

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**FACTORES OBSTÉTRICOS Y PERINATALES ASOCIADOS AL INICIO TEMPRANO
DE LA LACTANCIA MATERNA. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA.
2019.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

OBSTETRA

PRESENTADA POR:

ANA LUISA MARIMAR SALDAÑA CULQUI

ASESORA:

Dra. Obsta. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES

Cajamarca-Perú

2020

Copyright © 2019 By

Saldaña Culqui, Ana Luisa Marimar

Todos los derechos reservados.

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Mi amada madre, Angela, con amor y respeto, por ser el pilar fundamental de mi vida personal y profesional, ya que ella ha sabido guiarme por el camino del bien, quien con su amor infinito y apoyo incondicional me ha permitido culminar mis estudios y cumplir con una de mis metas.

Mi padre, Luis y hermanos, Saira, Warren y María Elena por el apoyo incondicional que me han sabido brindar, para poder continuar y no darme por vencida.

Mi adorada hija Abigaíl, por ser mi fuente de inspiración y motivación para superarme día a día.

Cada una de las personas que quiero, por brindarme su apoyo en todo momento, para lograr el éxito de cada meta propuesta.

Ana Saldaña.

SE AGRADECE A:

Al omnipotente, por ser mi guía y la fuerza que me impulsa a continuar porque sin su infinito amor y amparo, nada hubiese sido posible en esta vida.

La Universidad Nacional de Cajamarca que me albergó en sus aulas durante mi formación académica brindándome las mejores docentes.

El Hospital Regional Docente de Cajamarca por permitir la ejecución de la investigación.

La Obsta. Ruth Vigo Bardales, por su gran cariño, quien con su asesoramiento, conocimientos y enseñanzas permitió el desarrollo de la presente tesis.

Ana Saldaña.

LISTA DE CONTENIDO:

	Pág.
Dedicatoria	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen	vi
Abstrac	vii
Introducción	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Definición y delimitación del problema	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	5
1.4 Justificación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	7
2.1.1 Antecedentes Mundiales	7
2.1.2 Antecedentes Nacionales	7
2.2 Teorías	10
2.3 Hipótesis	25
2.4 Variables	26
2.5 Definición y operacionalización de variables	27
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1 Diseño y tipo de estudio	28
3.2 Área de estudio	28

3.3 Población	28
3.4 Muestra	28
3.5 Unidad de análisis	29
3.6 Criterios de inclusión y exclusión	30
3.7 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	30
3.8 Procedimiento de recolección de datos.....	31
3.9 Procesamiento y análisis de datos	31
3.10 Validación.....	32
3.11 Consideraciones éticas	32
 CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1 Características sociales y demográficas.....	33
4.2 Factores obstétricos.....	35
4.3 Factores perinatales.....	36
4.4 Inicio de la lactancia materna.....	38
4.5 Factores obstétricos y el inicio de la lactancia.....	39
4.6 Factores perinatales y el inicio de la lactancia materna.....	41
 CAPITULO V: ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	57

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 01: Características demográficas y sociales de las puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019	33
TABLA 02: Factores obstétricos que presentaron las puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.	35
TABLA 03: Factores perinatales que presentaron los recién nacidos de las puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.	36
TABLA 04: Inicio de la lactancia materna, en recién nacidos de las puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca.	38
TABLA 05: Factores obstétricos y el inicio de la lactancia materna, en puérperas hospitalizadas en el hospital regional docente de Cajamarca 2019	39
TABLA 06: Factores perinatales y el inicio de la lactancia materna, en mujeres hospitalizadas en el hospital regional docente de Cajamarca 2019	41

RESUMEN

El estudio corresponde a una investigación prospectiva, descriptiva, correlacional y de corte transversal, cuyo objetivo principal fue determinar la asociación entre los factores obstétricos y perinatales con el inicio temprano de la lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC) en el año 2019. El estudio fue realizado en un total de 149 puérperas, encontrando que se caracterizaron por tener entre 19 a 35 años de edad, procedentes de la zona urbana, con grado de instrucción de nivel primario, amas de casa y convivientes; respecto a los factores obstétricos, el tipo de parto es el único factor que se asocia al inicio temprano de la lactancia materna; mientras que el alojamiento conjunto y el contacto piel a piel, son los factores perinatales asociados a dicha actividad. En conclusión, se llegó a comprobar la hipótesis propuesta, pues se encontró asociación significativa, entre el tipo de parto, alojamiento conjunto y contacto piel a piel con el inicio temprano de la lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, según la prueba estadística de chi cuadrado.

Palabras claves: Inicio de la lactancia materna, factores obstétricos y perinatales.

ABSTRAC

The study corresponds to a prospective, descriptive, correlational and cross-sectional investigation, whose main objective was to determine the association between obstetric and perinatal factors with the early onset of breastfeeding in postpartum women treated at the Regional Teaching Hospital of Cajamarca (HRDC) in the year 2019. The study was carried out in a total of 149 puerperal women between 19 and 35 years old from the urban area, with primary education, housewives and cohabiting; regarding obstetric factors, the type of delivery is the only factor associated with the early onset of breastfeeding; while joint accommodation and skin-to-skin contact, are the perinatal factors associated with such activity. In conclusion, the proposed hypothesis was verified, as a significant association was found between the type of delivery, joint accommodation and skin-to-skin contact with the early onset of breastfeeding in postpartum nurses treated at the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, according the chi square statistical test.

Keywords: Start of breastfeeding, obstetric and perinatal factors

INTRODUCCION

Los neonatos se constituyen en el futuro de una sociedad; de allí que su crecimiento y desarrollo saludable es una de las principales prioridades para la sociedad. Por ello es importante que su nacimiento, asociado a una lactancia temprana, garantice la continuidad del desarrollo neuronal; sin embargo y, pese a los múltiples beneficios de la lactancia materna, muchas veces la población y el personal de salud no prestan la debida atención al inicio temprano de este acto. La Organización Mundial de la Salud, recomienda la ingesta de calostro, como el alimento ideal para el recién nacido, el cual debe ser recibido por el recién nacido durante los primeros 30 minutos de vida, aportando a la disminución de la morbilidad neonatal (2)

El inicio de la lactancia materna, dentro de la primera hora de vida, se revela como muy importante tanto para la madre como para el niño, ya que durante este tiempo el neonato tiene el reflejo de succión más despierto, ayudando a la continuidad de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida; incluso manteniendo su beneficio hasta los 2 años y; protegiéndolo contra la diarrea y las enfermedades comunes de la infancia; así mismo por sus efectos a largo plazo para la salud del niño, como la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia. (2,3)

Tomando en cuenta el insuficiente conocimiento de la población sobre los beneficios que el inicio temprano de la lactancia materna brinda y; valorando que este inicio es fundamental para una continuidad exitosa de la lactancia, es fundamental conocer los factores que pueden contribuir o dificultar este acto; es por ello que el presente estudio buscó identificar los factores obstétricos y perinatales que impiden el inicio de la lactancia, y si estos se pueden evitar con un buen control pre natal, además de potenciar el conocimiento acerca del inicio de la lactancia, la importancia del alojamiento conjunto y el contacto piel a piel, ya que estos factores pueden contribuir al inicio de la lactancia materna exitosa.

La investigación se realizó durante el puerperio inmediato de las parturientas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo comprendido entre los meses de mayo a julio del año 2019.

El desarrollo del estudio consta de cinco capítulos, los cuales se describen a continuación.

CAPITULO I: Formulación del problema, objetivos, justificación de la presente investigación.

CAPITULO II: comprende los antecedentes tanto mundiales como nacionales, además de la teoría, hipótesis y variables de la investigación.

CAPITULO III: comprende el diseño metodológico de la investigación.

CAPITULO IV: comprende el análisis y respectiva discusión de los resultados obtenidos.

Concluyendo, que los factores obstétricos y perinatales se asocian significativamente al inicio temprano de la lactancia materna.

La autora.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Definición y delimitación del problema

La lactancia materna, durante la primera hora de vida, reduce el riesgo de enfermedades y muerte neonatal. Aun así, millones de neonatos pierden estos beneficios, pues, tres de cada cinco, no toman leche materna al nacer, principalmente en los países pobres y en vías de desarrollo. En un informe realizado por las Naciones Unidas, que analizó a 130 000 recién nacidos, mostró que aquellos que tomaron el pecho entre dos y 23 horas después del nacimiento tenían un 33% más de posibilidades de morir, comparado con los que comenzaron la lactancia en la primera hora de vida. Para los que comenzaron un día o más después del nacimiento, el peligro aumentó a más del doble (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la ingesta del calostro, como alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe empezar en la primera hora de vida y, de ser posible, en los primeros 30 minutos, dado que este es el momento en que el recién nacido tiene el reflejo de succión más activo, y busca el pecho de su madre de una manera instintiva. Este hecho puede ser determinante a la hora de iniciar e instalarse la lactancia materna de manera satisfactoria y prolongada (1,2).

Son múltiples los factores asociados al inicio temprano de la lactancia materna; entre ellos se puede destacar a los factores obstétricos como el tipo de parto, pues la cesárea retrasa el inicio temprano de la lactancia materna; mientras que el parto vaginal, la favorece. Estos y otros factores obstétricos, asociados a factores perinatales como la edad gestacional, el contacto precoz y alojamiento conjunto, pueden contribuir de manera positiva o negativa al inicio de la lactancia.

Es así que los beneficios de la lactancia materna, en especial durante la primera hora de vida para el lactante, aportan a la disminución de morbimortalidad, ya que la leche materna contiene nutrientes y anticuerpos esenciales que lo protegen, mejoran el desarrollo motor e intelectual, ayudan a la adaptación extrauterina y fortalecen el vínculo afectivo madre- hijo. Un estudio, realizado en Ghana, demuestra que amamantar a los recién nacidos durante la primera hora de nacimiento puede prevenir el 22% de las

muerdes neonatales (3). Por otro lado, los beneficios también son para la madre, ya que al amamantar hay aumento de la liberación de oxitocina, contribuyendo a la involución uterina rápida y completa, disminuyendo el sangrado posparto (4,5).

Cabe resaltar que, en el año 2013 en el Perú, hubo 320 mil niños que no reciben lactancia materna antes de la primera hora después del nacimiento, aumentando la incidencia de muerte neonatal. Este problema se torna alarmante, pues la reducción de la práctica de la lactancia materna exclusiva, desde los primeros minutos de vida, en Lima Metropolitana y en las ciudades de la costa, va siendo reemplazada por fórmulas de leche artificial (6).

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2018), señala deficiencias en la práctica de lactancia materna exclusiva, ya que el 49,7% de niñas y niños empezaron a lactar dentro de la primera hora del nacimiento, encontrando diferencia según área urbana (43,4%) y rural (68,7%). El área rural tiene mayores porcentajes de iniciación de la lactancia en la primera hora (68,7%) y durante el primer día de nacido (95,2%) (4).

La realidad observada a través de la práctica profesional diaria en el Hospital Regional Docente de Cajamarca permite identificar que, al escaso conocimiento de las puérperas sobre la importancia del inicio temprano de la lactancia materna, se suman los factores perinatales como por ejemplo la prematuridad y; complicaciones obstétricas que pueden conllevar a un parto abdominal; imposibilitando el alojamiento conjunto y el contacto piel a piel, asociándose al inicio de la lactancia materna después de la primera hora de vida.

Por lo anteriormente expuesto y tomando en cuenta que no se han identificado estudios de este tipo a nivel regional, se ha realizado la presente investigación con el fin de identificar los factores obstétricos y perinatales asociados al inicio temprano de la lactancia materna, en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2019 y así fomentar la lactancia materna durante la primera hora de vida, para instalar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre los factores obstétricos y perinatales con el inicio temprano de la lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2019?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la asociación entre los factores obstétricos y perinatales con el inicio temprano de la lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2019.

1.3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar socio-demográficamente a las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- ✓ Identificar los factores obstétricos, que se asocian al inicio temprano de la lactancia materna.
- ✓ Identificar los factores perinatales, asociados al inicio temprano de la lactancia materna.

1.4 Justificación

El inicio de la lactancia en la primera hora de vida, reduce el riesgo de enfermedades y muerte neonatal, ya que, la leche materna, provee los nutrientes y micronutrientes necesarios para el recién nacido, así como de elementos autoinmunes que lo protegen de infecciones y otras enfermedades; además, es considerado como un purgante natural ya que limpia el sistema digestivo del recién nacido, ayudando a eliminar el meconio. (7)

El deficiente conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna en las primeras horas de vida del neonato es un problema que ha ido aumentando con el pasar de los años, y que contribuye con la disminución de lactancia materna y el incremento del uso de leche artificial, incluso desde la primera hora de vida; situación asociada, probablemente, a diversos factores como la edad de la madre, el grado de instrucción, complicaciones maternas y neonatales, etc. (8)

A pesar que la lactancia materna es un acto natural importante en la vida del neonato, requiere de apoyo educativo, especialmente para las madres primerizas, quienes necesitan ser orientadas para iniciar y mantener las prácticas de lactancia materna exclusiva; de lo contrario pueden surgir factores que faciliten su abandono.

