

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**PÉRDIDA DE PESO A LOS 3 DÍAS DE VIDA DEL RECIEN NACIDO CON
LACTANCIA MATERNA EN POSTCESAREADAS. HOSPITAL II ESSALUD
AYACUCHO. SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2019.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

TESISTAS: Bach. QUISPE LOPEZ, Lisbeth.

Bach. ZAPATA BARRIENTOS, Karen Zintia.

ASESOR : HECTOR DANILO VELARDE VALER.

AYACUCHO – PERÚ

2020

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

RESOLUCION DECANAL N° 008-2020-FCSA-UNSCH/D

Bachiller: QUISPE LOPEZ LISBETH.

Bachiller: ZAPATA BARRIENTOS KAREN ZINTIA.

En la ciudad de Ayacucho, a los diez días del mes de enero, siendo las diez y veinte minutos del año dos mil veinte, se reunieron en el auditorio de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, los miembros del jurado calificador de la tesis conformado por los siguientes docentes:

Presidente: Prof. Roaldo Pino Anaya

Miembros: Prof. Delia Anaya Anaya

Prof. Pavel Alarcón Vila

Asesor: Prof. Héctor Velarde Valer

Secretaria docente: Prof. Maritza Rodríguez Lizana

Contando con el quórum de reglamento se dio inicio a la sustentación de tesis titulado: **“PÉRDIDA DE PESO A LOS 3 DÍAS DE VIDA DEL RECIÉN NACIDO CON LACTANCIA MATERNA EN POSTCESAREADAS. HOSPITAL II ESSALUD AYACUCHO. SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2019”** presentado por las bachilleres: Lisbeth Quispe Lopez y Karen Zintia Zapata Barrientos, para obtener el título profesional de Obstetra. Finalizada la sustentación se dio inicio a la etapa de la defensa de la tesis, para lo cual el presidente de la comisión evaluadora (delegado por la decana) invita a los miembros del jurado a plantear sus preguntas, aclaraciones y observaciones que se consideren convenientes.

Inicio dicho proceso invitando a la Prof. Delia Anaya Anaya, luego al Prof. Pavel Alarcón Vila y concluyendo con el presidente de la comisión; los bachilleres respondieron las preguntas planteadas. Seguidamente el presidente invita al asesor para poder aclarar respecto a la sustentación de tesis. Concluyendo dicho

proceso con las respectivas observaciones, sugerencias y aclaraciones dadas por los miembros del jurado calificador.

El presidente del jurado calificador delegado por la decana, invita a las sustentantes y público presente a abandonar el auditorio para dar pase a la etapa de la deliberación y conclusión de resultados de la sustentación.

BACHILLER: LISBETH QUISPE LOPEZ

JURADOS:	TEXTO	EXPOSICION	PREGUNTAS	P. FINAL
Prof. Roaldo Pino Anaya	17	18	16	17
Prof. Pavel Alarcón Vila	16	17	17	17
Prof. Delia Anaya Anaya	17	17	17	17

Promedio Final: 17

BACHILLER: KAREN ZINTIA ZAPATA BARRIENTOS

JURADOS:	TEXTO	EXPOSICION	PREGUNTAS	P. FINAL
Prof. Roaldo Pino Anaya	17	18	16	17
Prof. Pavel Alarcón Vila	16	17	17	17
Prof. Delia Anaya Anaya	17	17	17	17

Promedio Final: 17

Siendo promedio final de la bachiller: Lisbeth Quispe Lopez la nota de diecisiete (17) y de la bachiller: Karen Zintia Zapata Barrientos la nota de diecisiete (17).

Por el cual firman al pie del presente acta.

.....
Prof. Roaldo Pino Anaya
Presidente

.....
Prof. Delia Anaya Anaya
Miembro Jurado

.....
Prof. Pavel Alarcon Vila
Miembro Jurado

.....
Prof. Maritza Rodriguez Lizana
Secretaria Docente

DEDICATORIA

A DIOS:

Con todo mi amor y cariño a Dios por haberme dado la vida, por estar conmigo cada vez que lo necesito, por cuidarme, por haberme dado la extraordinaria familia que tengo.

A MI HIJA Y ESPOSO:

Michella Alessandra, quien me ha cambiado la vida y se ha convertido en mi motor y motivo para salir adelante.

A mi esposo Miguel Ángel Aquino de la Cruz por todo su amor, sus palabras de aliento, apoyo y confianza. Por no permitirme rendirme jamás ante las adversidades y contratiempos para la realización de la presente tesis.

A MIS PADRES

Olga López Borda y Wenceslao Quispe Flores, quienes a lo largo de sus vidas han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo incondicional en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba, sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

A MIS HERMANOS:

Quienes siempre están ahí para mí, mostrándome su amor, cariño y apoyo a lo largo de mi vida.

Lisbeth,Q.L.

DEDICATORIA

A DIOS:

Quien supo guiarme por el buen camino, por estar conmigo en cada paso que doy, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante toda mi vida.

A MIS HERMANOS:

Gracias, porque siempre estuvieron dispuestos en cada momento, por su comprensión y buenos deseos para mi futuro.

A MIS PADRES:

A mis padres Máximo Zapata Crispín y Lucila Barrientos Yaranga quienes son el pilar más importante de mi vida, por su amor infinito, comprensión, aliento constante y sacrificio incondicional, por ser ejemplo de superación y fortaleza.

Karen Zintia, Z.B

AGRADECIMIENTO

Nuestro más profundo y sincero agradecimiento a la universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos acogido en sus aulas durante nuestros años de estudio, brindándonos la oportunidad de formarnos en esta noble y humana profesión.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, a la Escuela Profesional de Obstetricia y su plana de docente, los cuales contribuyeron con nuestra formación académica.

Al Mg. Obst. Héctor Velarde Valer, quien supo conducirnos de manera acertada, por compartir sus conocimientos y orientaciones que hicieron posible el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.

Deseamos expresar un agradecimiento especial a nuestros jurados Mg. Pavel Alarcón Vila, Mg. Delia Anaya Anaya y al Mg. Roaldo Pino Anaya, por sus siempre oportunas e inteligentes observaciones que han contribuido de forma significativa a mejorar esta tesis.

Al Hospital EsSalud II Huamanga, por contribuir de forma generosa y altruista en la culminación de nuestra tesis.

A nuestros padres por apoyarnos en todo momento, quienes han creído en nosotras siempre, dando el ejemplo de superación, humildad y sacrificio, por habernos dado la oportunidad de tener excelente educación en el transcurso de nuestra vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

INDICE:

INTRODUCCION	8
CAPITULO I	11
1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	11
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:	16
1.4. OBJETIVOS:	17
1.5. JUSTIFICACION	18
CAPITULO II	19
2.1. ANTECEDENTES	19
2.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA:	28
2.2.1. ANATOMÍA DE LA MAMA.....	28
2.2.3. LECHE MATERNA:	33
2.2.4. LACTANCIA MATERNA:	38
2.2.5. TÉCNICAS DE LACTANCIA	40
2.2.6. 10 PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EFICAZ	46
(OMS/UNICEF 1986)	46
2.2.7. TIEMPO DE INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA	47
2.2.8. RECIÉN NACIDO	48
2.2.9. PÉRDIDA DE PESO.....	49
2.2.10. CESÁREA.....	54
2.3. HIPOTESIS:	55
2.4. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TERMINOS	56
2.6. VARIABLES:.....	58
CAPITULO III	59
3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	59
3.2. METODO DE ESTUDIO	59
3.3. POBLACION.....	59
3.4. MUESTRA	59
3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:	60
3.7. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	61
3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	61

3.9. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	62
CAPITULO IV	63
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	87
ANEXO	93

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido con lactancia materna en postcesareadas. Hospital II EsSalud Ayacucho Setiembre-Noviembre 2019. **MATERIALES Y METODO:** Tipo de investigación aplicada, nivel descriptivo, método relacional, prospectivo, de corte longitudinal. La muestra lo conformaron 60 postcesareadas y sus respectivos recién nacidos que se atendieron en el Hospital II EsSalud entre los meses de Setiembre-Noviembre 2019. Los instrumentos de recolección de datos usados fueron, Fichas de recolección de datos pre-elaboradas y guía de observación de la técnica de lactancia materna. **RESULTADOS:** El 56,7% de recién nacidos presentaron una pérdida de peso entre 5 a 10% a las 48 y 72 horas en ambos casos. El 50% de las postcesareadas realizaron una técnica de lactancia materna inadecuada; de ellas el 35,0% de recién nacidos presentaron una pérdida de peso entre 5 a 10% a las 72 horas de vida. **CONCLUSIONES:** Del análisis de las tablas se concluye que 56,7% de recién nacidos presentaron una pérdida de peso entre 5 a 10% a las 48 y 72 horas en ambos casos. El 50% de las postcesareadas realizaron una técnica de lactancia materna inadecuada; de ellas el 35,0% de recién nacidos presentaron una pérdida de peso entre 5 a 10% a las 72 horas de vida. La técnica de la lactancia materna inadecuada y la primiparidad son factores que se asocian ($p < 0,05$) a la pérdida de peso de los recién nacidos de madres postcesareadas a las 72 horas. La edad materna, nivel de instrucción, atención prenatal, tipo de cesárea, sexo del recién

nacido y la edad gestacional son factores que no se asocian ($p>0,05$) a la pérdida de peso de los recién nacidos de madres postcesareadas a las 72 horas.

PALABRAS CLAVES: Recién nacido, pérdida de peso, técnica de lactancia materna, postcesareadas.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the weight loss at 3 days of life of the newborn with breastfeeding in post-recesses. Hospital II EsSalud Ayacucho September-November 2019. **MATERIALS AND METHOD:** Type of applied research, descriptive level, relational method, prospective, of longitudinal cut. The sample was made up of 60 post-screened and their respective newborns who were treated at the Hospital EsSalud between the months of September-November 2019. The data collection instruments used were, Pre-elaborated data collection sheets and observation guide of The breastfeeding technique. **RESULTS:** 56.7% of newborns presented a weight loss between 5 to 10% at 48 and 72 hours in both cases. 50% of post-recesses performed an inadequate breastfeeding technique; of them, 35.0% of newborns presented a weight loss between 5 to 10% at 72 hours of life. **CONCLUSIONS:** From the analysis of the tables it is concluded that 56.7% of newborns presented a weight loss between 5 to 10% at 48 and 72 hours in both cases. 50% of post-recesses performed an inadequate breastfeeding technique; of them, 35.0% of newborns presented a weight loss between 5 to 10% at 72 hours of life. The technique of inadequate breastfeeding and primiparity are factors that are associated ($p < 0.05$) to the weight loss of newborns of post-recessed mothers at 72 hours. Maternal age, level of education, prenatal care, type of caesarean section, sex of the newborn and

gestational age are factors that are not associated ($p > 0.05$) to the weight loss of newborns of post-recessed mothers at 72 hours

KEY WORDS: Newborn, weight loss, breastfeeding technique, postcessed.

INTRODUCCION

La primera semana de vida posnatal se caracteriza típicamente por la pérdida de peso en los neonatos, siendo esta universal. Los recién nacidos de término pierden aproximadamente entre 5% y 10% de su peso corporal, constituyendo un hecho fisiológico normal¹.

En la práctica se observa que muchos de los recién nacidos a término sin morbilidad experimentan un descenso acelerado de su peso al nacer, llegando a perder hasta el 10% del mismo o más a los 3 días de vida.

Los recién nacidos por cesárea son los que presentan mayor dificultad para el establecimiento de la lactancia materna, tema importante a considerar en el Perú, puesto que estas cirugías han ido incrementando en los últimos años.

La lactancia materna se puede iniciar en la primera hora de vida del recién nacido; sin embargo, el cansancio, la fatiga, el estrés y la no realización de contacto precoz son las principales barreras existentes en madres post cesárea. Además, encontrar una buena postura para

amamantar no es sencillo, por lo que las madres necesitan apoyo individualizado y un seguimiento especial para el inicio de la lactancia².

La lactancia materna en la primera hora es esencial para salvar la vida de los recién nacidos, práctica que se sugiere se realice en el menor tiempo posible posterior a la cesárea para evitar complicaciones en el recién nacido, tales como la pérdida de peso.

Actualmente, en Ayacucho no hemos identificado estudios que evalúen la relación de la pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido con lactancia materna en postcesareadas. Comprender la magnitud y dinámica de esta relación es la base para diseñar programas educativos dirigidos a madres para reforzar la lactancia materna con técnica correcta y, potencialmente, reducir las complicaciones ya descritas. Además, usualmente un neonato sano nacido por cesárea sin complicaciones es dado de alta entre las 72 horas de vida y es teóricamente posible que exista algún tipo de deshidratación no detectada, o en curso a convertirse en pérdida de peso excesiva, si la técnica de lactancia materna no fue adecuada. Entonces, cuantificar la pérdida de peso en este periodo y su relación con la técnica de lactancia materna inadecuada permitirá documentar y conocer mejor las consecuencias de esta última.

En este sentido surgió el interés por realizar el presente estudio con el objetivo de determinar la pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido con lactancia materna en postcesareadas en el Hospital II EsSalud Ayacucho Setiembre-Noviembre 2019; encontrándose los principales resultados; que el 56,7% de recién nacidos con lactancia

materna de madres postcesareadas presentaron pérdida de peso entre 5 a 10% a las 48 y 72 horas en ambos casos. El 35,0% de recién nacidos presentaron pérdida de peso entre 5 a 10% a las 72 horas por tener una inadecuada técnica de lactancia materna. La técnica de la lactancia materna inadecuada y la primiparidad son factores que se asocian ($p < 0,05$) a la pérdida de peso de los recién nacidos de madres postcesareadas a las 72 horas.

CAPITULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La etapa de la vida neonatal es un momento crítico, para la supervivencia, porque se presentan diversos cambios fisiológicos en el organismo neonatal y se desarrollan importantes mecanismos de adaptación en el recién nacido³. La pérdida de peso es uno de estos y, clínicamente, es aceptable una pérdida de peso “fisiológica” de 5 a 10% en el niño a término, durante los primeros 3 a 5 días de vida⁴.

Ahora, es importante reconocer que dicha pérdida excesiva de peso, aumenta las tasas de morbilidad neonatal dada por la aparición de complicaciones, tales como hipoglicemia, deshidratación hipernatrémica e hiperbilirrubinemia².

