

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

**“ALOJAMIENTO CONJUNTO E INICIO DE LACTANCIA MATERNA EN
PUÉRPERAS INMEDIATAS. HOSPITAL II ESSALUD AYACUCHO.
AGOSTO – OCTUBRE 2015.”**

Tesistas: Morales Quispe, Doris.

Quispe Flores, Yeny Margarita.

Asesora: Dra. Luisa Alcarraz Curi.

**Ayacucho – Perú
2016**

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de vida y estudio.

A mis padres CRISOSTOMO y ZARITA, Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos incansables, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me han infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante, que me ha permitido ser la persona quien soy, pero más que todo, por su amor.

A mi queridísimo tío RUBÉN quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas que se presentan, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A Jacob, Michael y Cielo, mis hermanos, quienes me apoyaron y alentaron para continuar, cuando parecía que me iba a rendir, recordándome el valor de la familia.

Al amor de mi vida Zharela Qory, mi razón de existir y de seguir adelante, te amo hija.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer y alguien a quien amar”.

DORIS

A Dios, Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres Jerminia y Sixto, con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Mis hermanos, Orlando, Blas, Raúl, Juana y Cleyber por estar conmigo y apoyarme siempre en todo momento, los quiero mucho.

Todos aquellos familiares y amigos que no recordé al momento de escribir esto. Ustedes saben quiénes son.

Finalmente a mis maestros, aquellos que marcaron cada etapa de mi vida, y que me ayudaron en la formación de mi educación.

“Sueña y sueña a lo grande, los sueños nos mantienen vivos y tiran de nosotros para adelante.”

YENY

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional San Cristóbal De Huamanga, alma mater, fuente de sabiduría y enseñanza.

A la escuela profesional de obstetricia, forjadora de profesionales a la vanguardia.

A la plana de docentes quienes nos brindaron sus enseñanzas durante esta etapa maravillosa de aprendizaje.

Al hospital regional de Ayacucho quien nos albergó en nuestras prácticas pre profesionales, a todos quienes laboran esta entidad, y en especial al servicio de Gineco-Obstetricia.

A nuestra asesora Dra. Luisa Alcarraz Curi, quien nos brindó su apoyo profesional y su valiosa amistad que es lo más importante, los cuales contribuyeron para culminar el camino de la vida universitaria.

A nuestros familiares y amigos quienes confiaron en nosotras y nos brindaron su apoyo incondicional.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	09
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3. OBJETIVOS.....	12

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....	13
2.2. BASE TEÓRICO - CIENTÍFICA.....	17
2.2.1. LACTANCIA MATERNA.....	17
2.2.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO DE LACTANCIA MATERNA.....	23
2.2.3. ALOJAMIENTO CONJUNTO.....	29
2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS.....	35
2.4. HIPÓTESIS.....	39
2.5. VARIABLES.....	40

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	41
3.2. DISEÑO DE ESTUDIO.....	41
3.3. POBLACIÓN.....	41
3.4. MUESTRA.....	41
3.5. TIPO DE MUESTREO.....	42
3.6. CRITERIO DE INCLUSIÓN E EXCLUSIÓN.....	42
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS...	42
3.8. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	43

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES.....	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXO.....	78

INTRODUCCIÓN

El alojamiento conjunto es la permanencia del recién nacido junto a su madre, en la misma habitación durante los días de hospitalización donde tuvo lugar el nacimiento, el alojamiento conjunto debe ser permanente durante las 24 horas del día e iniciarse inmediatamente después del nacimiento.

El alojamiento conjunto facilita que se establezca la lactancia natural, pues la madre rápidamente puede satisfacer la necesidad de alimentación del RN en el momento mismo que él lo solicite, sin necesidad exclusiva del llanto como señal¹. Revisando diversos estudios relacionados al tema se considera que el alojamiento conjunto influye en el inicio de la lactancia materna exclusiva.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo establecer la relación del alojamiento conjunto con el inicio de la lactancia materna exclusiva en el Hospital de EsSalud II Ayacucho. Mediante un diseño de investigación observacional, transversal, teniendo como muestra púerperas inmediatas, con sus respectivos recién nacidos, atendidos en los meses de agosto a octubre del 2015.

Los resultados obtenidos en el estudio de investigación demuestran que: El 68.5%(63) de puérperas inmediatas atendidas en el Hospital II EsSalud Ayacucho tuvieron alojamiento conjunto tardío, el 31.5% (29) alojamiento conjunto temprano; en cuanto a lactancia materna el 62.0% (57) tuvieron inicio de la lactancia materna tardía y el 38.0% (35) 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.

Se espera que los resultados de la investigación permitan contribuir a mejorar los procesos de atención y permanente información de lactancia materna como alimento exclusivo del recién nacido en sus primeros seis meses, desde el momento que nace.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La lactancia materna es el alimento ideal para los niños durante el primer año de vida por sus nutrientes, sus factores anti-infecciosos específicos, así como por sus beneficios biológicos, afectivos y económicos. No obstante, la frecuencia de amamantamiento está disminuyendo, tanto en países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo¹.

En el 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un documento en el que se exponen los múltiples beneficios y como la ayuda a las madres puede aumentar la lactancia materna en todo el mundo, es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños; la administración de alimentos que no consistan exclusivamente en leche materna durante los primeros seis meses de vida contribuye a más de un millón de muertes infantiles anuales; los menores de seis meses alimentados de forma exclusiva con leche materna no llegan al 40% en todo

el mundo.²

La lactancia materna está disminuyendo en el Perú según ENDES 2010, los menores porcentajes de lactancia antes de la primera hora de nacido, se encontraron entre niñas y niños ubicados en el quintil superior y cuarto de riqueza (38,5% y 42,9%, respectivamente) y cuyas madres tuvieron educación superior (43,2 %). Por departamento, los menores porcentajes se presentaron en Ica (32,5 %), Arequipa (37,4 %) y Lima (42,3 %)³.

Las madres de RN normales (incluyendo las post cesareadas) deben permanecer con su RN en la misma habitación día y noche, desde el momento en que vuelven a su habitación después del parto. Sin embargo en muchos establecimientos de salud no establecen el alojamiento conjunto aduciendo justificaciones tales como es preferible que el RN permanezca en la sala de cuidados inmediatos de los RN y a que permite una mejor supervisión y cuidados de los RN; el personal de salud de enfermería a cargo de los neonatos refieren además en que las madres por efecto de anestésicos no pueden movilizarse y esto limita la atención del RN.

En nuestras prácticas pre profesionales tuvimos la oportunidad de observar a la mayoría de puérperas que pasan mucho tiempo en sala de recuperación a pesar de no tener ninguna patología, los recién nacidos no eran trasladados en forma rápida para el alojamiento conjunto, durante su estancia en sala de cuidados inmediatos son alimentados con leche maternizada, los cuales no brinda beneficios ni para el recién nacido ni para la madre, y no contribuye al inicio de lactancia materna, factores que

influyen en las puérperas inmediatas a solicitar al personal del servicio que les brinde alimento complementario de manera rutinaria aduciendo que para el RN no le es suficiente la leche que le brinda la puérpera, sumado a lo anterior también la infraestructura de la unidad de alojamiento, hace difícil el alojamiento conjunto (cama pequeña, ambientes pequeños, donde se ubicaba tres puérperas, ambientes separados tanto RN y madre),el cuidado y atención en sala de cuidados inmediatos son prolongados sin causa muchas veces, y se interrumpe el alojamiento conjunto, lo que en cierta forma dificulta el vínculo afectivo y disminuye la confianza de la madre, puesto que el alojamiento conjunto permite a las madres responder inmediatamente siempre que sus RN dan señales de querer amamantar, y ello genera reflejos que estimulan en producción de leche.

Bajo este problemática nos formulamos la siguiente interrogante.

¿Cuál es la relación entre alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital II EsSalud Ayacucho Agosto– octubre2015?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general:

Conocer el alojamiento conjunto e inicio de la lactancia materna en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital II EsSalud Ayacucho agosto- octubre 2015.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Identificar el tipo de alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas
- Determinar el tiempo en que ocurre el alojamiento conjunto y el inicio de lactancia materna
- Relacionar el tipo de alojamiento conjunto con el inicio de la lactancia materna.
- Relacionar el alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna con los factores, tipo de parto, complicación del parto, complicaciones del recién nacido, información previa sobre alojamiento, tipo de lactancia materna, procedencia y paridad.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO

Flores S, Cisneros I. (1997: México), en la investigación "Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva". **Objetivo:** Conocer la influencia del alojamiento conjunto (AC) madre-hijo, en la frecuencia de lactancia humana exclusiva (LHE), desde el nacimiento hasta los cuatro meses de vida. **Materiales y métodos:** Estudio de cohortes no aleatorizado en la clínica de lactancia del Hospital Luis Castelazo Ayala, del Instituto Mexicano del Seguro Social, enero 1993 a octubre 1994, en el que participaron 178 binomios madre-hijo sanos con gestación a término. El grupo de alojamiento conjunto estuvo conformado por 90 binomios y 88 fueron sin alojamiento conjunto. **Resultados:** reportaron de un total de 178, 90 casos fueron con alojamiento conjunto y los 88 casos sin alojamiento conjunto. El tipo de parto en el grupo de personas que no tuvieron alojamiento conjunto, 57 casos parto eutócico y 31 por cesárea. Asimismo, en el grupo con alojamiento conjunto 61 casos con parto eutócico y 29 por

partos por cesárea, resultados estadísticamente significativo ($p < 0.05$) de acuerdo a la prueba de Mantel-Haenzel. El tipo de parto en el grupo de personas que no tuvieron alojamiento conjunto, 46 primíparas y en el grupo con alojamiento conjunto 51 casos de primíparas, resultados estadísticamente significativo ($p < 0.05$) de acuerdo a la prueba de Mantel-Haenzel. **Conclusiones:** El alojamiento conjunto madre-hijo favorece la lactancia humana exclusiva en el primer post nacimiento.

