

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



BORRADOR DE TESIS

FACTORES ASOCIADOS CON EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

PRECOZ EN PUÉRPERAS INMEDIATAS. HOSPITAL SAN FRANCISCO.

DICIEMBRE 2017 – MARZO 2018.

PRESENTADO POR:

Medina Galvez, Nayda Mariela

Silvera Aquise, Gaby

ASESORA: Quispe Cadenas, Noemí

AYACUCHO – PERÚ

2018

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

Resolución Decanal N° 355 – 2018 – FCSA UNSCH

Bachilleres: Medina Galvez Nayda Mariela

Silvera Aquisé Gaby

En la ciudad de Ayacucho a los doce días del mes de Octubre del año dos mil dieciocho, reunidos dos profesores miembros del jurado calificador en el Aula del 6^{to} Grado de los planteles de Aplicación de Guamán Poma de Ayala, se da inicio las Dieciséis con veinticinco minutos los docentes encargados de recibir la sustentación de tesis siendo:

Dr. Emilio Ramírez Roca (Presidente)

Prof. Clotilde Prado Martínez (Primer jurado)

Prof. Delia Anaya Anaya (Segundo jurado)

Prof. Noemí Cadenas Quispe (Secretaria)

La Tesis titulada: “Factores asociados con el inicio de la Lactancia Materna Precoz en puérperas inmediatas. Hospital San Francisco. Diciembre 2017 – Marzo 2018”, presentado por las bachilleres: Medina Galvez Nayda Mariela y Silvera Aquisé Gaby, con la finalidad de efectuar el Título Profesional de Obstetra.

El presidente de la sustentación Dr. Emilio Ramírez Roca, dio inicio dando lectura a la Resolución Decanal N° 355 – 2018 – FCSA – UNSCH; que autoriza el acto de sustentación, y contando con los documentos en regla en cumplimiento del Reglamento General y Decanal se da inicio el acto sustentatorio.

Finalizado esta primera etapa de la exposición, el Sr. Presidente invita a los miembros del jurado a realizar las preguntas y/o aclaraciones a la presente exposición, iniciando la profesora Delia Anaya Anaya, luego la profesora Clotilde Prado Martínez, las mismas que fueron absueltas favorablemente concluida esta segunda etapa, invita el Presidente a las sustentantes y al público asistente a abandonar la sala para que el jurado calificador delibere.

Bachiller: Medina Galvez, Nayda Mariela

JURADOS	TEXTO	EXPOSICION	PREGUNTAS	PROMEDIO
Dr. Emilio Ramírez Roca	17	17	17	17
Prof. Clotilde Prado Martínez	15	15	15	15
Prof. Delia Anaya Anaya	17	17	17	17
Promedio final: 16				

Bachiller: Silvera Aquisé, Gaby

JURADOS	TEXTO	EXPOSICION	PREGUNTAS	PROMEDIO
Dr. Emilio Ramírez Roca	17	17	17	17
Prof. Clotilde Prado Martínez	15	15	15	15
Prof. Delia Anaya Anaya	17	17	17	17
Promedio final: 16				

De conformidad a los resultados obtenidos se tiene que la Bachiller Medina Galvez, Nayda Mariela obtiene el promedio de (16) dieciséis, así mismo la Bachiller Silvera Aquisé, Gaby obtiene el promedio de (16) dieciséis, de los resultados dando fe los miembros del jurado calificador, firmantes al pie. Siendo las dieciocho con diez minutos concluye con el acto académico.

.....

Dr. Emilio Ramírez Roca
Presidente

.....

Prof. Clotilde Prado Martínez
Jurado

.....

Prof. Delia Anaya Anaya
Jurado

.....

Prof. Noemí Cadenas Quispe
Secretaria Docente

DEDICATORIA

El presente trabajo dedico a mis padres Carlos y Veneranda, hermanas y sobrinos que son la razón de mi existencia, por el apoyo incondicional para mi superación personal y profesional

Gaby Silvera Aquise

DEDICATORIA

El presente trabajo dedico a mis padres Efrain y Ricardina, hermanos y abuelos que confiaron en mí, agradezco por el apoyo y confianza incondicional que me brindan, quienes me enseñaron el mejor camino a seguir para culminar mi carrera profesional.

Nayda M. Medina Galvez

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Mater la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, forjador de excelentes profesionales al servicio de la población en general.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, así mismo a todos los docentes que nos impartieron sus conocimientos y experiencias en el transcurso de nuestra vida estudiantil, gracias por prepararnos para el futuro competitivo.

A nuestra asesora Prof: Noemi Cadenas Quispe quien accedió a brindarnos toda su paciencia, capacidad y experiencia científica.

A nuestros padres y hermanos por su apoyo incondicional y confianza brindada en todo momento.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.	Planteamiento del problema	12
1.2.	Formulación del problema	16
1.3.	Objetivos de la investigación	17

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de estudio	18
2.2.	Base teórico científica.....	23
2.2.1	Lactancia materna.....	23
2.2.1.1	Concepto.....	23
2.2.1.2	Anatomía de la mama.....	23
2.2.1.3	Fisiología de lactancia materna.....	24
2.2.1.4	Mecanismo de acción de las hormonas.....	27
2.2.1.5	Clasificación de lactancia materna.....	29
2.2.1.6	Inicio de lactancia materna.....	30
2.2.1.7	Tipos de leche.....	30
2.2.1.8	Composición de leche.....	34
2.2.1.9	Beneficios de lactancia materna.....	37
2.2.1.10	Posiciones de lactancia materna.....	40
2.2.1.11	Norma sobre lactancia materna.....	41
2.2.1.12	Los 10 pasos sobre lactancia materna.....	44

2.2.2	Puerperio.....	45
2.2.2.1	Concepto.....	45
2.2.2.2	Clasificación.....	46
2.2.2.3	Factores asociados.....	46
2.3	Definición de términos operativos	49
2.4.	Hipótesis y variables.....	51
2.4.1.	Hipótesis.....	51
2.4.2.	Variables.....	52

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	Tipo de investigación	53
3.2.	Método de estudio	53
3.3.	Población y muestra	53
3.4.	Criterios de inclusión y exclusión	54
3.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	54
3.6.	Procedimiento de recolección de datos	54
3.7.	Procesamiento y análisis de datos.....	55

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.	Resultados y discusión	56
4.2.	Conclusiones	76
4.3.	Recomendaciones	77
	Referencias bibliográficas	78
	Anexos	

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un proceso fisiológico de vital importancia para el recién nacido, que surge por medio de la participación de nervios y hormonas como la prolactina y la oxitocina para la producción y secreción de la leche materna; tal es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda que como mínimo la lactancia materna exclusiva abarque los primeros seis meses de vida. Esta recomendación está basada en la evidencia científica. Existen muchas pruebas de los beneficios que aporta la lactancia materna a corto y largo plazo, no sólo en la salud del recién nacido, sino también en la salud de la madre ¹.

La lactancia materna es fundamental para la supervivencia y buen desarrollo del recién nacido, ya que en las primeras horas postparto se secreta el calostro que aporta mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles, carotenos, inmunoglobulinas y enzimas intestinales que ayudan a la digestión. La lactancia materna exclusiva provee de nutrientes adecuados para la niña o niño durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados. La leche materna está libre de contaminantes y gérmenes, e inmuniza al recién nacido para así proteger, prevenir y combatir infecciones como la diarrea, neumonía y reducen el riesgo de alergia particularmente el asma. ²

Es vital que la lactancia materna se inicie en la primera hora de vida del recién

nacido así se asegura que recibe el calostro (“primera leche”), que es altamente nutritivo y rico en propiedades anti infecciosas, tiene función prebiótica, favoreciendo el desarrollo de la flora intestinal y propiedades laxantes que ayudan al recién nacido a eliminar el meconio. Está compuesto por inmunoglobulinas, proteínas, grasas, carbohidratos, agua y otros componentes importantes para la salud del recién nacido, podría decirse que las células vivas, inmunoglobulinas y anticuerpos del calostro constituyen la primera inmunización para el niño.