La pérdida de peso, es de la misma manera, un indicador importante para verificar una lactancia materna adecuada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) “promueve la lactancia materna natural como la mejor forma de nutrición, y así mismo como

una de las medidas más eficaces para garantizar la salud y supervivencia del niño(a) pequeño”⁵. Por mucho tiempo, se le ha considerado como la principal fuente de alimentación en los seres humanos y ha venido siendo promovida por diversas entidades a nivel mundial, desde donde se sigue sosteniendo firmemente sus grandes aportes para un adecuado crecimiento y desarrollo del lactante; protegiéndolo de diversas enfermedades como la anemia y la malnutrición; y contribuyendo a la reducción de la mortalidad materna, fomentándose el vínculo de amor entre la madre y su hijo(a) y la unión familiar⁶.

Según la organización mundial de la salud, la brecha más grande en el cuidado infantil se observa principalmente durante la primera semana de vida (cuando ocurren la mayoría de las muertes)⁷. Además, los comportamientos, como la lactancia materna y la superación de sus dificultades (uno de los factores asociados con la pérdida de peso excesiva) comienzan en los primeros días de vida. Por lo tanto, al conocer los factores asociados a pérdida de peso neonatal después del nacimiento y al reconocer que es mejor prevenir que curar, los trabajadores de la salud, podrían desempeñar un papel importante en la atención prenatal⁸.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) define a la lactancia materna como un proceso de alimentación del niño o niña con la leche que produce su madre, siendo éste el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macro y micronutrientes. Es la forma más idónea de alimentación⁹.

Según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES, 2017) indica que el 48,2% de niñas y niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, esta proporción ascendió a 93,0% dentro del primer día; y 43,5% recibió alimentos antes de empezar a lactar¹⁰.

La lactancia materna tiene una extraordinaria gama de beneficios sobre la supervivencia, la salud, nutrición y desarrollo infantiles, según documento publicado por la UNICEF¹¹. Por ello es muy importante promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, al igual que conocer una adecuada técnica de lactancia que nos permita asegurar la alimentación efectiva del recién nacido.

La etapa de la vida neonatal es un momento crítico, para la supervivencia, porque se presentan diversos cambios fisiológicos en el organismo neonatal y se desarrollan importantes mecanismos de adaptación en el recién nacido³. La pérdida de peso es uno de estos y, clínicamente, es aceptable una pérdida de peso “fisiológica” de 5 a 10% en el niño a término, durante los primeros 3 a 5 días de vida⁴.

La pérdida de peso corporal que se presentan en el recién nacido también dependen de factores intrínsecos como el agua corporal, el peso al nacer y factores extrínsecos como la edad de la madre, los controles prenatales, el tipo de parto y de alimentación, estos factores pueden hacer que esa pérdida sea mayor o menor, pudiendo implicar un riesgo para el recién nacido. Si bien hay variables en las que el personal de salud no puede influir, como la edad gestacional, peso al nacimiento incluyendo el tipo de parto, hay otras como el tipo de alimentación, modo y tiempo de amamantamiento en los que con una buena indicación y enseñanza, puede lograrse una menor pérdida de peso, sobre todo en el caso de la lactancia materna, no hay ningún alimento más completo que la leche materna¹².

Estudios han demostrado que una de las causas más importantes de la pérdida de peso excesiva del neonato son los trastornos de lactancia materna. Esta es la principal fuente de alimentación y debe ser examinada con detenimiento. Algunos de los trastornos de la lactancia materna son el retraso en su inicio, inadecuada posición de la boca, duración prolongada, frecuencia inadecuada, sobre abrigo, dolor en el pezón y forma inadecuada de la C. Todas estas pueden contribuir a una pérdida de peso excesivo del neonato y como consecuencia presentar trastornos frecuentes de hipoglicemia, deshidratación hipernatrémica e hiperbilirrubinemia por insuficiente ingesta de leche materna, debido a una inadecuada técnica de lactancia materna^{3,2}.

Los recién nacidos por cesárea son los que presentan más dificultad para el establecimiento de la lactancia materna, tema importante a considerar en el Perú, puesto que uno de cada tres niños nace por cesárea, registrándose una tasa elevada a nivel nacional de 28,6% (ENDES 2014), cifras mayores al 15% aceptado por la organización mundial de la salud (OMS).

La lactancia materna se puede iniciar en la primera hora de vida del recién nacido; sin embargo, el cansancio, la fatiga, el estrés y la no realización de contacto precoz son las principales barreras existentes, especialmente en madres post-cesárea. Además, encontrar una buena postura para amamantar no es sencillo, por lo que las madres postcesáreas necesitan apoyo individualizado y un seguimiento especial para el inicio de la lactancia ².

Amamantar a los recién nacidos dentro de la primera hora de vida y realizar contacto directo de la piel de la madre con la del niño poco después del nacimiento son medidas de importancia crítica que se deberían de realizar en el hospital II EsSalud.

La lactancia materna en la primera hora es esencial para salvar la vida de los recién nacidos, práctica que se sugiere se realice en el menor tiempo posible posterior a la cesárea para evitar complicaciones en el recién nacido, tales como la pérdida de peso.

Si se conoce que la inadecuada técnica de lactancia materna está relacionada con esta pérdida de peso, el personal de salud calificada y capacitada deberá priorizar medidas preventivo-promocionales

adecuadas en lactancia materna, durante los controles prenatales, sesiones de psicoprofilaxis y durante su permanencia en los ambientes de puerperio. Actualmente, en el Hospital II EsSalud Ayacucho no se han realizado estudios que evalúen la relación existente de la pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido con lactancia materna en postcesareadas.

Frente a esta problemática se ha planteado la siguiente interrogante:

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

PROBLEMA GENERAL:

¿Cuál será la pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido con lactancia materna en postcesareadas? Hospital II EsSalud Ayacucho Setiembre-Noviembre 2019.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

1. ¿Cuánto será el porcentaje de pérdida de peso del recién nacido con lactancia materna en postcesareadas al segundo y tercer día de vida?
2. ¿Cómo será la aplicación de la técnica de lactancia materna en postcesareadas en relación a la pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido con lactancia materna?
3. ¿Cuánto será la pérdida de peso a los 3 días de vida de los recién nacidos con lactancia materna relacionados a los factores maternos: paridad, edad de la madre, nivel de instrucción, atención prenatal, tipo de cesárea?

4. ¿Cuánto será la pérdida de peso a los 3 días de vida de los recién nacidos con lactancia materna relacionados a los factores neonatales: sexo del recién nacido, edad gestacional, tiempo de inicio de lactancia?

1.4. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido con lactancia materna en postcesareadas. Hospital II EsSalud Ayacucho Setiembre-Noviembre 2019.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar el porcentaje de pérdida de peso del recién nacido con lactancia materna en postcesareadas al segundo y tercer día de vida.
2. Evaluar la aplicación de la técnica de lactancia materna en postcesareadas en relación a la pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido con lactancia materna.
3. Relacionar la pérdida de peso a los 3 días de vida de los recién nacidos con lactancia materna con los factores maternos: paridad, edad de la madre, nivel de instrucción, atención prenatal, tipo de cesárea.
4. Relacionar la pérdida de peso a los 3 días de vida de los recién nacidos con lactancia materna con los factores neonatales: sexo del recién nacido, edad gestacional, tiempo de inicio de lactancia.

1.5. JUSTIFICACION

En la región de Ayacucho, la aplicación inadecuada de la técnica de lactancia materna podría estar relacionada a la pérdida de peso en recién nacidos por lo que se considera una de las causas principales de morbi-mortalidad infantil, razón por la cual se considera como un problema prioritario de salud pública.

A pesar de que existen muchos otros factores relacionados a la pérdida de peso corporal mayor de lo esperado en los recién nacidos, el principal factor está relacionado con la instalación de la lactancia materna y la técnica, es por esto la importancia de su implementación durante la primera hora de vida del neonato; pues ello resultara mucho más complicado en madres cuyo parto fue por cesárea, el dolor no le permitirá a la puérpera postcesareada adoptar una posición cómoda para dar inicio a la lactancia materna, necesitando así apoyo individualizado por parte del profesional de salud.

La pérdida de peso en más del 10% en los recién nacidos se convierte en: mayor estancia hospitalaria, incremento del uso de fórmulas lácteas y aparición de complicaciones. Si se llega a determinar que la mala técnica de lactancia materna en puérperas postcesareadas influye en la pérdida de peso en recién nacidos a término; Se podría elaborar estrategias y mejorar a que el personal obstetra quien realiza el control prenatal en la mujer embarazada ejecutara como parte de su atención integral las acciones de promoción y protección del amamantamiento y la lactancia materna establecida en la Guía de Atención del Prenatal.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Gallardo y col (Chile, 2018). “Descenso de peso en recién nacidos a término en las primeras 48 horas post natales”. **Objetivo:** Determinar el porcentaje de descenso de peso diario en RN de término (RNT) sanos en las primeras 48 h de nacido. Precisar si los factores: género, tipo de parto, adecuación a edad gestacional y uso de fórmula láctea influyen en la disminución de peso. **Diseño:** cohorte prospectivo. **Resultados:** Se analizan 2960 RN. El descenso promedio de peso el primer día fue 4,43% (DS: 1,96), el segundo día 2,51% (DS: 1,86) y el descenso total a las 48 h fue 6,85% (DS: 1,92). El factor determinante en la baja de peso fue el tipo de parto. Los RN por cesárea presentan una mayor baja de peso entre las 24 y 48 h. El uso de fórmula láctea determina un menor descenso de peso en los RN comparados con los alimentados con leche materna (LM). **Conclusiones:** El porcentaje de descenso de peso por día de los RN en nuestro centro es similar a lo reportado en la literatura internacional. El

parto por cesárea es el factor asociado a mayor descenso de peso. El uso de fórmula láctea determina menor descenso de peso¹³.

Rodríguez (Ecuador, 2016). “Peso del recién nacido y su evolución con lactancia materna exclusiva Hospital docente de Calderón. Universidad Central del Ecuador, Facultad De Ciencias Médicas, Instituto Superior de Postgrado en Pediatría. Octubre -Noviembre 2016”. **Objetivo:** Identificar la variación del peso en recién nacido a término, alimentados con leche materna exclusiva, en el hospital Docente de Calderón en el período octubre a noviembre del 2016. **Metodología:** descriptivo, transversal. **Resultados:** se incluyeron 126 neonatos de los cuales, 48,4% fueron a término completo, 65% nacieron por cesárea y el 48,4% por parto cefalovaginal, el 80,2% perdió peso acorde a lo propuesto por el normograma de porcentaje de pérdida de peso temprana en recién nacidos a términos alimentados con seno materno exclusivo, de la Academia Americana de Pediatría. Se obtuvo significancia estadística en relación al porcentaje de pérdida de peso y tipo de parto, afirmando que los nacidos por cesárea pierden más peso que los nacidos por parto normal, $p \leq 0,05$. **Conclusión:** el neonato experimenta una pérdida de peso fisiológica en las primeras horas de vida que se relaciona con el tipo de parto, es así que los nacidos por cesárea tienen una mayor pérdida de peso. El normograma de pérdida de peso temprana propuesto por la Academia Americana de Pediatría es una herramienta útil y fiable aplicable en nuestra población¹².

Genevieve y col (EE.UU, 2012) “Pérdida de peso en bebés exclusivamente amamantados por parto por cesárea. **Objetivo:** Determinar la pérdida de peso promedio en una cohorte de lactantes amamantados exclusivamente por partos por cesárea e identificar correlatos de pérdida de peso mayor a la esperada. **Metodología:** se realizó una revisión retrospectiva de los gráficos de lactantes exclusivamente amamantados entregados por parto por cesárea en un hospital para bebés entre 2005 y 2007. Se calculó la pérdida de peso promedio y se realizó un análisis de regresión multivariable. **Resultados:** la pérdida de peso promedio durante la estancia hospitalaria en nuestra cohorte de 200 bebés fue de $7.2\% \pm 2.1\%$ del peso al nacer, ligeramente mayor que la guía de la Academia Americana de Pediatría del 7%. La ausencia de trabajo de parto antes del parto se asoció significativamente con una mayor porcentaje de pérdida de peso ($P = .0004$), al igual que una menor edad gestacional ($P = .0004$) y un mayor peso al nacer ($P < .0001$). La edad materna, la gravedad, la paridad, el sexo infantil, las puntuaciones de Apgar y el parto por cesárea no se asociaron significativamente. **Conclusión:** Llegamos a la conclusión de que para los lactantes amamantados exclusivamente por partos por cesárea en un hospital amigable con los bebés, la ausencia de trabajo de parto antes de un parto por cesárea puede ser un factor de riesgo no informado previamente para una pérdida de peso mayor a la esperada¹⁴.

Rodríguez (Argentina, 2011). “Pérdida de peso a los 2 días de vida en recién nacidos sanos según tipo de lactancia, edad gestacional, tipo de

parto y peso al nacer”. **Objetivo:** Comparar la pérdida de peso de los recién nacidos sanos a las 48 horas de vida según el tipo de alimentación recibida, las semanas de gestación al nacimiento, el peso con el que nacen y el tipo de parto, para saber en qué medida influyen y si se producen diferencias notables en la pérdida de peso. **Metodología:** Descriptivo, analítico y observacional. **Resultados:** Una vez recogidos los datos se procede a su análisis observando que los recién nacidos alimentados con lactancia materna pierden más peso al tercer día de vida ($6,8 \pm 2,8\%$), que los alimentados con lactancia artificial ($2,27 \pm 2,38\%$). Según el tipo de parto vemos que los recién nacidos por fórceps y ventosa no son muestra suficiente para el estudio y que los nacidos por cesárea pierden ligeramente más peso que los nacidos por parto eutócico. En cuanto a los datos sobre la edad gestacional, el peso al nacer, el perímetro cefálico y talla al nacimiento, muestran que no son variables influyentes produciéndose gran variabilidad en la pérdida de peso¹⁵.