Cahuas A. (1987: Cajamarca) "Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia materna exclusiva: Factores de riesgo". **Objetivo:** Determinar el alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia materna exclusiva con los factores de riesgo. **Materiales y métodos:** Estudio de casos y control, constituido por 65 púerperas y sus respectivos recién nacidos. **Resultados:** Reportó que existe asociación directa entre el alojamiento conjunto y las complicaciones del trabajo de parto ($OR=2.59$, $IC95\%: 1.89-5.69$), también está directamente relacionado con el inicio de la lactancia materna ($OR=7.89$, $IC95\%: 4.78-9.21$). Igualmente existe asociación directa entre el alojamiento conjunto y las complicaciones del recién nacido ($OR=3.11$, $IC95\%: 2.65 - 4.79$), también está directamente relacionado con el inicio de la lactancia materna ($OR=2.97$, $IC95\%: 1.011-3.74$). Existe asociación directa entre el alojamiento conjunto y la procedencia rural ($OR=1.89$, $IC95\%: 1.11 - 2.99$). **Conclusiones:** Existen factores implicados directamente en el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva.

Quispecondori y Rivas (2012: Lima), "Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal noviembre 2011 - enero 2012. **Objetivos:** Determinar los factores que se asocian con el inicio de la Lactancia Materna Precoz en puérperas primíparas del INMP Noviembre 2011 - Enero 2012. **Método de estudio:** El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se entrevistó a 151 puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Los criterios de inclusión fueron: Madres de recién nacidos, que habían sido calificados por el servicio de neonatología como recién nacido a término (edad gestacional según Capurro de 37-40 semanas), puérpera en alojamiento conjunto, puérperas de parto eutócico o distócico, madres puérperas que sepan leer o escribir, recién nacidos sin patologías y madres puérperas mayores de 18 años de edad. **Resultados:** Reportaron de un 151 personas en estudio, 130 tuvieron lactancia precoz y 21 no fueron precoces, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación. No reportaron asociación entre la lactancia materna exclusiva con el inicio de la lactancia materna ($p>0.05$). En la lactancia materna exclusiva el 83.1% tuvieron contacto precoz y el 16.9% no tuvieron contacto precoz. Asimismo, en los que no tenían lactancia materna exclusiva, 66.7% tuvieron contacto precoz con el recién nacido y el 33.3% no tuvieron. No reportaron asociación entre la lactancia materna exclusiva con el tipo de parto ($p>0.05$). En la lactancia materna exclusiva el 91.5% tuvieron parto eutócico y el 8.5% tuvieron parto distócico. Asimismo, en los que no tenían

lactancia materna exclusiva, 85.7% tuvieron parto eutócico y el 14.3% tuvieron parto distócico. **Conclusión:** En el presente estudio se pudo observar dentro de los factores sociodemográficos: la edad y la procedencia se asociaron significativamente con el inicio de la lactancia materna precoz. Los factores relacionados con el embarazo parto y postparto: los programas de preparación para el parto, la información previa sobre la Lactancia Materna, la estadía junto al recién nacido inmediatamente después del parto, el parto con acompañante y la decisión previa al parto de dar lactancia materna exclusiva a su RN, todos ellos se asocian significativamente con el inicio de lactancia materna precoz.

2.2. BASE TEÓRICA-CIENTÍFICA

2.2.1. Lactancia materna

Durante los últimos decenios se han seguido acumulando pruebas sobre las ventajas sanitarias de la lactancia materna, sobre la que se han elaborado numerosas recomendaciones. La OMS puede afirmar ahora con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años. Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses, la OMS y el UNICEF recomiendan.

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida.
- Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua.
- Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche.
- No utilizar biberones, tetinas o chupetes.

La leche materna es el primer alimento natural de los RN, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales

durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente⁷.

VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA.

La leche materna tiene múltiples ventajas tanto para el RN, la madre, la familia y la sociedad (ambiente).

Para el RN:

- Es el mejor alimento porque tiene todo lo que él necesita, incluyendo el agua, y en las cantidades, correctas.
- Es un estímulo para los sentidos del tacto, vista, oído y olfato, permitiendo un mejor desarrollo de las capacidades del bebé.
- Ayuda a que crezca sano, fuerte y seguro.
- Lo protege de enfermedades (diarreas, resfriado e infecciones).

- Es pura, fresca, limpia y nutritiva.
- Está siempre lista y en la temperatura adecuada.
- Permite una relación estrecha entre madre e hijo.

Para la Madre:

- Se ahorra tiempo, dinero y trabajo.
- El útero vuelve más rápido a su tamaño normal.
- Satisfacción emocional.
- Hay menos hemorragia después del parto, reduciendo el riesgo de padecer anemia.
- Recuperación del peso. Ayuda a prevenir algunos tipos de cáncer (mama, ovarios).
- Funciona como método anticonceptivo (si se da lactancia exclusiva hasta los seis meses durante el día y la noche, siempre y cuando no aparezca sangrado).
- La mamá que da pecho sale a la calle con más facilidad y comodidad, así atender mejor a sus hijos.

Para la Familia:

La lactancia materna ayuda a que la familia sea más feliz y unida porque:

- Mayor amor entre la madre y su recién nacido.
- Menos gasto.
- Hay menos llanto.

Para la Sociedad:

- Menos enfermedades y muertes (en niños recién nacidos y pequeños).
- Protege al medio ambiente, al haber menos residuos.
- La madre no interrumpirá la lactancia al realizar otras labores (buscar agua, y hervir el agua).
- Mayor ahorro en el país debido a menos gastos en salud y en medicamentos.
- Mejor desarrollo intelectual del niño lográndose a futuro aumento de la productividad del País⁸.

INICIO DE LACTANCIA MATERNA

El contacto precoz con el pezón establece el inicio de la lactancia, lo que significa iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida, el RN debe comenzar al menos durante la primera hora posterior al nacimiento. En este periodo la madre suele experimentar una fuerte reacción afectiva, que es el pilar sobre el que asentará el vínculo de apego que mantendrán a lo largo de los años con el hijo (a).

El contacto, precoz y prolongado como las circunstancias lo permitan, es más importante cuando se desea amamantar al recién nacido, ya que los factores emocionales y el contacto físico son poderosos estímulos para iniciar la producción de leche, y si el recién nacido aprovecha ese tiempo para hacer una primera toma de contacto la estimulará aún más; de modo

que, si no ha podido ser en la misma sala de partos, nada más llegar a la habitación conviene poner al recién nacido al pecho. La toma inicial es, además, positiva para la madre, porque produce una pronta contracción del útero y evita su excesivo sangrado. (OMS)

TIPOS DE LACTANCIA

Lactancia materna exclusiva (LME): la OMS define como LME la alimentación de lactante con leche materna de la madre o de otra mujer sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua. En el 2002 durante la 55ª Asamblea Mundial de Salud conocida como “estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño”.

Lactancia mixta.- Consiste en alimentar al RN con lactancia materna y artificial al mismo tiempo. Son varias las razones por las que la madre ha de recurrir a este tipo de lactancia. La más común es la insuficiente producción de leche, una alteración que se conoce con el nombre de hipogalactia. En otras ocasiones es debido a problemas físicos o psicológicos por parte de la madre, lo que dificulta una lactancia materna exclusiva. Otros casos en los que la lactancia mixta resulta imprescindible es el de los RN prematuros, dado su grado de inmadurez y desarrollo.

El abandono parcial o total de la lactancia materna en ocasiones se debe a causas sociales, ya que muchas madres al trabajar fuera de casa no tienen facilidades para dar pecho a su RN en todas las tomas. Sin embargo, en la mayoría de los casos se recurre a la lactancia mixta debido a la falta de

información y de apoyo a la madre en cuanto a las técnicas de amamantamiento. Algunos de los errores más frecuentes son una mala postura del RN al pecho, horarios rígidos en la toma, un vaciado incompleto de los senos o la administración innecesaria de suplementos.

Lactancia Artificial.- puede haber muchas razones para que un RN no reciba leche materna. El pequeño puede ser adoptado o quizás la madre tuvo que dejar de dar el pecho debido a complicaciones o circunstancias de la vida que hicieron imposible la lactancia. También puede pasar que la madre esté enferma y deba tomar medicinas tan fuertes que el RN no las tolere. Las mujeres que se han operado los pechos para reducirlos a veces no consiguen producir leche.