En el Perú, cada vez menos recién nacidos inician la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento y cada vez son más los niños que reciben alimentos sustitutos de la leche materna antes de iniciar la lactancia materna precoz. Este problema se da especialmente entre los que nacen en establecimientos de salud, los que son atendidos el parto por profesionales de la salud, los que pertenecen a los estratos con mayores ingresos y con madres con nivel de educación superior ². En la mayoría por estética, cuidar la figura.

La población de San Francisco del distrito de Ayna, provincia La Mar, no es ajena a esta realidad, muchas de ellas son sometidas a cesárea por presentar hemorragias del tercer trimestre, enfermedades hipertensivas del embarazo, incompatibilidad céfalo pélvica, y otras causas que permite el inicio de la lactancia de manera tardía puesto que la madre se encuentra bajo los efectos de la anestesia; otras que por diversos factores como: Hemorragias postparto, mala formación de los pezones, desgarros perineales, que conllevan a iniciar tardíamente con la lactancia materna; en otros casos los recién nacidos pasan al servicio de neonatología por ser prematuros, recién nacidos deprimidos; todo ello conlleva a un retraso de la lactancia materna precoz el cual no permite obtener los

beneficios tanto para la madre como para el niño, por lo que se plantea el presente estudio con la finalidad de identificar los **“Factores asociados con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Francisco. Diciembre 2017 – Marzo 2018”**.

En el presente estudio se determinó el tiempo de inicio de la lactancia materna donde: El 81.0% (170) de puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Francisco tuvieron inicio de la lactancia materna tardía y solo el 19.0% (40) de manera precoz. Los factores maternos asociados ($P < 0.05$) al inicio de la lactancia materna precoz son: La edad, el 63.8% (134) tuvieron edades de 20 a 35 años, de ellas el 49.0% (103) inició la lactancia materna tardía, seguido del 14.8% (31) que inició precozmente. La paridad, donde el 34.8% (73) fueron primíparas, de ellas el 31.0% (65) iniciaron con la lactancia materna tardía, y solo el 3.8% (8) precozmente. Formación de pezones, donde el 74.8% (157) tuvieron formación de pezones adecuada, de ellas el 55.7% (117) inició la lactancia materna tardía, seguido del 19.0% (40) que inició precozmente. Factor neonatal: el 14.3% (30) fueron puérperas que tuvieron recién nacidos deprimidos, de ellas el 13.8% (29) iniciaron con la lactancia materna tardía y solo el 0.5% (1) de manera precoz. Los factores externos fueron el tipo de parto, donde el 45.7% (96) fueron puérperas que tuvieron parto por cesárea, de ellas todas iniciaron con la lactancia materna tardía. Y el contacto precoz donde el 42.9% (90) fueron puérperas que sí tuvieron contacto precoz con los recién nacidos, de ellas el 23.8% (50) iniciaron con la lactancia materna tardía y el 19% (40) de manera precoz.

CAPITULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna es un hábito que desde la antigüedad ha estado íntimamente unido a la alimentación del niño durante los primeros años de su vida³. La lactancia materna o natural es una actividad que sólo la madre puede realizar para alimentar a un niño recién nacido. Asimismo, durante los primeros días postparto se producen grandes cantidades de prolactina que es la hormona encargada de estimular la producción láctea y también de oxitocina que será la responsable por una parte de la involución uterina y por otra de que la leche se proyecte hacia el pezón durante la succión del mismo. El proceso tardío de lactogénesis en el ser humano es la causa de muchos problemas en el inicio de lactancia, ya que el escaso volumen de leche tras el nacimiento suele producir una pérdida de peso del recién nacido que, aunque se considera fisiológica, influye en el abandono de la lactancia materna o en la introducción precoz de leche de fórmula para calmar el llanto y hambre del niño, por una parte, y la ansiedad materna, por otro ⁴.

La lactancia materna es una manera inigualable de brindar el alimento ideal para el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños. Como recomendación mundial

de salud pública, los lactantes deben ser exclusivamente amamantados durante los primeros seis meses de vida, para que logren un crecimiento, desarrollo y salud óptima. Asimismo, la ventaja de la lactancia materna es porque la leche materna presenta los nutrientes perfectos y necesarios por el niño, es fácil de digerir, tiene eficiente utilización y protege contra las infecciones, asimismo ayuda al vínculo madre-niño y su desarrollo, ayuda a retrasar un nuevo embarazo y protege la salud de la madre. La leche materna también contiene ácidos grasos esenciales, que son necesarios para el crecimiento cerebral y crecimiento de los ojos y para tener vasos sanguíneos saludables, contiene proteínas en el suero que son anti-infecciosas; igualmente contiene glóbulos blancos y varios factores anti-infecciosos protegiendo contra la diarrea, infecciones respiratorias, infecciones del oído, meningitis e infecciones del tracto urinario. La lactancia materna ayuda a la madre y al recién nacido a que desarrollen un estrecho vínculo emocional y de amor, el cual hace que la madre se sienta emocionalmente satisfecha. El contacto estrecho, iniciado inmediatamente después del nacimiento, ayuda a que este vínculo se desarrolle⁵.

La OMS (2010), ha estimado que el inicio y las prácticas inadecuadas de lactancia materna, provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la carga de enfermedades entre los niños menores de 5 años. Asimismo, el inicio de la lactancia materna debe estar relacionado directamente con la lactancia materna exclusiva, que significa que el lactante debe recibir solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, durante los seis primeros meses de vida ⁶. Asimismo, la OMS (2016), refiere que a escala mundial, en el periodo 2007-2014 el 36% de los lactantes menores de 6 meses de edad se alimentaron exclusivamente con leche materna. Según estimaciones de encuestas para ese periodo, 33 países tienen tasas de

lactancia materna superiores al 50%, y 98 tienen tasas inferiores a dicho umbral⁷. Asimismo, los datos del inicio temprano de la lactancia materna (durante la primera hora después de nacer) muestra que a nivel Latinoamericano se dan en los siguientes porcentajes: 26.4% Ecuador, 33.0% El Salvador, 42.2% Perú, 42.9%, Brasil, 44.3% Haití, 48.9% Colombia, 54.0% Nicaragua, 60.1% Guatemala, 63.8% Bolivia, 65.2% República Dominicana y 78.6% Honduras. Se indica que el inicio temprano de la lactancia materna y su empleo exclusivo durante los primeros seis meses de vida previenen la mortalidad, en gran medida porque reducen el riesgo de contraer enfermedades infecciosas ⁸.

Blanco et. Al. México (2015), refiere que las prácticas tempranas de lactancia materna también se relacionan con la duración y prevalencia de la lactancia materna exclusiva, asimismo existe evidencia que los problemas de lactancia temprana están asociados con las prácticas de lactancia subsiguientes y diversos factores maternos como la edad, la educación, etnia, estatus socioeconómico, madres solteras y la situación laboral; así como características infantiles como edad, sexo y manejo hospitalario (tiempo de permanencia y suplementación de fórmula) ⁹.

Lograr una lactancia exitosa no solamente es producto de una conducta instintiva, sino que es una práctica adquirida en la que influyen la actitud que la mujer ha desarrollado hacia ese proceder, el medio familiar y social que le rodea, así como la información o experiencias que ella ha logrado acopiar¹⁰.

El momento ideal para el inicio de la lactancia materna es el postparto inmediato donde allí se inicia la primera secreción del calostro ya que es altamente nutritivo y rico en propiedades anti infecciosas; podría decirse que las células vivas,

inmunoglobulinas y anticuerpos del calostro constituyen la primera inmunización para el niño. En el inicio e instauración de lactancia materna son fundamentales las rutinas asistenciales adecuadas, como su inicio precoz y el contacto continuado; pero las rutinas hospitalarias van perdiendo relevancia a medida que transcurren los meses¹¹.