Por ello, es tan importante orientar a las gestantes con respecto a la importancia de la lactancia materna temprana, desde el momento del contacto piel a piel, puesto que este

acto favorece la disminución de la morbilidad neonatal; además, evita desde la primera hora de vida, el uso mamaderas, chupetes y accesorios, disminuyendo el gasto económico excesivo para la familia por concepto de costo de leche de vaca o fórmula; de otro lado previene enfermedades y su tratamiento, gastos hospitalarios excesivos, entre otros. (9, 10)

Asimismo, el estudio realizado, pretende sensibilizar al personal de salud desde su formación, acerca de la importancia del inicio temprano de la lactancia materna, con el fin de que éste, oriente y concientice a las gestantes acerca de la importancia y los beneficios que brinda la lactancia materna temprana, tanto para el neonato, como para la madre, recalcando los factores que pueden facilitarla, como el contacto piel a piel y el alojamiento conjunto; puesto que todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. (9, 10)

Es por ello que, el presente estudio tuvo como finalidad identificar aquellos factores obstétricos y perinatales que se asocian al inicio temprano de la lactancia materna, a fin de buscar soluciones, como la realización de campañas que aporten a la concientización de las gestantes acerca de la importancia del inicio de la lactancia, elaborar registros que monitoricen un adecuado contacto piel a piel, un control prenatal de calidad, para evitar complicaciones que impidan el inicio temprano de la lactancia, como partos prematuros, preclamsia con signos de severidad, etc, evaluar la posibilidad de crear protocolos para lograr el contacto piel a piel en partos por cesárea, siempre y cuando no exista riesgo para la madre ni el neonato. Las soluciones deberán darse de acuerdo a las necesidades de la madre o del neonato; asimismo potenciando los factores que se asocian de manera positiva a la lactancia, e iniciar la lactancia materna, incluso dentro de los primeros 30 minutos. (1)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Mundiales

Otal S. y cols (España, 2012), en su estudio relacionado al contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea, tuvieron como objetivo, conocer si el contacto piel con piel en los nacimientos por cesáreas apoya la instauración de una favorable lactancia materna. Su estudio de tipo observacional y retrospectivo, realizado en una muestra de 241 mujeres. Los resultados arrojaron que las variables predictoras como contacto precoz, edad materna y edad gestacional son las que muestran una significación estadística ($p < 0,05$) respecto a la variable resultado. Concluyeron que los datos obtenidos confirman que la lactancia materna está relacionada con el contacto precoz entre el recién nacido y la madre. La probabilidad de que tras establecer este contacto precoz se dé lactancia materna es 2,336 veces mayor que si no se hace (11).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Quispecondori J. y Rivas R. (Perú, 2012), en su trabajo de investigación, de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, evaluó los factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en púerperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012. Entrevistó a 151 púerperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal, encontrando los siguientes resultados: el 49,9% fueron madres entre 19-25 años; 72,2%, con instrucción secundaria, unión estable (64,9%), proceden de la región costa (59,6%) y como ocupación de ama de casa (76,2%). Hubo una menor proporción de inicio de la lactancia materna precoz en mujeres mayores de treinta y cinco años, solo un 7,7% han brindado lactancia materna precoz ($p = 0,022$), la procedencia de la región Selva, hay una menor proporción que inician la lactancia materna precoz (7,7%) ($p = 0,022$). Con respecto a los programas de preparación para el parto se asocia significativamente con el inicio de lactancia materna precoz ($p = 0,004$). La estadía en centro obstétrico, está asociado significativamente con el inicio de la lactancia materna precoz ($p = 0,007$) (12).

Salsavilca E. y Valles S. (Perú, 2016), realizaron una investigación, que tuvo como finalidad identificar los factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva del recién nacido sano. Dicho trabajo fue una revisión sistemática, observacional y retrospectiva, que eligió a 15 artículos de texto completo, reportando que el 20% corresponde a Brasil y Chile; el 13%, a Inglaterra y España; un 6,6% a Colombia, México, Estados Unidos, Australia y Arabia Saudita respectivamente. Los resultados muestran que, de los artículos revisados, el 53% señala a la cesárea como principal factor para retrasar el inicio de la lactancia. Concluyó que la cesárea constituyó el principal factor negativo para el inicio de la lactancia; y que el contacto piel a piel, alojamiento conjunto y la orientación sanitaria a la madre son factores positivos para el inicio y la duración de la lactancia (13).

Delgado M. e Inca L. (Perú, 2015), realizaron un estudio, cuyo fin fue demostrar en efecto que tiene el contacto precoz piel a piel, sobre los dos procesos importantes de adaptación para el recién nacido, la lactancia materna y la termorregulación. Dicha investigación fue cuasi experimental, y tuvo dos grupos conformados por 30 recién nacidos a término y sanos; el primer grupo recibió contacto precoz piel a piel y, el segundo no lo recibió. Se obtuvo como resultado, que el 100% de los recién nacidos que recibieron contacto precoz piel a piel iniciaron lactancia materna, sin importar el tiempo de contacto, siendo el contacto logrado de 30 a 44 minutos de duración. Se encontraron diferencias altamente significativas entre ambos grupos en cuanto al inicio de la lactancia materna. Concluyendo que el contacto precoz piel a piel influye significativamente con el inicio de la lactancia materna (14).

Alcántara C. y cols, (Perú, 2017), realizaron una investigación de tipo cuantitativa, cuyo objetivo fue, determinar las características del contacto piel a piel y el inicio precoz de la lactancia materna del recién nacido a término en Sala de Partos del Hospital San Bartolomé. Los resultados de este estudio podrán fortalecer y mejorar las características de inadecuadas a adecuadas del contacto piel a piel en el recién nacido a término contribuyendo al inicio precoz de la lactancia materna en la sala de partos del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, mejorando la nutrición neonatal e infantil disminuyendo así las tasas de morbimortalidad (15).

Morales D. y Quispe Y. (Perú, 2016), su trabajo de investigación fue, de tipo, observacional, transversal, el cual tuvo como finalidad establecer la relación del alojamiento conjunto con el inicio de la lactancia materna exclusiva. Los resultados fueron, el 68,5% de púerperas inmediatas atendidas en el Hospital II EsSalud Ayacucho, tuvieron alojamiento conjunto tardío, el 31,5% alojamiento conjunto temprano; en cuanto a lactancia materna el 62% tuvieron inicio de la lactancia materna tardía y el 38% lactancia materna temprano. El inicio de la lactancia materna está relacionada con el alojamiento conjunto ($p < 0,05$). Los factores asociados ($p < 0,05$) al alojamiento conjunto e inicio de la lactancia materna son: tipo de parto, complicaciones del parto, tipo de lactancia materna y la procedencia (16).

Huamán C. (Perú, 2018), en su trabajo, de tipo, observacional, analítico, retrospectivo y transversal, el cual tuvo como fin, analizar los factores asociados al inicio de la lactancia materna precoz. Los resultados obtenidos respecto a los factores socioculturales, encontraron asociación entre la ocupación “estudiante” ($p = 0.003$, $OR = 3.61$), y el inicio de la lactancia materna. Para los resultados institucionales, se encontró asociación entre el recibir información sobre la lactancia materna en la atención prenatal ($p = 0.024$, $OR = 1.59$), la demora en traer al recién nacido, entre 10 a 25 minutos ($p = 0.000$, $OR = 12.11$) y entre 26-45 minutos ($p = 0.000$, $OR = 8.36$), el creer que hay un ambiente favorable para lactancia materna ($p = 0.021$, $OR = 1.82$) y el inicio de la lactancia materna. No se encontró asociación entre el factor obstétrico y el inicio de la lactancia materna. No se encontró asociación entre el factor neonatal y el inicio de la lactancia materna precoz (17).

Ico D. y Luna K. (Perú, 2018), En la revisión, cuyo objetivo fue, sistematizar la evidencia sobre la eficacia del contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto para favorecer la lactancia materna exclusiva., el diseño metodológico fue, cuantitativo de diseño sistemático, metanálisis, prospectivo y transversal. Los resultados obtenidos de las evidencias revisadas encontramos que el 100% afirman que el Contacto piel con piel (CPP) durante el parto es efectivo para favorecer la lactancia materna exclusiva en el recién nacido. El 50% coinciden en que el CPP inmediato es favorable para un inicio exitoso de la lactancia materna exclusiva. El 30% indican que el CPP favorece la continuidad de la lactancia materna, en comparación con los recién nacidos que no fueron puestos en contacto con sus madres. Y el 20%

indican el CPP porque demuestran un inicio precoz y exitoso de la lactancia materna exclusiva y se asocia significativamente con un incremento de las posibilidades de continuarla hasta los 4 y 6 meses posparto (18).

Cabrera V. (Perú, 2019), realizó la investigación de tipo correlacional, prospectivo de corte transversal y no experimental, que buscó identificar la influencia del contacto precoz piel a piel sobre el inicio temprano de la lactancia materna. Se obtuvieron los siguientes resultados, el 39,79% tuvo una edad entre 25 a 29 años, 62,32%, fueron convivientes, 43,31%; secundaria completa, el 51,41% era dependientes; un 59,51% de las púerperas reportó ser primípara al momento del estudio; el 98,59% tuvieron parto vaginal, mientras que el 1,41%, fue por cesárea; 98,24% reportó que si tuvo un contacto piel a piel y un 1,76% mencionó que no; el 99,64% de mujeres con parto vaginal y el 1000% de cesareadas vivenciaron el contacto precoz piel a piel; el 98.59% (n=275) inició la lactancia materna inmediatamente después del parto (19).

2.2 Teorías

2.2.1 Lactancia materna

La lactancia materna es la forma natural y económica de alimentación del ser humano que proporciona al recién nacido, el alimento ideal para su adaptación, crecimiento y desarrollo, además de ejercer una influencia biológica y afectiva inigualable, tanto en el binomio madre-niño. La OMS recomienda el inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida, así el niño recibirá la primera leche, llamada, calostro, siendo este el alimento perfecto para el recién nacido. Se aconseja la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Asimismo, sugiere que a partir de los 6 meses, la lactancia materna debe mantenerse introducirse la alimentación complementaria en forma progresiva, manteniéndose al menos durante los dos primeros años de vida (6.8).

El amamantar permite tener al niño un contacto físico estrecho, este acontecimiento inicia el vínculo y apego hacia la madre, haciendo una experiencia satisfactoria para la mayoría de madres en todos los aspectos e incluso tienen sentimientos de pérdida cuando finaliza, esto favorece que el niño pueda asegurar un futuro de independencia debido a que incrementaremos su autoestima y seguridad ya que, cuando están en brazos de los padres se sentirán seguros y protegidos, apoyando y favoreciendo su desarrollo(20).

2.2.1.1 Inicio temprano de la lactancia materna

El suministro de leche materna al recién nacido dentro de la primera hora de vida se conoce como "inicio temprano de la lactancia materna"; de esta manera el neonato recibirá el calostro ("primera leche"), rico en factores protectores.

Estudios recientes indican que el contacto directo de la piel de la madre con la del niño inmediatamente después del nacimiento contribuye al inicio de 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 que son puestos en contacto directo con la piel de su madre también parecen interactuar más con ellas y llorar menos (21).

2.2.1.2 Importancia del inicio temprano de la lactancia materna

El inicio de la lactancia materna es determinante, puesto que los recién nacidos que reciben lactancia materna dentro de la primera hora post parto, tienen mayor probabilidad de sobrevivir. Ciertamente cuanto más tarden los recién nacidos en lactar por primera vez, mayor es el riesgo de morir.

Un meta análisis realizado recientemente, que abarca 5 estudios, efectuados en 4 países, el cual incluye a más de 130 000 recién nacidos, aquellos neonatos que recibieron su primer amamantamiento entre las 2 y 23 horas, el riesgo de morir fue más del 33%, con respecto a los que habían sido amamantados dentro de la primera hora de vida, los recién nacidos que recibieron por primera vez leche materna después de las 24 horas, el riesgo fue superior al doble.

Los neonatos que no reciben leche materna dentro de la primera hora de vida, tiene mayor riesgo de presentar infecciones comunes. Un estudio realizado en Tanzania, en el que fueron parte más de 4000 niños, la demora del inicio de la lactancia materna, se asoció a un riesgo mayor de presentar tos, y un 50% más de presentar dificultades respiratorias, durante los 6 primeros meses de vida. En comparación a los recién nacidos que tuvieron un inicio temprano de la lactancia materna.

El reflejo de succión, es el que permite al recién nacido alimentarse con leche materna, inmediatamente después del parto. Este acto exige de contacto piel a piel entre la madre

y su niño, y esta cercanía, proporciona beneficios a corto y largo plazo, como la termorregulación del recién nacido, por otro lado incorpora al organismo del neonato bacterias benéficas provenientes de la madre, esto los protege de enfermedades infecciosas, y contribuye a la formación de su sistema inmunológico.

La leche materna consumida por los recién nacidos, se conoce como calostro, y es extremadamente rica en nutrientes y anticuerpos, ésta actúa como primera “vacuna”, suministrándoles un escudo protector contra las enfermedades y la muerte.

Se ha demostrado que el contacto piel a piel inmediatamente después del parto y hasta después que el bebé lacte por primera vez incrementa la probabilidad de que este siga lactando durante los primeros meses de vida, contribuyendo a la continuidad de la lactancia materna.

El inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida no es fácil; es por ello que, las madres requieren apoyo y una orientación adecuada sobre la posición que deben adoptar y la manera de hacer que sus bebés se alimenten. Brindar este apoyo en los momentos subsiguientes al parto, es crucial, no sólo para el inicio de la lactancia sino también para su continuidad satisfactoria. A pesar de que una minoría de mujeres no puedan dar de lactar, por razones médicas, la mayoría de al recién nacido y a la madre una atención apropiada en los momentos posteriores al parto es decisivo no solo para que la lactancia materna se inicie, sino también para que continúe satisfactoriamente (22).