Tavera y col (México, 2006), en su estudio “Pérdida de peso corporal en recién nacidos con bajo riesgo perinatal durante su estancia en la unidad neonatal de un centro de tercer nivel. 01 de agosto de 2005 al 31 de julio de 2006”. México. **Objetivo:** fue calcular mediante peso diario la pérdida de peso durante su estancia hospitalaria, de acuerdo con la edad gestacional, el género y el tipo de alimentación. **Metodología:** Estudio de cohorte prospectivo. **Resultados:** Se incluyeron a 865 recién nacidos para el análisis; 408 (47.2%) del género femenino y 457 (52.8%) del

género masculino; con edad gestacional media de 38.5 ± 1.2 semanas y media de peso de $3,055.6 \pm 410.2$ gramos. Los neonatos masculinos tuvieron un mayor peso promedio al nacimiento (3,124.3 g) que las de sexo femenino (2978.6 g). El 91% presentó media de pérdida ponderal de $4.4 \pm 2.7\%$ a las 72 horas de estancia, sin diferencia significativa entre géneros. Los neonatos alimentados con el seno materno experimentaron mayor pérdida ponderal a las 24, 48 y 72 horas (4.6, 4.9 y 5.4%, respectivamente) que los alimentados con fórmula (2.8, 3.9 y 4%, respectivamente). **Conclusiones:** De la pérdida ponderal en neonatos habitual en la primera semana de vida, una proporción importante sucede en los primeros tres días después del nacimiento. Los recién nacidos alimentados con el seno materno tienen pérdida ponderal más elevada que aquellos alimentados principalmente con fórmula¹⁶.

Valladares (2017). “Factores materno – perinatales asociados a la pérdida de peso en recién nacidos con lactancia materna exclusiva en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo Enero - Diciembre del 2017”. **Objetivo:** Determinar los factores materno – perinatales asociados a la pérdida de peso excesiva del recién nacido con lactancia materna exclusiva en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo enero – diciembre 2017. **Metodología:** Observacional, analítico, de corte transversal. **Resultados:** Se determinó que el promedio de pérdida de peso en los recién nacidos era de 5.7%. Además, la pérdida de peso excesiva resultó 2.31 veces más probable en hijos de madres adolescentes (χ^2 : 5.307; p: 0.021 OR: 2.31; IC95% 1.12 – 4.77). No se

encontró asociación significativa con las siguientes variables: sexo, edad gestacional, trauma obstétrico, Score de Apgar, paridad tipo de parto e Índice de masa corporal. **Conclusión:** Se encontró que ser un hijo de madre adolescente es un factor de riesgo para presentar una pérdida de peso excesiva en los recién nacidos¹⁷.

Portella (2017). “Factores asociados a pérdida de peso en recién nacidos sanos durante su estancia en el servicio de neonatología del Hospital Vitarte, enero - junio 2017”. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a pérdida de peso en recién nacidos sanos durante su estancia en el servicio de neonatología del hospital Vitarte enero-junio 2017.

Metodología: Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo de corte transversal. La muestra obtenida fue de 1830 de recién nacidos sanos con pérdida de peso, de los cuales 1144 fueron los casos (con pérdida de peso excesiva) y 686 controles (sin peso excesiva).

Resultados: La pérdida de peso promedio durante la estadía hospitalaria en nuestra muestra de 1830 recién nacidos fue del 4.53% del peso al nacer por día, resultando ser mayor que la guía de la Academia Americana de Pediatría del 7% en 3 días, La edad materna (adolescente), y los controles prenatales no presentaron diferencias significativas, mientras la cesárea se asoció significativamente con un mayor porcentaje de pérdida de peso ($p=0.00001$), así como mayor peso al nacer (macrosomía) ($p=0.00001$). Sin embargo la lactancia mixta fue un factor inversamente proporcional ($p=0.0005$). **Conclusión:** Los factores de riesgo para pérdida de peso excesivo en recién nacidos son el tipo de

parto (cesárea), el peso a nacer (macrosomía) principalmente y la lactancia mixta que resultó ser un factor inversamente proporcional a pérdida de peso, frente a la lactancia materna exclusiva¹⁸.

Berger y col (Perú, 2014). “Trastornos de la lactancia materna y otros factores asociados a la pérdida de peso neonatal excesiva en un Hospital de la Seguridad Social en Lima. **Objetivo:** Estimar la magnitud y asociación entre los trastornos de la lactancia y la pérdida de peso neonatal superior a la fisiológica en neonatos en el área de alojamiento conjunto de un servicio de neonatología en un hospital de la Seguridad Social en Lima, Perú. **Metodología:** transversal, analítico. **Resultados:** En 18,8% (74/393) de los neonatos, la pérdida de peso excesiva fue igual o superior al 7% del peso al nacer. La posición inadecuada de la boca en el pezón estuvo presente en el 53,7% (211/393) de los neonatos, mientras que el dolor en el pezón fue reportado en el 44,0% (173/393) de las madres. En el análisis ajustado, el dolor en el pezón [RP = 1,50 (IC95%:1,02-2,22)] y la posición inadecuada de la boca [RP = 1,67 (IC95%:1,092,57)] estuvieron asociados a una mayor pérdida de peso excesiva³.

Vargas (Arequipa-Perú, 2014). “Tiempo, inicio, frecuencia y técnica de lactancia materna relacionado a pérdida de peso en recién nacidos, centro de salud mariano melgar. **Objetivo:** Determinar la relación entre el tiempo de inicio, frecuencia y técnica de lactancia materna con la pérdida de peso en recién nacidos durante las primeras 24 horas de vida. . **Metodología:** cuantitativo, descriptivo con diseño correlacional y de corte

transversal. **Resultados:** Los resultados indican que del total de la población de recién nacidos, es decir del 100%, el 87.8% tuvieron una pérdida de peso mayor al esperado o considerado fisiológico 3%, es decir que 8 de cada 10 recién nacidos tuvieron esta pérdida. En cuanto al tiempo de inicio de la lactancia materna se encontró que 85.4% de los recién nacidos inician la lactancia materna antes de la hora de vida, así mismo tienen contacto piel a piel con su madre a la hora del nacimiento. Con respecto a la relación entre el tiempo de inicio de la lactancia materna y la pérdida de peso del recién nacido se encontró que no existe relación significativa. En lo concerniente a la frecuencia de la lactancia materna se halló que el 73.17% de los recién nacidos presentan una frecuencia de alimentación incorrecta lo que quiere decir que la frecuencia con la que la madre da de lactar a su recién nacido no se realiza según lo recomendado por la OMS (cada 2 a 3 horas). De este porcentaje el 65.85% presentó una pérdida de peso no fisiológica es decir mayor al 3%. Además se halló que existe una relación significativa entre el porcentaje de pérdida de peso con la frecuencia de la lactancia materna. Con respecto a la técnica de lactancia materna se encontró que el 90.2% de las madres realiza una técnica de lactancia regular, lo que quiere decir que las madres realizan la forma correcta de posición y agarre en la mitad de los criterios evaluados¹⁹.

Ramírez (Lima 2009). “Factores asociados a la pérdida de peso en las primeras 72 horas de vida en recién nacidos a término sanos por parto cesárea, con lactancia materna exclusiva”. **Objetivos.** Determinar la

asociación de los factores: sexo del recién nacido, paridad materna y edad materna con la pérdida de peso durante las primeras 72 horas de vida en recién nacidos. **Metodología:** Analítico, retrospectivo, longitudinal. **Resultados.** 703 historias clínicas fueron incluidas en el estudio. Las variables sexo masculino, madres primíparas y madres adultas constituyeron el mayor porcentaje. La pérdida porcentual de peso al 3º día de vida fue: 16.80% (entre 5 y 10% del peso), 21.90% (>10% del peso) y 61.30%(< del 5% del peso). El promedio de la pérdida porcentual de peso fue 7.81% \pm 2.77% y el promedio de la pérdida absoluta de peso fue 261.79 gr \pm 98.70 gr. Se halló asociación estadísticamente significativa entre la pérdida de peso y la edad materna con $p < 0.001$. La regresión logística para la variable edad materna y la pérdida de peso mostro un R cuadrado de 0.035. **Conclusiones.** Existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable edad materna (madres añosas) y la pérdida de peso $\geq 5\%$ y $>10\%$. No obstante esta asociación sólo explicaría el 3.5% de las pérdidas de peso en los recién nacidos de este estudio. Existirían otros factores que podrían estar representando aproximadamente el 96.5% de las causas de esta pérdida de peso. La edad materna ≥ 35 años se considera un factor de riesgo importante mas no el único para la pérdida de peso en los recién nacidos de este estudio²⁰.

2.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA:

2.2.1. ANATOMÍA DE LA MAMA

Son dos órganos asimétricos constituidos por tejido glandular, estroma conectivo y tejido adiposo, con la función de secretar la leche para la nutrición y defensa del neonato. La base de la mama se extiende de la segunda a la sexta costilla y del borde lateral del esternón a la línea media axilar. La mama está en la fascia superficial del musculo pectoral mayor, a excepción de la cola axilar, que se proyecta hacia arriba y afuera, perfora la fascia profunda del pectoral mayor y, penetra en la axila²¹.

La glándula mamaria está constituida por:

Alveolos:

Formados por conjunto de células secretoras, que estimuladas por la prolactina vuelcan la leche a la luz del alveolo. Grupo de 10 a 100 alveolos, en torno a un conducto, constituyen lobulillos.

Estos están rodeados de células musculares, que se contraen por estímulo de la oxitocina y facilitan la eyección láctea. La agrupación de 20 a 25 lobulillos constituyen los lóbulos mamarios.

Conductos lactóforos:

Parten de cada lobulillo llevando la leche producida y se van uniendo para formar de 15 a 25 senos lactíferos, que desembocan en el pezón. Los senos son conductos dilatados que sirven como depósito de leche.

El niño debe de comprimir los senos lactíferos para extraer la leche.

Areola:

Es una zona circular de piel más oscura alrededor del pezón que recubre los senos lactíferos. Se encuentran en ella las glándulas sebáceas de Montgomery que segregan una sustancia lubricante que protege la piel de la areola y del pezón.

El bebé debe de tomar con su boca la mayor superficie posible de la areola, y esta se estirará dentro de su boca formando el pezón.

Pezón:

Estructura saliente de la mama, altamente innervada, compuesta por fibras musculares que hacen que se vuelva contráctil (saliente) al ser estimulado y donde desembocan los senos lactíferos²².

2.2.2. ESTADIOS DEL DESARROLLO MAMARIO

Embriogénesis: Comienza en el feto de 18 a 19 semanas en la que se puede identificar una yema mamaria en forma de semiesfera que va de la epidermis, y penetra en el mesénquima subepidérmico denso. Al mismo tiempo, una condensación laxa del mesénquima se extiende en plano subdérmico para formar los precursores de los cojincillos grasos. Poco después de la pubertad comienza la expansión más rápida de los conductos.

Cuando está establecido el circuito hipófisis-ovario-útero, comienza una nueva fase del crecimiento mamario, que incluye una extensa ramificación del sistema de conductos y la proliferación y canalización de las unidades lobulillo alveolares en los extremos de las ramas.

Mamogénesis: Se produce en cuatro etapas:

- Etapa prepuberal: en la etapa neonatal puede observarse un aumento del volumen de la glándulas mamaria en ambos sexos debido a la alta concentración de esteroides placentarios en el último periodo de gestación. Durante el periodo prepuberal las vesículas mamarias se transforman en conductos, por crecimiento longitudinal y ramificación, sin que sea posible reconocer alveolos.
- Etapa puberal y adolescencia: en la niña, entre los 10 a 12 años de edad, se inicia el funcionamiento del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovario. Los folículos del ovario inician la secreción de estrógenos, que sumados a la acción de la hormona de crecimiento y de la insulina, determinan el inicio del crecimiento y maduración de la glándula mamaria.

Al comenzar los ciclos ovulatorios, se inicia la producción cíclica de progesterona, que sumándose a los estrógenos determinan un nuevo crecimiento de la glándula, con formación de los primeros alveolos.

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

El tejido adiposo parece tener un importante rol en el desarrollo del tejido glandular, actuando como reservorio de estrógenos.
- Etapa gestacional: el periodo inicial del embarazo se caracteriza por una gran proliferación de los elementos epiteliales y del sistema de conductos, por una gran actividad mitótica en los ácinos y por la formación de nuevos ácinos.

Entre la quinta y octava semanas de gestación se aprecian cambios visibles en las mamas, aumentan notablemente de tamaño, se sienten más pesadas, la pigmentación de la areola y el pezón se intensifica, las venas superficiales se dilatan.

En algunas mujeres, sin embargo, al progresar el desarrollo glandular, los depósitos de grasa localizados en las mamas se movilizan.

Después de las 20 semanas de gestación, cesa la proliferación del epitelio alveolar y las células inician su actividad secretora, la que ira aumentando hasta el término del embarazo.

En la segunda mitad de gestación se observa también una infiltración leucocitaria del tejido conectivo perialveolar y pericanalicular. Al final de la gestación, los alveolos muestran en su interior una sutancia comuesta por células epiteliales descamadas y leucocitos (precalostro).

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

- Etapa posgestacional: después del parto, al eliminarse la placenta, baja bruscamente el nivel de progesterona en la sangre de la madre y se suprime la acción inhibidora que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche. Las mamas se llenan de calostro durante las primeras 30 horas después del nacimiento. Entre las 30 y 40 horas posparto hay un rápido cambio en la composición de la leche debido al aumento de la síntesis de la lactosa.

El aumento del volumen de la leche se produce antes que la madre perciba la sensación de plenitud o agrandamiento de las mamas.

Lactogénesis o Lactopoyesis: se define como el proceso por el cual la glándula mamaria presenta la capacidad de secretar leche y tiene dos estadios.

- La lactogenesis I: Se inicia unas 12 semanas antes del parto y es precedido por un aumento significativo de la lactosa, proteínas e inmunoglobulinas y por el descenso del sodio y el cloro, la glándula puede secretar leche se forman cantidades pequeñas de productos de secreción.
- La lactogenesis II: Es el inicio de abundante secreción láctea, se inicia en el pos parto por la caída de la progesterona mientras se mantiene alto el nivel de prolactina. El estadio II incluye el aumento de flujo sanguíneo y de la captación de oxígeno y glucosa, el estadio II se inicia clínicamente 2 o 3 días después del parto.

Lactancia o Galactopoyesis: es el proceso de secreción láctea y dura todo el tiempo el que expulsa leche la glándula, a intervalos regulares. En las mujeres se necesita la prolactina para conservar la secreción de la leche y la oxitocina para que se produzca el fenómeno de 'bajada' o expulsión de la leche. El volumen de leche está en relación a la succión, por el factor local o llamado inhibidor retroalimentario de la lactancia (FIL).

Involución: sucede cuando cesa la extracción regular de leche de las mamas, o cuando disminuye la prolactina, a semejanza de la

lactogénesis, en esta etapa se observa una sucesión ordenada de hechos que incluyen disminución de la secreción de la leche, una mayor secreción de lactoferrina, abertura de las uniones ocluyentes, apoptosis del epitelio mamario y cambios en la secreción de proteasas, seguida por remodelamiento de la matriz extracelular²¹.