En Perú, de acuerdo al ENDES 2015, el 54.3% de niñas y niños empezaron a lactar dentro de la primera hora de nacido, esta proporción ascendió a 92.6% dentro del primer día. Asimismo, el inicio adecuado de la lactancia materna (dentro de la primera hora de nacido) se presentó en mayor porcentaje en madres cuyo parto fue atendido por otra persona distinta a profesional de salud, partera tradicional-comadrona (77.5%), seguido de madres cuyo parto fue atendido en casa (77.3%) y atendidas por partera tradicional-comadrona (75.6%). Así mismo las mujeres sin educación (75.5%) y las que pertenecen al quintil inferior de riqueza (73.1%). Por área de residencia, fue mayor en el área rural (70.2%) y según departamento; Huánuco (81.3%), Junín (75.3%), Amazonas (74.1%), Ucayali (73.6%) y Loreto (71.7%) y en Ayacucho se dio en 68.6% de los casos¹².

La localidad de San Francisco, tiene una ubicación geográfica de ceja de selva, cuenta con clima tropical que influye en las condiciones de vida y salud de las gestantes. La gran totalidad de las madres están expuestas a factores de riesgo como: elevadas temperaturas que pueden influir en la proliferación de microorganismos que podría ocasionarles las infecciones de las mamas; los recién nacidos que pueden sufrir deshidratación, siendo muy importante la lactancia materna para evitar esta deshidratación, en este sentido, el contacto precoz en las condiciones adecuadas influirá en la salud del recién nacido.

Referente a datos en Ayacucho, no se han encontrado registro del inicio de lactancia materna, más aún no existen estadísticas de salud referidas al tema, en el Hospital San Francisco, donde existe numerosas madres que no inician la lactancia materna precoz debido a muchos factores, para lo cual se plantea el siguiente problema.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores asociados con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital de San Francisco entre los meses de Diciembre del 2017 a Marzo del 2018?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. GENERAL:

- Identificar los factores asociados con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital de San Francisco entre los meses de Diciembre del 2017 a Marzo del 2018.

1.3.2. ESPECÍFICOS:

- Determinar el tiempo de inicio de la lactancia materna precoz en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital de Apoyo San Francisco.
- Determinar si los factores maternos como: Edad de la madre, nivel de instrucción, paridad, formación de los pezones; factores neonatales como: Prematuridad y recién nacido deprimido; y los factores externos como: Tipo de parto y contacto precoz se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Otal et al, España (2012), en la investigación “El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea”, **Objetivo**: Los beneficios del contacto precoz madre-recién nacido son conocidos, ya que establece un vínculo afectivo entre ambos y favorece la lactancia materna. Esta práctica está menos implantada cuando la vía del parto es la cesárea. El objetivo de este estudio es conocer si el contacto «piel con piel» en los nacimientos por cesáreas apoya la instauración de una favorable lactancia materna. **Material y métodos**: Estudio observacional y retrospectivo, realizado en una muestra de 241 mujeres. Las variables predictoras fueron: contacto precoz, tipo de cesárea, problemas en lactancias anteriores, número de hijos, información previa de lactancia, lactancias maternas anteriores, nacionalidad, edad materna y edad gestacional. La variable y resultado fue la instauración de la lactancia materna. Se ha realizado un análisis bivalente, en el que se relaciona la existencia o no de la lactancia materna con cada uno de los posibles factores, así como un modelo de regresión logística multivariante para investigar los distintos factores asociados de forma

independiente, y controlar así los factores de confusión. **Conclusiones:** Los datos obtenidos en la muestra de estudio confirman que la lactancia materna está relacionada con el contacto precoz entre el recién nacido y la madre. La probabilidad de que tras establecer este contacto precoz se dé la lactancia materna es 2,336 veces mayor que si no se hace ¹³.

Martínez y Delgado, España (2013), realizaron la investigación “El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal”. **Objetivo:** Determinar la influencia de la educación maternal (EM) sobre el inicio precoz de la lactancia materna (LM) y su mantenimiento hasta los dos meses de vida del recién nacido. **Método:** Estudio multicéntrico observacional llevado a cabo en cuatro hospitales de Andalucía en 2011 sobre mujeres primíparas. Los datos se recogieron a través de una entrevista y la historia clínica. En el análisis se estimaron odds ratios crudas y ajustadas. **Conclusiones:** El 75.53% de las madres iniciaron de forma precoz antes de la primera hora de vida del recién nacido la lactancia materna. Asimismo, en el grupo de madres que habían acudido a la educación materna el 70.66% iniciaron la lactancia materna de forma precoz, frente al 60.63% de las mujeres que no la iniciaron (OR ajustada = 1.78, IC 95% = 1.14-2.78) ¹⁴.

Laviña, España (2014), en la investigación “Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna”, **Objetivo:** Conocer si en el HUMS existe asociación entre lactancia materna y nacionalidad, prematuridad, tipo de parto, contacto precoz piel con piel. **Material y métodos:** Estudio de cohortes, en una muestra de 541 púerperas del HUMS en Octubre- Noviembre 2011. Las variables: nacionalidad, tipo de parto, contacto precoz, parto

premature e inicio lactancia materna se recogieron antes del alta hospitalaria mediante cuestionario. A los dos meses postparto se contactó telefónicamente con las madres para conocer el tipo de lactancia en ese momento. **Resultados:** El 70,32 % iniciaron la lactancia materna en las dos primeras horas postparto. Influyen en la lactancia materna el tipo de parto, contacto precoz y parto prematuro. La probabilidad de lactancia materna es 3,65 veces más alta si se ha realizado contacto precoz (RR 3,65; IC 95% 2,72-4,88; p=0,001). **Conclusión:** El 70,32 % iniciaron la lactancia materna en las dos primeras horas postparto. Influye al inicio de la lactancia materna el tipo de parto, contacto precoz y parto prematuro. La probabilidad de lactancia materna es 3,65 veces más alta si se ha realizado contacto precoz (RR 3,65; IC 95% 2,72-4,88; p=0,001). Las prácticas hospitalarias en el postparto deben promover el contacto precoz madre-recién nacido y el inicio de lactancia materna en las dos primeras horas, principalmente en las cesáreas ¹¹.

Rius et al, España (2015), en la investigación “Factores asociados al inicio de la lactancia materna y razones de la madre para la toma de su decisión”. **Objetivo:** Analizar la prevalencia de inicio de la lactancia materna, los factores asociados y las razones maternas al respecto. **Método:** Estudio de prevalencia de inicio de la LM de gestaciones ≥ 36 semanas. Recogida de variables mediante encuestas presenciales en las primeras 24 horas posparto. Estudio multivariante de los factores asociados al inicio de la lactancia materna. **Conclusión:** Existen factores asociados al inicio de la lactancia materna que influyen directamente como las condiciones laborales ¹⁵.

Benati et al, España (2015), en la investigación “Factores asociados a los impedimentos para el amamantamiento precoz” **Objetivo:** Determinar los factores asociados para el amamantamiento precoz. **Método:** Estudio exploratorio, descriptivo, de abordaje cuantitativo, realizado con 40 gestantes en trabajo de parto en el periodo de Julio a Octubre de 2013. Se utilizó un cuestionario semiestructurado, aliado la observación no participante. Para análisis de los datos se aplicó el test de chi cuadrado con corrección de Yates. **Resultados:** Se identificó número elevado de cesáreas (33) y en relación al contacto madre-bebé en la primera hora de vida, 39 madres tuvieron contacto visual, 32 contacto físico y apenas dos amamantaron en la primera hora. **Conclusión:** Los impedimentos fueron la prevalencia del parto cesárea, el encaminamiento del bebé después del parto a la unidad de recién nacidos y el distanciamiento de las rutinas hospitalarias con modelo propuesto por la Iniciativa Hospital Amigo de Crianca.¹⁶

Sivahup SV, Caracas - Venezuela (2016), en la investigación “Formación de pezones e inicio de la lactancia materna”. **Objetivo:** identificar como influye la formación de los pezones en la lactancia materna. Material y métodos: investigación descriptiva, de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 25 mujeres con deficiente formación de pezones atendidas en un hospital público de Caracas. **Conclusión:** La formación de los pezones influye directamente en el inicio de la lactancia materna¹⁷.

