	71,4	28	28,9
Total	26	26,8	71	73,2	97	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 0.063$$

$$p = 0.802$$

En los datos que anteceden se evidencia que el 71,1% de las mujeres cesareadas manifestaron tener algún tipo de experiencia en lactancia materna, de ellas el 73,9% inició la lactancia entre dos y cuatro horas y el 26,1% lo hicieron a las dos horas; el 28,9% no tuvo experiencia previa en lactancia materna, de este grupo el 71,4% inició la lactancia materna entre dos y cuatro horas después de la operación y el 26,1% a las dos horas.

La experiencia es un factor importante en la instauración de la lactancia materna porque la madre tiene conocimientos sobre la importancia de esta para el recién nacido y la madre, sobre todo en la primera hora después del nacimiento; sin embargo en el presente estudio a pesar de que el porcentaje es alto de las mujeres que tuvieron experiencia, la instauración de la lactancia materna se inició entre dos y cuatro horas, por otros factores entre ellos algunos factores psicológicos que se presentan post cesárea sobre todo cuando la cesárea no es programada.

Estos datos son similares a los de Sacristán (2011) quien afirma que haber amamantado anteriormente favorece el inicio de la lactancia materna exclusiva, en su estudio encontró que el 89,4% de las madres que ya lo habían hecho, salían del hospital con lactancia materna exclusiva precoz frente a solo un 40,0% de las madres sin experiencia previa en lactancia (12).

Fajardo (2010) en un estudio de naturaleza cualitativa determinó que la mayoría de mujeres que participaron en su investigación manifestaban que “la lactancia materna inspira sentimientos de amor, ternura, afecto y decían que antes de haber lactado, tenían desconocimiento y sentían temor porque nunca lo habían hecho, además ellas comentaban que sentían mucha alegría cuando veían una señora lactando, decían que era algo muy bonito y tierno. Cuando ya por primera vez lactaron los sentimientos que expresaban era de felicidad, de amor de sentirlos tan cerca y que ellas le podían proporcionar el alimento necesario”. Razón por la que en su nueva experiencia preferían dar de lactar de manera precoz (28).

Estadísticamente no se encuentra relación entre las variables experiencia previa de lactancia materna e inicio de la lactancia materna, según lo indica el coeficiente de correlación ( $p = 0,688$ ).

**Tabla 08. Instauración de la lactancia materna según falta de comodidad para dar de lactar en mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.**

Falta de comodidad para dar de lactar	Instauración de la lactancia materna				Total	
	A las dos horas post nacimiento		Entre dos y cuatro horas post nacimiento			
	n°	%	n°	%	n°	%
Si	26	28,0	67	72,0	93	95,9
No	0	0,0	4	100,0	4	4,1
Total	26	26,8	71	73,2	97	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 1.528$$

$$p = 0.216$$

En la presente tabla se logra observar que 95,9% de mujeres que fueron cesareadas manifestaron que no tenía comodidad para dar de lactar a sus recién nacidos; de ellas el 72,0% inició la lactancia materna entre las dos y cuatro horas pos parto y el 28,0% a las dos horas; solamente 4,1% dijeron sentirse cómodas; sin embargo en el 100,0% iniciaron lactancia materna entre las dos y las cuatro horas.

Se conoce que, los procedimientos quirúrgicos lesionan tejidos y esto constituye una fuente de dolor agudo y molestias que impiden a la madre sentirse cómoda, sobre todo si se trata de dar de lactar, se presenta dolor en la incisión: cuando pasan los efectos de la anestesia y la mujer comenzará a sentir dolor más o menos intenso en el lugar de la herida por lo que las mujeres no se movilizan con facilidad. Se debe tener en cuenta que la cesárea implica dos incisiones, una externa en el abdomen y otra interna en el útero que aumentan el dolor.

Otras molestias que suelen presentarse son las manifestaciones clínicas de la anemia aguda que se produce a consecuencia de la pérdida significativa de sangre que tiene la mujer debido a la cirugía.

Estadísticamente no se encuentra relación entre las variables falta de comodidad para dar de lactar e inicio de la lactancia materna, según lo indica el coeficiente de correlación ( $p = 0,216$ ).

**Tabla 09. Instauración de la lactancia materna según producción de secreción láctea en mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.**

Producción láctea	Instauración de la lactancia materna				Total	
	A las dos horas post nacimiento		Entre dos y cuatro horas post nacimiento		n°	%
	n°	%	n°	%		
Alta	20	31,3	44	68,8	64	66,0
Baja	6	18,2	27	81,8	33	34,0
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>26,8</b>	<b>71</b>	<b>73,2</b>	<b>97</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 1.895$$

$$p = 0.169$$

Puede evidenciarse en los resultados de la tabla 09 que el 66,0% de mujeres cesareadas manifestaron una producción láctea alta, de ellas el 68,8% inició la lactancia entre dos y cuatro horas y el 31,3% a las dos horas; en tanto que el 34,0% dijo que percibía tener baja producción de secreción láctea.