2.2.3. LECHE MATERNA:

Es la secreción producida por las glándulas mamarias de la mujer. Contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de manera eficiente. La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándoles protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes²³.

COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

La leche materna es considerada el alimento más completo desde el punto de vista bioquímico, ya que tiene todos los nutrientes indispensables, en términos de equilibrio, para suplir los requerimientos necesarios para el crecimiento y la energía⁹.

- Agua

La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico²⁴.

- **Proteínas**

1 g/100 ml, constituyen el 0.9% de la leche, el mayor porcentaje corresponde a caseína (40%) y el 60% restante a proteínas del suero: lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina que contribuye a la absorción de hierro en el intestino del niño y lo fija, evitando que sea usado por las bacterias. Es de destacar la presencia de inmunoglobulinas. IgA, IgG, IgM. La principal es la IgA secretora cuya función consiste en proteger las mucosas del recién nacido y es producida por el denominado ciclo enteromamario; encontrándose en muy altas concentraciones en el calostro²⁴.

- **Hidratos de carbono**

7.3 gramos/100 ml del total de componentes de la leche. El principal azúcar es la lactosa, con un valor osmótico fundamental para mantener la densidad de la leche a través del agua. Además existen más de 50 oligosacáridos que constituyen el 1.2% de la leche entre los que se encuentran: glucosa, galactosa y otros ²⁴.

La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del calcio y el hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus, flora microbiana fermentativa que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos²⁵.

- **Lípidos**

Varía de 3 a 4 gramos/100 ml de los constituyentes de la leche. Es el componente con mayores variaciones de su concentración durante la

lactancia. Las variaciones se presentan al inicio y al final de la tetada, en la mañana y en la noche. Proporciona el 30 a 55% de kilocalorías. El mayor componente son los triglicéridos pero también contiene fosfolípidos y colesterol. Recientes estudios han demostrado la presencia de dos ácidos grasos poliinsaturados, el ácido linoléico y el decosahexanóico, con un efecto primordial en el desarrollo del sistema nervioso central²⁴.

- **Vitaminas**

Las vitaminas que se encuentran en mayor concentración en la leche materna son: A, C, B1, B2, B6 y B12. Las vitaminas presentes en menor concentración en la leche materna son: La vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas, en los niños amamantados, se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal. Cuando no se da el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menos que se provea al niño vitamina K inmediatamente después del nacimiento²⁵.

- **Minerales**

La concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna. Los mecanismos compensatorios, como una disminución en la excreción urinaria del calcio comienzan a actuar, y sólo en casos extremos se alterarán significativamente las reservas de los tejidos propios de la madre²⁴.

ETAPAS DE LA LECHE MATERNA

- Calostro:

Secreción láctea amarillenta, espesa, producida en poca cantidad, dentro de los 5 primeros días después del parto. Es muy rica en componentes inmunológicos, otras proteínas, además de calcio y otros minerales. Su escaso volumen permite a la o el recién nacido a organizar tres funciones básicas: succión-deglución-respiración. Ayuda a la eliminación del meconio, evitando la ictericia neonatal, y ayuda a la maduración del aparato digestivo.

- Leche de transición:

Es la leche producida entre el 5° y el 15° día del postparto. Al tercer día se produce un aumento brusco en la producción de leche conocido como la “bajada de la leche”. En las madres de recién nacidos a término, la producción de leche ‘acompaña’ día a día a la o el bebé en su maduración gastrointestinal e integral; y va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

- Leche madura:

Se llama así a la secreción láctea producida a partir del 16° día. En las madres de bebés a término y en los prematuros, le proporcionará todos los componentes imprescindibles para el crecimiento y desarrollo de la o el bebé hasta los 6 meses. Si la madre tiene que alimentar a más de una o un bebé producirá un volumen suficiente de leche madura para cada uno de ellos; permitiendo la maduración progresiva del sistema digestivo

de la o el bebé, preparándolo para recibir otros alimentos, en su momento²⁶.

MECANISMO DE PRODUCCIÓN DE LA LECHE MATERNA

Los dos reflejos maternos que participan en la lactancia son el de la producción de la leche (Prolactina) y el vaciamiento (oxitocina); ambos responden a la succión. El neonato que succiona la mama estimula las terminaciones nerviosas en el complejo pezón-areola que envían impulsos por las vías aferentes de reflejo neural al hipotálamo, provocando la secreción de prolactina de la pituitaria anterior y de oxitocina de la pituitaria posterior.

La prolactina es la hormona lactógena clave que estimula la producción de leche, tiene acción inhibidora del ovario (amenorrea). La importancia de la prolactina es el mantenimiento de la lactancia. Los niveles de prolactina en el suero en las mujeres no embarazada son aproximadamente 10ng/ml su concentración aumenta durante el embarazo, pero disminuye abruptamente después del parto. A las cuatro semanas post parto, los niveles de prolactina en el suero es aproximadamente de 20 a 30 ng/ml en las mujeres que amamantan y 10ng/ml en las mujeres que no amamantan.

En cuanto al reflejo de vaciamiento de la leche, la succión de las mamas también excita las fibras colinérgicas del hipotálamo y estimula la liberación de oxitocina de la pituitaria posterior. La liberación de la oxitocina contrae las células mioepiteliales que rodean los alveolos,

expulsando la leche de los conductos a través del pezón. Después del parto, la oxitocina contrae la capa del músculo liso que consiste en las células que rodean a los alveolos, para liberar la leche producida hacia el sistema de conductos. La oxitocina es necesaria para desencadenar el reflejo de eyección o expulsión de la leche.

El reflejo de eyección de la leche se encarga de sacar la leche (y en especial la leche final rica en grasas y proteínas) al alcance del bebé. El bebé necesita la leche final para ganar peso en forma adecuada, en especial él bebe prematuro, el de bajo peso, o aquel lactante que no gana peso a pesar de estar recibiendo solo leche materna, es que probablemente tiene una mala técnica de amamantamiento o recibe solo leche de inicio (tiene agua y lactosa)²¹.

2.2.4. LACTANCIA MATERNA:

La lactancia materna en el marco de la Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS, es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; asimismo, es parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre²⁴.

A su vez otras organizaciones lo definen como un proceso de alimentación del niño o niña con la leche que produce su madre, siendo éste el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macro y micro nutrientes. Es la forma más idónea de alimentación. De acuerdo a

la Organización Mundial de la Salud (OMS) la leche materna constituye el alimento universal indicado hasta los seis (6) meses de edad para los niños y niñas, y acompañado de otros alimentos hasta los dos (2) años, puesto que cubre los requerimientos calóricos en estas edades. La lactancia materna establece sólidos lazos afectivos entre la madre y su hijo o hija, protege al niño o niña contra enfermedades infecciosas como diarreas, cólicos, gripes y favorece su desarrollo biológico y mental⁹.

TIPOS DE LACTANCIA.

- **Lactancia materna exclusiva.** Es cuando la alimentación del niño es solo con la leche materna sin ninguna adición de agua, líquidos u otra leche, dentro de los primeros 6 meses de vida con un promedio de 10 a 12 mamadas por día y con un tiempo de 10 minutos por mamada aproximadamente.
 - **Lactancia parcial.** Gran parte o casi la mitad de la alimentación consiste en la leche materna, además el bebé recibe otras bebidas o alimentos, también conocido como suplementos. El bebé recibe jugos, alimentos tradicionales, vitaminas o agua.
 - **Lactancia simbólica.** En éste caso, la lactancia materna es mínima, ocasional o irregular. El bebé recibe alimentos sólidos y líquidos.
- Lactancia sostenida. Es aquella lactancia materna que se da por más de 18 meses.

- **Lactancia materna predominante.** El bebé es amamantado pero también recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua como te o jugos²⁷.

2.2.5. TÉCNICAS DE LACTANCIA

Existen una serie de prácticas que pueden ser utilizadas por la madre para amamantar exitosamente. Poner al niño o niña a amamantar es muy sencillo, si la madre conoce cómo hacerlo o tiene el apoyo necesario. En este sentido, el adecuado manejo de las técnicas favorece el inicio y continuidad de un proceso natural como es la lactancia materna⁹.

El requisito básico para una lactancia materna exitosa es una buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar. Para ello es imprescindible que el equipo de salud demuestre interés, promueva, apoye y facilite la práctica de la lactancia materna como la mejor forma para alimentar al niño o niña.

En las técnicas de amamantamiento se consideran dos aspectos básicos:

❖ POSICIÓN

La posición que debe adoptar la madre cuando amamanta debe ser la más cómoda posible (sentada o acostada), debe estar relajada y dispuesta para dar inicio al proceso. El cuerpo del niño o niña debe estar cerca (contacto piel a piel) del cuerpo de la madre y sostenido con firmeza¹.

Es importante variar las posiciones durante el día para el mejor vaciamiento de las mamas y la prevención de la tensión láctea o grietas

del pezón. Con mucha frecuencia la madre adopta la posición sentada con el niño/a acostado/a de lado en sus brazos. Se recomienda se le sugiera a la madre:

- Sentarse cómoda con la espalda apoyada, colocando los pies en una altura que le facilite amamantar.
- Si el niño/a es demasiado pequeño utilice una almohada o almohadón para acomodarlo a la altura del pecho.
- Sostener al niño/a sobre su brazo, abdomen con abdomen, la cabeza sobre el pliegue de su codo.
- Sostener la mama con la mano formando una "C", con los cuatro dedos por debajo y el pulgar arriba²⁸.

POSICIONES PARA AMAMANTAR

Existen varias posiciones y todas ellas tienen algo en común: el vientre y la cara del recién nacido están enfrentados a su mamá. Con los cambios de posición, el niño comprime distintos puntos de la areola y el pezón, a la vez que el pecho se vacía mejor, evitando el dolor y las grietas del pezón, retención de leche, taponamiento de conductos y mastitis. A la madre que tiene un niño recién nacido no se le debe recomendar una posición familiar o impuesta, la posición que funciona a una madre puede no siempre funcionar con la otra.

Posiciones del niño con la madre sentada

Cuando la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda, donde pueda apoyar bien la espalda. Es más cómodo para ella apoyar los

pies sobre un pequeño piso y colocar un cojín sobre las piernas para de esta forma dar altura al niño y acomodarlo a la altura del pecho.

- Madre sentada y niño acunado, clásica

Esta es una de las posiciones más conocidas, el niño acostado frente a la madre a la altura de los pechos, el abdomen del niño debe quedar frente al de la madre, el brazo de esta sirve de apoyo al cuerpo y cabeza del niño, con la mano en forma de "C" la madre ofrece el pecho, con el pezón estimula el labio inferior del niño para que abra la boca, en ese momento acerca el niño hacia el pecho de tal forma que el pezón y la areola queden dentro de la boca del niño. El brazo del niño que queda por debajo se ubica bajo el pecho de la madre o rodeando su cintura.

- Posición de caballito

La madre sentada y el niño enfrente el pecho sentado sobre la pierna de esta, la madre afirma al niño con el brazo del mismo lado en que está el niño, la mano en forma de "C" y los dedos del medio y pulgar detrás de las orejas, con la mano libre ofrece el pecho. No apoyar la palma de la mano en la parte posterior de la cabeza ya que el niño responderá con un reflejo de extensión que lo hará llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho. Esta posición está recomendada para los niños híper y/o hipotónicos, niños con fisura palatina, mamas muy grandes.

- Posición en reversa

La madre sentada y el niño acostado sobre un cojín para levantarlo a la altura de los pechos. Con la mano libre la madre ofrece el pecho, con la otra sobre la palma sostiene la cabeza del niño. Esta posición permite

deslizar al niño de un pecho a otro sin cambiarlo de posición, esta posición se recomienda cuando el niño tiene preferencia por un pecho y cuando el niño tiene problemas con la clavícula.

- Posición en canasto o pelota

En esta posición se ubica al niño debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, tomándolo por la base de la nuca. Esta posición se recomienda para alimentar a gemelos en forma simultánea, en caso de cesárea para no presionar la zona de la herida operatoria.

Posiciones con la Madre Acostada

- Posición del niño con la madre acostada

Ambos en decúbito lateral la madre y el niño acostados en decúbito lateral, frente a frente, la cara del niño enfrentando el pecho y abdomen, pegado al cuerpo de su madre. Para la comodidad de la madre, ésta debe apoyar su cabeza sobre una almohada y el niño se apoya sobre el brazo inferior de esta, la madre con la mano libre debe dirigir el pecho hacia la boca del niño. Esta posición se recomienda para las madres que se recuperan de una cesárea o una episiotomía, para amamantar de noche o en momentos de gran cansancio, sin importar la edad del bebé. Se sabe que las madres que recién tienen su bebé, logran mejor descanso y se fatigan menos con esta posición que cuando amamantan sentadas.

- Posición madre recostada de espalda y el niño sobre esta en decúbito ventral.

La madre acostada de espalda y el niño recostado sobre ella en decúbito ventral, la madre sostiene la frente del niño con su mano y de esta forma el niño toma el pezón y la areola para comenzar la succión.

Esta posición se recomienda a las madres que tienen reflejo de eyección excesivo, en esta posición el flujo de leche pierde fuerza y el bebé puede succionar y tragar de manera más cómoda. Es una posición transitoria mientras la madre encuentra otra posición más cómoda²⁹.

❖ **AGARRE**

Cuando hablamos de agarre debemos tomar en cuenta que el bebé nace con dos reflejos que favorecen la lactancia, ellos son: el de búsqueda y el de succión. El reflejo de búsqueda ayuda al niño o niña a buscar el pezón de la madre y el de succión le facilita la acción de chupar, siempre y cuando la boca esté abarcando el pezón y la areola. El mentón del bebé debe tocar el pecho de modo de garantizar un buen agarre y propiciar una mayor producción y salida de leche⁹.

Fomentar el reflejo de búsqueda del pezón: con el pezón tocar en labio inferior del niño/a varias veces hasta que habrá ampliamente la boca, en ese momento, y con un movimiento rápido, llevar el niño/a hacia la mama, favoreciendo la entrada del pezón y casi toda la areola dentro de su boca.

Si el niño/a esta bien adherido al pecho no debe provocar dolor al succionar. Si la madre relata dolor es porque el niño/a esta mal prendido al pecho por lo que se debe retirar del pecho, introduciendo el dedo meñique por la comisura bucal, presionando la encía inferior.