La lactancia artificial consiste en alimentar al RN con fórmulas lácteas adaptadas. Éstas se consiguen de la leche de vaca que ha sido tratada de manera especial y adaptada con los componentes necesarios para cubrir las necesidades y para que sea digerible y adecuada para el RN humano. Con ellas, los niños que no toman pecho reciben la segunda opción posible. A esta leche se le añade hierro, minerales y vitaminas, y se le quitan gran parte de las proteínas, pues la leche de vaca tiene demasiadas. Ya que la grasa de la leche materna es tan beneficiosa para el desarrollo del cerebro y la vista del RN, ahora las compañías que fabrican leche artificial trabajan en añadirle a ésta ácidos grasos omega-3 que se parezcan a los naturales que contiene la leche materna. No se conoce el efecto a largo plazo de estos añadidos.

Alimentación complementaria precoz.- Comprende un período de tiempo en la vida del lactante, que se inicia cuando se introduce cualquier tipo de alimento no lácteo, como complemento a la leche de mujer o fórmula adaptada (y no como sustitución de ésta), que se caracteriza por el aporte de suplementos sólidos o semisólidos dados diariamente de un modo regular y en cantidades significativas, y termina cuando el niño recibe una alimentación muy parecida a la del resto de la familia⁹.

2.2.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO DE LACTANCIA MATERNA.

a) Alojamiento conjunto

El alojamiento conjunto permite establecer una lactancia temprana en comparación aquellas madres que tienen contacto limitado con sus bebés o con aquellas que sus bebés pasan la noche sin ellas. Las madres que piden alojamiento conjunto, tienen mejor suministro de leche y tienen mayor probabilidad de continuar lactando exitosamente a sus RN hasta los 4 o 6 meses.¹⁰

b) Factores asociados al sistema de salud.

El contacto con el personal de salud durante la atención prenatal y postparto está asociado con la duración y frecuencia del amamantamiento, esto sin importar si el servicio de salud es público o privado. En algunos casos son los médicos los que recomiendan a las

madres complementar los regímenes de lactancia materna por diversas situaciones. La decisión de amamantar está fuertemente influenciada por la información acerca de la alimentación infantil que reciben las madres y por el apoyo físico y social proporcionado durante el embarazo, parto y puerperio¹¹.

La educación prenatal, los aspectos hospitalarios relacionados con el parto y puerperio precoz, el acceso a la Atención Primaria y el seguimiento a través de sus consultas y por último la existencia de talleres y de grupos de apoyo a la lactancia, son aspectos importantes a tomar en cuenta para la promoción y el fomento de lactancia al seno materno. El sistema de salud juega un factor importante dado que se supone que es aquí en donde se va a educar y concienciar a la madre sobre la importancia de brindar el seno a sus hijos, además de que es éste sector el que viene de una forma u otra a operacionalizar todas las políticas y normas creadas para el fomento de la lactancia¹².

c) Factores culturales El amamantamiento de las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven. En algunas culturas se consideraba que una buena madre es la que amamanta a su hijo desde muy temprana edad, esto porque según algunos la lactancia al pecho es una práctica naturalizada propia de cada mujer. En la Italia de los años 20 se creía que una buena madre era aquella mujer que tenía una gran cantidad de leche en sus

senos y amamantaba hasta edades avanzadas a sus hijos. Una mujer que no tenía leche era considerada un fracaso como esposa y como madre debido al argumento que son las mujeres las únicas con capacidad de amamantar¹³.

Aún hoy en día la estética juega un papel importante en la decisión de brindar o no lactancia al seno materno, esto por la explotación del cuerpo femenino como objeto sexual, por parte de los medios de comunicación. Muchas mujeres no brindan lactancia a sus hijos ya que tienen la creencia de que esto les deteriora la apariencia de las mamas. También a muchas les da vergüenza amamantar a sus hijos en público, mientras que otras pueden considerar que es más elegante la alimentación con el biberón y que este es un símbolo de estatus social. La lactancia con frecuencia también declina, cuando las mujeres de zonas rurales, se van a las áreas urbanas donde las prácticas modernas pueden reemplazar las tradicionales o estar bajo la influencia de la urbanización, es aquí donde muchas pierden parte de su cultura y sus creencias ya que se dejan seducir por las facilidades que se presentan en la zona urbana y el tipo de vida que se vive en ella¹¹.

d) Factores socioeconómicos

Existen distintos factores por los cuales una mujer decide no proporcionarle leche materna a su hijo recién nacido; diversos estudios sugieren que estos factores condicionantes son tan diversos y

personales como cada mujer, y a su vez estas están influenciadas por las vivencias y percepciones que han ido adquiriendo éstas a lo largo de toda su vida. El nivel socioeconómico es uno de los condicionantes de la lactancia materna, de este podemos mencionar algunos factores como la estructura familiar, los ingresos en la mujer trabajadora, y las condiciones laborales, así como también la influencia que ejerce el medio en el que se desenvuelve cotidianamente. Una mejor condición económica también está relacionada con un mayor riesgo de no proveer lactancia al seno materno, esto quizás se deba a que se cuentan con los recursos económicos necesarios para adquirir sucedáneos de la leche materna. Se debe recordar que un beneficio de la lactancia materna es el ahorro a la economía del hogar, por lo que una madre de bajos recursos económicos no va a contar con las facilidades para adquirir estas fórmulas lácteas ya que implica mayores costos y un golpe en la economía familiar¹³

e) Nivel de instrucción

La implementación de la lactancia materna es también influenciada por el grado de escolaridad que poseen las madres. Algunos estudios han demostrado que un nivel educativo superior es un predisponente positivo para la lactancia materna, esto porque las mujeres cuentan con mayores conocimientos y comprensión sobre los beneficios que tiene la leche materna en la salud de sus hijos. El grado de escolaridad materna

y la utilización de la lactancia son directamente proporcionales, por lo que es más duradera en madres de nivel universitario, lo que está relacionado con una mejor información y comprensión de las ventajas de este tipo de alimentación¹⁴.

f) Retraso en el inicio de la producción de la leche.

El retraso en el inicio de la producción láctea tras el parto se ha asociado a características maternas como la primiparidad y la obesidad, o bien a sucesos cercanos al parto como la retención placentaria, el parto por cesárea, el estrés durante el trabajo de parto y una mayor duración de este, así como a la administración de suplementos de leche artificial previos a la fase de lactogénesis II¹⁷. En cambio, el aporte insuficiente de leche posterior al inicio de la producción láctea está raramente causado por factores primarios, como anomalías del pecho o problemas hormonales tales como el síndrome de Sheehan, el déficit congénito de prolactina o la cirugía de reducción mamaria¹⁵.

Sin embargo, es frecuente que muchas mujeres perciban que no tienen suficiente leche si realizan algunas prácticas que afectan a la duración e intervalo entre la toma de pecho, que influyen en el volumen y la calidad de la leche, así como en la saciedad del niño. Así, las mujeres que limitan la frecuencia o duración de las tomas debido a dolor en los pezones o al retorno a su trabajo fuera de casa, o bien las que ofrecen suplementos de leche artificial, pueden percibir este problema. Además, una técnica de

amamantamiento incorrecta interfiere en la transferencia de leche, ocasiona dolor e insatisfacción del niño tras la toma y se relaciona también con el abandono prematuro.¹⁶

g) Tipo de parto.

Un estudio realizado muestra que en el alojamiento conjunto los partos por cesárea representan al 9 % del total de partos. Las madres cesareadas tienen dificultades en el inicio y establecimiento de la lactancia por prácticas hospitalarias Inadecuadas. Es un estudio comparativo, en el primer grupo el alojamiento conjunto y amamantamiento, se inician dentro de las tres horas posparto y en el grupo control a las 12 horas del mismo.

Alena y Marco reportaron al hacer seguimiento por cuatro días miden la frecuencia de lactadas y al cuarto día se mide el volumen de secreción láctea por el método de la doble pesada. El grupo en alojamiento conjunto precoz tuvo mayor frecuencia de lactadas al día en los 4 días de seguimiento y mayor volumen de secreción láctea al cuarto día (230ml vs. 158ml). El alojamiento conjunto precoz en cesareadas es posible y es aceptado por las madres, induce mayor frecuencia de lactadas y mayor volumen de secreción láctea lo cual facilita el establecimiento de la lactancia humana. Todo lo referido muestra que el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva con aspectos directamente relacionados¹⁷.

2.2.3. ALOJAMIENTO CONJUNTO.

El alojamiento conjunto consiste en la ubicación del RN y su madre en la misma habitación día y noche, lo más pronto posible después del parto, para favorecer el contacto precoz, permanente y la práctica de lactancia materna exclusiva²¹. El alojamiento conjunto permite a la madre y a su RN fortalecer los lazos afectivos entre madre e hijo y desarrolla una mayor sensibilidad por los problemas prioritarios de este; establece una estrecha relación madre/hijo que estimula la lactancia natural y sensibiliza a la madre para aceptar los consejos sobre los cuidados de su hijo; promueve una mejor relación de la madre con el equipo de salud, lo que favorece la enseñanza directa y práctica de los cuidados de puericultura, al implicar una participación activa de la madre¹⁰.