Las madres que mencionaron tener una producción láctea alta lo hicieron en función al aumento de volumen de las glándulas mamarias, al antecedente de otros embarazos y a la cantidad de secreción láctea a la expresión de la mama; en tanto que quienes decir que tienen baja producción de secreción láctea también lo hicieron en base a su percepción o porque no han tenido un embarazo anterior.

Aunque no tiene porqué producirse en todos los casos, en ocasiones, las mujeres que han sido sometidas a una cesárea de emergencia y han pasado mucho miedo o madres a las que se les somete a cesáreas programadas, sin estar de parto, pueden sufrir un retraso en la subida de leche. El miedo puede ser un inhibidor temporal de la producción de leche y puede retrasar unos días más de lo habitual la subida de la leche.

En el caso de las cesáreas programadas, y pese a que la cesárea en sí misma no retrasa la subida de leche, el cuerpo no está preparado para lactar ya que no ha recibido los estímulos hormonales que le permiten facilitar el proceso. El proceso del parto depende de muchas hormonas, algunas de ellas las mismas que le van a permitir

a la madre lactar. En el caso de una cesárea programada el cuerpo de la madre y el bebé pueden no estar listos, lo que puede retrasar la subida de la leche (29).

Estadísticamente no se encuentra relación entre las variables producción láctea inicio de la lactancia materna, según lo indica el coeficiente de correlación ( $p = 0,169$ ).

**Tabla 10. Instauración de la lactancia materna según enfermedad materna en mujeres atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. 2016.**

Enfermedad materna	Instauración de la lactancia materna				Total	
	A las dos horas post nacimiento		Entre dos y cuatro horas post nacimiento			
	n°	%	n°	%	n°	%
Si	3	16,7	15	83,3	18	18,6
No	23	29,1	56	70,9	79	81,4
Total	26	26,8	71	73,2	97	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 1.158$$

$$p = 0.282$$

La presente tabla muestra que el 81,4% de las madres no tuvieron ninguna complicación obstétrica ni patología materna alguna, de las cuales el 83,3% inició la lactancia materna entre dos y cuatro horas pos parto; solamente el 16,7% la inició a las dos horas post parto; un porcentaje menor (18,6%) de madres.

Una serie de complicaciones obstétricas o patologías maternas pueden impedir la instauración precoz de la lactancia materna; en las enfermedades hipertensivas como la preeclampsia o la eclampsia la mujer suele estar sedada lo que imposibilita instaurar la lactancia materna; de igual forma puede existir dolor, mastitis o ingurgitación mamaria; además pueden estar presentes los problemas psicológicos frente a una cesárea no prevista.

Olza (2006), al respecto señala que la madre después de la cesárea, puede encontrarse en situación de shock psicológico intentando procesar los acontecimientos vividos en las últimas horas. Por otra parte el duelo por la pérdida de estas primeras horas o días de vida del recién nacido suele ser uno de los temas recurrentes entre las madres que han dado a luz por cesárea (30).

Estadísticamente no se encuentra relación entre las variables enfermedad materna e inicio de la lactancia materna, según lo indica el coeficiente de correlación ( $p = 0,282$ ).

## CONCLUSIONES

Al concluir la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de madres cesareadas en el Hospital José Soto Cadenillas pertenece al grupo etáreo de 30-34 años; el mayor porcentaje tienen estudios de secundaria; mayoritariamente son casadas y amas de casa.
2. El mayor porcentaje de recién nacidos, hijos de madres cesareadas son de sexo masculino y tuvieron un peso dentro de los parámetros normales (2500 – 4000 gr.)
3. El tiempo de instauración de la lactancia materna fue entre dos y cuatro horas en un alto porcentaje.
4. Según los resultados obtenidos se corroboró la hipótesis negativa.