Es recomendable que la madre reconozca la succión efectiva para saber que el niño/a se alimenta bien: se debe escuchar la deglución durante la mamada, al finalizar la madre nota el pecho más blando, el niño/a se duerme o queda tranquilo y presenta orina y una deposición amarillenta abundante.

Los primeros días de vida los recién nacidos tienen un ritmo de succión que alcanza de tres a cuatro succiones para luego realizar una pausa, esto se debe a que el recién nacido debe aprender a coordinar simultáneamente la succión, deglución y la respiración. Luego de algunos días adquiere el patrón de succión del lactante, el cual realiza la succión en menos tiempo y sin pausas.

Hasta que la lactancia este bien establecida, se sugieren mamadas frecuentes (no menos de 8 en 24 horas) alternando el seno con el cual comienza y empleando ambos pechos cada vez, aunque el recién nacido no siempre toma de ambos en la misma mamada.

En cada mamada el niño/a debe recibir los dos tipos de leche de cada pecho: la leche inicial, con más contenido de lactosa y agua, y la leche final, con más contenido de grasa. Se recomienda alternar la mama con la que se inicia la alimentación²⁸.

Otros aspectos a considerar son:

- Lavarse bien las manos con agua y jabón antes de iniciar el amamantamiento.
- Mantener una buena comunicación con el niño o niña y hablarle cariñosamente mirándolo (a) a los ojos.

- Ofrecer al niño o niña las dos mamas cada vez que se va amamantar, comenzando siempre por la que se le ofreció de último la última vez que se amamantó.
- Retirar al niño o niña introduciendo suavemente el dedo meñique en la comisura del labio para evitar lastimar el pezón⁹.

INDICADORES DE AMAMANTAMIENTO CORRECTO:

- ✓ Sonido de deglución audible.
- ✓ Actitud de niño/a mamando en forma tranquila, rítmica y acompasada, claramente relajado y satisfecho.
- ✓ Amamantamiento sin dolor.
- ✓ Sueño tranquilo.
- ✓ Producción de volumen de leche constante y bajada de leche en relación al horario de demanda del niño/a.
- ✓ Aumento de peso normal en el niño/a.
- ✓ Promedio de 6 pañales al día mojados.
- ✓ Deposiciones amarillentas y fluidas y frecuentes.
- ✓ Pezón y pechos sanos²⁸.

2.2.6. 10 PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EFICAZ

(OMS/UNICEF 1986)

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.

2. Capacitar a todo el personal de salud, de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar chupetes a los niños alimentados al pecho.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica³⁰.

2.2.7. TIEMPO DE INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

El inicio inmediato de la lactancia materna, amamantar a los recién nacidos dentro de la primera hora de vida, es una medida de importancia crítica tanto para la supervivencia como para la lactancia a largo plazo.

Cuando la lactancia materna se inicia más tarde, las consecuencias pueden poner en riesgo la vida del bebé. De hecho, cuanto más tiempo deban esperar los recién nacidos, mayor es el riesgo.

El suministro de leche materna al niño durante la primera hora de vida se conoce como "inicio temprano de la lactancia materna"; así se asegura que recibe el calostro ("primera leche"), rico en factores de protección.

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

La OMS recomienda que las madres inicien la lactancia durante la primera hora de vida³¹.

2.2.8. RECIÉN NACIDO

Recién nacido o periodo neonatal concierne desde el nacimiento hasta los 28 días, las primeras cuatro semanas de vida, después del parto, constituye un tiempo de transición entre el útero y una existencia independiente. Se distingue del resto de la infancia, debido a que en este periodo el neonato debe adaptarse a la vida del mundo exterior luego de abandonar el medio cerrado y protegido del vientre materno.

Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuadas durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud³².

Según su edad gestacional los recién nacidos se clasifican en:

- RN de pretérmino: menos de 37 semanas.
- RN de término: 37 – 41 semanas.
- RN posttérmino: 42 semanas o más.

Según el peso para la madurez estimada, los RN se clasifican como:

- Adecuados para la edad gestacional (AEG): entre percentiles 10 – 90.
- Grandes para la edad gestacional (GEG): superior a percentil 90.
- Pequeños para la edad gestacional (PEG): inferior al Percentil 10.

De acuerdo al peso de nacimiento los RN se pueden clasificar en:

- Macrosómicos: 4.000 g. o más
- Bajo peso de nacimiento (BPN): 2.500 g o menos.
- Muy bajo peso de nacimiento (MBPN): 1.500 g o menos.
- Muy muy bajo peso de nacimiento (MMBPN):1.000 g o menos³³.

2.2.9. PÉRDIDA DE PESO.

Se acepta que el prematuro pierde alrededor de 10 a 12 % de su peso corporal en forma de agua en los primeros 3 a 5 días de vida, y que esto representa 5 a 10% en el niño a término.

Todo recién nacido de término experimenta una baja de su peso de nacimiento hasta más o menos el tercero o cuarto día de vida. Ello se debe a un balance nutricional negativo a que está sometido el recién nacido ante la escasa ingesta que recibe los primeros días y un gasto energético proporcionalmente elevado. El niño pierde calorías en llanto, movimiento y evacuación de excretas. Por otra parte, elimina líquidos a través de la piel, la respiración, la orina y, sobre todo pierde un volumen importante de deposiciones, estimadas en alrededor de 150 a 200 gr. según el peso del recién nacido. Sin embargo, recupera su peso entre los 10 y 14 días de vida, aceptándose que esta disminución de peso no sea más allá de un 10-12% del peso de nacimiento⁴.

La pérdida de peso se expresa mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Peso al Nacimiento} - \text{Peso Actual}}{\text{Peso al Nacimiento}} \times 100$$

Peso al Nacimiento

FACTORES RELACIONADOS CON LA PÉRDIDA DE PESO DEL RECIÉN NACIDO

Existen dos tendencias conceptuales bien definidas. La primera y la más aceptable, es la que establece que la pérdida de peso del recién nacido se produce fundamentalmente por pérdida de agua corporal. La segunda menciona que ante un balance nutricional negativo del recién nacido en razón de una ingesta casi nula y gasto energético elevada, ocurre irremediablemente pérdida de peso por eliminación.

Pérdida de agua corporal

El agua corporal total (ACT) representa el 75% del peso en los recién nacidos a término y es mayor en los recién nacidos de pre término. El AT se divide en dos grandes compartimientos: líquido intracelular (LIC) y el líquido extracelular (LEC). Con el aumento de la edad gestacional los volúmenes de ACT y LEC disminuyen, mientras que el LIC aumenta.

Tanto los recién nacidos a término y los recién nacidos pre término presentan una expansión aguda del LEC por los desplazamientos líquidos del LIC, transfusión placentaria y reabsorción del líquido pulmonar. El recién nacido nace con un exceso de LEC, el cual disminuye luego del nacimiento a expensas de un aumento de la filtración renal propia de la maduración orgánica post natal, lo que determina un factor para la disminución de peso del recién nacido.

Después del nacimiento el ACT continúa disminuyendo, debido en su mayor parte a la concentración del LEC, se cree que esta movilización del LEC está relacionada con la función renal que se produce después del nacimiento. Es probable que este comportamiento aumente en proporción al peso corporal en las primeras semanas de vida postnatal. A partir de entonces, LIC aumenta con mayor rapidez, y a los 3 meses supera el LEC.

En los recién nacidos pre término esta pérdida es mayor debido a las excreción del LEC, y a un mayor balance hídrico. Esta pérdida de agua corporal se puede dar por:

- **Eliminación de meconio:**

El meconio es el contenido intestinal que empieza a formarse hacia el cuarto mes de vida fetal, acumulándose progresivamente en la luz de los intestinos y que después del nacimiento comienza a ser expulsado a través del ano permeable del recién nacido, durante los 2 o 3 días de vida.

El meconio tiene una composición heterogénea y está constituido por un conjunto de elementos como: células epiteliales de descamación, bilis y mucosidad del mismo tubo digestivo en desarrollo, y elementos que vienen secundariamente al tracto digestivo, a partir de la deglución del líquido amniótico. Dicha materia incluye células epidérmicas descamadas, pelos de lanugo y una cierta cantidad de grumos de grasa. Desde el punto de vista bioquímico el meconio está constituido en un 70 a 90% por agua, su porción sólida contiene fundamentalmente mucina, pigmentos biliares que le confiere su color característico.

En cuanto a la cantidad de meconio, Von Reuss estima que dicho valor está entre 60 a 70 gramos. La mayoría de recién nacidos a términos normales hacen su primera evacuación de meconio durante las primeras 24 horas de vida. Se ha descrito que del 94 a 95% de recién nacidos ya eliminan meconio durante las primeras 24 horas de vida, otros autores manifiestan que del 6 a 7% de recién nacidos eliminan meconio durante el segundo día de vida.

- **Filtración glomerular:**

La filtración glomerular y el gasto urinario son bajos los primeros días de vida y aumentan progresivamente durante las dos o tres semanas siguientes, paralelas a la maduración renal y cambios funcionales presentes ya desde las últimas semanas de gestación. Se calcula que el índice de filtración glomerular en un recién nacido a término es de 5 a 7ml. Y que el volumen excretado en el primer día de vida sería de unos 20ml.

- **Además el recién nacido pierde agua a través de la piel y mucosas en forma de evaporación:**

La cual resulta ser mucho mayor en recién nacidos pre terminó por que su piel es más delgada y la superficie cutánea es proporcionalmente mayor. Otro componente responsable del descenso de peso en el recién nacido son las pérdidas insensibles, esas son de 1 gr./ KG/ hora, de las cuales un 40% se pierden por piel y un 60% por los pulmones. Sumados estos valores tendríamos que las pérdidas insensibles harían un total entre 45 y 50 ml. Kg por día.

- **La hemólisis propia de los primeros días de vida:**

Responsables de la ictericia fisiológica del recién nacido, sería otro elemento que participa en la pérdida fisiológica de peso, ya que desde el punto de vista fisiopatológico resulta en liberación de agua e iones desde el intracelular al extracelular, siendo este otro de los mecanismos de eliminación de agua por las vías mencionadas. De otro lado, la pérdida de

peso ha sido identificada como uno de los factores de riesgo predictivo en la posterior aparición de hiperbilirrubinemia.

- **Balance nutricional negativo:**

En el momento del nacimiento el recién nacido está sometido a una escasa ingesta de líquidos, y sumado a un gasto energético proporcionalmente elevado es que el neonato pierde peso fisiológicamente. Por lo tanto mientras no se establezca la secreción láctea propiamente dicha, el neonato está perdiendo calorías con el llanto, movimiento y por otra parte está eliminado líquidos a través de la respiración, orina y deposiciones³⁴.

2.2.10. CESÁREA

La cesárea es la terminación quirúrgica del embarazo o del parto por medio de una incisión en la cara anterior del útero, ante una situación de peligro de la madre o del feto o ante la imposibilidad del feto de nacer normalmente²¹.

El porcentaje de cesáreas ha ido en aumento en los últimos años, estando en ocasiones muy por encima del 10-15% de los partos recomendado por instituciones sanitarias nacionales e internacionales. Además de los costes sanitarios de una cesárea (personal, quirófano, reanimación, etc), se han estudiado los gastos colaterales de la misma en cuanto a morbimortalidad materna y fetal. Así, las cesáreas tienen una serie de efectos negativos que es importante conocer.

- En el niño se interrumpe la transición normal del recién nacido, con ausencia de compresión torácica (menor eliminación del líquido intrapulmonar) y menor secreción de hormonas. A esto se suman los efectos de la separación de la madre.
- En la madre hay una mayor tasa de complicaciones que en los partos vaginales con peor recuperación, más dolor y cansancio. También se producen efectos inherentes a la separación como una peor vivencia del parto, mayor riesgo de depresión postparto y mayor dificultad en el establecimiento del vínculo comparado con los partos vaginales.
- Sobre la lactancia materna: Debido a una menor concentración de prolactina y oxitocina tras el parto, a la separación entre madre e hijo para la realización de los cuidados postquirúrgicos de la madre y a las alteraciones físicas (dolor, anestesia...) y psicológicas, las mujeres sometidas a una cesárea tienen más dificultades en iniciar y mantener la lactancia y presentan un alto índice de cese precoz de la misma. Este efecto sucede tanto en las cesáreas programadas como en las urgentes si bien la repercusión es de mayor magnitud en caso de las primeras³⁵.

2.3. HIPOTESIS:

Los factores maternos tales como: paridad, edad, nivel de instrucción, atención prenatal, tipo de cesárea y factores neonatales tales como: sexo del recién nacido, edad gestacional, tiempo de inicio de lactancia y la incorrecta aplicación de la técnica de lactancia materna están relacionados con la pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido

con lactancia materna en postcesareadas. Hospital II EsSalud Ayacucho Setiembre-Noviembre 2019.

2.4. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TERMINOS

LACTANCIA MATERNA:

Es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; asimismo, es parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre.

TECNICA DE LACTANCIA MATERNA:

La técnica correcta es la base de una lactancia exitosa. En este sentido, el adecuado manejo de las técnicas favorece el inicio y continuidad de un proceso natural como es la lactancia materna.

CESAREA:

La cesárea es la terminación quirúrgica del embarazo o del parto por medio de una incisión en la cara anterior del útero, ante una situación de peligro de la madre o del feto o ante la imposibilidad del feto de nacer normalmente.

RECIEN NACIDO:

Recién nacido o periodo neonatal concierne desde el nacimiento hasta los 28 días, las primeras cuatro semanas de vida, después del parto.

PERDIDA PESO:

Es la disminución de peso del recién nacido en relación al peso del nacimiento dentro de las 72 horas de vida.

La pérdida de peso se expresa mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Peso al Nacimiento} - \text{Peso Actual}}{\text{Peso al Nacimiento}} \times 100$$

Peso al Nacimiento

PARIDAD:

Mujer que ha dado a luz uno o más productos (vivos o muertos) con un peso > 500gr., o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional.

EDAD DE LA MADRE:

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.

ATENCIÓN PRENATAL:

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto.

EDAD GESTACIONAL:

Edad en semanas del recién nacido calculadas por el Test de Capurro.

TIEMPO DE INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

El inicio inmediato de la lactancia materna, amamantar a los recién nacidos dentro de la primera hora de vida, es una medida de importancia crítica tanto para la supervivencia como para la lactancia a largo plazo.

Cuando la lactancia materna se inicia más tarde, las consecuencias pueden poner en riesgo la vida del bebé. De hecho, cuanto más tiempo deban esperar los recién nacidos, mayor es el riesgo.