Beneficios de alojamiento conjunto

El alojamiento conjunto representa un avance en la atención del RN porque permite una relación más estrecha entre la madre, el RN y el equipo de salud. Su interrelación diaria, sin duda, reporta enormes beneficios, en especial para el RN. El alojamiento conjunto permite a la madre convivir con su hijo, lo que fortalece los lazos afectivos y desarrolla una mayor sensibilidad por los problemas prioritarios de éste; establece una estrecha relación madre-hijo que estimula la lactancia natural y sensibiliza a la madre para aceptar los consejos sobre los cuidados de su hijo; promueve una mejor relación de la madre con el equipo de salud que favorece la enseñanza

directa y práctica de los cuidados de puericultura, al implicar una participación activa de la madre; establece el vínculo madre/pediatra de manera más concreta, impulsa a la madre a concurrir al consultorio periférico para el control adecuado del crecimiento y desarrollo de su hijo; capacita a la madre para atender al recién nacido normal desde las primeras horas de vida, lo cual permite al equipo técnico atender mejor al recién nacido de riesgo; disminuye la posibilidad de infecciones cruzadas al evitar el confinamiento en la unidad de internación, y permite al equipo de salud, a través de la práctica diaria de la enseñanza, mejorar sus condiciones docentes y lograr una mejor comprensión de las necesidades de la comunidad¹⁰.

El alojamiento conjunto facilita la lactancia para la madre. Cuando ambos están juntos, la madre aprende a reconocer las primeras “demandas” que hace el bebé buscando alimento y bienestar, ofreciendo rápidamente lo que el RN necesita.

El alojamiento conjunto permite establecer una lactancia temprana, en comparación con aquellas madres que tienen contacto limitado con sus RN o con aquellas que sus RN pasan la noche en el cunero. Las madres que piden alojamiento conjunto, tienen mejor suministro de leche y tienen mayor probabilidad de continuar lactando exitosamente a sus bebés hasta los 4 ó 6 meses de edad. Algunos estudios han encontrado que las madres cuyos bebés son atendidos en el cunero, no duermen más que aquellas que solicitan alojamiento conjunto. La madre puede dormir más tranquila

sabiendo que el bebé está con ella¹⁶. Tiene sentido que entre más tiempo pasan juntas dos personas, más pronto se llegan a conocer una a la otra. Las madres que están con sus niños por largos periodos, incluyendo durante la noche, tienen mejores resultados en las pruebas que se utilizan para medir el apego de una madre hacia su bebé. El alojamiento conjunto permite los RN que se alojan junto con sus madres, lloran menos y pasan mayor tiempo dormidos tranquilamente, suben mejor de peso día con día y tienen menor probabilidad de ictericia. El alojamiento conjunto también puede tener beneficios a largo plazo para la madre y para el RN. Los estudios evidencian que las tasas de abuso infantil, maltrato, negligencia y abandono son menores en las madres que tienen contacto frecuente y extenso con sus RN durante el periodo de posparto temprano.

Otros:

- Disminución de la morbilidad neonatal.
- Lactancia materna precoz
- Prevención de infecciones recurrentes.
- Disminución de la pérdida de calor corporal.
- Reconocimiento de la madre de las necesidades de su hijo desde el nacimiento.

Fisiología

La naturaleza prepara a la madre y a su RN para necesitarse el uno al otro desde el momento del nacimiento.

La oxitocina, hormona que causa que el útero de la mujer se contraiga, también causa la elevación de la temperatura de sus pechos y le ayuda a sentirse calmada y sensible. Esta hormona estimula los sentimientos “maternales”, mientras la mamá toca, contempla y más oxitocina es liberada mientras ella abraza a su RN en contacto piel a piel. Las endorfinas, hormonas que actúan como narcóticos naturales, también son liberadas y elevan los sentimientos maternos. Altos niveles de adrenalina, normales en los RN al nacer hacen que el RN esté alerta para buscar a su madre, encontrar el camino a su pecho y amamantarse. Durante los días subsecuentes al nacimiento, una madre aprende diversas maneras para comprender las señales de su RN y la forma única que tiene para comunicarse con ella. Los expertos recomiendan que inmediato al parto un RN saludable sea colocado piel con piel sobre el abdomen o el pecho de su madre, que sea secado y se cubra con toallas tibias. Algunos investigadores llaman a este contacto piel a piel “Cuidados de la madre Canguro” u “Operación Canguro”. Ser colocado desnudo contra la piel de su madre es la forma perfecta para que un bebé se adapte a su nueva vida fuera del cuerpo de su madre. La temperatura de la madre se ajusta naturalmente para mantener al bebé calentito evitando que se enfríe.

Los recién nacidos colocados piel con piel junto con sus madres lloran menos y se mantienen más calientes que aquellos que son colocados en cunas térmicas. De igual manera, los bebés que perdieron temperatura, incluyendo los prematuros, regresan a una temperatura normal rápidamente

cuando son abrazados piel a piel por sus madres¹⁰.

Contacto piel a piel y amamantamiento inmediato:

Es indispensable que se facilite el establecimiento del contacto inmediato madre hijo/hija, sin separarlos salvo patología materna o del recién RN a que haga imprescindible separarlos. Se colocará al niño o niña sobre el abdomen de la madre, inmediatamente después del parto fomentando el contacto piel a piel. Se deberán evitar todas las maniobras invasivas que puedan interferir en este momento favoreciendo el apego e inicio temprano de la lactancia. Se recomienda que el padre acompañe este proceso. El equipo de salud presente en sala de parto deberá apoyar a la madre a iniciar la lactancia en la primera hora post parto. El contacto piel a piel debe facilitar el inicio del amamantamiento e informar a la madre sobre la importancia del calostro. En los casos de partos normales, el examen del recién nacido/a, la colocación de la profilaxis ocular, administración de vitamina K y la evaluación de la antropometría se deberá realizar luego del primer contacto piel con piel para no interferir en el primer contacto visual del niño/a con su madre y el ambiente. Cuando sea necesario, gineco-obstetra, partera y pediatra deberán acordar el uso de medicamentos de forma que éstos no interfieran en la lactancia. En casos de cesárea el contacto piel a piel deberá realizarse inmediatamente después del nacimiento, en caso de la anestesia general. Se promoverá la alimentación calostro materno en la primera post cesárea para ello se colocará al RN al lado de su madre en la sala de puerperio

inmediato o en la sala de recuperación post-anestésica en el caso de cesárea, manteniendo una observación estricta y ofreciendo apoyo constante para facilitar el amamantamiento. En el caso de cesárea el equipo de salud buscará alguna persona que acompañó a la madre, en especial el padre, con el fin que la niña/niño realice el apego necesario para el buen desarrollo del/la recién nacido/a. Se procurará trasladar a la madre e hija/o juntos simultáneamente a la sala de Alojamiento Conjunto¹⁰

El apego

Es el establecimiento de un vínculo físico-afectivo que ha demostrado influir en la producción de relaciones afectivas normales entre los hijos, sus padres y su entorno. Un buen apego se favorece si se promueve el contacto físico precoz y continuado con el alojamiento conjunto del recién nacido con su madre y la participación activa del padre desde el nacimiento.

El apego debe ser reforzado durante toda la vida del niño. En ocasiones, por razones de salud del recién nacido o de su madre, no se puede realizar el contacto físico inmediatamente después del parto. Esto claramente no afecta el cariño ni la calidad del vínculo que se produce si los padres entienden en qué consiste el proceso de apego¹⁰.

2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS.

ALOJAMIENTO CONJUNTO: Permanencia de la madre junto a su bebé en la misma habitación durante los días de hospitalización en el establecimiento de salud o en su domicilio

ALOJAMIENTO CONJUNTO NORMAL: Madre y el recién nacido compartiendo el mismo ambiente dentro de la primera hora post parto con RN vivo.

ALOJAMIENTO CONJUNTO TARDIO: Madre y el recién nacido compartiendo el mismo ambiente, después de 1 hora de nacimiento.

RECIÉN NACIDO: Neonato desde las cero horas de hasta los 28 días de vida.

LACTANCIA MATERNA: Manera de alimentar a los neonatos con leche materna, tiene propiedades bioactivas que facilitan la transición de la vida.

LACTANCIA MATERNA TEMPRANA: Inicio de lactancia materna dentro de la primera hora post parto.

LACTANCIA MATERNA TARDIA: Sucede después de una hora de nacimiento.

LACTANCIA MATERNA MIXTA: Es la alimentación tanto con leche materna como con leche artificial (formulas, leches maternizada).

PARTO: Proceso por el que la mujer expulsa el feto y la placenta al final de

la gestación; consta de tres fases: la fase de dilatación, la de expulsión y la placentaria o de alumbramiento.

PARTO EUTÓCICO: Es un parto que se desarrolla de forma fisiológica. Se caracteriza por el desencadenamiento espontáneo del trabajo de parto entre a 37 y la 42^a semana de gestación, un nacimiento en posición cefálica (con la cabeza abajo) y con un bebé y una madre que están bien después del nacimiento.