## SUGERENCIAS

1. Al Director del Hospital José Soto Cadenillas sugerir que resulta necesario insistir en la necesidad de que las madres que han tenido una cesárea reciban un apoyo individualizado y un seguimiento estrecho en el inicio de la lactancia, además de favorecer el que la demora en el inicio de la lactancia sea mínima.
2. A la Escuela Académico Profesional de Obstetricia promover la realización de cursos para el personal de salud, de los diferentes establecimientos de salud con el fin de contribuir en el desarrollo de programas, encaminados a la asesoría sobre la lactancia materna para que esta sea brindada por las madres de una manera adecuada y exitosa.
3. A los obstetras que laboran en los diferentes establecimientos de salud brinden la suficiente información a las madres en cuanto a la lactancia materna, explicándoles que este es el método de alimentación para el niño; más sencillo, económico y sano, ya que este alimento contiene minerales y nutrientes apropiados para los primeros seis meses de vida.
4. A los obstetras encargados de la atención del parto favorecer el contacto piel a piel y el amamantamiento después de una cesárea, procurando que sea en la primera hora después del nacimiento.
5. A los futuros tesisistas realizar otras investigaciones con factores que si puedan determinar la instauración de la lactancia materna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzáles M. Indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2014. [Online]. Lima; 2016 [cited 2016 Diciembre 14]. Available from: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/522/1/Gonzales\\_m.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/522/1/Gonzales_m.pdf).
2. García L. Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, Lima. [Online]. Lima; 2015 [cited 2016 Diciembre 14]. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/>.
3. Organización Mundial de la Salud. Inicio temprano de la lactancia materna. [Online]. Ginebra - Suiza; 2009. Available from: <http://www.who.int/>.
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre las tasas de cesárea. [Online]. Ginebra; 2015 [cited 2016 Setiembre 10]. Available from: [www.who.int/reproductivehealth/](http://www.who.int/reproductivehealth/).
5. El País. como.co. OMS preocupada por "epidemia de cesáreas innecesarias en América Latina. [Online]; 2015.
6. Ministerio de Sanidad y Política social. Maternidad hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. [Online]. Madrid - España; 2009 [cited 2016 Setiembre 10]. Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>.
7. Diario Correo. América Latina es la región que lidera la cifra de cesáreas innecesarias. [Online]. Lima.; 2015 [cited 2016 Setiembre 10]. Available from: <http://diariocorreo.pe/mundo/america-latina-es-la-region-que-lidera-la-cifra-de-cesareas-innecesarias-580511/>.
8. Ministerio de Salud. Boletín estadístico de nacimientos. [Online]. Lima; 2015 [cited 2017 Enero 11]. Available from: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin\\_CNV\\_16.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf).
9. Marcos I. La importancia de la primera hora tras el parto para el éxito de la lactancia materna. [Online]. Madrid; 2015. Available from: <http://balactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/la-importancia-de-la-primera-hora-para-el-exito-de-la-lactancia-materna/>.
10. Aguayo J, Romero D, Hernández M. Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia, con especial atención a las cesáreas. [Online]. España; 2011. Available from:

- [http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/LLP3k9ggzlh7aNQBiadwmSld8sHHgU0SQk17LV\\_7JO3n9D8GK87vRo62bdMWsbWAJUoahx\\_Ho7PYRjvX07hKAq](http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/LLP3k9ggzlh7aNQBiadwmSld8sHHgU0SQk17LV_7JO3n9D8GK87vRo62bdMWsbWAJUoahx_Ho7PYRjvX07hKAq).
11. Cuestas E, Sánchez A. Los niños nacidos por cesárea toman menos lactancia materna. [Online]. España; 2011. Available from: <http://archivos.evidenciasenpediatria.es>.
  12. Sacristán A, Lozano J, Gil M, Vega A. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. [Online]. España; 2011. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3666/366638728004.pdf>.
  13. Otel S, Morera L, Bernal M, Tabueña J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia amterna frente a la cesárea. [Online]. Navarra - españa; 2012. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion>.
  14. Laviña A. Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna. [Online]. Colombia; 2014. Available from: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/>.
  15. Schnapps C, Sepúlveda E, Robert J. Operación cesárea. [Online]. Santiago de Chile; 2014.
  16. Gayán P, Varas J, Lattus J, Aedo S. Operación cesárea: protocolo de indicación. [Online]. Chile; 2013 [cited 2016 Diciembre 27]. Available from: <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/527>.
  17. Vélez E, Tovar V, Méndez F, López C, Ruiz E. Incidencia, indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Gineco pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. [Online]. México; 2012. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2012/bis122d.pdf>.
  18. Torres M, Borda R. Incisiones abdominales en ginecología. [Online]. Madrid - España; 2013. Available from: <https://fusmobgin.wikispaces.com>.
  19. UNICEF. Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. [Online]. Venezuela; 2005 [cited 2016 setiembre 08]. Available from: <http://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf>.
  20. López P, Arévalo B, Carrero R, Martínez J, Lorente M, Rodríguez A. La lactancia natural o materna: cocneptos básicos y trascendencia actual. [Online]. Madrid - España; 2010. Available from: <http://www.mgyfsemg.org/>.