Quispe Condori y Rivas, Lima – Perú (2012), en la investigación “Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal: Noviembre 2011 - Enero 2012”. **Objetivo:** Determinar los factores que se asocian con el inicio de la Lactancia Materna Precoz en puérperas primíparas del INMP Noviembre 2011 - Enero 2012”.

Material y métodos: Se entrevistó a 151 puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Los criterios de inclusión fueron: Madres de recién nacidos, que habían sido calificados por el servicio de neonatología como recién nacido a término (Edad gestacional según Capurro de 37 a 40 semanas), puérpera en alojamiento conjunto, puérperas de parto eutócico o distócico, madres puérperas que sepan leer o escribir, recién nacidos sin patologías y madres puérperas mayores de 18 años de edad. **Conclusión:** El inicio de la lactancia materna precoz estuvieron asociados a los programas de preparación para el parto (47.7%) ($p = 0.004$), tuvieron información adecuada (69.2%) ($p = 0.001$), estuvieron junto a su recién nacido en Centro Obstétrico (93.8%) ($p = 0.007$), tuvieron parto con acompañante (53.1%) ($p = 0.037$) y la decisión previa de brindar lactancia materna exclusiva (94.5%) ($p = 0.000$)¹⁸.

Morales y Quispe, Ayacucho – Perú (2015), en la investigación “Alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas. Hospital II Essalud Ayacucho. Agosto – octubre 2015”. **Objetivo:** Conocer el alojamiento conjunto y el inicio de la lactancia materna en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Es Salud Ayacucho Agosto - Octubre 2015. **Materiales y métodos:** En la investigación aplicada, método observacional, analítico transversal, prospectivo. La muestra estuvo constituida por 92 puérperas inmediatas con sus RN hospitalizadas. El tipo de muestreo no probabilístico intencional. Se aplicó una encuesta estructurada y la revisión de historias clínicas. **Conclusiones:** El inicio de la lactancia materna está relacionada con el alojamiento conjunto tardío ($P < 0.05$), de los cuales el 16.3% (15) iniciaron precozmente con la lactancia materna y el 52.2% (48) lo realizaron en forma tardía¹⁹.

2.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICA

2.2.1. Lactancia materna

2.2.1.1. Concepto

Lactancia materna es un término usado en forma genérica para señalar alimentación del recién nacido y lactante, a través del seno materno²⁰.

La lactancia materna es la alimentación más beneficiosa que se le puede ofrecer a los recién nacidos ya que su composición está adaptada a las necesidades nutricionales y de crecimiento de los lactantes. La leche materna no solo está formada por nutrientes sino también por un conjunto de sustancias bacteriostáticas, enzimas digestivas y factores de crecimiento y desarrollo. Los beneficios de la lactancia materna los podemos considerar como una estrategia de salud pública ²⁰.

2.2.1.2. Anatomía de la mama

La glándula mamaria está compuesta por:

- **Alveolos:** Formado por un conjunto de células secretoras, que estimuladas por la prolactina vuelcan la leche a la luz del alveolo. Grupos 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. Las agrupaciones de 20 a 25 lobulillos constituyen los lóbulos mamarios.
- **Conductos galactóforos:** 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 depósitos de leche.

- **Areola:** Es una zona circular de piel más oscura alrededor del pezón que recubre los senos lactíferos. Se encuentran en ellas las glándulas sebáceas de Montgomery que segregan una sustancia lubricante que protege la piel de la areola y del pezón.
- **Pezón:** Estructura saliente de la mama, altamente innervada, compuesta por fibras musculares que hacen que se vuelva saliente al ser estimulado y donde desembocan los senos lactíferos.²¹

2.2.1.3. Fisiología de la lactancia materna

Una de las dos funciones de la mama es la de amamantar, la otra es una función como órgano sexual secundario. Para cumplir la función destinada a la lactancia materna, se requieren una serie de fenómenos fisiológicos neuroendocrino²².

Las etapas de la lactancia materna son:

- La Mamogénesis
- La Lactogénesis o galactogénesis
- La Lactopoyesis o galactopoyesis
- La etapa de involución o destete

a) La Mamogénesis

Es la etapa de desarrollo mamario, ocurrirá por acción de los estrógenos y progesterona, que actuarán a nivel de los acinos. Según los fenómenos fisiológicos dividimos la Mamogénesis en 3 etapas:

- **Embrionario:** Las glándulas mamarias se desarrollan durante la sexta mamaria. En el feto la mama se desarrolla en forma de esbozo por acción

de los estrógenos placentarios y de la suprarrenal. Solo están formados los conductos principales y las glándulas mamarias que no se desarrollan hasta la pubertad.

- Puberal: La mama crece y se desarrolla por efecto del estrógeno que estimulan los conductos lactíferos, y la progesterona que produce el crecimiento de los alveolos, estas secretadas en el ovario. Existe influencia de la hormona de crecimiento STH o somatotrofina y prolactina secretada en la hipófisis anterior, la hormona tiroxina proveniente de la tiroides que pueden tener influencia en el desarrollo mamogénico.
- Gravídico: Durante la gestación ocurre aumento de tamaño y cambios significativos. La proliferación gravídica se da por influencia del estrógeno y la progesterona de origen placentario por factores hipofisiarios y tiroideos semejante al de la pubertad pero en menor cantidad.

En esta etapa entra la hormona lactógeno- placentario que estimula el crecimiento de la mama²².

b) Lactogénesis

Es el proceso mediante el cual las células epiteliales de los alveolos de la glándula mamaria, sintetizan los constituyentes de la leche. En esta etapa la prolactina iniciara la producción de la leche materna.

Este proceso se divide en 3 etapas, dependiendo del momento de producción²²:

- Etapa gestacional o parto: Los estrógenos y la progesterona secretados por la placenta, son hormonas esenciales para el desarrollo físico de la mama durante el embarazo, pero inhiben la secreción de la leche, la hormona prolactina estimula esta secreción y su concentración en sangre se eleva constantemente desde la quinta semana de embarazo.

También la placenta secreta grandes cantidades de somatotropina coriónica humana que coadyuva la acción de la prolactina y posee pequeña cantidad lactogénica. Por esta razón, a pesar de los efectos inhibidores del estrógeno y progesterona, la glándula mamaria secreta el precalostro entre 10 y 12 semanas antes del parto

- Etapa de iniciación de la producción de leche o postparto: Esta etapa se inicia con el rápido descenso de la progesterona por el alumbramiento y los niveles elevados de prolactina y cortisol, así como de insulina. El inicio de la producción masiva de leche se acompaña de congestión mamaria, que puede ocurrir a los 2 o 3 días postparto²².
- Etapa de síntesis de leche: El mecanismo se inicia con el reflejo de succión del recién nacido al estimular los receptores sensitivos del pezón, lo que produce un reflejo neural aferente, vía médula espinal al mesencéfalo y de ahí al hipotálamo, desencadenando la secreción de prolactina de la hipófisis anterior y oxitocina de la hipófisis posterior. La prolactina estimula la síntesis y producción de leche cada vez que la madre amamanta al recién nacido y se produce una oleada, cuya secreción aumenta 10 a 20 veces los niveles basales.