En la siguiente imagen se puede observar el aumento de riesgo de morbilidad neonatal, con el paso de las horas:



2.2.1.3 Cambios en la composición de la leche materna durante el periodo de lactancia

La leche materna varía según cada mujer en su contenido nutricional, e incluso hay variaciones según la etapa de la lactancia y la hora del día.

El calostro: leche que está presente en los primeros cinco a siete días post-parto, y se caracteriza por una mayor cantidad de proteínas, vitaminas e inmunoglobulinas. Es una secreción amarillenta debido a su alto contenido de beta carotenos. Una buena parte de las proteínas presentes en el calostro son: inmunoglobulinas, lactoferrina, factor de crecimiento lactobacilos bífidus, etc. que forman parte de los aspectos inmunológicos de

la leche humana. Su volumen puede variar entre 2 y 20 ml por toma en los tres primeros días hasta 580 mL para el sexto día.

Leche Madura: A partir de los 15 días y puede continuar por más de 15 meses, sin reporte de pérdida de sus propiedades nutritivas. Se produce en promedio 750 mL/d pero puede llegar hasta 1200 mL/d o incluso más cuando se amamanta a más de un hijo (8).

2.2.1.3.1 Calostro

Es un fluido espeso y amarillento debido al beta caroteno propio de este, este fluido es secretado por la mama durante la primera semana después del parto. Las madres que anteriormente han amamantado suelen tener más calostro. El volumen puede variar entre 2 y 20 ml por toma, alcanzando inclusive hasta 580 ml al sexto día. El contenido de cenizas es alto, y las concentraciones de sodio, potasio, y cloro son superiores a las de la leche madura. Las proteínas, vitaminas liposolubles y minerales son también más abundantes que en la leche de transición o madura (23).

En las siguientes tablas, se puede observar los componentes nutritivos del calostro:

Proteínas en el calostro y en la leche madura
(por litro)

<u>Componente</u>	unidades	Calostro 1 a 5 días	Leche madura > 30 días
Proteínas totales	g	23	9-10,5
Caseína	mg	1400	1870
Alfa lactalbúmina	mg	2180	1610
Lactoferrina	mg	3300	1670
IgA	mg	3640	1420

CALOSTRO DÍAS DESPUÉS DEL PARTO

(Saint L., Smith M, Hartmann PE.:Br J Nutr 58:87, 1984)

Componente	1	2	3	4
Volumen	50	190	400	625
Lactosa	20	25	31	32
Lípidos	12	15	20	25
Proteínas	32	17	12	11

a. Calostro durante la primera hora

- La leche materna consumida por los recién nacidos, se conoce como calostro, y es extremadamente rica en nutrientes y anticuerpos, ésta actúa como primera “vacuna”, suministrándoles un escudo protector contra las enfermedades y la muerte.
- El calostro actúa como un laxante natural, puesto que ayuda al recién nacido a defecar, expulsando así el meconio, el cual es negro y pegajoso, debido a que está compuesto de líquido amniótico y mucosidades las cuales ingirió dentro del útero.
- El 70% del calostro son glóbulos blancos, ya que el recién nacido necesita mayor protección, tras salir del útero.
- El calostro tiene en su compuesto la inmunoglobulina A IgA, la cual recubrirá el intestino inmaduro y permeable del recién nacido. Esto reduce el riesgo de presentar molestias abdominales y diarreas, también bloquea el paso de sustancias dañinas al torrente sanguíneo (2,24).

b. Funciones del calostro

- Tiene bajos niveles de grasas y lactosa, es rico en inmunoglobulinas, lo cual genera una barrera de protección contra las bacterias y virus que se encuentran en el canal de parto y a los que se pueda exponer el recién nacido por otros tipos de contacto humano, la inmunoglobulina que se encuentra en mayor concentración es IgA secretoria, además Inhibe la formación de IgE, que es el principal elemento para las reacciones alérgicas.
- Facilita el establecimiento de la flora bacteriana intestinal, ya que tiene un factor de crecimiento esencial para la reproducción del *Lactobacillus bifidus*, siendo así el

primer medio de cultivo en la luz intestinal estéril del recién nacido, lo cual va a facilitar la expulsión del meconio y es una barrera ante infecciones (23).

- Los antioxidantes y las quinonas que aporta son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
- Las inmunoglobulinas que contiene cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.
- El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su trípico funcional, succión-deglución-respiración.
- Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.
- Los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad (concentración de sólidos) son adecuados a su madurez.
- Inhibe la formación de IgE, que es la principal inmunoglobulina implicada en las reacciones alérgicas (23).

c. Leucocitos del calostro

En el calostro hay millones de leucocitos por milímetro cúbico durante las dos primeras horas post parto, este número va disminuyendo gradualmente con el transcurso de las siguientes semanas. Los leucocitos del calostro pasan al intestino del niño. Para ahí fabricar IgA, pues no perecen con la digestión. Las inmunoglobulinas o anticuerpos que la madre formó como respuesta a las enfermedades a lo largo de su vida, pasan al bebé a través del calostro. Sin embargo esta inmunidad no es permanente, ya que lo protegen hasta que el sistema inmunitario del bebé comienza a madurar, hacia los tres años (23).

d. Proteínas del calostro

El calostro concentra mayor cantidad de proteínas que la leche madura, provocando un aumento de presión osmótica y retención de agua en el recién nacido, evitando de esta manera que este pierda peso. La lactoferrina y la transferrina se encargan de atrapar y camuflar átomos de hierro impidiendo que las bacterias patógenas se proliferen con ayuda de ellas. Es así que el calostro cumple con las necesidades y reservas del recién nacido ya que es rico en proteínas y escaso en grasa, su poca producción permite al recién nacido que succione degluta y respire organizadamente ayudando también a que

los riñones inmaduros del recién nacido funcionen y no manejen grandes volúmenes, si no que puedan funcionar con la cantidad y osmolaridad adecuada (23).

e. Vitamina B12 y vitamina B9

Se encuentran combinadas con una proteína, de esta manera impiden que las bacterias proliferen, pues estas precisan ambas vitaminas para que puedan desarrollarse (23).

Vitamina hidrosoluble del grupo B se excreta de modo activo en la leche materna primando sobre las necesidades maternas de folato y pudiendo llegar a provocar déficit materno. La lactancia materna exclusiva asegura las necesidades de ácido fólico del lactante. La concentración es mayor en leche madura (85 microgramos/L) que en calostro y que en leche de madre de prematuro. La administración a la madre lactante aumenta poco la concentración habitual de folato en la leche materna. Las necesidades de ácido fólico están incrementadas durante el embarazo y la lactancia (500-600 microgramos/día) No se han observado efectos perjudiciales por tomar ácido fólico durante la lactancia. El exceso de ácido fólico se elimina diariamente por el riñón. No se precisan suplementos si la dieta y el estado nutricional es adecuada (24).

f. Otras vitaminas

El recién nacido tiene una reserva mineral y vitamínica, según la dieta de la madre durante la gestación. El calostro es rico en vitaminas liposolubles (E, A) Al tercer día el nivel de Vit. A puede ser el triple que en la leche madura, esta vitamina protege y previene de la afectación ocular. Y el de Vit. E dos o tres veces mayor que en la leche madura. Los niveles de vit. C, hierro y aminoácidos, son los adecuados y superiores a los de la madre. (23)

g. Calostro para prematuros

El calostro prematuro tiene mayor concentración de IgA, lisozima, lactoferrina, macrófagos, linfocitos y neutrófilos. Por ello el calostro les brinda una mayor protección a los recién nacidos prematuros. La leche de la madre del bebé pretérmino tiene un alto contenido de Nitrógeno, un 20 % más a la leche de una madre con bebé a término, aunque los aminoácidos son similares. Contiene más colesterol, fosfolípidos y ácidos

grasos insaturados de cadena larga. Incluso los bebés de 1300-1400 gramos pueden mamar con éxito, si el personal de salud está preparado para ello (23).

2.2.1.4 Importancia de la lactancia Materna

La lactancia materna es sumamente importante para los niños y niñas, pues favorece el desarrollo inmunológico, el crecimiento físico, el comportamiento afectivo y emocional. Sin embargo, más allá de estas ventajas, mientras un niño toma pecho no sólo satisface su sed y su hambre, sino que, al mismo tiempo, establece el vínculo y apego con su madre (2).

2.2.1.5 Beneficios de la lactancia materna para el recién nacido

a. Beneficios emocionales

- La lactancia materna favorece la creación del vínculo entre la madre y su hijo.
- El recién nacido se siente seguro al tener contacto físico con su madre al momento de lactar (9).

b. Beneficios nutricionales y del crecimiento

- La leche materna es el alimento perfecto para los recién nacidos, debido a que es un alimento completo, ya que contiene vitaminas, proteínas, inmunoglobulinas.
- La leche materna tiene la composición ideal para el bebé, ya que aporta la cantidad ideal de agua, azúcares, grasa y proteínas que el bebé precisa para un crecimiento y desarrollo óptimo, desde el nacimiento aportando los nutrientes necesarios para su adaptación. Evita, también, una ganancia excesiva de peso por lo que previene la obesidad en edades posteriores. Se ha identificado una proteína (adiponectina) en la leche materna que parece proteger de la obesidad, la diabetes y afecciones arteriales coronarias.
- La digestión de la leche materna es mejor que la de las leches artificiales.
- Los lactantes prematuros se desarrollan mejor cuando reciben leche materna que cuando reciben leche artificial.

- En algunos estudios proponen que los niños amamantados tienen un mayor desarrollo cerebral y mayor inteligencia que los que son alimentados con leche artificial (2).

c. Beneficios relacionados con la inmunidad

- Muchos estudios proponen que los bebés amamantados con leche materna pueden desarrollar menor incidencia de enfermedades crónicas como diabetes, celiaquía, enfermedad inflamatoria intestinal y asma (2).

d. Beneficios odontológicos

- La lactancia contribuye a que los músculos faciales y huesos maxilares del bebé se desarrollen de manera correcta. Cuando erupcionan los dientes de leche o dentadura primaria, los músculos de la cara, lengua y la forma de los maxilares fundamentales en la posición de los dientes permanentes, aunque éstos aparecerán en la boca varios años más tarde.
- Los bebés que usan biberón tienen mayor riesgo de tener caries, lo cual se evita al amamantar al bebé con leche materna, ya que las caries se producen por contacto prolongado de los dientes del bebé con los líquidos del biberón: leche o zumos (2).

2.2.1.6 Beneficios para la madre

a. Beneficios emocionales

- Las madres que amamantan desarrollan una mayor confianza en sí mismas, y generan un vínculo afectivo más fuerte con sus bebés.
- Las madres que amamantan requieren tiempo de tranquilidad dedicado a ellas mismas y a sus bebés (2).

b. Beneficios físicos

- Después del parto, durante las dos primeras horas, la succión del pecho que realiza el recién nacido, produce liberación de oxitocina en el cuerpo de la madre, esta hormona, produce la contracción uterina, facilitando el cierre de los capilares rotos, por el desprendimiento de la placenta, esto ayuda a la involución uterina,

también contribuye a la disminución de las hemorragias que pueda presentar la mujer post parto (2).

- La madre que amamanta retrasa el comienzo ciclos menstruales, deteniendo la proliferación de los óvulos, debido a que cada succión libera prolactina y esta va aumentando, la producción de leche, al tener una lactancia materna exclusiva, la prolactina aumenta, esto produce una inhibición de estrógenos y progesterona, lo cual va impedir que haya menstruación (2).
- La madre que amamanta disminuye el riesgo de presentar cáncer de mama y puede disminuir el riesgo de cáncer de ovario (2).
- El amamantar contribuye a la pérdida de peso y recuperación de la silueta, puesto que producir la leche demanda un gasto energético, para el cual la madre ha ido preparando su organismo durante la gestación, estas reservas ganadas se irán consumiendo a lo largo de los meses que se mantenga la lactancia, hasta recuperar el peso pregestacional. Ésta pérdida de peso es de manera lenta y gradual, se evidencia a partir de los 3 meses y es localizada preferentemente en las caderas y cintura. Realizar el destete de manera gradual, nunca de manera brusca, facilita que los pechos se mantengan firmes. (2)

c. Otros grandes beneficios

La leche materna siempre está lista. Se encuentra en el mejor envase, ya que no hay necesidad de esterilizarlo y mantiene a la leche limpia y en la mejores condiciones, y a la temperatura ideal, tiene la mejor tetina, debido a que es la más adaptable, su consistencia es ideal, no se rompe, y el bebé al succionar no se llena de aire como es en el caso del biberón. Además, tiene la composición ideal para cada momento del día, desde el primer momento que el bebé inicia su succión, la composición de la leche va variando según la hora del día, la edad del bebé e incluso la estación del año (9).

d. Beneficios económicos

Amamantar ahorra tiempo y dinero, ya que la madre no va a comprar la leche artificial, ahorrándose dinero. Además, no tiene que preparar la leche, ni calentarla, por otro lado no hay la necesidad de lavar y esterilizar los biberones ni tetina (9).

e. Beneficios sociales

- Debido a su composición alto en inmunoglobulinas, la leche materna protege a los lactantes de contraer enfermedades, en su mayoría gastrointestinales y respiratorias, lo cual genera una disminución en el gasto sanitario ya que, realizan menos consultas al pediatra, requieren menos uso de medicamentos y menos hospitalizaciones.
- Las madres que amamantan, faltan menos al trabajo debido a que sus bebés se enferman menos, beneficiando así a las empresas donde ellas trabajan sin afectar su productividad.
- La lactancia materna contribuye con el medio ambiente, debido a que se producen menos desperdicios de plástico y basura generados por los envases de la leche artificial (9).