PARTO DISTOCICO: Cuando el parto o expulsión procede de manera anormal o difícil. Puede ser el resultado de contracciones uterinas incoordinadas, de una posición anormal del feto, de una desproporción cefalopélvica relativa o absoluta o por anomalías que afectan el canal blando del parto.

CESAREA: Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina.

PUERPERIO: Es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresión paulatina de todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad.

PUERPERIO INMEDIATO: Es el período de las primeras 24 horas después

del alumbramiento.

COMPLICACIONES MATERNAS POST PARTO: Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad implica diversas complicaciones como: hemorragia posparto o inversión uterina que se puedan presentar en el post parto.

COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO: Situación que agrava al recién nacido. Los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son los que determinan las características del cuidado del recién nacido normal y de la patología de este período. Pueden presentarse complicaciones.

DEFECTOS CONGÉNITOS: Es un problema que ocurre mientras un bebé se desarrolla dentro del cuerpo de su madre. La mayoría de los defectos congénitos ocurren durante los primeros 3 meses del embarazo.

ICTERICIA: La ictericia hace que la piel y las partes blancas de los ojos se pongan amarillos. El exceso de bilirrubina causa la ictericia. La bilirrubina es una sustancia química color amarillo que contiene la hemoglobina, sustancia que transporta el oxígeno en los glóbulos rojos. A medida que los glóbulos rojos se degradan, el cuerpo desarrolla nuevas células para sustituirlos. Las células degradadas se procesan en el hígado. Si el hígado no puede manejar las células sanguíneas a medida que se degradan, se acumula bilirrubina en el organismo y la piel puede verse amarilla.

LA HIPOGLUCEMIA: También conocida como nivel bajo de azúcar (glucosa) en la sangre, se produce cuando la glucosa en la sangre desciende por debajo de los niveles normales.

TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDO: Es un trastorno respiratorio que se observa poco después del parto en bebés que nacen cerca del término o a término.

AFTA: Es una úlcera o llaga abierta y dolorosa en la boca. Las aftas son de color blanco o amarillo y están rodeadas por un área roja y brillante.

PARIDAD: Número de embarazos a término, más allá de las 38 semanas, no importando si son gemelos.

PROCEDENCIA: Es el origen de nacimiento o lugar donde vive la persona nombrar a la nacionalidad de una persona.

2.4 HIPÓTESIS

El alojamiento conjunto influye significativamente en el inicio de la lactancia materna y está relacionado con los factores: tipo de parto, Tipo de alojamiento conjunto, inicio de lactancia materna complicaciones maternas, complicaciones del RN, información previa tipo de lactancia materna, procedencia, paridad.

2.5 VARIABLES DE ESTUDIO

INDEPENDIENTE:

- Alojamiento conjunto

DEPENDIENTE:

- Inicio de la lactancia materna.

INTERVINIENTES:

- Complicaciones maternas post parto
- Complicaciones del recién nacido
- Tipo de parto
- Procedencia.
- Paridad.
- Información previa

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Aplicada, descriptiva.

3.2. Método de estudio

Observacional, analítico transversal, prospectivo.

3.3. Población y muestra

La población

Constituida por 120 madres hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II EsSalud Ayacucho agosto - octubre 2015.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 92 puérperas inmediatas con sus RN hospitalizados en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Es Salud de

Ayacucho. Atendidas entre los meses agosto–octubre2015.

Tipo de muestreo

No probabilístico intencional.

3.4 Criterio de inclusión

- Puérperas inmediatas con recién nacidos
- Post parto eutócico y post cesareadas.
- Puérperas que acepten participar en el estudio

3.5 Criterio de exclusión

- puérperas con alguna patología.
- Puérperas con recién nacidos con alguna patología.
- Mujeres con patologías ginecológicas.
- Puérperas mediatas

3.6. Técnica de recolección de datos

- Encuesta
- Revisión documental
- Observación
- Entrevista

3.7 Instrumento de recolección de datos

Ficha de encuesta, historia clínica perinatal, guía de observación.

PROCEDIMIENTO.

- 1) Se solicitó autorización a través de la Decana de la Facultad de Obstetricia al Hospital Es Salud, con la finalidad de realizar el presente trabajo de investigación.
- 2) La identificación de púerperas inmediatas con su RN, fue a través de la revisión de la historias clínicas, previo consentimiento informado se aplicaron las fichas de encuesta.
- 3) La encuesta se realizó a las púerperas inmediatas en los servicios de Gineco-Obstetricia del Hospital de Es-Salud, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, con la finalidad de obtener datos e información de datos como procedencia, paridad, información previa nivel de instrucción. Para determinar el tipo de alojamiento conjunto para y para determinar el inicio de lactancia materna.
- 4) Con la finalidad de identificar complicaciones maternas y del RN se realizó la revisión de historia clínica (historia perinatal).

3.8 Procesamiento de datos

Los datos fueron procesados previo control de calidad y codificación en el paquete de SPSS versión 20.

Los datos son presentados en tablas estadísticas de acuerdo a los objetivos de la investigación.

Análisis estadístico:

Para el análisis de datos se empleó la prueba de Chi Cuadrado con la

finalidad de establecer la relación entre las variables principales.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla Nº 1

**Tipo de alojamiento conjunto en puérperas inmediatas. Hospital II
EsSalud Ayacucho. Agosto – octubre 2015.**

Tipo Alojamiento conjunto	Nº	%
Normal	29	31.5
Tardío	63	68.5
Total	92	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

La Tabla Nº 1, muestra el tipo de alojamiento conjunto en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital II EsSalud Ayacucho en el que observa que del 100.0% (92) de puérperas en estudio el 68.5% (63) tuvieron alojamiento conjunto tardío y el 31.5% (29) alojamiento conjunto normal.

Del análisis de la tabla se concluye que el mayor porcentaje (68.5%) de puérperas inmediatas del Hospital II EsSalud Ayacucho, presentaron alojamiento conjunto tardío.

Los resultados hallados demuestran que, existe elevado porcentaje de puérperas que tuvieron alojamiento conjunto tardío, esto es debido a numerosos factores que interfieren en ella como las complicaciones del parto, las complicaciones del recién nacido, la demora del traslado del recién nacido, etc., por ello es necesario la identificación de los factores para que se

puedan tomar las medidas correctivas del caso.

Flores y Cisneros (1997: México) en la investigación "Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva", reportaron de un total de 178, 90 casos fueron con alojamiento conjunto y el 88 casos sin alojamiento conjunto, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Tabla Nº 2

**Inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas. Hospital II
EsSalud Ayacucho. Agosto – octubre 2015.**

Inicio de la lactancia materna	Nº	%
Temprana	35	38.0
Tardía	57	62.0
Total	92	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla Nº 2, se observa el inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital II EsSalud Ayacucho donde se muestra que del 100.0% (92) de puérperas en estudio el 62.0% (57) tuvieron inicio de lactancia materna tardía y el 38.0% (35) lactancia materna temprana.

Del análisis de la tabla se concluye que el 62.0% de puérperas del Hospital II EsSalud Ayacucho presentaron inicio de lactancia materna tardía.

Se deduce de los resultados hallados que existe elevado porcentaje de puérperas que iniciaron lactancia materna en forma tardía, esto se debe, a que numerosos factores interfieren, como las complicaciones del parto, las complicaciones del recién nacido, la demora del traslado del recién nacido, por ello es necesario que todo el personal que atiende los partos y los recién nacidos trabajen coordinadamente para que no exista esta demora, así

favorecer al recién nacido con lactancia materna. En relación a ello

Quispe Condori J, Rivas R. (2012: Lima), en su estudio "Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal noviembre 2011 - enero 2012", reportaron de un 151 personas en estudio, 130 tuvieron lactancia precoz y 21 no fueron precoces, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Tabla Nº 3

Alojamiento conjunto en relación a inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas. Hospital II EsSalud Ayacucho. Agosto – octubre 2015.

Inicio de la lactancia materna	Alojamiento conjunto				Total	
	Normal		Tardío		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Temprana	20	21.7	15	16.3	35	38.0
Tardía	9	9.8	48	52.2	57	62.0
Total	29	31.5	63	68.5	92	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 17.180^{**} \quad \chi_r^2 = 5.991 \quad p < 0.05$$

g. l. = 2

La Tabla Nº 3, referido al alojamiento conjunto según inicio de lactancia materna, donde se muestra que del 100.0% (92) de puérperas en estudio, el 62.0% tuvieron inicio de lactancia materna tardía, de las cuales el 52.2% (48) tuvieron alojamiento conjunto tardío y el 9.8% (9) alojamiento conjunto normal. Asimismo, el 38.0% (35) tuvieron inicio de lactancia materna temprana, de las cuales el 21.7% (20) tuvieron alojamiento conjunto normal y el 16.3% (15) alojamiento conjunto tardío.

Del análisis de la tabla se concluye que el 52.2% de puérperas con inicio de

la lactancia materna tardía presentaron alojamiento conjunto tardío.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa ($p < 0.05$), que indica que el inicio de lactancia materna tardía está relacionada con el alojamiento conjunto tardío.