2.6. VARIABLES:

INDEPENDIENTE:

Lactancia materna en postcesareadas.

DEPENDIENTE:

Pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido.

INTERVINIENTES:

- Técnica de lactancia materna
- Paridad
- Edad de la madre
- Nivel de instrucción
- Atención prenatal
- Tipo de cesárea
- Sexo del recién nacido
- Edad gestacional
- Tiempo de inicio de lactancia

CAPITULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Aplicada y descriptivo.

3.2. METODO DE ESTUDIO

Relacional, prospectivo, de corte longitudinal.

3.3. POBLACION

Lo conformaron 70 postcesareadas y sus respectivos recién nacidos que se atendieron en el Hospital II EsSalud entre los meses de Setiembre-Noviembre 2019.

3.4. MUESTRA

Lo conformaron 60 postcesareadas y sus respectivos recién nacidos que se atendieron en el Hospital II EsSalud entre los meses de Setiembre-Noviembre 2019.

Obtención del tamaño de la Muestra:

$$n = \frac{4 \times N \times P \times Q}{E^2 (N - 1) + 4 \times P \times Q}$$

$$n = \frac{4 \times 70 \times 50 \times 50}{5^2 (70-1) + 4 \times 50 \times 50} = \frac{700000}{11725} = 59.70$$

n: Es el tamaño de la muestra a calcular.

4: Es una constante.

P: Es la probabilidad de éxito de que una postcesareada pueda ser seleccionada para la muestra.

Q: Es la probabilidad de fracaso de que una postcesareada no pueda ser seleccionada para la muestra.

N: Es el tamaño de la población (número de cesáreas registrados entre los meses Setiembre a Noviembre del 2018. Fuente: Hospital II EsSalud).

E²: Es el error seleccionado por el investigador.

3.5. MUESTREO: Probabilístico aleatorio simple.

3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Inclusión:

- Todos los recién nacidos a término sanos.
- Recién nacidos de parto único por cesárea.

- Recién nacidos que hayan recibido como máximo 2 tomas de formula láctea mientras permanecen en el servicio de neonatología.
- Recién nacidos con peso adecuado.
- Postcesareadas que no tengan ninguna contraindicación para iniciar con la lactancia materna.

Exclusión:

- Recién nacidos con alguna patología.
- Recién nacidos que hayan recibido más de 2 tomas de formula láctea mientras permanecen en el servicio de neonatología.
- Recién nacidos pre término y pos término.
- Recién nacidos de bajo peso y macrosómicos.
- Recién nacidos gemelares.
- Madres con alguna contraindicación para iniciar la lactancia materna.
- Recién nacidos de parto eutócico.

3.7. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Fichas de recolección de datos pre-elaboradas.
- Guía de observación de la técnica de lactancia materna.

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

- A través de la Decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH, se solicitó el permiso correspondiente a la Dirección del

Hospital II EsSalud para tener las facilidades en la obtención de los datos.

- A la postcesareada seleccionada para el estudio, se le entrevistó a través de los instrumentos de recolección de datos elaborados.
- Se observó la técnica de la lactancia materna a la postcesareada en estudio.
- Se registró el peso de nacimiento, a las 48 y 72 horas del recién nacido que figuraba en la historia clínica.

3.9. PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenido los resultados, se elaboraron tablas estadísticas de simple y doble entrada, relacionando las variables de estudio. Estas a su vez se sometieron al análisis estadístico de chi cuadrado haciendo uso del paquete estadístico SPSS 24.0.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 01

Porcentaje de pérdida de peso del recién nacido con lactancia materna en postcesareadas al segundo y tercer día de vida. Hospital II EsSalud Ayacucho. Setiembre - noviembre 2019.

Pérdida de peso (%)	Horas de nacido			
	48 horas		72 horas	
	Nº	%	Nº	%
Menor a 5%	24	40,0	18	30,0
5 a 10%	34	56,7	34	56,7
Mayor a 10%	02	3,3	08	13,3
Total	60	100,0	60	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

La tabla 01 muestra el porcentaje de pérdida de peso del recién nacido al segundo y tercer día de vida, donde se observa que del 100%(60) recién nacidos a las 48 horas el 56,7%(34) tuvieron pérdida de peso entre 5 a 10%, mientras que el 40,0%(24) perdieron su peso menor a 5% y sólo 3,3%(02) perdieron peso mayor a 10%. Asimismo, a las 72 horas de nacido del 100%(60) el 56,7%(34) tuvieron pérdida de peso entre 5 a 10%, luego 30,0%(18) perdieron su peso menor a 5% y finalmente 13,3%(08) perdieron peso mayor a 10%.

Del análisis de la tabla se concluye que 56,7% de recién nacidos presentaron una pérdida de peso entre 5 a 10% a las 48 y 72 horas en ambos casos.

Genevieve y col (EE.UU, 2012) “Pérdida de peso en bebés exclusivamente amamantados por parto por cesárea. La pérdida de peso promedio durante la estancia hospitalaria en nuestra cohorte de 200 bebés fue de 7.2% \pm 2.1% del peso al nacer, ligeramente mayor que la guía de la Academia Americana de Pediatría del 7%¹⁴.

Gallardo y col (Chile, 2018). “Descenso de peso en recién nacidos a término en las primeras 48 horas post natales”. Se analizaron 2960 RN. El descenso promedio de peso el primer día fue 4,43% (DS: 1,96), el segundo día 2,51% (DS: 1,86) y el descenso total a las 48 h fue 6,85% (DS: 1,92). El factor determinante en la baja de peso fue el tipo de parto. Los RN por cesárea presentan una mayor baja de peso entre las 24 y 48 h¹³.

Portella (2017). “Factores asociados a pérdida de peso en recién nacidos sanos durante su estancia en el servicio de neonatología del Hospital Vitarte, enero - junio 2017”. La pérdida de peso promedio durante la estadía hospitalaria en nuestra muestra de 1830 recién nacidos fue del 4.53% del peso al nacer por día, resultando ser mayor que la guía de la Academia Americana de Pediatría del 7% en 3 días.

Berger y col (Perú, 2014). “Trastornos de la lactancia materna y otros factores asociados a la pérdida de peso neonatal excesiva en un Hospital

de la Seguridad Social en Lima. En 18,8% (74/393) de los neonatos, la pérdida de peso excesiva fue igual o superior al 7% del peso al nacer¹⁸.

TABLA 02

Aplicación de la técnica de lactancia materna en postcesareadas en relación a la pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido con lactancia materna. Hospital II EsSalud Ayacucho. Setiembre - noviembre 2019.

Técnica de Lactancia Materna	Pérdida de peso a las 72 horas							
	Menor a 5%		5 a 10%		Mayor a 10%		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adecuado	17	28,3	13	21,7	00	00	30	50,0
Inadecuado	01	1,7	21	35,0	08	13,3	30	50,0
TOTAL	18	30,0	34	56,7	08	13,3	60	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 24,105$$

$$X_t^2 = 5,991$$

$$g.l.=2$$

$$p<0,05$$

La tabla 02 muestra el porcentaje de pérdida de peso del recién nacido a los 3 días de vida en relación a la aplicación de la técnica de lactancia materna, donde se observa que del 100%(60) postcesareadas, el 50,0%(30) realizan una técnica de lactancia materna adecuada, de ellas 28,3%(17) de recién nacidos tuvieron una pérdida de peso menor a 5%, luego 21,7%(13) perdieron su peso entre 5 a 10%. Asimismo, el 50,0%(30) realizan una técnica de lactancia materna inadecuada, de ellas 35%(21) de recién nacidos tuvieron una pérdida de peso entre 5 a 10%,

luego 13,3%(08) perdieron su peso mayor a 10% y sólo 1 caso (1,7%) perdió su peso menor a 5%.

Del análisis de la tabla se concluye que el 50% de las postcesareadas realizan una técnica de lactancia materna inadecuada; de ellas el 35,0% de recién nacidos presentaron una pérdida de peso entre 5 a 10% a las 72 horas de vida.

Al contrastar los resultados con el análisis estadístico de Chi² se reporta significancia estadística ($p < 0,05$) con lo cual se infiere que la inadecuada técnica de lactancia materna tiene asociación con la pérdida de peso del recién nacido a las 72 horas de vida.

Vargas (Arequipa-Perú, 2014). “Tiempo, inicio, frecuencia y técnica de lactancia materna relacionado a pérdida de peso en recién nacidos, Centro de salud Mariano Melgar. En lo concerniente a la frecuencia de la lactancia materna se halló que el 73.17% de los recién nacidos presentan una frecuencia de alimentación incorrecta lo que quiere decir que la frecuencia con la que la madre da de lactar a su recién nacido no se realiza según lo recomendado por la OMS (cada 2 a 3 horas). De este porcentaje el 65.85% presentó una pérdida de peso no fisiológica es decir mayor al 3%. Además se halló que existe una relación significativa entre el porcentaje de pérdida de peso con la frecuencia de la lactancia materna. Con respecto a la técnica de lactancia materna se encontró que el 90.2% de las madres realiza una técnica de lactancia regular, lo que quiere decir que las madre realizan la forma correcta de posición y agarre en la mitad de los criterios evaluados¹⁹.

Berger y col (Perú, 2014). “Trastornos de la lactancia materna y otros factores asociados a la pérdida de peso neonatal excesiva en un Hospital de la Seguridad Social en Lima. En 18,8% (74/393) de los neonatos, la pérdida de peso excesiva fue igual o superior al 7% del peso al nacer. La posición inadecuada de la boca en el pezón estuvo presente en el 53,7% (211/393) de los neonatos, mientras que el dolor en el pezón fue reportado en el 44,0% (173/393) de las madres³.

TABLA 03

Pérdida de peso a los 3 días de vida de los recién nacidos con lactancia materna en postcesareadas en relación a la edad materna. Hospital II EsSalud Ayacucho. Setiembre - noviembre 2019.

Edad Materna	Pérdida de peso a las 72 horas							
	Menor a 5%		5 a 10%		Mayor a 10%		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Igual o menor a 19 años	00	00	01	1,7	00	00	01	1,7
20-35 años	12	20,0	21	35,0	06	10,0	39	65,0
Igual o mayor a 36 años	06	10,0	12	20,0	02	3,3	20	33,3
TOTAL	18	30,0	34	56,7	08	13,3	60	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 1,156$$

$$X_t^2 = 9,488$$

$$g.l.=4$$

$$p>0,05$$

En la tabla 03 se observa el porcentaje de pérdida de peso del recién nacido a los 3 días de vida en relación a la edad materna, donde se muestra que del 100%(60) postcesareadas el 65,0%(39) tuvieron una edad de 20 a 35 años, de ellas 35,0%(21) de recién nacidos tuvieron

pérdida de peso de 5 a 10%, luego 20,0%(12) perdieron su peso menor a 5%. Asimismo, el 33,3%(20) refieren una edad igual o mayor a 36 años, de ellas 20,0%(12) recién nacidos tuvieron pérdida de peso entre 5 a 10%, luego 10,0%(06) perdieron su peso menor a 5%.

Del análisis de la tabla se concluye que el 65 % de las postcesareadas presentaron una edad de 20 a 35 años; de ellas el 35,0% de recién nacidos presentaron una pérdida de peso entre 5 a 10% a las 72 horas de vida.

Al contrastar los resultados con el análisis estadístico de Chi² no se reporta significancia estadística ($p>0,05$) con lo cual se infiere que la edad materna no tiene asociación con la pérdida de peso del recién nacido a las 72 horas.

Valladares (2017). “Factores materno – perinatales asociados a la pérdida de peso en recién nacidos con lactancia materna exclusiva en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo Enero - Diciembre del 2017”. Se determinó que el promedio de pérdida de peso en los recién nacidos era de 5.7%. Además, la pérdida de peso excesiva resultó 2.31 veces más probable en hijos de madres adolescentes (χ^2 : 5.307; p : 0.021 OR: 2.31; IC95% 1.12 – 4.77).

TABLA 04

Pérdida de peso a los 3 días de vida de los recién nacidos con lactancia materna en postcesareadas en relación a la paridad. Hospital II EsSalud Ayacucho. Setiembre - noviembre 2019.

Paridad	Pérdida de peso a las 72 horas							
	Menor a 5%		5 a 10%		Mayor a 10%		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primípara	03	5,0	18	30,0	02	3,3	23	38,3
Múltipara	15	25,0	16	26,7	06	10,0	37	61,7
TOTAL	18	30,0	34	56,7	08	13,3	60	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 7,245$$

$$X_t^2 = 5,991$$

$$g.l.=2$$

$$p<0,05$$

En la tabla 04 se observa el porcentaje de pérdida de peso del recién nacido a los 3 días de vida en relación a la paridad, donde se muestra que del 100%(60) postcesareadas el 61,7%(37) fueron múltiparas, de ellas 26,7%(16) de recién nacidos tuvieron pérdida de peso de 5 a 10%, luego 25%(15) perdieron su peso menor a 5% y el 10%(06) mayor al 10%. Asimismo, el 38,3%(23) fueron primíparas, de las cuales 30,0%(18) recién

nacidos tuvieron pérdida de peso entre 5 a 10%, luego 5,0%(03) perdieron su peso menor a 5% y 3,3%(02) mayor a 10%.

Del análisis de la tabla se concluye que el 61,7 % de las postcesareadas son multíparas; de ellas el 30,0% de recién nacidos presentaron pérdida de peso entre 5 a 10% a las 72 horas de vida.

Al contrastar los resultados con el análisis estadístico de Chi2 se reporta significancia estadística ($p < 0,05$) con lo cual se infiere que la primiparidad tiene asociación con la pérdida de peso del recién nacido a las 72 horas.

Valladares (2017). “Factores materno – perinatales asociados a la pérdida de peso en recién nacidos con lactancia materna exclusiva en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo Enero - Diciembre del 2017”. No se encontró asociación significativa con las siguientes variables: sexo, edad gestacional, trauma obstétrico, Score de Apgar, paridad tipo de parto e Índice de masa corporal¹⁷.

Genevieve y col (EE.UU, 2012) “Pérdida de peso en bebés exclusivamente amamantados por parto por cesárea. La edad materna, la gravedad, la paridad, el sexo infantil, las puntuaciones de Apgar y el parto por cesárea no se asociaron significativamente con la pérdida de peso¹⁴.

TABLA 05

Pérdida de peso a los 3 días de vida de los recién nacidos con lactancia materna en postcesareadas en relación al grado de instrucción. Hospital II EsSalud Ayacucho. Setiembre - noviembre 2019.