2.2.2 Factores obstétricos

2.2.2.1 Tipos de parto

a. Parto por vía vaginal

El parto por vía vaginal es la expulsión del feto y los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas), desde la cavidad uterina al exterior a través del canal del parto (26).

1. Parto eutócico

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer culmina su embarazo a término, entre las 37 y las 42 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación. Su inicio es espontáneo, y se desarrolla de manera progresiva, hasta finalizar sin ninguna complicación, culmina la expulsión del feto y los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas), desde la cavidad uterina al exterior y que no necesita ningún tipo de intervención, tan solo el apoyo integral y respetuoso del personal de salud. Encontrados madre y feto en aptas condiciones al terminar este proceso (26).

2. Parto distócico

Se puede definir la distocia como la consecuencia de varias anomalías que pueden presentarse en forma aislada o en combinación de tal manera que aquellas situaciones de estados fetales o maternos no satisfactorios o de eventos potencialmente adquiridos durante el trabajo de parto no permite la culminación de un parto exitoso. Las distocias pueden ser debidas a varias causas, entre las que se encuentran (27,28):

- **Inducción y Acentuación**

La inducción es la estimulación de las contracciones antes de que se desencadene espontáneamente el trabajo de parto, con o sin rotura de membranas. Cuando el cuello uterino no tiene ningún cambio, es decir, está cerrado y sin borramiento, la inducción del trabajo de parto, en la mayoría de casos inicia con la maduración cervical, este proceso requiere el uso de prostaglandinas, lo cual hará que el cuello se reblandezca e inicie la dilatación.

La acentuación se refiere a la intensificación de las contracciones espontáneas que se consideran inadecuadas, ya que no habrá dilatación cervical y descenso fetal adecuados con respecto al tiempo de trabajo de parto (29).

- **Circular de cordón**

El cordón umbilical se encarga de transportar la sangre desde la placenta hasta el organismo del bebé y devolverla hacia el espacio intervelloso, por lo tanto todas las anomalías de circulación, afecta la oxigenación del feto.

El circular del cordón es el más frecuente, de los accidentes de cordón, pero su patogénesis no es muy clara. A pesar de que los movimientos fetales son circulares y excesivos movimientos del feto, acompañado de un cordón largo, esto no explica porque en algunos fetos se da el circular de cordón y en otros no (30).

b. Cesárea

Es la intervención quirúrgica que tiene como finalidad extraer al feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal, debido a una distocia de presentación, sufrimiento fetal, es decir este procedimiento debería realizarse, sólo cuando la vida de la madre o del bebé están en peligro (31, 32).

2.2.3 Factores perinatales

Son características que pueden influenciar favorable o desfavorablemente en la depresión al recién nacido lo cual tenemos: circular de cordón, edad gestacional al nacer, peso al nacer, contacto precoz y alojamiento conjunto (32).

a. Contacto piel a piel

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2015) y la Atención Integral de salud neonatal define al contacto precoz piel a piel (CPP) como un procedimiento que se realiza inmediatamente después de producirse la expulsión del recién nacido, se coloca al recién nacido, sobre el pecho de la madre, ambos totalmente desnudos, éste debe hacerse durante 45 a 60 minutos, siempre y cuando las condiciones maternas y del recién nacido sean óptimas. Gracias al tiempo del contacto piel a piel se produce el apego y se fortalece el vínculo madre-hijo, también contribuye al inicio de la lactancia materna temprana, su instalación, y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia exclusiva entre el primer y cuarto mes, así como la duración total de la lactancia (33, 34).

1. Forma correcta de realizar el contacto piel a piel

La manera correcta de realizarlo según la Norma Técnica es inmediatamente después del nacimiento, se coloca al recién nacido desnudo sobre el pecho materno en la forma de decúbito ventral, por el personal que atendió el parto, cabe resaltar que entre la madre y el recién nacido no debe haber ropa de ninguna clase. Se puede cubrir la cabeza del recién nacido con un gorro, para prevenir de esta manera la pérdida de calor, ya que ésta pérdida puede conllevar a un riesgo de hipoglucemia, aumentar el gasto de la termorregulación y posible aparición de distres respiratorio. Es recomendable no secar las manos del bebé, esto le ayudara a raptar hacia el seno de su madre, y dar inicio a la lactancia materna (33).

2. Limitaciones del contacto piel a piel en cesárea

La cesárea con indicación médica tiene como finalidad reducir la morbimortalidad materna, neonatal y perinatal. Actualmente, en muchos países se practica este procedimiento quirúrgico sin algún fin médico como por ejemplo pedido directo de la gestante de parto sin dolor, remuneración beneficiosa para personal médico y motivación de necesidad de entrenamiento de médicos residentes. ENDES 2017 informa

que la incidencia de cesárea en Perú se incrementó de 22.9% a 31.6% entre los años 2001 y 2016. Añade el informe que la mayor frecuencia de partos por cesárea se registró en la provincia de Lima (45,5%) y en los departamentos de Tumbes (45,2%), Lima (44,0%) Moquegua (39,4%) y la Provincia Constitucional del Callao (39,4%). Un artículo original, nos muestra la experiencia de la cesárea vivida por la madre, ésta es sumamente influenciada por su entorno y el apoyo emocional que este le brinda. De ahí, proviene la incorporación del padre o acompañante, como soporte continuo, apoyando emocional y físicamente a la madre. En algunos países se ha puesto en marcha un nuevo protocolo de acompañamiento. Este consiste en incorporar a un acompañante en las cesáreas programadas sin contraindicación médica, de esta manera, si es que el estado de la madre no le permite realizar contacto piel a piel con su bebé, lo puede hacer el padre o acompañante, el cual debe estar previamente informado. Todo lo contrario a la mayoría de países como el nuestro, en el cual, después del nacimiento separan a la madre de su recién nacido, a pesar de que la madre este despierta y el recién nacido se encuentre en óptimas condiciones. El primer contacto piel con piel de la madre con el recién nacido no se produce hasta aproximadamente 2 a 6 horas después del nacimiento e incluso muchas más horas dependiendo básicamente del hospital en el que estén. Esto es debido a que en muchas maternidades a la infraestructura hospitalaria y a los protocolos de las unidades de quirófano y reanimación. En estos casos, el contacto piel con piel puede ser realizado por el padre o persona acompañante hasta que llegue la madre. Sin embargo, se ha podido identificar algunos obstáculos que dificultan realizar de manera correcta el contacto piel con piel en los recién nacidos por cesárea, privándolos así de múltiples beneficios.

- No contar con la infraestructura adecuada, para que el padre o acompañante pueda realizar el contacto piel con piel de manera íntima y tranquila, bajo la supervisión de los profesionales de la salud.
- Ruptura precoz del contacto piel con piel: Debido a la falta de información adecuada de la importancia de mantener el contacto piel con piel
- Ruptura precoz del contacto piel con piel por falta de intimidad, ya que muchas veces las habitaciones son compartidas.
- En ocasiones los padres refieren miedo, ansiedad ante la nueva situación, debido a la falta de orientación. Otro obstáculo relacionado con limitaciones en el contacto precoz piel con piel padre/acompañante y recién nacido, es referente al Personal Sanitario (pediatras, obstetras, enfermeras y auxiliares de enfermería) ya que los

profesionales pueden presentar miedo al cambio, esto es un inconveniente para la ejecución del contacto piel con piel lo más precoz posible. Existen diversos estudios donde ponen de manifiesto que algunos de los obstáculos señalados anteriormente, como la falta de conocimientos o el temor ante la nueva situación, pueden ser solucionados mediante planes de cuidados de obstetricia y personal de enfermería. Abordando estos obstáculos, mejoraremos en un inicio lo más precoz posible y un mantenimiento de este contacto precoz sin interrupciones, y podremos obtener más beneficios de realizar este contacto precoz para las familias que lo deseen (33).

b. Alojamiento conjunto

El alojamiento conjunto las 24 horas, implica la estadía del recién nacido y su madre en la misma habitación, contribuyendo al fortalecimiento del apego y la lactancia materna exclusiva. Se realiza desde que se produce el nacimiento del bebé hasta el instante en que madre- hijo sean dados de alta (34, 35).

c. Edad gestacional de los recién nacidos

La edad gestacional se refiere a la edad que el feto tiene contando desde el primer día de la última menstruación. Al momento de nacer se evalúa la edad gestacional, mediante el test de Capurro, el cual nos permite evaluar la edad que el bebe tiene al momento de nacer y este considere algunos criterios físico para determinar (36).

- **Recién nacido prematuro:** se trata del producto de la concepción de 28 a menos de 37 semanas de gestación, y tiene un peso de entre 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.
- **Recién nacido a término:** Se trata del producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, y tiene un peso de 2,500 gramos o más.
- **Recién nacido postérmino:** Se trata del producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación (37).

2.3 Hipótesis

Los factores obstétricos y perinatales se asocian significativamente al inicio de la lactancia materna temprana en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el periodo Mayo- Julio del año 2019.

2.4 Variables

- **Variable Independiente**
 - Factores obstétricos
 - Factores perinatales
- **Variable Dependiente**
 - Inicio de la lactancia materna.

2.4.1 Definición y operacionalización de variables

TIPO DE VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Factores	Factores Obstétricos	Tipo parto:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vía vaginal ➤ Cesárea 	Nominal
		Número de hijos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 ➤ 2 ➤ 3 	Ordinal
		Preparación para el parto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No 	Nominal
	Factores Perinatales	Peso al nacer	<ul style="list-style-type: none"> ➤ < de 2500 g ➤ 2500 – 3999 g ➤ <= a 4000 g 	Ordinal
		Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Término ➤ Post término 	Nominal
		Contacto piel a piel	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inadecuado ➤ Adecuado 	Nominal
		Alojamiento conjunto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No 	Nominal
Inicio de la lactancia materna	Inicio de la lactancia materna		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dentro de la primera hora ➤ Después de la primera hora 	Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de estudio

- **Prospectivo:** porque los datos se recogieron a medida que fueron sucediendo,
- **Descriptivo:** porque describieron los factores obstétricos y perinatales,
- **Correlacional:** Debido a que determinó la asociación entre las variables: Factores obstétrico y perinatales y el inicio de la lactancia materna.
- **Corte transversal:** Puesto que el estudio se realizó en un tiempo limitado.

3.2 Área de estudio

El Hospital Regional Docente de Cajamarca, es una institución referencial de mayor complejidad de la Región Cajamarca de categoría III-1, cabecera de RED, acreditado para brindar una atención de salud integral de calidad y altamente especializada. (14)

3.3 Población

La población estuvo conformada por todas las puérperas de parto vaginal y post operadas de cesárea, que fueron un total de 1200 pacientes hospitalizadas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el año 2019.

3.4 Muestra

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, es decir todas las puérperas que se encuentren en el servicio de hospitalización Gineco-obstetricia.

$$n = \frac{N z^2 p q}{e^2 x (N-1) + z^2 p q}$$

Donde:

N=1200

Z=1.96

P= Proporción de puérperas que realizan lactancia materna 0.5

Q= Proporción de puérperas que no realizan lactancia materna 0.5

E= 0.05 error relacionado de 5

$$n = \frac{1200 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (1200 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{588}{3.95}$$

n= 148.86= 149

n= 149 puérperas

3.5 Unidad de análisis

La unidad de análisis del presente estudio, estuvo conformada por cada una de las puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Puérperas que acepten participar voluntariamente en la aplicación de la encuesta.
- Puérperas que no presentan alguna incapacidad o enfermedad.
- Puérperas de cualquier edad.

Criterios de exclusión

- Puérperas que no desean participar en la encuesta
- Puérperas que presentan alguna incapacidad o enfermedad.
- Recién nacidos, que necesiten de atención especializada, como parto prematuro.

3.7 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Para una adecuada recolección de datos se utilizó el método Observacional y Encuesta, la que permitió obtener información de las puérperas.

El cuestionario estuvo dividido en tres partes:

- I. Datos generales, que comprenden la edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación.
- II. Factores obstétricos y perinatales que comprenden, tipo de parto, número de hijos, complicaciones maternas, peso del recién nacido, alojamiento conjunto y contacto piel a piel.
- III. Se evaluó las características del contacto piel a piel: incluye la hora del parto, la hora del inicio y del término del contacto piel a piel. Además, se ha formulado una guía de observación de cuatro ítems que califican la calidad del contacto piel a piel percibida por el investigador inmediatamente después del nacimiento de su recién nacido. Cada ítem obtuvo un valor según la realización de la actividad observada, en donde el puntaje de 3 si la actividad es realizada es adecuada, 2 si se realiza de forma regular y 1 si es inadecuada. Los niveles se categorizan de acuerdo a los rangos determinados por la escala de Stanones (15):

$$\begin{aligned} \text{Dónde: } A &= \square && - \\ & && 0.75 \\ & && *DS \\ B &= \square && - \\ & && 0.75 \\ & && *DS \end{aligned}$$

Inadecuada: Menor de A: 0-11 puntos

Adecuadas: Desde A hasta B: 12 puntos

3.8 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizó teniendo en cuenta diferentes etapas:

- **Etapas 1:** se solicitó el permiso al director del Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- **Etapas 2:** Se solicitó el permiso al jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia y al jefe de Obstetricia.
- **Etapas 3:** Se pidió a cada puérpera que firme el consentimiento informado, previa información acerca de la investigación a realizar, para luego poder aplicar la encuesta, y así obtener los datos correspondientes.
- **Etapas 4:** Luego los datos fueron trasladados a una base de SPSS v. 21.0 para su procesamiento.
- **Etapas 5:** Los resultados obtenidos se fueron analizados e interpretados.