La oxitocina estimula la contracción de las células mioepiteliales que cubren los alveolos y estimula el vaciamiento hacia los conductos galactóforos y finalmente hacia el pezón (reflejo de eyección).

c) Lactopoyesis

Etapa de mantenimiento en la producción de la leche una vez establecida la lactancia, para ello habrá mecanismos indispensables²³:

- Adecuada succión del recién nacido, será la encargada de estimular la hipófisis e iniciar la liberación de hormonas al torrente sanguíneo.
- La prolactina, estimulará los alveolos para aumentar la producción de la leche.
- Correcto vaciado del pecho: Que aumentará junto a la succión, la liberación de prolactina además de activar el mecanismo de factor inhibidor de la lactancia (FIL).
- Eyección láctea: Será la oxitocina la encargada de la contracción de las células mioepiteliales, y el estímulo del pezón para la liberación de oxitocina, así como el correcto vaciado de la mama.

d) Involución

Etapla comprendida desde el destete o inhibición de la lactancia materna, hasta el cese de producción total de leche por parte de la glándula mamaria²².

En este periodo la glándula mamaria, sustituirá el parénquima glandular, por el tejido conectivo y adiposo, gradualmente decaerá la producción láctea. Para que ocurra la etapa de involución, antes tendrá que haber ocurrido las etapas de lactogénesis y lactopoyesis²².

Esta etapa puede ocurrir de forma voluntaria y progresiva, en la introducción de la alimentación complementaria; pero podrá ocurrir también de forma brusca por circunstancias maternas o neonatales.

2.2.1.4. Mecanismo de acción de las hormonas

Las principales hormonas implicadas en el proceso, son la prolactina y la oxitocina

a. Prolactina

Es una hormona que se sintetiza en el hipotálamo, almacenada en la hipófisis anterior como respuesta al estímulo de succión; durante la noche su producción es mayor, ante la misma intensidad del estímulo. El nivel basal de esta hormona

se eleva durante los primeros meses de lactancia y en cada vez de amamantamiento. Su acción consiste en producir leche y se relaciona con la succión del niño²³.

La prolactina se secreta con un ritmo circadiano en la adenohipófisis, estos niveles se mantienen muy elevadas durante las últimas semanas de gestación, sin embargo, no se produce leche por efecto inhibidor de estrógenos y progesterona; ya pasado el parto con expulsión de la placenta disminuyen los niveles de estrógeno y progesterona, y la prolactina puede desarrollar su actividad lactogénica; los niveles son mayores por la noche y durante la estimulación del pezón. Viene regulada por un factor inhibidor hipotalámico (PIF) que se relaciona con la dopamina. El hipotálamo controla la secreción de prolactina, como de otras muchas hormonas de la hipófisis anterior. Para la regulación de la prolactina desde la hipófisis intervienen dos sistemas: una hormona inhibidora de la prolactina (PIH), que actúa como hormona dominante que es la dopamina, y un factor liberador de prolactina (PRF) que eleva de forma discontinua la formación de esta hormona²³.

La función de la prolactina consiste en iniciar la lactancia, mejorar el desarrollo glandular y aumentar la duración de la lactancia, cuando los niveles basales de prolactina están elevados.

b. Oxitocina

Es una hormona producida por los núcleos supraópticos y paraventriculares del hipotálamo que es liberada a la circulación a través de la neurohipófisis. La acción principal consiste en la contracción de las fibras mioepiteliales de la mama para

producir la eyección de la leche, la erección de los pezones y las contracciones uterinas²³.

La oxitocina es transportada por la sangre hasta las mamas y allí hace que se contraigan las células mioepiteliales situadas alrededor de la pared externa de los alvéolos, exprimiendo así la leche y produciendo su paso forzado a los conductos, donde alcanza una presión de 10 a 20 mmHg. A partir de ese momento, el lactante extrae leche cuando succiona. Así pues, entre 30 seg y 1 min después de que el niño empiece a succionar, la leche comienza a fluir. Este proceso se denomina eyección o subida de leche²³.

c. Otras hormonas implicadas

Los niveles de estrógeno tendrán que descender para permitir el inicio de la producción de leche, entre las 24 y 36 horas tras el parto, los niveles plasmáticos de progesterona, estrógenos y prolactina continuaran descendiendo y se incrementaran los niveles de lactoalbúmina²².

La insulina, los corticoides, factores de crecimiento y hormonas tiroides son también necesarios para el correcto funcionamiento de la glándula mamaria²².

2.2.1.5. Clasificación

La lactancia materna puede clasificarse en los siguientes ²⁴:

- **Lactancia materna de inicio temprano**

Son los niños que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento ²⁴.

- **Lactancia exclusiva**

Lactantes de 0 a 6 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna ²⁴.

- **Lactancia materna continuada al año de vida**

Niños de 12 a 15 meses de edad que fueron amamantados ²⁴.

- **Lactancia materna continuada a los 2 años**

Niños de 20 a 23 meses de edad que fueron amamantados ²⁴.

- **Niños que fueron amamantados alguna vez**

Niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados alguna vez ²⁴.

- **Lactancia materna predominante antes de los 6 meses**

Lactantes de 0 a 5 meses de edad que recibieron leche materna como la fuente predominante de alimentación ²⁴.

2.2.1.6. Inicio de la lactancia materna

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 ²⁵.

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 ²⁵.

2.2.1.7. Tipos de leche

Existen distintos tipos de leche, dependiendo del momento de producción²²:

- Leche de prematuro o pretérmino

- Calostro
- Leche de transición
- Leche madura

a) Leche del pretérmino

Existen evidencias de los beneficios nutricionales y protectores de la lactancia materna en los recién nacidos pretérmino y recién nacidos de bajo y muy bajo peso al nacer²².

Existen múltiples ventajas que tiene la leche materna en el pretérmino, como la mayor concentración de proteínas, la menor cantidad de lactosa, por ser esta la combinación apropiada para ellos, ya que necesitan mayor aporte de proteínas que un recién nacido a término²².

- Contiene aminoácidos esenciales para el pretérmino, como la taurina, glicina y cistina.
- Presenta mejor digestibilidad y absorción de grasas y proteínas, y precisa menor carga renal.
- Las enzimas activas y los factores antiinfecciosos y antiinflamatorios protegen al recién nacido, contra infecciones y enterocolitis necrotizante, mejor recuperación en patologías con síndrome de distrés respiratorio y acelera la maduración del tracto gastrointestinal.
- En los recién nacidos con muy bajo peso no alcanzará a cubrir los requisitos de Calcio, Fosforo y Vitamina D, por lo que necesitará suplementos nutricionales.

b) Calostro

Desde la semana 16 de embarazo la glándula mamaria se empieza a preparar para producir la primera leche del recién nacido: el calostro.

El calostro será la leche inicial, desde el parto y durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad²¹.

En los primeros 3 días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por toma, siendo suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500 a 750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto²².

Los principales componentes del calostro, que le confieren su gran valor son:

- 2 g/100 ml de grasa
- 4 g/100 ml de lactosa
- 2 g/100 ml de proteínas

Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles, carotenos y algunos minerales como sodio y zinc²².

El betacaroteno le confiere el color amarillo y el sodio le dará un sabor ligeramente salado. En el calostro la concentración de Ig A y la lactoferrina, son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción diaria de 2 a 3 g de Ig A y lactoferrina.

Consta también de una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm^3) que confieren al recién nacido una eficiente protección contra gérmenes del medio ambiente²².