21. González R, González M, Valencia P, Paredes Y, Vásquez S, Vásquez A. Importancia clínica de la leche materna y transferencia de células inmunológicas al neonato. [Online]. México; 2011. Available from: <http://www.medigraphic.com/>.
22. Ministerio de Salud. Manual de lactancia materna. [Online]. Santiago de Chile; 2010 [cited 2016 Diciembre 27]. Available from: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual\\_lactancia\\_materna.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf).
23. Correa G. Significado de la experiencia de la lactancia materna exclusiva para la madre en los primeros seis meses de vida de su hijo. [Online]. Bogotá - Colombia; 2014. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/50248/1/539571.2015.pdf>.
24. Calvo C. factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. [Online]. Costa Rica; 2009 [cited 2017 Enero 01]. Available from: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>.
25. Tizón E. Lactancia materna y sus determinantes. [Online]. Coruña - España; 2015. Available from: <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/15939>.
26. Rodríguez M. Analgesia postoperatoria con catéter incisional en cesáreas electivas. [Online]. Valladolid; 2012. Available from: <https://uvadoc.uva.es>.
27. Olofsson L, Nygards O. Diclofenaco más opiodes para el control del dolor posterior a un parto por cesárea. [Online]. Madrid; 2010. Available from: <http://www.intermedicina.com/Avances/Ginecologia/AGO16.htm>.
28. Fajardo D. Vvencias sobre la lactancia materna en un grupo de mujeres embarazadas con previa experiencia en amamantamiento, que asisten al control prenatal en la E.S.E. Hospital San José del Municipio del Valle de San José Santander. [Online]. Bogotá D.C.; 2010. Available from: <https://repository.javeriana.edu.co>.
29. Alba P. Hipogalactia o baja producción de leche materna. [Online]. Barcelona; 2014. Available from: <http://albalactanciamaterna.org/>.
30. Olza I. Aspectos psicosociales del parto por cesárea. [Online]. Zaragoza; 2006. Available from: [http://www.holistika.net/parto\\_natural/la\\_cesarea/aspectos\\_psicosociales\\_del\\_parto\\_por\\_cesarea.asp](http://www.holistika.net/parto_natural/la_cesarea/aspectos_psicosociales_del_parto_por_cesarea.asp).
31. Olza I. Lactancia después de la cesárea. [Online]. Madrid; 2009. Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eguidad/lactanciaDepresio nPsicosis.pdf>.

## ANEXO 01

### CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### I. DATOS GENERALES

##### A. DATOS DE LA MADRE

###### Edad

14-19 años ( )      20-24 años ( )      25-29 años ( )

30-34 años ( )      35-39 años ( )      +40 años ( )

###### Grado de instrucción

Sin ningún grado de instrucción ( )      Primaria ( )      Secundaria ( )

Superior ( )

###### Estado civil

Soltera( )      Casada ( )      Conviviente ( )

###### Ocupación

Ama de casa ( )      Trabaja fuera de casa ( )

Número de hijos incluido el que acaba de nacer.....

##### B. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

###### Sexo

Masculino ( )      Femenino ( )

###### Peso

< 2,500 gr ( )      2500-4000gr. ( )      > 4000 gr. ( )

## II. DATOS SOBRE LA CESÁREA Y LACTANCIA MATERNA

### Tipo de anestesia:

Raquídea ( ) Epidural ( ) General ( )

### Técnica quirúrgica

Corporal ( ) Segmento corporal (Beck) ( )

### Tipo de cesárea

Electiva ( ) De emergencia ( )

### Nº de cesárea

Primera vez ( ) Segunda vez ( ) Iterativa ( )

### Tiempo que permaneció en recuperación:

15 – 30 minutos ( ) 30 – 60 minutos ( )

1 a 2 horas ( ) 3-4 horas ( ) + 4 horas ( )

### Inicio de lactancia materna

Inmediatamente ( ) En la primera hora ( ) A las dos horas  
después del nacimiento ( ) Entre las dos y la 4 horas siguientes al  
nacimiento ( )

### Experiencia previa en lactancia materna

Si ( ) No ( )

### Motivos para no iniciar inmediatamente la lactancia materna exclusiva

Falta de comodidad: Si ( ) No ( )

Dolor en herida operatoria: No ( ) Leve ( )

Moderado ( ) grave ( )

No tiene producción láctea. ( )

Enfermedad de la madre ( ) Especificar:.....

Enfermedad del recién nacido ( ) especificar:.....

## ANEXO 02

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, -----, identificado con DNI. N<sup>o</sup> ----- he leído y comprendido la información respecto al presente estudio y mis preguntas serán respondidas de manera versátil. Además declaro que he sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos. Estoy de acuerdo en participar en este estudio de investigación.

Fecha: .....

.....

Firma de la gestante