3.9 Procesamiento y análisis de datos

3.9.1 Procesamiento

Una vez recolectada la información, fue codificada y procesada en el software estadístico SPSS - V21. El procesamiento estuvo orientado a organizar los datos en tablas simples, tablas de contingencia, frecuencias absolutas y relativas analizando los mismos con el indicador estadístico, el Chi cuadrado, éste establece una significancia estadística entre dos variables siempre y cuando exista $p \leq 0,05$, así, en base a esto proceder con el análisis, interpretación y comparación de los resultados obtenidos.

3.9.2 Análisis de datos

El análisis e interpretación de los datos se realizó con la descripción estadística, los mismos que se presentaron en tablas de doble entrada y de contingencia, estos resultados se contrastaron con los antecedentes y teorías, para luego dar conclusiones de acuerdo a los objetivos planteados.

3.10 Validación

La calidad y confiabilidad de la información se determinó en base a una prueba piloto realizada a 20 puérperas cuyo análisis de fiabilidad mostró un alfa de Cronbach confiable mayor a 0.7. Se asumió un 95% de confiabilidad en la recolección de datos del cuestionario pues la información fue recopilada por la investigadora.

3.11 Consideraciones éticas

Los datos tomados para la realización de ésta investigación fueron obtenidos del cuestionario aplicado a las puérperas que aceptaron ser parte del estudio, siendo de uso exclusivo de la investigación según los siguientes principios éticos generales:

Autonomía, porque la participación en el presente estudio será voluntaria para lo cual se aplicará el consentimiento informado.

Beneficencia y no maleficencia, que significa que no implicó daño alguno ni para la salud de las puérperas, ni sus recién nacidos, por el contrario será un aporte para poder brindar una atención materno perinatal de calidad.

Justicia, puesto que se respetaron los derechos de las puérperas manteniendo la confidencialidad de los datos recolectados, los cuales fueron utilizados sólo para fines de la presente investigación. (20)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Características sociales y demográficas

Tabla 01: Características demográficas y sociales de las puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital regional Docente de Cajamarca, 2019.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS			
		N	%
EDAD	Menor de 19	15	10,1
	19 a 35	116	77,9
	Mayor de 35	18	12,1
	Total	149	100,0
PROCEDENCIA	Rural	63	42,3
	Urbano	86	57,7
	Total	149	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	6	4,0
	Primaria	56	37,6
	Secundaria	54	36,2
	Superior	33	22,1
	Total	149	100,0
OCUPACIÓN	Estudiante	10	6,7
	Ama de casa	123	82,6
	Trabajo remunerado	16	10,7
	Total	149	100,0
ESTADO CIVÍL	Soltera	15	10,1
	Conviviente	104	69,8
	Casada	30	20,1
	Total	149	100,0

Fuente: Cuestionario Factores obstétricos y perinatales asociados al inicio de la lactancia materna. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

En la presente tabla 01 se observa las características socio-demográficas. Con respecto a la edad, el 77,9% de puérperas oscila entre 19 a 35 años, seguido por el 12,1% de las mujeres que tienen más de 35 años de edad; procedentes de la zona urbana con un 57,7%; con grado de instrucción alcanzado en su mayoría, nivel primario con un 37,6%; teniendo la mayor cantidad de puérperas como ocupación, ama de casa con un 82,6%; y en su mayoría siendo convivientes con un 69,8%.

4.2 Factores obstétricos

Tabla 02: Factores obstétricos que presentaron las puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

FACTORES OBSTÉTRICOS			
		N	%
TIPO DE PARTO	Parto vaginal	93	62,4
	Cesárea	56	37,6
	Total	149	100,0
NÚMERO DE HIJOS	1	59	39,6
	2	45	30,2
	>= 3	45	30,2
	Total	149	100,0
ASISTIÓ A PROGRAMA DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO	Si	6	4,0
	No	143	96,0
	Total	149	100,0

Fuente: Cuestionario Factores obstétricos y perinatales asociados al inicio de la lactancia materna. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

La tabla 02 nos muestra que la mayoría de mujeres, Tuvo parto vaginal siendo un 62,4%, seguido de un 37,6% las cuales su parto fue por cesárea.

Se observa que, el 39,6% de puérperas, por primera vez han tenido un hijo, seguido por las mujeres de las que es su segundo hijo y de las que ya tienen 3 o más, siendo un 30,2% en cada caso.

También se detalla que, sólo el 4% de puérperas hospitalizadas, han asistido a algún programa de preparación para el parto, el 96% no asistió a ningún programa.

4.3 Factores perinatales

Tabla 03: Factores perinatales que presentaron los recién nacidos de las púerperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

FACTORES PERINATALES			
		N	%
PESO DEL RECIÉN NACIDO	Menor de 2500 g	8	5,4
	2500 a 3999 g	134	89,9
	Mayor o igual a 4000 g	7	4,7
	Total	149	100,0
EDAD GESTACIONAL	A término	146	98,0
	Post término	3	2,0
	Total	149	100,0
ALOJAMIENTO CONJUNTO	Si	78	52,3
	No	71	47,7
	Total	149	100,0
CONTACTO PIEL A PIEL	Adecuado	60	40,3
	Inadecuado	89	59,7
	Total	149	100,0

Fuente: Cuestionario Factores obstétricos y perinatales asociados al inicio de la lactancia materna. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

Los valores observados de acuerdo a los pesos que presentaron los neonatos al nacer fueron, en su mayoría de, 2500g a 3999g teniendo un 89,9%, seguido por un 5,4% de recién nacidos con peso menor a 2500g y por último con un peso mayor o igual a 4000g un 4,7%.

Se observa que el mayor porcentaje es. 98% que representa a los recién nacidos a término, seguido por un 2% de los post término.

La mayoría de recién nacidos estuvieron junto a su madre durante su hospitalización, ya que estos representan un 52,3%, siendo un 47,7% el porcentaje de recién nacidos que no estuvieron junto a su madre.

Los recién nacidos, de acuerdo al test empleado, tuvieron un inadecuado contacto piel a piel, siendo un 59,7%, por otro lado, los recién nacidos que tuvieron un adecuado contacto piel a pie, fueron, el 40,3%.

4.4 Inicio temprano de la lactancia materna

Tabla 04: Inicio de la lactancia materna en recién nacidos de las puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA		
	N	%
Dentro de la 1 ^o hora	49	32,9
Después de la 1 ^o hora	100	67,1
Total	149	100,0

Fuente: Cuestionario Factores obstétricos y perinatales asociados al inicio de la lactancia materna. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

La presente tabla muestra que, el 67,1% inició la lactancia materna después de la primera hora de vida, siendo el 32,9% de recién nacidos los que iniciaron dentro de la primera hora.

4.5 Factores obstétricos y el inicio de la lactancia materna

Tabla 05: Factores obstétricos y el inicio temprano de la lactancia materna, en puérperas hospitalizadas en el hospital regional docente de Cajamarca 2019.

FACTORES OBSTÉTRICOS		Inicio de la lactancia materna						CHI CUADRADO
		Dentro de la 1 ^o hora		Mayor de la 1 ^o hora		Total		
		N	%	N	%	N	%	
TIPO DE PARTO	Parto vaginal	49	100,0	44	44,0	93	62,4	0,000
	Cesárea	0	0	56	56,0	56	37,6	
	Total	49	100,0	100	100,0	149	100,0	
NÚMERO DE HIJOS	1	13	26,5	46	46,0	59	39,6	0,067
	2	17	34,7	28	28,0	45	30,2	
	Mayor o igual a 3	19	38,8	26	26,0	45	30,2	
	Total	49	100,0	100	100,0	149	100,0	
ASISTIÓ A PROGRAMA DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO	Si	2	4,1	4	4,0	6	4,0	0,981
	No	47	95,9	96	96,0	143	96,0	
	Total	49	100,0	100	100,0	149	100,0	

Fuente: Cuestionario Factores obstétricos y perinatales asociados al inicio de la lactancia materna. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

Los resultados encontrados en la presente tabla 05, donde se relaciona los factores obstétricos y el inicio de la lactancia materna temprana fueron, el 100% de los recién nacidos, que comenzaron la lactancia materna dentro de la primera hora, cuando el parto fue vaginal, siendo contrario, en el caso de los nacidos por cesárea, pues ninguno de ellos iniciaron su lactancia dentro de la primera hora de vida. También se muestra el valor de la prueba estadística de chi cuadrado para este factor tiene un valor de $p=0,000$ determinándose que existe una asociación significativa entre el tipo de parto y el inicio temprano de la lactancia materna.

En estos resultados se puede observar el mayor porcentaje de puérperas son, las mujeres que tienen 3 hijos a más, las que inician la lactancia materna dentro de la primera hora, siendo un 38,8%, y las que son madres por primera vez, un 26,5 % las que dieron inicio a la lactancia dentro de la primera hora. Al observar el valor de la prueba

estadística de chi cuadrado, tenemos $p=0.067$, mostrándonos que no existe asociación significativa entre este factor y la lactancia materna.

Los hallazgos también reportan que, en su mayoría (96%) no acudieron a algún programa de preparación para el parto, iniciando la lactancia materna después de la primera hora de vida; siendo, un 4% las mujeres que sí participaron de un programa educativo para el embarazo y parto, pero aun así iniciaron la lactancia después de la primera hora de vida. También se determinó que el valor de $p=0.981$, negando la existencia de asociación significativa, entre este factor y el inicio de la lactancia materna.

4.6 Factores perinatales y el inicio de la lactancia materna

Tabla 06: Factores perinatales y el inicio temprano de la lactancia materna, en púerperas hospitalizadas en el hospital regional docente de Cajamarca 2019

FACTORES PERINATALES	Inicio de la lactancia materna						CHI CUADRADO	
	Dentro de la 1 ^o hora		Mayor de la 1 ^o hora		Total			
	N	%	N	%	N	%		
PESO	Menor de 2500 g	1	2,0	7	7,0	8	5,4	0,547
	2500 a 3999 g	46	93,9	88	88,0	134	89,9	
	Mayor o igual a 4000 g	2	4,1	5	5,0	7	4,7	
	Total	49	100,0	100	100,0	149	100,0	
EDAD GESTACIONAL	Término	48	98,0	98	98,0	146	98,0	0,701
	Post término	1	2,0	2	2,0	3	2,0	
	Total	49	100,0	100	100,0	149	100,0	
ALOJAMIENTO CONJUNTO	Si	48	98,0	30	30,0	78	52,3	0,000
	No	1	2,0	70	70,0	71	47,7	
	Total	49	100,0	100	100,0	149	100,0	
CONTACTO PIEL A PIEL	Adecuado	46	93,9	14	14,0	60	40,3	0,000
	Inadecuado	3	6,1	86	86,0	89	59,7	
	Total	49	100,0	100	100,0	149	100,0	

Fuente: Cuestionario Factores obstétricos y perinatales asociados al inicio de la lactancia materna. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

La tabla que antecede, muestra resultados con respecto a los factores perinatales y su relación con el inicio temprano de la lactancia materna. Del total de recién nacidos que inician su lactancia dentro de la primera hora de vida, el 93,9% tuvo un peso de, 2500 a 3999g y; el 4,1% pesaron de 4000g a más. Estadísticamente, no se encontró asociación significativa entre las variables según lo determina el coeficiente de correlación $p=0,547$.

Además, se puede percibir que el 98% de nacidos a término ha iniciado la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, el 2% que pertenece a los recién nacidos post término iniciaron en el mismo tiempo. Asimismo, se observa que tampoco existe relación significativa en relación a la edad gestacional y la lactancia materna, según lo determina el valor de $p= 0,701$.

Los resultados que se pueden apreciar, con respecto al alojamiento conjunto es el 98% de nacidos que estuvieron junto a sus madres iniciaron la lactancia dentro de la primera hora de vida, mientras que el 2% que no estuvieron junto a su madre también inició dentro de este tiempo. También se muestra que el valor de chi cuadrado es, $p=0,000$ evidenciando que hay asociación significativa entre el alojamiento conjunto y el inicio temprano de la lactancia materna.

Finalmente la relación entre el contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna, nos presenta que el 93,9% de recién nacidos que tuvieron un adecuado contacto han iniciado la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, mientras que el 6,1% que tuvieron un inadecuado contacto han iniciado dentro del tiempo mencionado. Por otro lado, según la prueba estadística de chi cuadrado, se encontró, una asociación significativa entre este factor y la lactancia materna, con un resultado de $p= 0,000$.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Características sociales y demográficas

El presente estudio de investigación se realizó con una población de 149 puérperas, en su mayoría tuvieron un rango de edad de entre 19 a 35 años, de procedencia urbana, con grado de instrucción primaria, ocupación ama de casa, y estado civil convivientes. Datos que coincidiendo con Cabrera (2019), quien, en su estudio, encontró que en su mayoría las puérperas son convivientes, y con un rango de edad de 19 a 25 años, rango que coincide con el utilizado en el presente estudio.