Como se observa en los resultados hallados, el inicio de lactancia materna está relacionado con el alojamiento conjunto, si bien puede existir factores que impiden que exista un alojamiento conjunto oportuno, está debería de manejarse para que el recién nacido reciba sus alimentos inmediatamente después del parto, por ello la coordinación en la atención binomio madre-hijo debe ser efectiva.

Al respecto **Quispecondori J, Rivas R. (2012: Lima)**, no reportaron asociación entre la lactancia materna exclusiva con el inicio de la lactancia materna ($p > 0.05$). En la lactancia materna exclusiva el 83.1% tuvieron contacto precoz y el 16.9% no tuvieron contacto precoz. Asimismo, en los que no tenían lactancia materna exclusiva, 66.7% tuvieron contacto precoz con el recién nacido y el 33.3% no tuvieron, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Tabla Nº 4

Alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas según tipo de parto. Hospital II EsSalud Ayacucho. Agosto – octubre 2015.

Tipo de parto	Alojamiento conjunto									
	Normal					Tardío				
	Inicio de lactancia materna					Inicio de lactancia materna				
	Tempran		Tardía			Tempran		Tardía		
	a					a				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Eutócico	20	21.7	9	9.8	11	12.0	19	20.7	59	64.1
Cesárea	0	0.0	0	0.0	4	4.3	29	31.5	33	35.9
Total	20	21.7	9	9.8	15	16.3	48	52.2	92	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 29.346^{**} \quad \chi_t^2 = 7.815 \quad p < 0.05$$

g. l. = 3

La Tabla Nº 4, relaciona el alojamiento conjunto, inicio de lactancia materna y el tipo de parto, donde se muestra que del 100.0% (92) de puérperas en estudio, el 64.1% tuvieron parto eutócico, de las cuales, 21.7% (20) tuvieron alojamiento conjunto normal con inicio de lactancia materna temprana, el

20.7% (19) alojamiento conjunto tardío con inicio de la lactancia materna tardía, 12.0% (11) alojamiento conjunto tardío con lactancia materna temprana y el 9.8% (9) alojamiento conjunto normal con inicio de lactancia materna tardía.

Asimismo, el 35.9% (33) tuvieron parto por cesárea, de los cuales el 31.5% (29) tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardío y el 4.3% (4) tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna temprana.

Del análisis de la tabla se concluye que el 31.5% (29) de puérperas inmediatas con parto por cesárea tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardía.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa ($p < 0.05$), que indica que el inicio de lactancia materna y el alojamiento conjunto están relacionado con el tipo de parto.

Como se observa en los resultados hallados, el tipo de parto está directamente relacionado con el alojamiento conjunto y el inicio de lactancia materna. Las puérperas que tuvieron un parto eutócico tienen la facilidad de tener alojamiento conjunto normal e iniciar lactancia materna temprano mientras la cesárea al ser una condición quirúrgica influirá en la demora para que se dé el alojamiento conjunto oportuno entre la madre y el recién nacido, por ello la influencia de esta condición en dichas variables. Al contrastar

nuestros resultados con:

Quispecondori J, Rivas R. (2012: Lima), no reportaron asociación entre la lactancia materna exclusiva con el tipo de parto ($p>0.05$). En lactancia materna exclusiva el 91.5% tuvieron parto eutócico y el 8.5% tuvieron parto distócico. Asimismo, en los que no tenían lactancia materna exclusiva, 85.7% tuvieron parto eutócico y el 14.3% tuvieron parto distócico, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

En tanto **Flores y Cisneros (1997: México)** reportaron el tipo de parto en el grupo de personas que no tuvieron alojamiento conjunto, 57 casos parto eutócico y 31 por cesárea. Asimismo, en el grupo con alojamiento conjunto 61 casos con parto eutócico y 29 por partos por cesárea, resultados estadísticamente significativo ($p<0.05$) de acuerdo a la prueba de Mantel-Haenzel.

Tabla Nº 5

Alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas según complicación del parto. Hospital II EsSalud Ayacucho. Agosto – octubre 2015.

Alojamiento conjunto										
Complicación del parto	Normal				Tardío				Total	
	Inicio de lactancia materna				Inicio de lactancia materna					
	Temprana		Tardía		Temprana		Tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	3	3.3	1	1.1	7	7.6	27	29.3	38	41.3
No	17	18.4	8	8.7	8	8.7	21	22.8	54	58.7
Total	20	21.7	9	9.8	15	16.3	48	52.2	92	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 13.693^{**} \quad \chi_t^2 = 7.815 \quad p < 0.05$$

g. l. = 3

La Tabla Nº 5, referido al alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna según complicación del parto, donde se muestra que del 100.0% (92) de puérperas en estudio, el 58.7% no tuvieron complicaciones del parto, de los cuales, 22.8% (21) tuvieron alojamiento conjunto tardío con inicio de lactancia materna tardía, el 18.4% (17) alojamiento conjunto normal con

inicio de la lactancia materna temprana, 8.7% (8) alojamiento conjunto tardío con lactancia materna temprana y el 8.7% (9) alojamiento conjunto normal con inicio de lactancia materna tardía.

Asimismo, el 41.3% (38) tuvieron complicación en el parto, de los cuales el 29.3% (27) tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardía, el 7.6% (7) tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna temprana, el 3.3% (3) alojamiento conjunto temprano con inicio de lactancia materna temprana y el 1.1% (1) alojamiento conjunto normal con inicio de lactancia materna tardía.

Del análisis de la tabla se concluye que el 29.3% de puérperas inmediatas con complicaciones del parto tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardía.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa ($p < 0.05$), que indica que el inicio de lactancia materna y el alojamiento conjunto están relacionados con las complicaciones del parto.

Como se observa en los resultados hallados el alojamiento conjunto y la lactancia materna están relacionados con las complicaciones del parto, cabe señalar que una complicación del parto que desfavorezca la salud de la madre o recién nacido, conllevará que en mayor tiempo se reúnan ambos y así iniciar con el alojamiento conjunto tardío e inicio de lactancia materna por ello el personal de salud que está a cargo de recién nacido optan por

administrar formulas al recién nacidos ya que los RN pasado los 60-90 minutos siente la necesidad de alimentarse. La demora en ambas condiciones también dependerá de la gravedad de las complicaciones que se presentaron en el parto. Comparando nuestros resultados con:

Cahuas A. (1987: Cajamarca), en la investigación "Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia materna exclusiva: Factores de riesgo implicados", también reportó que existe asociación directa entre el alojamiento conjunto y las complicaciones del trabajo de parto (OR=2.59, IC95%: 1.89-5.69), igualmente se encuentra directamente relacionado con el inicio de la lactancia materna (OR=7.89, IC95%: 4.78-9.21).

Tabla Nº 6

Alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas según complicaciones del recién nacido. Hospital II EsSalud Ayacucho. Agosto – octubre 2015.

Alojamiento conjunto										
Complicaciones del recién nacido	Normal				Tardío				Total	
	Inicio de lactancia materna				Inicio de lactancia materna					
	Temprana		Tardía		Temprana		Tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Si	3	3.3	3	3.3	3	3.3	14	15.2	23
No	17	18.4	6	6.5	12	13.0	34	37.0	69	75.0
Total	20	21.7	9	9.8	15	16.3	48	52.2	92	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 2.044 \text{ N. S.} \quad \chi_t^2 = 7.815 \quad p > 0.05$$

g. l. = 3

La Tabla Nº 6, referido al alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna según complicaciones del recién nacido, muestra que del 100.0% (92) de puérperas en estudio, el 75.0% (69) no tuvieron complicaciones del recién nacido, de los cuales, 37.0% (34) tuvieron alojamiento conjunto tardío con inicio de lactancia materna tardía, el 18.5% (17) alojamiento conjunto normal

con inicio de la lactancia materna temprana, 13.0% (12) alojamiento conjunto tardío con lactancia materna temprana y el 6.5% (6) alojamiento conjunto normal con inicio de lactancia materna tardía.

Asimismo, el 25.0% (23) tuvieron complicaciones del recién nacido, de los cuales, el 15.2% (14) tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardía, el 3.3% (3) tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna temprana, el 3.3% (3) alojamiento conjunto normal con inicio de lactancia materna temprana y el 3.3% (3) alojamiento conjunto normal con inicio de la lactancia materna tardía.

Del análisis de la tabla se concluye que el 37.0% de puérperas inmediatas con recién nacido sin complicaciones tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardía.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ($p > 0.05$), que indica que el inicio de lactancia materna y el alojamiento conjunto no están relacionados con las complicaciones del recién nacido.

Como se observa en los resultados hallados, no existe dependencia entre el alojamiento conjunto e inicio de la lactancia materna con las complicaciones del recién nacido, es decir, aunque se tiene conocimiento que una complicación del recién nacido influye directamente en el inicio de la lactancia materna y el alojamiento conjunto, esto podría prolongarse debido a la gravedad de la complicación del recién nacido, sin embargo la presencia

de complicaciones en los recién nacido de puérperas estudiadas de gravedad por lo que no hubo asociación entre las variables en mención.

Mientras que:

Cahuas A. (1987: Cajamarca), reportó que existe asociación directa entre el alojamiento conjunto y las complicaciones del recién nacido (OR=3.11, IC95%: 2.65 – 4.79), igualmente se encuentra directamente relacionado con el inicio de lactancia materna (OR=2.97, IC95%: 1.011-3.74).