Ventajas del calostro

- El escaso volumen producido, permite al niño organizar progresivamente su proceso de capacidad succión-deglución- respiración.
- Facilita la eliminación del meconio
- Facilita la reproducción de lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido.
- Contiene los antioxidantes necesarios para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
- Los factores de crecimiento que contiene estimulan la maduración de los sistemas del niño.
- Tiene el volumen y la osmolaridad necesaria, puesto que los riñones aún están inmaduros en el recién nacido.
- Actuará como moderador del desarrollo del recién nacido, al igual que la leche posterior.

c) Leche de transición

Es la leche que sucede al calostro, se producirá entre el 4 y 15 día tras el parto²².

Alrededor del 3 o 4 día habrá un aumento brusco de la producción (llamado subida de leche), el cual seguirá aumentando hasta alcanzar un volumen entre 600 y 800 ml/día entre el 8 y 15 día postparto.

La leche de transición ira variando día a día hasta alcanzar las propiedades de la leche madura²².

d) Leche madura

Es la leche definitiva tras el calostro y la leche de transición.

Se caracteriza por las múltiples variaciones de composición, estas variaciones no son aleatorias, ocurren en función de las necesidades cambiantes del niño²².

El volumen promedio de la leche madura es de 700 a 900 ml/día durante los primeros seis meses tras el parto. Contiene un 87% a 90% de agua y un 10-13% de solutos. Su contenido energético será de 68-74 Kcal/100 ml²².

2.2.1.8. Composición de leche materna

La leche materna 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, brindándole protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes ²⁶.

1º Grasas

La leche humana contiene aproximadamente 3.5 g de grasa por 100 ml de leche; esta cantidad representa aproximadamente la mitad del contenido energético de la leche. La grasa es secretada en pequeñas gotas y su cantidad se incrementa a medida que la toma de leche va progresando. Por lo tanto, la leche del final, que es secretada hacia el final de la mamada, es rica en grasa y tiene un aspecto blanco cremoso, mientras que la leche del inicio, del principio de la mamada, contiene menos grasa y tiene un color algo azul grisáceo. La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos poli-insaturados de cadena larga (ácido docosahexanoico o ADH y ácido araquidónico o AA) que no se encuentran presentes en otras leches. Estos ácidos grasos son importantes para el desarrollo neurológico del niño. El ácido docosahexanoico y el ácido araquidónico son añadidos en algunas variedades de leches artificiales comerciales, pero esto no

les confiere ninguna ventaja sobre la leche materna y no son tan eficaces como los que se encuentran en la leche materna ²⁶.

2º Hidratos de carbono

El principal hidrato de carbono de la leche materna es la lactosa, que es un disacárido. La leche materna contiene aproximadamente 7 g de lactosa por 100 ml; esta cantidad es más elevada que en la mayoría de otras leches y es otra fuente importante de energía. Otro tipo de hidratos de carbono, presentes en la leche materna, son los oligosacáridos, que brindan una importante protección contra la infección ²⁷.

3º Proteínas

La proteína de la leche materna humana difiere tanto en la cantidad como en la calidad de la encontrada en la leche animal; contiene un equilibrio de aminoácidos que la hacen mucho más adecuada para el lactante. La concentración de proteína en la leche materna (0.9 g por 100 ml) es menor que en la leche animal. La mayor cantidad de proteína que existe en la leche animal puede sobrecargar los riñones inmaduros del lactante con productos nitrogenados de excreción. La leche materna contiene una menor cantidad de la proteína llamada caseína, la cual tiene una estructura molecular diferente. La caseína de la leche materna forma cuajos que son más fáciles de digerir que los que se forman con otras leches. En relación a las proteínas solubles del suero, la leche humana contiene mayor cantidad de alfa - lactoalbúmina; la leche de vaca contiene beta-lactoglobulina, la cual se encuentra ausente en la leche humana. La beta-lactoglobulina puede provocar intolerancia en los lactantes ²⁷.

4º Vitaminas y minerales

Normalmente, la leche materna contiene suficientes vitaminas para el lactante, a no ser que la madre sea deficiente. La excepción es la vitamina D. El lactante requiere ser expuesto a la luz del sol para generar vitamina D endógena – si esto no fuera posible, requerirá suplementación. El hierro y el zinc están presentes en relativa baja concentración, pero su biodisponibilidad y absorción es elevada. Si los reservorios de hierro de la madre son adecuados, los lactantes que nacen a término tienen una reserva de hierro que permite satisfacer sus necesidades; solamente los lactantes que nacen prematuramente pueden necesitar suplementos antes de los 6 meses de edad. Se ha demostrado que el retraso de la ligadura del cordón umbilical hasta que deje de latir (aproximadamente a los 3 minutos) mejora la reserva de hierro durante los primeros 6 meses de vida ²⁷.

5º Factores anti-infecciosos

La leche materna contiene muchos factores que ayudan a proteger al lactante de la infección incluyendo ²⁷:

- Inmunoglobulinas, principalmente la inmunoglobulina A secretoria (IgAs), la cual recubre la mucosa intestinal y evita que las bacterias penetren a las células.
- Glóbulos blancos, que destruyen microorganismos.
- Proteínas del suero (lisozima y lactoferrina) que destruyen bacterias, virus y hongos.
- Oligosacáridos, que evitan que las bacterias se adhieran a la superficie de las

mucosas.

La protección brindada por estos factores es de un valor inigualable para el lactante. Primero, la protección ocurre sin provocar los efectos de la inflamación, como ser la fiebre, la cual puede ser peligrosa para un lactante pequeño. Segundo, la IgAs contiene anticuerpos producidos por el cuerpo de la madre contra sus propias bacterias intestinales y contra las infecciones que ella ha padecido. De esta manera, estos anticuerpos protegen particularmente al lactante contra las bacterias que puedan existir en el medio ambiente donde se encuentra²⁷.

6° Otros factores bioactivos

La lipasa estimulada por las sales biliares facilita la digestión completa de la grasa, una vez que la leche ha alcanzado el intestino delgado. La grasa de las leches artificiales es digerida de manera menos completa. El factor epidérmico del crecimiento estimula la maduración de las células de la mucosa del intestino del lactante, de manera que tienen una mejor capacidad para digerir y absorber nutrientes, y son más resistentes a la infección o a la sensibilización hacia proteínas extrañas. Se ha sugerido que existen otros factores de crecimiento presentes en la leche humana que promueven el desarrollo y la maduración de los nervios y de la retina²⁷.

2.2.1.9. Beneficios de la lactancia materna

La lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Es la mejor forma de alimentar en las primeras etapas de la vida, incluidos los prematuros, gemelos y lactantes enfermos y no tiene

sustituto; además, se debe tener en cuenta que presenta innumerables ventajas a corto y largo plazo, para la salud física y emocional, tanto del lactante como de la madre o la sociedad ²⁷.

1º Beneficios para los lactantes:

Los niños y niñas amamantados experimentan un mayor aumento de peso y talla durante los 3 primeros meses de vida, aunque al final del primer año de vida ganan menos peso y son más delgados; presentan menos diarreas, infecciones respiratorias, otitis invasivas, infecciones intestinales y enterocolitis necrotizantes. Además, presentan un tamaño del timo mayor que los alimentados con lactancia artificial, lo cual influye en el repertorio celular y la función inmunitaria posterior del órgano. Asimismo, la activación de las cadenas de señalización de leptina por la lactancia materna, disminuye los riesgos de enfermedades como hipertensión, obesidad, cáncer o depresión ²⁷.

Otros efectos protectores se enmarcan en relación con la muerte súbita del lactante, patología alérgica, diabetes mellitus, enfermedad de Crohn y cáncer, favorece la liberación de la hormona del crecimiento y previene problemas dentales, contra la obesidad y algunas enfermedades no transmisibles futuras, así como un efecto positivo en la evolución cognitiva, puesto que a mayor tiempo de amamantamiento presentan mejor desarrollo, habilidades motoras y el desarrollo temprano del lenguaje ²⁸.