5.2 Factores obstétricos

Dentro de los factores obstétricos se encontró, que la mayor parte de mujeres tuvieron parto por vía vaginal 62,4%, seguido de las mujeres que tuvieron parto por cesárea, 37,6%, estos resultados coinciden con Cabrera (2019), ya que en su estudio separa el tipo de parto por, vaginal y cesárea, teniendo un mayor resultado en, parto vaginal, con un porcentaje de 98,59%, mientras que, por cesárea el porcentaje obtenido fue, 1,41%; en el caso de Quispecondori (2012) separó, los tipos de parto por, eutócico y distócico, teniendo como resultado 90,7% parto eutócico y 9,3% parto distócico, a diferencia del estudio, que abarcó al parto eutócico y distócico, en parto por vía vaginal

En el caso de número de hijos, en el estudio se evidenció que, del 39,6% de puérperas son las que tuvieron a su primer hijo, y el 30,2% es el porcentaje de las puérperas, que por segunda vez son madres, y también de las que tienen 3 a más hijos, coincidiendo con Cabrera (2019), quien a pesar de separar en primípara y multípara a su población, la mayor parte de ésta fue, primípara, difiriendo del estudio realizado por Inca y Delgado (2015), encontrado más multíparas.

Por otro lado, la mayor parte de la población estudiada no acudió a ningún programa de preparación para el parto 96%, coincidiendo con Quispecondori (2012) quien reportó que

las gestantes de su estudio tampoco acudieron a algún programa educativo para el parto, difiriendo en el porcentaje encontrado entre el uno y el otro.

5.3 Factores perinatales

En los factores perinatales, con respecto al peso, se encontró que el 80,5% de recién nacidos pesa de entre 2500g a 3999g; datos que coinciden con Quispecondori (2012), quien encontró un 81,5% de recién nacidos con un peso de, 2500 a 4000g

Con respecto a la edad, la mayor parte de recién nacidos fueron a término, con un 85,2%.

Con respecto al alojamiento conjunto, es decir, la estadía del recién nacido junto a su madre en centro obstétrico, el hallazgo indica que el 52,3% si lo tuvieron, a diferencia de Quispe y Morales (2016), quienes en su estudio dividieron el alojamiento conjunto en normal y tardío; es decir, todas sus puérperas tuvieron alojamiento conjunto, pero el 68,5% tuvo alojamiento tardío y el 31,5% normal. Con respecto a Quispecondori (2012), el 91,4% de recién nacidos estuvo con su madre en centro obstétrico.

Por otro lado, el contacto piel a piel fue evaluado con un test que clasificó en adecuado o inadecuado, siendo el inadecuado el que se presenta, en un 59,7%; mientras que, Inca y Delgado(2015) demostraron que el 50% tuvo este contacto, Cabrera también tiene esta división de si tuvo o no contacto precoz, reportando que un 98,24% tuvo contacto; además, clasifica el tiempo de inicio del contacto precoz, siendo en su mayoría el iniciado inmediatamente después del parto con 98,59%; el 1,41% restante pertenece al grupo que inició dentro de las 60 minutos después del parto, también clasifica el tiempo de duración en <60minutos y de 60 minutos a más teniendo el mayor porcentaje el último con un 98,59%.

5.4 Inicio temprano de la lactancia materna

Respecto al inicio de la lactancia materna, en el presente estudio, se ha encontrado que la mayoría da inicio a este acto después de la primera hora de vida siendo el 67,1%, coincidiendo con Morales y Quispe (2016) quien encontró que la mayoría de su población, es decir el 62%, tiene un inicio tardío de la lactancia materna, ocurriendo lo contrario con Cabrera (2019), que en su estudio encuentra que la mayoría sí dio un inicio temprano a la lactancia materna con un 98,59%.

5.5 Factores obstétricos y el inicio temprano de la lactancia materna

Los datos encontrados, en las puérperas que han iniciado la lactancia dentro o después de la primera hora de vida, en relación a los factores obstétricos, expresan que el 56% de puérperas con recién nacido por cesárea, iniciaron la lactancia materna después de la primera hora de vida, coincidiendo con Salsavilca (2016), ya que en su revisión sistemática, encuentra a la cesárea como el factor de riesgo más asociado a la demora en el inicio de la lactancia antes de la primera hora de vida, puesto que sostiene que el cansancio, fatiga, estrés y dolor post quirúrgico, pueden influir en el inicio y duración de la lactancia. Asimismo, reporta que en su población que tuvo parto por cesárea, ninguna tuvo un inicio temprano de lactancia.

Por otro lado, los hallazgos son disímiles a los de Quispecondori (2012), quien, en su estudio, caracterizó al tipo de parto en distócico y eutócico; encontrando un valor de $p=0,395$, rechazando la asociación entre el tipo de parto y el inicio precoz de la lactancia. Estos datos difieren de los encontrados en la presente investigación, pues, en caso de parto vaginal, ya sea eutócico o distócico, la mayoría inició la lactancia materna dentro de la primera hora, indicando que el parto vaginal contribuye al inicio temprano de la lactancia materna. Incluso complicaciones, como hipodinamia, circular de cordón y presentaciones compuestas, no podrían afectar el inicio temprano de la lactancia, como es en el caso de una cesárea, que sí puede impedirlo.

En el estudio se encontró un valor de $p= 0,000$ confirmando la existencia de una asociación altamente significativa entre el tipo de parto y el inicio temprano de la lactancia.

De otro lado, el 46% de las primíparas, inició la lactancia materna, en forma posterior a la hora del nacimiento; siendo las puérperas con dos hijos (28%) y las que tienen de 3 a más (26%) las que iniciaron la lactancia materna, después de la primera hora de vida.

Quispe y Morales (2016), en su estudio relacionan el alojamiento conjunto con la paridad y el inicio de lactancia materna, a través de la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no hallando diferencia estadística significativa ($p>0.05$), que indica que el inicio de lactancia materna no está relacionado con la paridad. Datos que se equiparan con el presente el estudio, donde se encontró un valor de $p=0,067$, negando la asociación entre dicho factor e inicio de la lactancia. Esto puede deberse, a que a pesar

de que las madres que ya hayan tenido experiencia con sus hijos anteriores, todas las mujeres, según la UNICEF, necesitan de apoyo y orientación, para poder iniciar dentro de la primera hora de vida la lactancia materna.

Por otro lado, el 4,1% de puérperas asistieron a algún programa de preparación para el parto, iniciando la lactancia dentro de la primera hora de vida, Quispecondori (2012) encontró en su estudio que el 47,7% que acudieron a programas tuvo lactancia materna precoz, hallando que participación en los programas de preparación para el parto, se asocia significativamente con el inicio de Lactancia Materna Precoz ($p = 0,004$), caso contrario del estudio, ya que el valor de $p=0,981$, el cual niega la asociación entre la asistencia a algún programa de preparación para el parto y el inicio de la lactancia. Esto puede deberse, a que la mayoría de mujeres no asisten a ningún programa de preparación para el parto, además, de que en algunos programas de preparación para el parto no se habla acerca de la importancia, que tiene el inicio temprano de la lactancia, como la disminución de la morbimortalidad neonatal.

5.6 Factores perinatales y el inicio temprano de la lactancia materna

Con respecto a los Factores perinatales que nos muestra la tabla 06, se encontró que los recién nacidos que pesaron de, 2500g a 3999g el 93,9% de estos iniciaron la lactancia dentro de la primera hora de vida, y tiene un valor de $p=0,018$ negando la asociación entre el peso del recién nacido y el inicio de la lactancia materna, afirmando lo que dice Quispecondori (2012), que en su estudio evidenció que el 83,2% de los niños que pesan de entre 2500g a 4000g inicia la lactancia materna precoz, y el cual halló un valor de $p=0,200$ negando la asociación significativa para este factor y el inicio de la lactancia materna.

Una de las razones por la cual no se encontró asociación entre el peso y el inicio de la lactancia, pudo ser que en el presente estudio y también en el estudio realizado por Quispecondori(2012) la mayoría de recién nacido tiene un peso óptimo, de 2500g a 3999g, ya que el bajo peso al nacer es un factor de riesgo para el recién nacido y pudo haber intervenido en el inicio de la lactancia, ya que en el presente estudio no se tuvo muchos recién nacidos con bajo peso, además de los recién nacidos con el peso óptimo la mayoría inicio la lactancia después de la primera hora de vida, esto pudo deberse a alguna otra complicación o también a que el parto fue por cesárea impidiendo el inicio

de la lactancia dentro de la primera hora de ésta manera no se pudo demostrar la asociación entre el factor y el inicio de la lactancia.

Además la edad gestacional al momento de nacer, no se ha encontrado antecedentes donde se asocie este factor con el inicio temprano de la lactancia materna, sin embargo en el presente estudio se muestran resultados, evidenciándose que no hay una asociación significativa, ya que el valor de $p=0,701$. Debido a que la mayoría de recién nacidos fueron a término e inician la lactancia materna después de la primera hora de vida, esto puede deberse a que algunos fueron resultados de parto por cesárea, lo cual impidió que tengan un inicio temprano de la lactancia materna.

En la investigación se observó, que el 98% que tuvo alojamiento conjunto inició la lactancia dentro de la primera hora, por otro lado Quispe y Morales(2016), clasifica al alojamiento conjunto como normal y tardío, teniendo como resultado que el 21,7% tuvieron alojamiento conjunto normal e inicio la lactancia materna dentro de la primera hora, dándonos como resultado $p<0,05$ que indica que el alojamiento conjunto está relacionado significativamente con el inicio de la lactancia al igual que en el presente estudio, ya que el valor de $p=0,000$ corroborando que hay una asociación significativa entre el alojamiento conjunto y el inicio de la lactancia materna.

Por último, la tabla 06, muestra los resultados obtenidos con respecto a contacto piel a piel, encontrando que el 93,9% de los recién nacidos con contacto piel a piel adecuado, iniciaron dentro de la primera hora de vida la lactancia materna; mientras que el 6,1% de los que tuvieron un contacto piel a piel inadecuado también iniciaron la lactancia dentro de este tiempo, siendo menor el porcentaje.

Cabe resaltar que, en el presente estudio, se ha utilizado un test para la evaluación de este factor, teniendo como parámetros, tiempo de duración, así como el tiempo de inicio, las condiciones en las que se da el contacto, el resultado de $p=0,000$ mostrando que hay una asociación significativa entre el contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna, considerando que, la literatura revisada indica que el contacto piel a piel ayuda a la adaptación a la medio externo y ayuda a la formación del vínculo entre madre e hijo, es así, como favorece el inicio e instalación de la lactancia materna exclusiva.

Los resultados obtenidos coinciden con Inca y Delgado (2016) quienes en su estudio, demuestran que el total de mujeres que realizaron contacto precoz piel a piel, inicia la lactancia materna temprana en un 50%; mientras que la otra mitad, no hizo contacto y

tampoco inicia la lactancia materna temprana, demostrando con el resultado del Chi cuadrado que existe relación entre el contacto precoz y el inicio de la lactancia materna temprana.

Ico y Luna (2017) también coinciden, ya que en su revisión sistemática encuentran que el 100% de las evidencias revisadas demuestran que el contacto piel a piel favorece el inicio de la lactancia materna, contribuyendo también a mantenerla pudiendo alcanzar hasta los 6 meses que recomienda el Ministerio de salud. Quispecondori (2012) por el contrario, a pesar de encontrar que el 83,1% de las puérperas que iniciaron la lactancia materna precoz tuvieron contacto precoz con sus recién nacidos, pese a esto el resultado de Chi cuadrado con un valor de $p=0.076$, niega una asociación significativa.

CONCLUSIONES

Se llegó a las siguientes conclusiones:

- Las puérperas del estudio se caracterizaron por tener entre 19 a 35 años de edad, procedentes de la zona urbana, con grado de instrucción de nivel primario, amas de casa y convivientes.
- El factor obstétrico asociado al inicio temprano de la lactancia materna fue el tipo de parto; no encontrando esta asociación con la paridad ni la asistencia a algún programa de preparación para el parto.
- El alojamiento conjunto y el contacto piel a piel son los factores perinatales que se asocian al inicio temprano de la lactancia materna.
- Se llegó a comprobar la hipótesis propuesta, pues se encontró asociación significativa entre el tipo de parto, edad gestacional, alojamiento conjunto y contacto piel a piel con el inicio temprano de la lactancia materna.

RECOMENDACIONES

A las Obstetras del Hospital Regional Docente Cajamarca, realizar campañas que promuevan el inicio temprano de la lactancia materna, acompañado de la elaboración de registros para monitorizar el cumplimiento de esta actividad.

A los profesionales de las diferentes unidades orgánicas afines a la salud materna y perinatal, elaborar normas o algún protocolo que facilite la implementación del contacto piel con piel e inicio de la lactancia materna temprana en pacientes post cesareadas que no presenten riesgos que comprometan su salud o la de su pequeño hijo, ya que se ha comprobado los múltiples beneficios de estas acciones en la salud de las madres y recién nacidos.

A la Escuela Académica Profesional de obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, área de psicoprofilaxis, incentivar a los estudiantes a que incluyan en las sesiones educativas de psicoprofilaxis, la importancia del inicio temprano y continuidad de la lactancia materna, para poder así brindar la información adecuada a las futuras madres y recalcar la importancia de iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora después del parto.