Tabla Nº 7

Alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas según información previa. Hospital II EsSalud Ayacucho. Agosto – octubre 2015.

Alojamiento conjunto										
Información previa sobre alojamiento conjunto	Normal				Tardío				Total	
	Inicio de lactancia materna		Inicio de lactancia materna		Inicio de lactancia materna		Inicio de lactancia materna			
	Temprana	Tardía	Temprana	Tardía	Temprana	Tardía	Temprana	Tardía	Temprana	Tardía
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	3	3.3	1	1.1	0	0.0	10	10.9	14	15.2
No	17	18.4	8	8.7	15	16.3	38	41.3	78	84.8
Total	20	21.7	9	9.8	15	16.3	48	52.2	92	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 3.984 \text{ N. S.}$$

$$\chi_r^2 = 7.815$$

$$p < 0.05$$

g. l. = 3

La Tabla Nº 7, referido al alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna según información previa sobre alojamiento conjunto, muestra que del 100.0% (92) de puérperas en estudio, el 84.8% (78) no tuvieron información previa sobre alojamiento conjunto, de los cuales, 41.3% (38) tuvieron alojamiento conjunto tardío con inicio de lactancia materna tardía, el 18.4%

(17) alojamiento conjunto normal con inicio de lactancia materna temprana, 16.3% (15) alojamiento conjunto tardío con lactancia materna temprana y el 8.7% (8) alojamiento conjunto temprano con inicio de la lactancia materna tardía.

Asimismo, el 15.2% (14) si tuvieron información previa sobre alojamiento conjunto, de los cuales, el 10.9% (10) tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardía, el 3.3% (3) tuvieron alojamiento conjunto normal con lactancia materna temprana y el 1.1% (1) alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardía.

Del análisis de la tabla se concluye que el 41.3% de puérperas inmediatas que no tuvieron información previa sobre alojamiento conjunto tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardía.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ($p > 0.05$), que indica que el inicio de lactancia materna y el alojamiento conjunto no están relacionados con la información previa sobre alojamiento conjunto.

Como se observa en los resultados hallados, no existe dependencia entre el alojamiento conjunto y el inicio de lactancia materna con la información previa sobre alojamiento conjunto, cabe señalar que otros fueron los factores que influyeron en dicha condición. La información previa debería ayudar en el inicio de lactancia y el alojamiento conjunto, sin embargo pueden ser otras los factores que influyen en dicha condición. Sobre este punto:

Quispecondori J, Rivas R. (2012: Lima), reportaron asociación entre lactancia materna exclusiva con la información previa sobre alojamiento conjunto ($p < 0.05$). En la lactancia materna exclusiva el 69.2% si tuvieron información sobre lactancia y el 30.8% no tuvieron información. Asimismo, en los que no tenían lactancia materna exclusiva, 66.7% no tuvieron información sobre lactancia materna y el 33.3% si tuvieron información, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Tabla Nº 8

Alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas según tipo de lactancia materna. Hospital II EsSalud Ayacucho. Agosto – octubre 2015.

Alojamiento conjunto										
Tipo de lactancia materna	Normal				Tardío				Total	
	Inicio de lactancia materna				Inicio de lactancia materna					
	Temprana		Tardía		Temprana		Tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Exclusiva	11	12.0	5	5.4	5	5.4	8	8.7	29
Mixta	9	9.7	4	4.3	10	10.9	40	43.5	63	68.5
Total	20	21.7	9	9.8	15	16.3	48	52.2	92	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 12.446^{**}$$

$$\chi_r^2 = 7.815$$

$$p < 0.05$$

g. l. = 3

La Tabla Nº 8, referido al alojamiento conjunto e inicio de la lactancia materna según tipo de lactancia materna, donde se muestra que del 100.0% (92) de puérperas en estudio, el 68.5% (63) tuvieron lactancia materna mixta, de los cuales, 43.5% (40) tuvieron alojamiento conjunto tardío con inicio de lactancia materna tardía, el 10.9% (10) tuvieron alojamiento conjunto tardío

con inicio de lactancia materna temprana, 9.8% (9) alojamiento conjunto normal con lactancia materna temprana, 4.3% (4) alojamiento conjunto normal con inicio de la lactancia materna tardía.

Asimismo, el 31.5% (29) tuvieron lactancia materna exclusiva, de los cuales, el 12.0% (11) tuvieron alojamiento conjunto normal con lactancia materna temprana, el 8.7% (8) tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardío, el 5.4% (5) alojamiento conjunto normal con lactancia materna tardío y el 5.4% (5) alojamiento conjunto tardío con inicio de lactancia materna temprana.

Del análisis de la tabla se concluye que el 43.5% de púerperas inmediatas que tuvieron lactancia materna mixta tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardía.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa ($p < 0.05$), que indica que el inicio de lactancia materna y el alojamiento conjunto están relacionados con el tipo de lactancia materna.

Como se observa en los resultados hallados, existe dependencia entre el alojamiento conjunto y el inicio de la lactancia materna con lactancia materna exclusiva, es decir, si existe un alojamiento conjunto oportuno e inicio temprana de lactancia materna se podrá garantizar lactancia materna exclusiva y evitar que opten por las formulas ya que este perjudica para una LME a no ser, que se presenten complicaciones tanto en la madre como en

el recién nacido y será necesario administrar fórmula.

Quispecondori J, Rivas R. (2012: Lima), reportaron asociación entre la lactancia materna exclusiva con la lactancia materna exclusiva ($p < 0.05$). En lactancia materna exclusiva el 94.6% si tuvieron lactancia materna exclusiva y el 5.4% no tuvieron lactancia materna exclusiva. Asimismo, en los que no tenían lactancia materna exclusiva, 66.7% si tuvieron lactancia materna exclusiva y el 33.3% no tuvieron lactancia materna exclusiva, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Tabla Nº 9

Alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas según procedencia. Hospital II EsSalud Ayacucho. Agosto – octubre 2015.

Alojamiento conjunto										
Procedencia	Normal				Tardío				Total	
	Inicio de lactancia materna				Inicio de lactancia materna					
	Temprana		Tardía		Temprana		Tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rural	3	3.3	1	1.1	5	5.4	12	13.0	21	22.8
Urbano	12	13.0	5	5.4	10	10.9	34	37.0	61	66.3
Urbano marginal	5	5.4	3	3.3	0	0.0	2	2.2	10	10.9
Total	20	21.7	9	9.8	15	16.3	48	52.2	92	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 13.795^{**}$$

$$\chi_r^2 = 12.592$$

$$p < 0.05$$

g. l. = 6

La Tabla Nº 9, referido al alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna según procedencia, donde se muestra que del 100.0% (92) de puérperas en estudio, el 66.3% (61) procedieron de la zona urbana, de los cuales, 37.0%

(34) tuvieron alojamiento conjunto tardío con inicio de lactancia materna tardía, el 13.0% (12) tuvieron alojamiento conjunto normal con inicio de lactancia materna temprana, 10.9% (10) alojamiento conjunto tardío con lactancia materna temprana, 5.4% (5) alojamiento conjunto normal con inicio de la lactancia materna tardía.

Asimismo, el 22.8% (21) de puérperas procedieron de la zona rural, de los cuales, el 13.0% (12) tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardía, el 5.4% (5) tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna temprana, el 3.3% (3) alojamiento conjunto normal con lactancia materna temprana y el 1.1% (1) alojamiento conjunto normal con inicio de lactancia materna tardía.

Del análisis de la tabla se concluye que el 37.0% de puérperas inmediatas que procedieron de la zona urbana tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardía.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, se halló diferencia estadística significativa ($p < 0.05$), que indica que el inicio de lactancia materna y el alojamiento conjunto están relacionados con la procedencia.

Como se observa en los resultados hallados, existe dependencia entre el alojamiento conjunto y el inicio de lactancia materna con la procedencia, se tiene conocimiento que en el área rural muchas de las mujeres acogen a sus recién nacidos inmediatamente dándoles de lactar sin importar las patologías

o complicaciones que pueda tener el RN o la madre, sin embargo esta regla no se puede aplicar porque y la atención que están recibiendo es en una institución pública y las reglas de manejo son diferentes, en cambio las puérperas procedentes de área urbano se acogen a normas y reglas que existe en una institución sin resistencia alguna

Cahuas A. (1987: Cajamarca), reportó que existe asociación directa entre el alojamiento conjunto y la procedencia rural (OR=1.89, IC95%: 1.11 – 2.99), igualmente se encuentra directamente relacionado con el inicio de la lactancia materna (OR=4.55, IC95%: 2.16-7.02).

Tabla Nº 10

Alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas según paridad. Hospital II EsSalud Ayacucho. Agosto – octubre 2015.