2º Beneficios para la madre

La lactancia materna también es beneficiosa para la madre, al favorecer la contracción uterina; además, disminuye el sangrado tras el parto, mejora la

anemia y aumento de las reservas de hierro, inhibe la ovulación y como consecuencia actúa como anticonceptivo. Por otro lado, disminuye el riesgo de padecer cáncer de útero y mama post-menopáusico. También favorece la recuperación más precoz del peso corporal previo al embarazo, disminuye fracturas de cadera y espinales por osteoporosis en la post-menopausia, reduce las necesidades de insulina en madres diabéticas y normaliza antes el metabolismo de las madres que han tenido diabetes gestacional. Asimismo, existe evidencia de que la lactancia materna disminuye la presión arterial de la madre y el lactante, a corto y largo plazo ²⁸.

Desde el punto de vista psicológico favorece el establecimiento del vínculo afectivo madre - hijo. El contacto piel con piel propiciado por el amamantamiento, proporciona al niño/a sentimientos de seguridad y calor, consuelo, ternura y comunicación entre madre e hijo, así como predispone en el lactante buenos hábitos alimentarios para el futuro ²⁸.

3º Beneficios para la sociedad

Entre los beneficios para la sociedad, se encuentran que el amamantamiento natural es una fuente de alimentación económica y ecológica que disminuye el gasto sanitario y familiar, de medicamentos, propicia una menor frecuentación de los lactantes a los servicios de salud y consultas médicas y un menor absentismo laboral de los progenitores por enfermedad de su hijo. Finalmente, a nivel medioambiental al disminuir el consumo de botes de leche, biberones o tetinas y no generarse estos, se ahorran gastos de energía que contribuye al cuidado del planeta ²⁸.

2.2.1.10. Posiciones de la lactancia materna

La madre puede dar el pecho recostada o sentada. Cualquiera que sea la postura que adopte la madre, lo más importante es que el niño quede con su boca de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello. Debe introducir en su boca pezón y aréola ²⁹.

Son las siguientes:

a. Posición tradicional o de cuna

El niño está recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta, quedando la cabeza del niño apoyada en la flexura del codo. El abdomen del niño queda en contacto con el abdomen de la madre (ombligo con ombligo) y su brazo inferior como abrazándola por el costado del tórax. Con la mano libre, la contra-lateral al lado que amamanta, la madre se sujetará el pecho cogiéndolo en forma de “C” ¹⁵.

b. Posición de cuna cruzada

El niño estará recostado en decúbito lateral sobre una superficie llana y la madre se sentará frente a él, quedando su pecho a la altura del bebé. La madre o bien sujeta el pecho con la mano del mismo lado que amamanta y con el otro brazo sujetará al niño a lo largo de toda la parte posterior de su cuerpo, deja el pecho con el que amamanta sobre un pequeño cojín o toalla enrollada y acerca a su retoño sujetándolo con los dos brazos. Esta modalidad permite cambiar de un pecho a otro sin variar la posición ni de la madre ni del niño ¹⁵.

c. Posición de canasto o de fútbol americano

El niño se coloca por debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo del niño rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, sujetándole por la nuca. Es una postura muy útil en caso de cesárea o en caso de tener que amamantar dos gemelos a la vez ¹⁵.

d. Posición del niño con la madre acostada

Madre y niño se acuestan en decúbito lateral, frente a frente. La cara del niño enfrentada con el pecho de la madre y su cuerpo pegado al de la madre. La madre puede tener que sujetar al niño con su brazo libre colocándolo a lo largo de su espalda. Esta postura es útil por la noche o tras las cesáreas ¹⁵.

2.2.1.11. Normas sobre la lactancia materna exclusiva en Perú.

Contribuir a mejorar la situación de salud y nutrición del niño menor de dos años en el Perú, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, mediante la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna. Tiene como objetivos²⁶:

- Establecer las normas para la implementación y desarrollo de acciones que promuevan la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y de forma complementaria hasta los dos, garantizando el desarrollo de condiciones necesarias para la protección de la madre y el niño en todos los Establecimientos de Salud, así como el desarrollo de estrategias en la familia y comunidad que contribuyan con el fin a nivel nacional²⁶.
- Definir los criterios de intervención en lactancia materna en los

componentes de prestación, organización, gestión y financiamiento para la promoción y protección de la lactancia materna en los servicios de salud materna infantiles²⁶.

- Establecer el mecanismo de entrega de los sucedáneos de leche materna según corresponda al recién nacido expuesto al VIH y la supervisión de su uso hasta los seis meses de edad²⁶.

- **Alianzas estratégicas e intersectorialidad**

El desarrollo de acciones intersectoriales y el fortalecimiento de las alianzas estratégicas mediante la articulación de redes de distinto nivel institucional, comunitario o individual son importantes para el logro de resultados en bien de la lactancia materna. La estrategia implica el desarrollo de acciones intersectoriales y el fortalecimiento de alianzas estratégicas mediante la articulación de redes sociales que contribuyan al establecimiento de relaciones sociales basadas en la confianza, la asistencia mutua, la reciprocidad y la solidaridad comunitaria o individual, a fin de potenciar el logro de resultados en la Salud de la niña y el niño, al ordenar o establecer mecanismos de coordinación fluidos con otros sectores del aparato estatal y con instituciones de la sociedad civil, bajo el compromiso de la corresponsabilidad social, evitando la actuación fragmentada y reunificando las relaciones orientados a la construcción de capital social²⁶.

- **Educación y comunicación en salud**

Es necesario el desarrollo de metodologías educativas y comunicacionales en salud en los diversos escenarios de intervención en salud, dirigidas a sensibilizar a la población para generar una actitud favorable en la promoción y protección de

la lactancia materna y alimentación complementaria en la niña y el niño, contribuyendo a mejorar su calidad de vida²⁷.

Así mismo, en el marco de la promoción de la salud busca promover la responsabilidad social de los distintos actores de la sociedad en el financiamiento de los planes, campañas y/o piezas comunicacionales, logrando la sostenibilidad y el empoderamiento de la salud entre la población²⁷.

- **Desarrollo de competencias.**

Dirigida a fomentar el desarrollo de nuevos conocimientos y habilidades sobre la lactancia materna y alimentación complementaria en el personal de salud, a través de capacitación continua y capacitación en servicio, dirigidas tanto a personal profesional de salud como a personal técnico, teniendo en cuenta que el 80% de los establecimientos del sector público son puestos de salud y corresponden al primer nivel de atención²⁵.

- **Abogacía y políticas públicas**

Estrategia que combina acciones individuales y sociales destinadas a superar resistencias, prejuicios y controversias, así como a conseguir compromisos y apoyo en la promoción y protección de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria en el país y colocarlas en agenda pública de quienes toman decisiones con el fin de que puedan ser priorizados²⁵.

En el periodo puerperal y neonatal se tiene que tener en cuenta el alojamiento conjunto, donde los establecimientos de salud que brinden servicios de atención a la gestante y al recién nacido deberán implementar el alojamiento conjunto del recién nacido al lado de su madre a partir de su nacimiento hasta el momento en

que ambos sean dados de alta, debiendo²⁷:

- Mantener al recién nacido junto a su madre en sala de puerperio las 24 horas del día hasta el momento del alta de ambos.
- Verificar y apoyar la lactancia materna exclusiva a libre demanda.
- Verificar resultados de prueba de tamizaje para VIH en la puérpera antes de iniciar lactancia materna.
- Realizar todos los procedimientos al recién nacido (visita médica, evaluación de enfermería, peso, aseo, toma de muestras, etc.).
- No ofrecer suero ni fórmulas lácteas a los neonatos, salvo estricta indicación médica.
- No usar biberones ni chupones y advertir a las madres los peligros de su uso.
- Realizar la evaluación de la técnica de amamantamiento en la madre y de la succión en el recién nacido como condición de alta. Si la madre es VIH positivo, orientarle en lactancia artificial.