A los futuros tesisistas, tomar como base el presente estudio para realizar investigación tipo casos y controles, relacionados al contacto piel a piel e inicio de lactancia materna en post cesareadas, a fin de aportar con mayor conocimiento a la instauración de ésta práctica saludable para la madre y el recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. Tomar leche materna nada más nacer, un seguro de vida. 2018
Revisado 14/10/19
<https://news.un.org/es/story/2018/07/1438762>
2. Vargas N. Tiempo inicio, frecuencia y técnica de lactancia materna relacionado a pérdida de peso en recién nacidos, Centro de salud Mariano Melgar Arequipa, 2014. Universidad Nacional de San Agustín;2014. Revisado 14/10/19
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/3187/ENvabans.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. UNICEF. Lactancia materna. Revisado 17/10/19
https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
4. Documento normativo sobre lactancia materna. Metas mundiales de nutrición 2025. 2017. Revisado 13/10/19
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf;jsessionid=5DADD5B351722D8063C4EAF7990D02CC?sequence=1
5. Ruiz P. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puérperas del Hospital Cesar Garayar García, Mayo-2014., Universidad científica del Perú. 2017. Revisado 16/10/19 <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/177>
6. Ramos F. Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre lactancia materna exclusiva en primíparas del hospital san juan de lurigancho – 2017.[Tesis de grado], Universidad Norbert Wiener. 2017 [citado el 10 de Julio del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/769>
7. UNICEF. Lactancia materna. Ecuador. 2012. Revisado 14/10/19
https://www.unicef.org/ecuador/Manual_lactancia_materna_web_1.pdf

8. Mere R. y Pareja Z. Conocimientos sobre lactancia materna que poseen las primigestas que acuden al control pre-natal del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. Mayo- 1997. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 1997
.Revisado 11/10/19
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/993/Mere_hr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Sota L. Actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primerizas que acuden al hospital antonio lorena – cusco 2017. Universidad Andina del Cusco. 2017.
Revisado 12/10/19
http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/1156/3/Liseth_Tesis_bachiller_2017.pdf
10. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna. 2018. Revisado 15/10/19
<http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
11. Otal S. y cols. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea España. 2012. Revisado 01/10/19 <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/art-original-otal-13-1.pdf>
12. Quispecondori J. Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal: noviembre 2011 – enero 2012. Universidad Mayor de San Marcos. 2012. Revisado 18/10/19
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3015>
13. Salsavilca E. y Valles S. Factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva del recién nacido sano. Universida privada Norbert Wiener. Perú.2016.
Revisado 10/10/19
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/626/Tesis%20pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Delgado V. e Inca L. Efecto del contacto precoz piel a piel sobre el inicio de la lactancia materna y la termorregulación en recién nacidos a término sanos. Hospital Goyeneche. Arequipa Abril – junio 2015. Universidad Católica de Santa María. Perú. 2015. Revisado 13/10/19
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3400/63.0666.OP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Alcántara C., Chuquichaico N. y Chujutalli Y. Características del contacto piel a piel y el inicio precoz de la lactancia materna del recién nacido a término. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2017. Revisado 05/10/19
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/955/Caracteristicas_AlcantaraChavarría_Carhol.pdf?sequence=3&isAllowed=y
16. Quispe F. y Morales Q. Alojamiento conjunto e inicio de la lactancia materna en puérperas inmediatas. Hospital II ESSALUD. Ayacucho. Agosto- Octubre 2015. Revisado 18/10/19
<http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1550>
17. Huamán C. Factores asociados al inicio de la lactancia materna precoz del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, setiembre a octubre del 2017. Revisado 18/10/19
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7784/Huaman_lc%20-%20Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR2dGnTHVKCFiP6dCkV5KjlfnKMohAYnCtQ9dP6VadJNyG43gGdpSNFalk8
18. Ico D. y Luna K. eficacia del contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto para favorecer la lactancia materna exclusiva. Perú. 2017 . Revisado 19/10/19
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1415/TITULO%20-%20%20Luna%20Hern%C3%A1ndez%20Kelly%20Vanessa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR0p-Jjm4bkl8Le0JK8Rske5AyGSYVuldla0FNUIbUXQfOEz-PNGau6tJJo>

19. Cabrera V. Relación entre el contacto precoz piel a piel sobre el inicio temprano de la lactancia materna, según el tipo de parto, en puérperas atendidas en el instituto nacional materno perinatal, diciembre. 2018 Revisado 12/10/19
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3018/UNFV_CABRERA_QUISPE_VALIA DENNISSE TITULO PROFESIONAL 2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Coronado M. y Sanchez O. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en San Jose de las Lajas. Revisado. 11/10/19
<http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>
21. Organización Mundial de la Salud. Inicio temprano de la lactancia.2018. Revisado 11/10/19
https://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/
22. UNICEF. Capturar el momento. Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido. 2018. Revisado 09/11/19
https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018_Sp.pdf
23. Curso de medicina naturista 2003. Composición y propiedades de la leche materna. Revisado 01/10/19
http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/Composicion%20leche%20materna.pdf
24. Paricio J. Vitamina B y lactancia materna. Revisado 16/12/19
<http://e-lactancia.org/breastfeeding/vitamin-b6/product/>
25. Medela. La increíble ciencia de la leche materna. Revisado 09/11/19
http://ebooks.medela.com/the-amazing-science-of-mothers-milk-es?_ga=2.253624202.2092864964.1573441319-548565779.1573229022#!/8-breast-milk-beyond-nutrition

26. Schawarcz R., Fescina R., Duverges C. Obstetricia. 6ª edición. Argentina: El ateneo, 2005
27. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Atención al Parto Normal. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Revisado 22/09/19
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf
28. Guerrero T. Distocias dinámicas: Conductas. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. Revisado 23/09/19
http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr08.distocias_dinamicas.pdf
29. Mercado M. Distocias. Obstetricia integral XXI. Revisado 30/09/19
<http://bdigital.unal.edu.co/2795/17/9789584476180.15.pdf>
30. Williams Whitridge J, Cunningham Gary F. Obstetricia. 23° ed. Mexico: Hill Interamericana editors, S.A.; 2011
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100459628>
31. Valladares E. y Cáceres R. Diagnóstico prenatal ultrasonográfico de circular de cordón con repercusión asfíctica fetal. 2005. Revisado 29/09/19
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol51_n3/pdf/A08V51N3.pdf
32. Pichén Y. Obstetricia III Perú. Revisado 03/10/19
http://files.uladech.edu.pe/docente/32932038/Obstetricia%20III/2014_01/TEXTO%20UNIVERSITARIO%20DE%20O%20III_%20V1.pdf
33. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Perú. 2007. Revisado 24/09/19
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiaGinecologia.pdf>

34. Servicio andaluz de salud Consejería de salud. Protocolo contacto piel con piel (cpp) en el parto y nacimiento de bajo riesgo. Complejo hospitalario universitario granada. Revisado 29/09/19
http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/protocolo_contacto_piel_con_piel_cpp.pdf
35. Organización Mundial de la Salud. Alojamiento conjunto las 24 horas. Estados Unidos. 2016. Revisado 25/09/19
http://www.uhnj.org/uhnetweb/patienteducation/Handout_Spanish_3.4.16.pdf
36. Ministerio de Salud Del Perú. Norma técnica atención integral de la salud neonatal. Revisado 05/10/19 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>
37. Gómez M. y cols. Clasificación de los niños recién nacidos. Revista mexicana de pediatría. Revisado 12/10/19
<https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>
38. Luceli Packard. Stanford children's health. Revisado 29/09/19
<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=bajopesoalnacer-90-P05491>

ANEXO Nº 1

FACTORES OBSTÉTRICOS Y PERINATALES QUE SE ASOCIAN AL INICIO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2018.

CUESTIONARIO

I. DATOS GENERALES

1. Edad
 - a. De 19 - 25
 - b. De 25 – 35
 - c. Más de 35
2. Procedencia
 - a. Urbano
 - b. Rural
3. Grado de instrucción
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Superior
4. Ocupación
 - a. Trabajo remunerado
 - b. Ama de casa
 - c. Estudiante.
5. Estado civil
 - a. soltera
 - b. Casada
 - c. conviviente

II.- FACTORES OBSTÉTRICOS Y PERINATALES

1. Tipo parto:
 - a. Eutócico
 - b. Distócico
 - c. Cesárea
2. N° de hijo
 - a. 1°
 - b. 2°
 - c. 3°

3. Acudió a programas para preparación para el parto.
 - a. Si
 - b. No
4. Peso al nacer del recién nacido
 - a. Menor de 2500 gr
 - b. 2500 – 3999gr
 - c. Mayor o igual a 4000gr
5. Edad gestacional
 - a. Prematuro
 - b. Término
 - c. Posttermino
6. Estuvo junto a su recién nacido durante su estadía en central de partos.
 - a. Si
 - b. no
7. Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el inicio de la succión (en minutos).
 - a. Dentro de la 1º hora.
 - b. mayor de 1º hora

III. Calidad del contacto piel a piel

Hora del parto: _____

Hora de inicio del contacto piel a piel: _____

Hora de término del contacto piel a piel: _____

Marque con un aspa sobre la alternativa que se adecuada con respecto a la observación que se realiza con respecto a la calidad del contacto piel a piel recibida inmediatamente después del nacimiento del bebé, las siguientes alternativas son: buena, (3) regular, (2) mala (1)

CONTACTO PIEL A PIEL	
1	Con respecto a la entrega del recién nacido a la madre <input type="checkbox"/> RN desnudo y madre con pecho descubierto (buena) _____ <input type="checkbox"/> RN no desnudo o madre con pecho cubierto (regular) _____ <input type="checkbox"/> Madre y RN cubiertos (mala) _____
2	El tiempo de duración de contacto piel a piel con recién nacido <input type="checkbox"/> CPP durante 45 minutos (buena) _____ <input type="checkbox"/> CPP menos de 45 minutos (regular) _____ <input type="checkbox"/> no se hizo CPP (mala) _____
3	Tiempo de inicio del contacto piel a piel <u>después del nacimiento</u> <input type="checkbox"/> Inmediatamente (buena) _____ <input type="checkbox"/> 5 minutos (regular) _____ <input type="checkbox"/> 10-20 minutos (mala) _____
4	Durante el contacto piel a piel se respeta la privacidad del binomio, utilizando biombos o sábanas <input type="checkbox"/> Durante todo el contacto piel a piel (buena) _____ <input type="checkbox"/> En algún momento del contacto piel a piel (regular) _____ <input type="checkbox"/> Nunca (mala)

Anexo 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO FACTORES OBSTÉTRICOS Y PERINATALES QUE SE ASOCIADOS AL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2019.

La presente ficha de consentimiento informado tiene como propósito brindar información sobre la naturaleza del estudio de investigación, además del rol que desempeñará como participante.

Yo,con DNI.....dejo constancia de haber sido informado(a) a satisfacción sobre el presente estudio, tanto en sus objetivos como el propósito y alcance de dicha investigación, para lo cual se respetara total anonimato de mi identidad personal y la información obtenida en el consentimiento, entre otros; otorgando por lo tanto, mi consentimiento para ser participe en forma voluntaria de esta investigación.

Asimismo, se me ha dado el conocimiento que puedo retirarme del estudio cuando así lo decida sin que esto ocasione ningún tipo de perjuicio a mi persona. En tal sentido, se avala el presente documento con mi firma junto a las rubricas de la investigadora.

Cajamarca,.....

.....

**Firma del
participante**

FACTORES OBSTÉTRICOS Y PERINATALES QUE SE ASOCIADOS AL INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2019.

¹ Ana Luisa Marimar Saldaña Culqui.

¹ Bachiller en obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca (UNC). Cajamarca-Perú

Resumen: El estudio corresponde a una investigación prospectiva, descriptiva, correlacional y de corte transversal, cuyo objetivo principal fue determinar la asociación entre los factores obstétricos y perinatales con el inicio temprano de la lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC) en el año 2019. El estudio fue realizado en un total de 149 puérperas, encontrando que se caracterizaron por tener entre 19 a 35 años de edad, procedentes de la zona urbana, con grado de instrucción de nivel primario, amas de casa y convivientes; respecto a los factores obstétricos, el tipo de parto es el único factor que se asocia al inicio temprano de la lactancia materna; mientras que el alojamiento conjunto y el contacto piel a piel, son los factores perinatales asociados a dicha actividad. En conclusión, se llegó a comprobar la hipótesis propuesta, pues se encontró asociación significativa, entre el tipo de parto, alojamiento conjunto y contacto piel a piel con el inicio temprano de la lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, según la prueba estadística de chi cuadrado.

Palabras claves: Inicio de la lactancia materna, factores obstétricos y perinatales.

ABSTRAC: The study corresponds to a prospective, descriptive, correlational and cross-sectional investigation, whose main objective was to determine the association between obstetric and perinatal factors with the early onset of breastfeeding in postpartum women treated at the Regional Teaching Hospital of Cajamarca (HRDC) in the year 2019. The study was carried out in a total of 149 puerperal women between 19 and 35 years old from the urban area, with primary education, housewives and cohabiting; regarding obstetric factors, the type of delivery is the only factor associated with the early onset of breastfeeding; while joint accommodation and skin-to-skin contact, are the perinatal factors associated with such activity. In conclusion, the proposed hypothesis was verified, as a significant association was found between the type of delivery, joint accommodation and skin-to-skin contact with the early onset of breastfeeding in postpartum nurses treated at the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, according the chi square statistical test.