Nivel de Instrucción	Pérdida de peso a las 72 horas							
	Menor a 5%		5 a 10%		Mayor a 10%		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	00	00	02	3,3	01	1,7	03	5,0
Secundaria	02	3,3	04	6,7	02	3,3	08	13,3
Superior	16	26,7	28	46,7	05	8,3	49	81,7
TOTAL	18	30,0	34	56,7	08	13,3	60	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 3,276$$

$$X_{t=9}^2 = 9,488$$

$$g.l.=4$$

$$p>0,05$$

En la tabla 05 se presenta el porcentaje de pérdida de peso del recién nacido a los 3 días de vida en relación al nivel de instrucción, donde se muestra que del 100%(60) postcesareadas, el 81,7%(49) tuvieron nivel de instrucción superior; de ellas 46,7%(28) de recién nacidos tuvieron pérdida de peso de 5 a 10%, luego 26,7%(16) perdieron peso menor a 5% y el 8,3%(05) mayor a 10%. Asimismo, el 13,3%(08) tienen nivel de

instrucción secundaria; de ellas 6,7%(04) recién nacidos tuvieron pérdida de peso entre 5 a 10%, luego 3,3%(02) perdieron su peso menor a 5% y mayor a 10% en ambos casos.

Del análisis de la tabla se concluye que el 81% de las postcesareadas tienen un nivel de instrucción superior; de ellas el 46,7% de recién nacidos presentaron una pérdida de peso entre 5 a 10% a las 72 horas.

Al contrastar los resultados con el análisis estadístico de Chi² no se reporta significancia estadística ($p>0,05$) con lo cual se infiere que el nivel de instrucción de las madres no tiene asociación con la pérdida de peso a las 72 horas.

No se registraron estudios relacionados con la pérdida de peso y la variable nivel de instrucción.

TABLA 06

Pérdida de peso a los 3 días de vida de los recién nacidos con lactancia materna en postcesareadas en relación a la atención prenatal. Hospital II EsSalud Ayacucho. Setiembre - noviembre 2019.

Pérdida de peso a las 72 horas								
Atención prenatal	Menor a 5%		5 a 10%		Mayor a 10%		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor a 6 veces	06	10,0	05	8,3	01	1,7	12	20,0
Igual o mayor a 6 veces	12	20,0	29	48,4	07	11,6	48	80,0
TOTAL	18	30,0	34	56,7	08	13,3	60	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 2,877$$

$$X_t^2 = 5,991$$

g.l.=2

p>0,05

La tabla 06 refleja el porcentaje de pérdida de peso del recién a los 3 días de vida en relación a la atención prenatal, donde se muestra que del 100%(60) postcesareadas el 80,0%(48) tuvieron atención prenatal igual o mayor a 6 veces, de ellas 48,4%(29) de recién nacidos tuvieron pérdida de peso de 5 a 10%, luego 20,0%(12) perdieron su peso menor a 5% y el 11,6%(07) mayor a 10%. Asimismo, el 20,0%(12) refieren haberse controlado menor a 6 veces, de ellas 10,0%(06) recién nacidos tuvieron

pérdida de peso menor a 5%, luego 8,3%(05) perdieron su peso entre 5 a 10% y 01 caso (1,7%) mayor a 10%.

Del análisis de la tabla se concluye que el 80 % de las postcesareadas tuvieron una atención prenatal igual o mayor a 6 veces; de ellas el 48,4% de recién nacidos presentaron pérdida de peso entre 5 a 10% a las 72 horas.

Al contrastar los resultados con el análisis estadístico de Chi2 no se reporta significancia estadística ($p>0,05$) con lo cual se infiere que la atención prenatal de las madres no tiene asociación con la pérdida de peso del recién nacido a las 72 horas.

Portella (2017). "Factores asociados a pérdida de peso en recién nacidos sanos durante su estancia en el servicio de neonatología del Hospital Vitarte, enero - junio 2017". La edad materna (adolescente), y los controles prenatales no presentaron diferencias significativas.

TABLA 07

Pérdida de peso a los 3 días de vida de los recién nacidos con lactancia materna en postcesareadas en relación al tipo de cesárea. Hospital II EsSalud Ayacucho. Setiembre - noviembre 2019.

Tipo de cesárea	Pérdida de peso a las 72 horas							
	Menor a 5%		5 a 10%		Mayor a 10%		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Emergencia	09	15,0	19	31,7	05	8,3	33	55,0
Electiva	09	15,0	15	25,0	03	5,0	27	45,0
TOTAL	18	30,0	34	56,7	08	13,3	60	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 0,374$$

$$X_t^2 = 5,991$$

$$g.l.=2$$

$$p>0,05$$

La tabla 07 muestra el porcentaje de pérdida de peso del recién nacido a los 3 días de vida en relación al tipo de cesárea, donde se observa que del 100%(60) postcesareadas el 55,0%(33) tuvieron una cesárea de emergencia, de ellas 31,7%(19) de recién nacidos tuvieron pérdida de peso de 5 a 10%, luego 15,0%(09) perdieron su peso menor a 5% y el 8,3%(05) mayor a 10%. Asimismo, al 45,0%(27) les realizaron una cesárea electiva, de ellas 25,0%(15) recién nacidos tuvieron pérdida de

peso entre 5 a 10%, luego 15,0%(09) perdieron su peso menor a 5% y el 5,0%(03) mayor a 10%.

Del análisis de la tabla se concluye que el 55 % de las postcesareadas tuvieron una cesárea de emergencia; de ellas el 31,7% de recién nacidos presentaron una pérdida de peso entre 5 a 10% a las 72 horas.

Al contrastar los resultados con el análisis estadístico de Chi2 no se reporta significancia estadística ($p > 0,05$) con lo cual se infiere que el tipo de cesárea al que fueron sometidas las madres no tiene asociación con la pérdida de peso del recién nacido a las 72 horas.

Rodríguez (Ecuador, 2016). “Peso del recién nacido y su evolución con lactancia materna exclusiva Hospital docente de Calderón. Universidad Central del Ecuador, Facultad De Ciencias Médicas, Instituto Superior de Postgrado en Pediatría. Octubre -Noviembre 2016”. Se obtuvo significancia estadística en relación al porcentaje de pérdida de peso y tipo de parto, afirmando que los nacidos por cesárea pierden más peso que los nacidos por parto normal, $p \leq 0,05^{15}$.

Gallardo y col (Chile, 2018). “Descenso de peso en recién nacidos a término en las primeras 48 horas post natales”. Se analizan 2960 RN. El descenso promedio de peso el primer día fue 4,43% (DS: 1,96), el segundo día 2,51% (DS: 1,86) y el descenso total a las 48 h fue 6,85% (DS: 1,92). El factor determinante en la baja de peso fue el tipo de parto. Los RN por cesárea presentan una mayor baja de peso entre las 24 y 48 h¹³.

TABLA 08

Pérdida de peso a los 3 días de vida de los recién nacidos con lactancia materna en postcesareadas en relación al sexo del recién nacido. Hospital II EsSalud Ayacucho. Setiembre - noviembre 2019.

Pérdida de peso a las 72 horas												
Sexo del recién nacido	Menor a 5%				5 a 10%				Mayor a 10%		TOTAL	
	Nº		%		Nº		%		Nº		%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Femenino	06	10,0	16	26,7	04	6,6	26	43,3				
Masculino	12	20,0	18	30,0	04	6,7	34	56,7				
TOTAL	18	30,0	34	56,7	08	13,3	60	100,0				

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 1,070$$

$$X_t^2 = 5,991$$

$$g.l.=2$$

$$p>0,05$$

En la tabla 08 se observa el porcentaje de pérdida de peso del recién nacido a los 3 días de vida en relación al sexo del recién nacido, donde se muestra que del 100%(60) recién nacidos, el 56,7%(34) son de sexo masculino, de ellos el 30,0%(18) tuvieron una pérdida de peso de 5 a 10%, mientras el 20,0%(12) presentaron una pérdida de peso menor a 5% y el 6,7%(04) perdieron peso mayor al 10%. Asimismo, el 43,3%(26) de recién nacidos son de sexo femenino; de las cuales 26,7%(16) recién

nacidos tuvieron pérdida de peso entre 5 a 10%, luego 10,0%(06) perdieron su peso menor a 5% y 6,6<%(04) mayor a 10%.

Del análisis de la tabla se concluye que el 56,7 % de recién nacidos son de sexo masculino; de ellos el 30,0% presentaron una pérdida de peso entre 5 a 10% a las 72 horas de vida.

Al contrastar los resultados con el análisis estadístico de Chi2 no se reporta significancia estadística ($p>0,05$) con lo cual se infiere que el sexo del recién nacido no tiene asociación con la pérdida de peso del recién nacido a las 72 horas.

Tavera y col (México, 2006), en su estudio “Pérdida de peso corporal en recién nacidos con bajo riesgo perinatal durante su estancia en la unidad neonatal de un centro de tercer nivel. 01 de agosto de 2005 al 31 de julio de 2006”. México. Se incluyeron a 865 recién nacidos para el análisis; 408 (47.2%) del género femenino y 457 (52.8%) del género masculino; con edad gestacional media de 38.5 ± 1.2 semanas y media de peso de $3,055.6 \pm 410.2$ gramos. Los neonatos masculinos tuvieron un mayor peso promedio al nacimiento (3,124.3 g) que las de sexo femenino (2978.6 g). El 91% presentó media de pérdida ponderal de $4.4 \pm 2.7\%$ a las 72 horas de estancia, sin diferencia significativa entre géneros¹⁶.

Valladares (2017). “Factores materno – perinatales asociados a la pérdida de peso en recién nacidos con lactancia materna exclusiva en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo Enero - Diciembre

del 2017". No se encontró asociación significativa con las siguientes variables: sexo, edad gestacional, trauma obstétrico, Score de Apgar, paridad tipo de parto e Índice de masa corporal¹⁷.

TABLA 09

Pérdida de peso a los 3 días de vida de los recién nacidos con lactancia materna en postcesareadas en relación a la edad gestacional. Hospital II EsSalud Ayacucho. Setiembre - noviembre 2019.

Edad gestacional	Pérdida de peso a las 72 horas							
	Menor a 5%		5 a 10%		Mayor a 10%		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
37-38 sem	09	15,0	08	13,3	02	3,3	19	31,7
39-40 sem	08	13,3	25	41,7	06	10,0	39	65,0
41 sem	01	1,7	01	1,7	00	00	02	3,3
TOTAL	18	30,0	34	56,7	08	13,3	60	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X_c^2 = 4,956$$

$$X_{t,i}^2 = 9,488$$

$$g.l.=4$$

$$p>0,05$$

La tabla 09 refleja el porcentaje de pérdida de peso del recién nacido a los 3 días de vida en relación a la edad gestacional, donde se muestra que del 100%(60) recién nacidos, el 65,0%(39) tuvieron una edad gestacional de 39 a 40 semanas, de ellos 41,7%(25) tuvieron una pérdida de peso de 5 a 10%, mientras que 13,3%(08) presentaron una pérdida de peso menor

a 5% y el 10,0%(06) mayor a 10%. Asimismo, el 31,7%(19) presentaron una edad gestacional de 37 a 38 semanas, de ellas 15,0%(09) recién nacidos tuvieron pérdida de peso menor a 5%, luego 13,3%(08) perdieron su peso entre 5 a 10% y 02 casos (3,3%) mayor a 10%.

Del análisis de la tabla se concluye que, el 65,0 % de los recién nacidos tuvieron una edad gestacional de 39 a 40 semanas; de ellos el 41,7% de recién nacidos presentaron pérdida de peso entre 5 a 10% a las 72 horas.

Al contrastar los resultados con el análisis estadístico de Chi² no se reporta significancia estadística ($p > 0,05$) con lo cual se infiere que la edad gestacional no tiene asociación con la pérdida de peso del recién nacido a las 72 horas.

Valladares (2017). “Factores materno – perinatales asociados a la pérdida de peso en recién nacidos con lactancia materna exclusiva en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo Enero - Diciembre del 2017”. No se encontró asociación significativa con las siguientes variables: sexo, edad gestacional, trauma obstétrico, Score de Apgar, paridad tipo de parto e Índice de masa corporal¹⁷.

Rodríguez (Argentina, 2011). “Pérdida de peso a los 2 días de vida en recién nacidos sanos según tipo de lactancia, edad gestacional, tipo de parto y peso al nacer”. En cuanto a los datos sobre la edad gestacional, el peso al nacer, el perímetro cefálico y talla al nacimiento, muestran que no son variables influyentes produciéndose gran variabilidad en la pérdida de peso¹⁵.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados de la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El 56,7% de recién nacidos presentaron una pérdida de peso entre 5 a 10% a las 48 y 72 horas en ambos casos.
2. El 50% de las postcesareadas realizaron una técnica de lactancia materna inadecuada; de ellas el 35,0% de recién nacidos presentaron una pérdida de peso entre 5 a 10% a las 72 horas de vida.
3. La técnica de la lactancia materna inadecuada y la primiparidad son factores que se asocian ($p < 0,05$) a la pérdida de peso de los recién nacidos de madres postcesareadas a las 72 horas.
4. La edad materna, nivel de instrucción, atención prenatal, tipo de cesárea, sexo del recién nacido y la edad gestacional son factores que no se asocian ($p > 0,05$) a la pérdida de peso de los recién nacidos de madres postcesareadas a las 72 horas.

RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de Obstetricia del Hospital II EsSalud de Ayacucho, deben de realizar orientación y consejería a las gestantes durante la atención prenatal sobre la técnica correcta de lactancia materna para evitar la pérdida de peso de los recién nacidos.
2. Priorizar la atención en las gestantes primíparas que van a ser sometidas a cesárea, en cuanto a consejería sobre la lactancia materna y cuidados de su recién nacido.
3. Realizar más investigaciones comparativas en grupos de madres con y sin cesárea para determinar los factores que conducen a la pérdida de peso de los recién nacidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Fanaroff A, Martin R. Fanarof & Martin's neonatal- perinatal medicine. Pfiladelphia: Elsevier, 2015.
2. Liesbeth HF, Edison DV, Noé AA. Pérdida de peso en recién nacidos por cesárea: una consecuencia de los trastornos en la lactancia materna. [Revista en internet]. 2016. [citado 24 de Abril 2019]; Perú. ginecol. obstet. vol.62 no.1. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100012.
3. Melissa BL, Claudia BA. Trastornos de la lactancia materna y otros factores asociados a la pérdida de peso neonatal excesiva en un hospital de la Seguridad Social en Lima. [Revista en internet].2015 [citado 24 de Abril 2019]; Nutr Hosp. 2015;32(5):2062-2070. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/9462.pdf>.
4. Julio Nazer H. Rodrigo Ramírez f. (2002). *Neonatología*. Santiago de Chile – Chile: 2da Ed. Editorial Universitaria, SA. María Luisa Santander 0447. (2003). Pág. 89 – 90.
5. OMS. La Lactancia Materna. [Citado el 30 de setiembre del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>.
6. Valdés I. y Schellhorn C. Manual de Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Chile. 2013.