Paridad	Alojamiento conjunto									
	Normal					Tardío				
	Inicio de lactancia materna					Inicio de lactancia materna				
	Temprana		Tardía			Temprana		Tardía		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primípara	5	5.4	0	0.0	7	7.6	14	15.2	26	28.3
Múltipara	14	15.2	8	8.7	6	6.5	32	34.8	60	65.2
Gran múltipara	1	1.1	1	1.1	2	2.2	2	2.2	6	6.5
Total	20	21.7	9	9.8	15	16.3	48	52.2	92	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 8.589 \text{ N. S.}$$

$$\chi_i^2 = 12.592$$

$$p > 0.05$$

g. l. = 6

La Tabla Nº 10, referido al alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna según paridad, muestra que del 100.0% (92) de puérperas en estudio, el 65.2%(60) fueron múltiparas, de los cuales, 34.8% (32) tuvieron alojamiento

conjunto tardío con inicio de lactancia materna tardía, el 15.2% (14) tuvieron alojamiento conjunto normal con inicio de lactancia materna temprana, 8.7% (8) alojamiento conjunto temprano con lactancia materna tardía, 6.5% (6) alojamiento conjunto tardío con inicio de lactancia materna temprana.

Asimismo, el 28.3% (26) de puérperas fueron primíparas, de los cuales, el 15.2% (14) tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardío, el 7.6% (7) tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna temprana y el 5.4% (5) alojamiento conjunto normal con lactancia materna temprana.

Del análisis de la tabla se concluye que el 34.8% de puérperas multíparas tuvieron alojamiento conjunto tardío con lactancia materna tardía.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ($p > 0.05$), que indica que el inicio de lactancia materna y el alojamiento conjunto no están relacionados con la paridad.

Como se observa en los resultados hallados no existe dependencia entre el alojamiento conjunto y el inicio de la lactancia materna con la paridad, cabe señalar que en todas las condiciones de paridad se puede presentar en forma igual el alojamiento conjunto y el inicio de la lactancia materna, como se mencionó líneas arriba, existen otros factores que determinan dicha condición, y estas podrían deberse también a la forma de manejo de los partos en dicha institución pública. Relacionando nuestros resultados con:

Flores y Cisneros (1997: México) reportaron el tipo de parto en el grupo de personas que no tuvieron alojamiento conjunto, 46 primíparas y en el grupo con alojamiento conjunto 51 casos de primíparas, resultados estadísticamente significativo ($p < 0.05$) de acuerdo a la prueba de Mantel-Haenzel.

CONCLUSIONES

De los resultados hallados se arriban a las siguientes conclusiones:

- 1° El 68.5% de puérperas inmediatas atendidas en el Hospital II EsSalud Ayacucho tuvieron alojamiento conjunto tardío y el 31.5% (29) alojamiento conjunto temprano.
- 2° El 62.0% (57) de puérperas inmediatas atendidas en el Hospital II EsSalud Ayacucho tuvieron inicio de lactancia materna tardía y el 38.0% (35) temprana.
- 3° El inicio de lactancia materna tardía está relacionada con el alojamiento conjunto tardío ($p < 0.05$).
- 4° Los factores asociados ($p < 0.05$) al alojamiento conjunto tardío e inicio de lactancia materna tardía son: el tipo de parto (cesárea), complicaciones del parto, tipo de lactancia materna mixta y la procedencia y urbana
- 5° Los factores no asociados ($p > 0.05$) al alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna son las complicaciones del recién nacido, información previa sobre alojamiento conjunto y paridad.

RECOMENDACIONES

- 1º Sugerir a las autoridades del hospital II EsSalud realizar campañas educativas dirigidas a las mujeres en edad fértil, con la participación de la pareja, familia y la comunidad sobre la importancia del alojamiento conjunto
- 2º Realizar campañas de promoción de alojamiento conjunto y lactancia materna en todos los programas y servicios de los establecimientos de salud fundamentalmente en los servicios de ginecología y obstetricia
- 3º Que las autoridades sanitarias realicen campañas con el objetivo de sensibilizar sobre lactancia materna exclusiva en la población en edad reproductiva.
- 4º Realizar investigaciones de seguimiento en los neonatos con alojamiento tardío y lactancia materna tardía.
- 5º Realizar investigaciones referidas al tema con la finalidad de identificar cuáles son los factores institucionales, maternos, etc. de lactancia materna y el alojamiento conjunto, para de esta manera diseñar estrategias de apoyo a las puérperas inmediatas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) **Ysunza, o.a.** “El abandono de la lactancia en Mexico”. *revinvestclin* 1986; pag. 41-46. disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10637508>

- 2) **Organización mundial de la salud. Informe de 10 datos sobre la lactancia materna**; 2008 (acceso: 13/04/2015). Disponible en:
<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/index.html>.

- 3) **Instituto nacional de estadística e informática (INEI).** Encuesta demográfica de salud familiar (ENDES 2010). Lima 2010.

- 4) **Flores Huerta S. Y Cisneros Silva I.** “Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva Hospital Luis Castelazo Ayala, del Instituto Mexicano del Seguro Social.1993-1994.” México. 1994

- 5) **Cahuas a.** “Alojamiento conjunto madre –hijo y lactancia materna exclusiva: Factores de riesgo. Cajamarca 1987”.

- 6) **Quispecondori, Quispe J. Y Rivas Cuno R.** “Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal noviembre 2011 - enero 2012. Lima .2012”.

- 7) Organización mundial de salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. 2015** Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
- 8) Conte D. Y Hernández K. "Lactancia materna exclusiva". Módulo II. Panamá. 2012.**
- 9) Lipa Chalco J. "Factores maternos y laborales que intervienen en la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al consultorio. Perú 2009."**
- 10) Guadalupe Borja E. Y Moposita Tenelem M. "Riesgos y beneficios del alojamiento conjunto temprano madre - hijo en el hospital Enrique Garcés, en el período comprendido de enero a agosto, Ecuador 2010"**
Disponible en:
<http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v78n5p391.pdf>
- 11) Calvo Quirós. "Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento." Revista semestral número 15 octubre 2008- marzo 2009. Costa Rica.**
Disponible en:
<http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>

- 12) Navarro, Manuel Y.** "Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras." *Salud Pública* / vol.45, nº 4, julio-agosto. México. 2003.
- 13) Castilla L., Victoria M.** "La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad." *La ventana*, Núm. 22, 205.
- 14) González L. Pileta, Br.** Lactancia Materna. *Rev. Cuba Enfer;* 18, 1: enero-abril. Cuba. 2002.
- 15) Akre, J. (editor).** "Infant feeding. The physiological basis. Geneva, World Health Organization Bulletin, Supplement", Vol. 67, 1989.
- 16) Righard L.** Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth*. 1998 Mar; 25(1):404
- 17) Valderrama M.** "Influencia del alojamiento conjunto precoz en la lactancia humana en madres cesareadas. Estudio randomizado. Hospital Regional del Cusco.1994". Asociación de Médicos Residentes del Instituto Especializado de Salud del Niño. ISSN versión electrónica 1728-2403. *Pediátrica* 2001 4(1):pág. 6 - 9.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**ALOJAMIENTO CONJUNTO E INICIO DE LACTANCIA - MATERNA
EN PUÉRPERAS INMEDIATAS. HOSPITAL II ESSALUD AYACUCHO.**

AGOSTO-SEPTIEMBRE 2015

Nº de encuesta

PRESENTACIÓN: Estimada Sra. Buenos días, somos las Srtas. Mórales

Quispe Doris y Quispe Flores Yeny (estudiantes de obstetricia - UNSCH) que en este momento nos encontramos trabajando en coordinación con el hospital II ESSALUD, con la finalidad de obtener información sobre el alojamiento conjunto e inicios de lactancia materna en puérperas. La información que Ud. brinde es anónima, por lo que se solicita que responda con la veracidad a las preguntas que a continuación se presenta .agradezco anticipadamente su colaboración.

Deseas participar si () no ()

1) DATOS GENERALES

PROCEDENCIA

2) ¿Cuántos hijos tiene actualmente usted?

A. Uno

B. 2-4

C. Más de 4

3) ¿Qué tipo de parto tuvo usted?

A. Parto normal(eutócico)

B. Parto por cesárea

4) ¿Presento alguna complicación durante su parto?

A. Si

B. no

¿Qué

complicación?.....

5) ¿Presento alguna complicación su bebe después de su nacimiento?

A. SI

B. NO

¿Qué complicación?.....

6) ¿Una vez que nació su bebe, después de canto tiempo lo tuvo entre sus brazos?

- A. Dentro de la primera hora
- B. Después de 1 hora

7) ¿Una vez que nació su bebe te la pusieron inmediatamente al pecho?

- A. SI
- B. NO

¿Cuánto tiempo?.....

8) ¿Después de cuánto tiempo iniciaste a lactar a tu bebe?

- A. dentro de las primera hora
- B. después de una hora

9) ¿Qué tipo de alimentación recibió su bebe en las primeras horas de su vida?

- A. solamente leche materna exclusiva
- B. leche artificial ejemplo (enfamil, premium, pediasure)
- C. leche comercial ejemplo (gloria ideal, anchor)

D. lactancia mixta ejemplo (leche materna, más leche artificial)

10) ¿Usted alguna vez recibió alguna información acerca de alojamiento conjunto?

A. SI

B. NO

¿Donde?.....

11) ¿Cree usted que es importante el alojamiento conjunto?

A. SI

B. NO

¿PORQUE?.....