Keywords: Start of breastfeeding, obstetric and perinatal factors

MATERIALES Y MÉTODOS: La presente investigación es prospectiva, descriptiva, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 149 puérperas, que acudieron al Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el periodo de estudio. Para la realización del mencionado trabajo de investigación se continuaron los siguientes pasos: En primera instancia se obtuvo el permiso de las autoridades del Hospital Regional Docente de Cajamarca para la ejecución de esta; luego se le informó el objetivo del estudio a la mujer atendida en el Hospital, solicitándole que firmara el consentimiento informado; el profesional de salud capacitado realizó la toma de datos, a fin de obtener el resultado, prosiguiendo con la aplicación del cuestionario siguiente. . La información recolectada se vació +a una base de SPSS v. 21.0 para su procesamiento; finalizando con el análisis y discusión de los resultados obtenidos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DERESULTADOS

Tabla 01: Características demográficas y sociales de las púerperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital regional Docente de Cajamarca, 2019.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS			
		N	%
EDAD	Menor de 19	15	10,1
	19 a 35	116	77,9
	Mayor de 35	18	12,1
	Total	149	100,0
PROCEDENCIA	Rural	63	42,3
	Urbano	86	57,7
	Total	149	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	6	4,0
	Primaria	56	37,6
	Secundaria	54	36,2
	Superior	33	22,1
	Total	149	100,0
OCUPACIÓN	Estudiante	10	6,7
	Ama de casa	123	82,6
	Trabajo remunerado	16	10,7
	Total	149	100,0
ESTADO CIVÍL	Soltera	15	10,1
	Conviviente	104	69,8
	Casada	30	20,1
	Total	149	100,0

Fuente: Cuestionario Factores obstétricos y perinatales asociados al inicio de la lactancia materna. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

En la presente tabla 01 se observa las características socio-demográficas. Con respecto a la edad, el 77,9% de púerperas oscila entre 19 a 35 años, seguido por el 12,1% de las mujeres que tienen más de 35 años de edad; procedentes de la zona urbana con un 57,7%; con grado de instrucción alcanzado en su mayoría, nivel primario con un 37,6%; teniendo la mayor cantidad de púerperas como ocupación, ama de casa con un 82,6%; y en su mayoría siendo convivientes con un 69,8%.

Tabla 02: Factores obstétricos que presentaron las puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

		FACTORES OBSTÉTRICOS	
		N	%
TIPO DE PARTO	Parto vaginal	93	62,4
	Cesárea	56	37,6
	Total	149	100,0
NÚMERO DE HIJOS	1	59	39,6
	2	45	30,2
	>= 3	45	30,2
	Total	149	100,0
ASISTIÓ A PROGRAMA DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO	Si	6	4,0
	No	143	96,0
	Total	149	100,0

Fuente: Cuestionario Factores obstétricos y perinatales asociados al inicio de la lactancia materna. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

La tabla 02 nos muestra que la mayoría de mujeres, Tuvo parto vaginal siendo un 62,4%, seguido de un 37,6% las cuales su parto fue por cesárea. Se observa que, el 39,6% de puérperas, por primera vez han tenido un hijo, seguido por las mujeres de las que es su segundo hijo y de las que ya tienen 3 o más, siendo un 30,2% en cada caso. También se detalla que, sólo el 4% de puérperas hospitalizadas, han asistido a algún programa de preparación para el parto, el 96% no asistió a ningún programa.

Tabla 03: Factores perinatales que presentaron los recién nacidos de las puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

FACTORES PERINATALES			
		N	%
PESO DEL RECIÉN NACIDO	Menor de 2500 g	8	5,4
	2500 a 3999 g	134	89,9
	Mayor o igual a 4000 g	7	4,7
	Total	149	100,0
EDAD GESTACIONAL	A término	146	98,0
	Post término	3	2,0
	Total	149	100,0
ALOJAMIENTO CONJUNTO	Si	78	52,3
	No	71	47,7
	Total	149	100,0
CONTACTO PIEL A PIEL	Adecuado	60	40,3
	Inadecuado	89	59,7
	Total	149	100,0

Fuente: Cuestionario Factores obstétricos y perinatales asociados al inicio de la lactancia materna. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

Los valores observados de acuerdo a los pesos que presentaron los neonatos al nacer fueron, en su mayoría de, 2500g a 3999g teniendo un 89,9%, seguido por un 5,4% de recién nacidos con peso menor a 2500g y por último con un peso mayor o igual a 4000g un 4,7%.

Se observa que el mayor porcentaje es. 98% que representa a los recién nacidos a término, seguido por un 2% de los post término.

La mayoría de recién nacidos estuvieron junto a su madre durante su hospitalización, ya que estos representan un 52,3%, siendo un 47,7% el porcentaje de recién nacidos que no estuvieron junto a su madre.

Los recién nacidos, de acuerdo al test empleado, tuvieron un inadecuado contacto piel a piel, siendo un 59,7%, por otro lado, los recién nacidos que tuvieron un adecuado contacto piel a piel, fueron, el 40,3%.

Tabla 04: Inicio de la lactancia materna en recién nacidos de las puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA		
	N	%
Dentro de la 1º hora	49	32,9
Después de la 1º hora	100	67,1
Total	149	100,0

Fuente: Cuestionario Factores obstétricos y perinatales asociados al inicio de la lactancia materna. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

La presente tabla muestra que, el 67,1% inició la lactancia materna después de la primera hora de vida, siendo el 32,9% de recién nacidos los que iniciaron dentro de la primera hora.

Tabla 05: Factores obstétricos y el inicio temprano de la lactancia materna, en puérperas hospitalizadas en el hospital regional docente de Cajamarca 2019.

FACTORES OBSTÉTRICOS	Inicio de la lactancia materna						CHI CUADRADO	
	Dentro de la 1 ^o hora		Mayor de la 1 ^o hora		Total			
	N	%	N	%	N	%		
TIPO DE PARTO	Parto vaginal	49	100,0	44	44,0	93	62,4	0,000
	Cesárea	0	0	56	56,0	56	37,6	
	Total	49	100,0	100	100,0	149	100,0	
NÚMERO DE HIJOS	1	13	26,5	46	46,0	59	39,6	0,067
	2	17	34,7	28	28,0	45	30,2	
	Mayor o igual a 3	19	38,8	26	26,0	45	30,2	
	Total	49	100,0	100	100,0	149	100,0	
ASISTIÓ A PROGRAMA DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO	Si	2	4,1	4	4,0	6	4,0	0,981
	No	47	95,9	96	96,0	143	96,0	
	Total	49	100,0	100	100,0	149	100,0	

Fuente: Cuestionario Factores obstétricos y perinatales asociados al inicio de la lactancia materna. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

Los resultados encontrados en la presente tabla 05, donde se relaciona los factores obstétricos y el inicio de la lactancia materna temprana fueron, el 100% de los recién nacidos, que comenzaron la lactancia materna dentro de la primera hora, cuando el parto fue vaginal, siendo contrario, en el caso de los nacidos por cesárea, pues ninguno de ellos iniciaron su lactancia dentro de la primera hora de vida. También se muestra el valor de la prueba estadística de chi cuadrado para este factor tiene un valor de $p=0,000$ determinándose que existe una asociación significativa entre el tipo de parto y el inicio temprano de la lactancia materna.

En estos resultados se puede observar el mayor porcentaje de puérperas son, las mujeres que tienen 3 hijos a más, las que inician la lactancia materna dentro de la primera hora, siendo un 38,8%, y las que son madres por primera vez, un 26,5 % las que dieron inicio a la lactancia dentro de la primera hora. Al observar el valor de la prueba estadística de chi cuadrado, tenemos $p=0.067$, mostrándonos que no existe asociación significativa entre este factor y la lactancia materna.

Los hallazgos también reportan que, en su mayoría (96%) no acudieron a algún programa de preparación para el parto, iniciando la lactancia materna después de la primera hora de vida; siendo, un 4% las mujeres que sí participaron de un programa educativo para el embarazo y parto, pero aun así iniciaron la lactancia después de la primera hora de vida. También se determinó que el valor de $p=0.981$, negando la existencia de asociación significativa, entre este factor y el inicio de la lactancia materna.

Tabla 06: Factores perinatales y el inicio temprano de la lactancia materna, en púerperas hospitalizadas en el hospital regional docente de Cajamarca 2019

FACTORES PERINATALES	Inicio de la lactancia materna						CHI CUADRADO	
	Dentro de la 1 ^o hora		Mayor de la 1 ^o hora		Total			
	N	%	N	%	N	%		
PESO	Menor de 2500 g	1	2,0	7	7,0	8	5,4	0,547
	2500 a 3999 g	46	93,9	88	88,0	134	89,9	
	Mayor o igual a 4000 g	2	4,1	5	5,0	7	4,7	
	Total	49	100,0	100	100,0	149	100,0	
EDAD GESTACIONAL	Término	48	98,0	98	98,0	146	98,0	0,701
	Post término	1	2,0	2	2,0	3	2,0	
	Total	49	100,0	100	100,0	149	100,0	
ALOJAMIENTO CONJUNTO	Si	48	98,0	30	30,0	78	52,3	0,000
	No	1	2,0	70	70,0	71	47,7	
	Total	49	100,0	100	100,0	149	100,0	
CONTACTO PIEL A PIEL	Adecuado	46	93,9	14	14,0	60	40,3	0,000
	Inadecuado	3	6,1	86	86,0	89	59,7	
	Total	49	100,0	100	100,0	149	100,0	

Fuente: Cuestionario Factores obstétricos y perinatales asociados al inicio de la lactancia materna. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019.

La tabla que antecede, muestra resultados con respecto a los factores perinatales y su relación con el inicio temprano de la lactancia materna. Del total de recién nacidos que inician su lactancia dentro de la primera hora de vida, el 93,9% tuvo un peso de, 2500 a 3999g y; el 4,1% pesaron de 4000g a más. Estadísticamente, no se encontró asociación significativa entre las variables según lo determina el coeficiente de correlación $p=0,547$.

Además, se puede percibir que el 98% de nacidos a término ha iniciado la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, el 2% que pertenece a los recién nacidos post término iniciaron en el mismo tiempo. Asimismo, se observa que tampoco existe relación significativa en relación a la edad gestacional y la lactancia materna, según lo determina el valor de $p= 0,701$.

Los resultados que se pueden apreciar, con respecto al alojamiento conjunto es el 98% de nacidos que estuvieron junto a sus madres iniciaron la lactancia dentro de la primera hora de vida, mientras que el 2% que no estuvieron junto a su madre también inició dentro de este tiempo. También se muestra que el valor de chi cuadrado es, $p=0,000$ evidenciando que hay asociación significativa entre el alojamiento conjunto y el inicio temprano de la lactancia materna.

Finalmente la relación entre el contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna, nos presenta que el 93,9% de recién nacidos que tuvieron un adecuado contacto han iniciado la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, mientras que el 6,1% que tuvieron un inadecuado contacto han iniciado dentro del tiempo mencionado. Por otro lado, según la prueba estadística de chi cuadrado, se encontró, una asociación significativa entre este factor y la lactancia materna, con un resultado de $p= 0,000$.

CONCLUSIONES:

Se llegó a las siguientes conclusiones:

- Las púerperas del estudio se caracterizaron por tener entre 19 a 35 años de edad, procedentes de la zona urbana, con grado de instrucción de nivel primario, amas de casa y convivientes.
- El factor obstétrico asociado al inicio temprano de la lactancia materna fue el tipo de parto; no encontrando esta asociación con la paridad ni la asistencia a algún programa de preparación para el parto.

- El alojamiento conjunto y el contacto piel a piel son los factores perinatales que se asocian al inicio temprano de la lactancia materna.
- Se llegó a comprobar la hipótesis propuesta, pues se encontró asociación significativa entre el tipo de parto, edad gestacional, alojamiento conjunto y contacto piel a piel con el inicio temprano de la lactancia materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna. 2018. Revisado 15/10/19 <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
2. Ota S. y cols. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea España. 2012. Revisado 01/10/19 <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/art-original-ota-13-1.pdf>
3. Quispecondori J. Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal: noviembre 2011 – enero 2012. Universidad Mayor de San Marcos. 2012. Revisado 18/10/19 <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3015>
4. Salsavilca E. y Valles S. Factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva del recién nacido sano. Universidad privada Norbert Wiener. Perú. 2016. Revisado 10/10/19 <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/626/Tesis%20pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Delgado V. e Inca L. Efecto del contacto precoz piel a piel sobre el inicio de la lactancia materna y la termorregulación en recién nacidos a término sanos. Hospital Goyeneche. Arequipa Abril – junio 2015. Universidad Católica de Santa María. Perú. 2015. Revisado 13/10/19 <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3400/63.0666.OP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Alcántara C., Chuquichaico N. y Chujutalli Y. Características del contacto piel a piel y el inicio precoz de la lactancia materna del recién nacido a término. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2017. Revisado 05/10/19 http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/955/Caracteristicas_AlcantaraChavarria_Carhol.pdf?sequence=3&isAllowed=y
7. Quispe F. y Morales Q. Alojamiento conjunto e inicio de la lactancia materna en puérperas inmediatas. Hospital II ESSALUD. Ayacucho. Agosto- Octubre 2015. Revisado 18/10/19 <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1550>
8. Huamán C. Factores asociados al inicio de la lactancia materna precoz del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, setiembre a octubre del 2017. Revisado 18/10/19 http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7784/Huaman_lc%20-%20Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR2dGnTHVKCFiP6dCkV5KjlfnKMo hAYn CtQ9dP6VadJNyG43gGdpSNFalk8
9. Ico D. y Luna K. eficacia del contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto para favorecer la lactancia materna exclusiva. Perú. 2017 . Revisado 19/10/19 <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1415/TITULO%20-%20%20Luna%20Hern%C3%A1ndez%2C%20Kelly%20Vanessa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR0p-Jjm4bkl8Le0JK8Rske5AyGSYVuldla0FNUibUXQfOEz-PNGau6tJJo>

10. Cabrera V. Relación entre el contacto precoz piel a piel sobre el inicio temprano de la lactancia materna, según el tipo de parto, en puérperas atendidas en el instituto nacional materno perinatal, diciembre. 2018 Revisado 12/10/19
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3018/UNFV_CABRERA_QUISPE_VALIA_DENNISSE_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y