7. Paul IM, Schaefer EW, Miller JR, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, et al. Weight Change Nomograms for the First Month After Birth. *Pediatrics*. 9 de noviembre de 2016;e20162625.
8. Mezzacappa MA, Ferreira BG. Excessive weight loss in exclusively breastfed full-term newborns in a Baby-Friendly Hospital. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(3):281-6.
9. UNICEF. Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf>.
10. ENDES 2016. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html.
11. UNICEF. Lactancia materna. [Internet]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html.
12. Rodríguez Romero Nidia Paola. 'Peso del recién nacido y su evolución con la lactancia materna exclusiva Hospital docente de Calderón octubre – noviembre 2016'. [Tesis para obtener el título de Especialista en Pediatría]. Quito-Ecuador: Universidad Central Del Ecuador; 2017. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11148/1/T-UCE-0006-005-2017.pdf>.
13. Miguel GL, Esteban GC. Descenso de peso en recién nacidos a término en las primeras 48 horas post natales. *revistachilenadepediatria.cl* [Revista en Internet]. 2018. [citado 24 de Abril 2019]; VOL. 89, NÚM. 3.

Disponible en:

<http://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/187/6>

[64.](#)

14. Preer GL, Newby PK, Philipp BL. Weight Loss in Exclusively Breastfed Infants Delivered by Cesarean Birth. J Hum Lact. 1 de mayo de 2012;28(2):153-8.). PubMed. Disponible en:

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22526343.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22526343)

15. Laura Rodríguez Gonzalez. Pérdida de peso a los 2 días de vida en recién nacidos sanos según tipo de lactancia, edad gestacional, tipo de parto y peso al nacer. [Revista en internet]. 2011. [citado 20 de julio 2019]; Argentina. Rev. enferm. CyL Vol 3 - Nº 1 (2011). Disponible en:

[http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/download/55/41.](http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/download/55/41)

16. Marcela TH, Clara ZJ, Roberto RW. Pérdida de peso corporal en recién nacidos con bajo riesgo perinatal durante su estancia en la unidad neonatal de un centro de tercer nivel. [Revista en internet].2012. [citado 24 de Abril 2019]; Vol. 57, Núm. 3, p. 178 – 184.Disponible en:

[http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2012/bc123b.pdf.](http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2012/bc123b.pdf)

17. Valladares Zevallos Guillermo Alberto. Factores materno-perinatales asociados a la pérdida de peso en recién nacidos con lactancia materna exclusiva en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo enero - diciembre del 2017. [citado 22 julio del 2019].

Disponible en

<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1887/GVALLADARES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

18. Portella Ramírez, María Milagros. factores de riesgo asociados a pérdida de peso en recién nacidos sanos durante su estancia en el servicio de neonatología del Hospital Vitarte enero-junio 2017. [citado 15 diciembre del 2019]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/mod/biblioteca/download.php?transparencia=113>.

19. Vargas Barrientos, Nohelia Soledad. Tiempo inicio, frecuencia y técnica de lactancia materna relacionado a pérdida de peso en recién nacidos, centro de salud mariano melgar. [Tesis para optar el título de Enfermería]. Arequipa- Perú: Universidad Nacional De San Agustín, 2014. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/3187/ENvabans.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

20. Lourdes Mirtha Ramírez Tazza. Factores asociados a la pérdida de peso en las primeras 72 horas de vida en recién nacidos a término sanos por parto cesárea, con lactancia materna exclusiva. [TESIS para optar el título profesional de Médico Cirujano]. 2009. [citado 20 de julio del 2019].Lima- Perú. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3035>.

21. Pacheco Romero, J. (2007). *Ginecología Obstetricia y Reproducción*. Lima – Perú: Ed. Copyright (2007). Segunda edición.

22. Schwarcz, R. Fescina, R. & Duverges, C. (2005). *Obstetricia*. Buenos Aires – Argentina. Ed. El ateneo. 6° ed.
23. OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño. 2010. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf.
24. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>.
25. Fanny S, Benjamín A. Composición de la Leche Materna. [Revista en internet]. 1997. [Citado 24 de Abril del 2019]. VOL. XVIII - No. 4. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol18-4-1997-7.pdf>.
26. Ministerio De Salud (MINSA). Guía técnica para la consejería en lactancia materna. Lima 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4173.pdf>.
27. Sandra RB, Cledy SE. Nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas. Hospital II -Essalud. [Tesis Para optar el título de Obstetra]. 2015. [Citado 20 de Marzo 2019]. Ayacucho-Perú: Universidad Nacional De San Cristóbal De Huamanga.
28. Ministerio de Salud Pública. Norma Nacional de Lactancia Materna. Uruguay 2009.. Disponible en: <https://www.sguruguay.org/documentos/msp-pnsn-norma-nacional-lactancia-materna.pdf>.

29. Manual de Lactancia Materna.
https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
30. Organización Mundial de la Salud (OMS). Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra 1998. Disponible en:
https://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_spa.pdf.
31. Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF. Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido. Disponible en:
<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/capture-moment-early-initiation-bf/es/>
32. LLamocca Machuca, M. Guía de enfermería y neonatología. 2018.
33. Estimación de la madurez gestacional y clasificación del recién nacido por peso de nacimiento. Guías clínicas de neonatología. [Revista en internet]. 2012. [Citado: 03 agosto]. Disponible en:
http://200.72.129.100/hso/guiasclinicasneo/01_Clasificacion_del_Recien_Nacido.pdf.
34. Avery G. "Neonatología, fisiología y manejo del recién nacido" 6ta Edición. Editorial Lippicott Company. 2005.
35. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha. 2017. Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201702-cpp_en_cesareas.pdf.

ANEXO

ANEXO 01

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:

Nº de Ficha: . . .

I. DATOS GENERALES DE LA POSTCESAREADA

Nombre y Apellidos:

- 1.1. **Edad :**
 - a. Adolescente: 14 – 19 años
 - b. Adulta: 20 – 35 años
 - c. Añosa: > de 35 años

- 1.2. **Paridad:**
 - a. Primípara
 - b. Multípara

- 1.3. **Tipo de cesárea:**
 - a. Emergencia
 - b. Electiva

- 1.4. **Nivel de instrucción:**
 - a. Sin instrucción
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Superior

- 1.5. **Atención prenatal:**
 - a. Inadecuado (<6CPN)
 - b. Adecuado(>6CPN)

II. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

- 2.1. **Sexo:**
 - a. Femenino
 - b. Masculino

- 2.2. **Peso del recién nacido:**

Peso al nacimiento	Peso a las 48 horas	Peso a las 72 horas

2.3. Edad gestacional:

- a. 37 – 38 semanas
- b. 39 – 40 semanas
- c. 41 semanas

2.3. Tiempo de inicio de lactancia:

- a. Adecuado: primera hora de nacimiento
- b. Inadecuada: después de la primera hora de nacimiento

ANEXO 02
**GUÍA DE OBSERVACIÓN SOBRE TÉCNICAS DE LACTANCIA
 MATERNA**

N°	ITEMS	SI	NO
01	Se lava las manos con agua y jabón antes de iniciar la lactancia.		
02	Se realiza masajes circulares en las mamas.		
03	La madre opta la posición correcta de sentada.		
04	El bebé está pegado a la madre cogiendo el pezón y gran parte de la areola y en línea recta a la axila.		
05	El brazo del bebé rodea la cintura de la madre.		
06	La madre forma una "C" con el pulgar y los dos dedos (índice y medio) a 2.5 o 4 cm detrás del pezón.		
07	Mueve el pezón en la boca del bebé de 2 a 3 veces; para que el bebé coja el pezón.		
08	La madre da de lactar 15 a 20 minutos en cada pezón.		
09	La madre intercambia la mama al dar de lactar.		
10	La madre al retirar el pecho de la boca del bebé, introduce el dedo meñique como haciendo una palanca.		
11	La madre carga al bebé y frota la espalda para que elimine su eructo.		
12	Al finalizar la lactancia materna, el bebé queda en posición lateralizado.		

Validez de guía de observación de enfermería sobre técnicas de Lactancia Materna

Exclusiva: Mediante juicio de evaluadores o juicio de expertos.

Se ha considerado:

1: si la respuesta es **SI**.

0: si la respuesta es **NO**.

ADECUADO: 7-12 PUNTOS

INADECUADO: 0-6 PUNTOS

ANEXO 03

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL/ OPERATIVA	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTOS
<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Lactancia materna en postcesareadas.</p>	<p>Es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes.</p>	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>Observación</p>	<p>Guía de observación</p>
<p>DEPENDIENTE</p> <p>Pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido.</p>	<p>Es la disminución de peso del recién nacido en relación al peso del nacimiento dentro de las 72 horas de vida</p>	<p>Fisiológico: <5%</p> <p>- Normal: 5-10%</p> <p>- Patológico: >10%</p>	<p>Revisión de historia clínica</p>	<p>Historia clínica</p>
<p>INTERVINIENTE</p> <p>Técnica de lactancia materna</p>	<p>Es el conjunto de pasos o procedimientos que realiza la madre para obtener una efectiva y exitosa lactancia materna.</p>	<p>- Adecuado</p> <p>- Inadecuado</p>	<p>Observación</p>	<p>Guía de observación</p>
<p>Paridad</p>	<p>Mujer que ha dado a luz uno o más productos (vivos o muertos) con un peso > 500gr., o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional.</p>	<p>- Primípara: 1 parto</p> <p>- Multipara: más de un parto</p>	<p>Entrevista</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>
<p>Edad de la madre</p>	<p>Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.</p>	<p>- Adolescente: 14 – 19 años</p> <p>- Adulta: 20 – 35 años</p>	<p>Entrevista</p>	<p>Ficha de recolección de</p>

Nivel de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.	<p>Añosa: > de 35 años</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin instrucción: - Primaria: 1ro. – 6to. Grado - Secundaria: 1ro. – 5to. Grado - Superior - Inadecuado: < 6CPN - Adecuado: >6CPN - Electiva - Emergencia - Masculino - Femenino <p>A término : 37 – 41 semanas</p>	Entrevista	datos
Atención prenatal	Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto.		Revisión de historia clínica	Historia clínica
Tipo de cesárea	La cesárea es la terminación quirúrgica del embarazo o del parto por medio de una incisión en la cara anterior del útero.		Revisión de historia clínica	Historia Clínica
Sexo del recién nacido	Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y afectivas que caracterizan ser varón o mujer.		Revisión de historia clínica	Historia Clínica
Edad gestacional	Edad en semanas del recién nacido calculadas por el Test de Capurro.	Adecuado: primera hora de nacimiento	Revisión de historia clínica	Historia clínica
Tiempo de inicio de lactancia	Es el periodo de tiempo en el que el recién nacido tiene contacto piel a piel con la madre e inicia la lactancia materna respecto a su nacimiento.	Inadecuada: después de la primera hora de nacimiento	Entrevista	Ficha de recolección de datos

ANEXO 04

PÉRDIDA DE PESO A LOS 3 DÍAS DE VIDA DEL RECIÉN NACIDO CON LACTANCIA MATERNA EN POST CESAREADAS. HOSPITAL II ESSALUD. SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2019.

Tesistas: QUISPE LOPEZ, Lisbeth. ZAPATA BARRIENTOS, Karen Zintia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>¿Cuál será la pérdida de peso a los 3 días de vida el recién nacido con lactancia materna en postcesareadas? Hospital II EsSalud. Setiembre-noviembre 2019.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar la pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido con lactancia materna en postcesareadas. Hospital II EsSalud. Setiembre-noviembre 2019.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</p> <p>-Determinar el porcentaje de pérdida de peso del recién nacido con lactancia materna en postcesareadas al segundo y tercer día de vida.</p> <p>-Evaluar la aplicación de la técnica de lactancia materna en postcesareadas en relación a la pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido con lactancia materna.</p> <p>Relacionar la pérdida de peso a los 3 días de vida de los recién nacidos con lactancia materna con los factores maternos: paridad, edad de la madre, nivel de instrucción, atención prenatal, tipo de cesárea.</p> <p>-Relacionar la pérdida de peso a los 3 días de vida de los recién nacidos con lactancia materna con los factores neonatales: sexo del recién nacido, edad gestacional, tiempo de inicio de lactancia.</p>	<p>Los factores maternos tales como: paridad, edad, nivel de instrucción, atención prenatal, tipo de cesárea y factores neonatales tales como: sexo del recién nacido, edad gestacional, tiempo de inicio de lactancia y la incorrecta aplicación de la técnica de lactancia materna están relacionados con la pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido con lactancia materna en postcesareadas. Hospital II EsSalud. Setiembre-noviembre 2019.</p>	<p>INDEPENDIENTE:</p> <p>Lactancia materna en postcesareadas.</p> <p>DEPENDIENTE:</p> <p>Pérdida de peso a los 3 días de vida del recién nacido.</p> <p>INTERVINIENTES:</p> <p>Técnica de lactancia materna</p> <p>Paridad</p> <p>Edad de la madre</p> <p>Nivel de instrucción</p> <p>Atención prenatal</p> <p>Tipo de cesárea</p> <p>Sexo del recién nacido</p> <p>Edad gestacional</p> <p>Tiempo de inicio de lactancia</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION: Aplicada.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACION: Descriptivo</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Relacional, prospectivo, de corte longitudinal.</p> <p>POBLACION: Lo conformarán 70 partos por cesárea y sus respectivos recién nacidos.</p> <p>MUESTRA:</p> <p>60 postcesareadas y sus respectivos recién nacidos.</p> <p>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>-Entrevista a la postcesareada</p> <p>-Revisión de la historia clínica.</p> <p>-Observación de la técnica de la lactancia materna a la postcesareada.</p> <p>INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION:</p> <p>-Fichas de recolección de datos pre-elaboradas.</p> <p>-Guía de observación de la técnica de lactancia materna</p> <p>PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS:</p> <p>Se sometieron al análisis estadístico chi cuadrado haciendo uso del paquete estadístico SPSS 24.0.</p>