2.2.1.12. Los 10 pasos hacia una feliz lactancia materna²²

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esta política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres como se debe dar de amamantar al niño y como mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que este medicamento indicado.
7. Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho, tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.

2.2.2. Puerperio

2.2.2.1. Conceptos

Se entiende por puerperio al periodo de tiempo que sigue al momento del parto durante el cual los cambios fisiológicos del embarazo, trabajo de parto y parto se resuelven y la mujer retorna al estado pre gravídico y en la glándula mamaria se producen una serie de cambios fisiológicos que permiten la lactancia. Usualmente este periodo de tiempo es de 6 semanas³⁰.

El puerperio es un periodo con gran número de particularidades, donde pueden quedar enmascaradas serias complicaciones por hechos fisiológicos, por lo cual se debe distinguir bien entre los límites del puerperio normal y los signos o síntomas que deben alertar³⁰.

2.2.2.2. Clasificación³⁰

- 1º Puerperio inmediato: Primeras 24 horas posparto.
- 2º Puerperio mediano: Desde el segundo hasta el décimo día posparto.
- 3º Puerperio tardío: Desde el día 11 hasta el día 42 posparto.

2.2.3. Factores asociados de la lactancia materna:

Son aquellos elementos que pueden condicionar, contribuir o causar el no inicio de una lactancia materna precoz.

2.2.3.1. Factores maternos

- **Edad**

La edad es un factor importante para el inicio de la lactancia materna, las mujeres adolescentes son las que más problemas tienen para iniciar la lactancia materna debido a su falta de experiencia. Las puérperas con edades avanzadas tienen experiencia adquirida sobre lactancia materna debido al diálogo e intercambio de experiencias con mujeres de su entorno social³¹.

- **Nivel de instrucción**

El nivel educativo alcanzado por las mujeres es muy importante en el cuidado del puerperio y la lactancia materna, está relacionada con el autoeducación mediante la lectura o la búsqueda de información; a mayor nivel educativo las mujeres presentan mayor facilidad de búsqueda de información tanto en los establecimientos de salud como en los textos o revistas relacionadas con la gestación y cuidados de salud post parto³².

- **Paridad**

Está relacionado con la experiencia previa de hijos, si una puérpera tuvo previamente uno a más hijos tendrá mayor experiencia para iniciar adecuadamente con la lactancia materna. A mayor número de hijos, se adquiere más experiencia en el cuidado y la atención del recién nacido, que incluye la lactancia materna³¹.

- **Formación de pezones.**

Uno de los factores que mayor implicancia tiene en el inicio de la lactancia materna es la formación de los pezones de la madre, está implicada directamente con la aprehensión de los pezones por la boca del recién nacido. Este problema se presenta frecuentemente en mujeres que tienen por vez primera un hijo y en puérperas adolescentes³¹.

2.2.3.2. Factores neonatales

- **Prematuridad**

Los recién nacidos prematuros generalmente son internados para su tratamiento hasta que alcance el desarrollo adecuado para que pueda succionar los pezones de la madre, generalmente los recién nacidos prematuros necesitan la estimulación materna y paterna para que se pueda desarrollar en el menor tiempo posible y tenga las condiciones óptimas para la lactancia materna³¹.

- **Recién nacidos deprimidos**

Los niños deprimidos son un problema para el inicio temprano de la lactancia materna, generalmente este grupo de recién nacidos están en observación directa

hasta que se obtenga un APGAR adecuado durante el primer al quinto minuto, luego de ello, se tomarán las medidas correspondientes para su internamiento o el contacto con la madre para el inicio de la lactancia materna³¹.

2.2.3.3. Factores externos

- **Tipo de parto**

El tipo de parto generalmente es un factor influyente en el inicio de la lactancia materna, las puérperas que tuvieron cesárea generalmente no tienen un contacto precoz e inicio inadecuado de la lactancia materna. La puérpera luego de haber recibido una cesárea estará en observación y dependiendo la medicación podrá o no iniciar con la lactancia materna³¹.

- **Contacto precoz**

Es el contacto piel con piel de madre a recién nacido que favorece la interacción madre-hijo inmediatamente tras el parto. El contacto precoz y la lactancia materna está relacionado con diferentes factores, que van desde las complicaciones maternas y puerperales, hasta las complicaciones que puedan sufrir o no los recién nacidos. En la actualidad, en muchos establecimientos de salud inmediatamente, antes de hacer el corte de cordón umbilical reciben su primer contacto e inicio de la lactancia materna³¹.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS

- **Factores asociados**

Son aquellos elementos que pueden condicionar, contribuir o causar el no inicio de una lactancia materna precoz.

- **Lactancia materna precoz**

El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida).

- **Puérpera**

Mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de 42 días.

- **Puérpera inmediata**

Mujer que se encuentra en las primeras 24 horas post parto.

- **Edad**

Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el presente.

- **Nivel de instrucción**

Nivel de escolaridad alcanzado al momento de la entrevista.

- **Paridad**

Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.

- **Formación de pezones**

El pezón humano es una protuberancia pequeña en la parte más o menos central del seno o mama que contiene entre 15 y 20 conductos lácteos dispuestos alrededor del mismo, los cuales no fueron estimulados para su formación adaptada para la lactancia materna.

- **Prematuridad**

Se dice que un niño es prematuro cuando nace antes de haberse completado 37 semanas de gestación. Normalmente el embarazo dura unas 40 semanas.

- **Recién nacidos deprimidos**

Es un trastorno que traduce el deterioro del intercambio de gases, caracterizado por hipoxemia, hipercapnia y acidosis metabólica. Puede iniciarse previo al trabajo de parto, perpetuarse durante éste y continuar aun luego de una reanimación exitosa.

- **Tipo de parto**

Es la culminación del parto, que puede ser eutócico o por cesárea.

- **Parto eutócico**

Es un proceso que la mujer expulsa el feto y la placenta al final de la gestación con total normalidad por las vías naturales.

- **Contacto precoz**

Es el contacto piel con piel de madre a recién nacido que favorece la interacción madre-hijo debido a causas diversas excepcionales en los momentos inmediatos al parto.

- **Antígeno**

Es una sustancia que desencadena la formación de anticuerpos y puede causar una respuesta inmunitaria.

- **Calostro**

Es un líquido secretado por las glándulas mamarias durante el embarazo y los primeros días post parto.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. HIPÓTESIS

Los factores asociados con el inicio de la lactancia materna precoz son: factores maternos: edad, nivel de instrucción, paridad, formación de los pezones; factores neonatales: prematuridad, recién nacidos deprimidos; factores externos: tipo de parto, contacto precoz; están relacionados con el tiempo de inicio de la lactancia materna precoz, en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital de San Francisco entre los meses de Diciembre del 2017 a Marzo del 2018.

2.4.2. VARIABLES

2.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Factores asociados

Factores maternos:

Edad

Nivel de instrucción

Paridad

Formación de pezones

Factores neonatales:

Prematuridad

Recién nacidos deprimidos

Factores externos

Tipo de parto

Contacto precoz

2.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Inicio de lactancia materna

Precoz (antes de la hora de nacimiento)

Tardía (después de la hora de nacimiento)

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Aplicada

3.2. MÉTODO DE ESTUDIO

- Descriptivo, transversal y prospectivo

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

Estuvo constituida por 215 puérperas inmediatas hospitalizadas en el Hospital de San Francisco del distrito de Ayna, provincia de La Mar, departamento de Ayacucho, durante los meses de Diciembre 2017 – Marzo 2018.

3.3.2. MUESTRA

Esta constituida por 210 puerperas inmediatas y sus recién nacidos vivos atendidas en el Hospital de San Francisco. Diciembre 2017 – Marzo 2018.

3.3.4. TIPO DE MUESTREO

- No probabilístico intencional.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1. INCLUSIÓN

- Puérperas inmediatas y sus recién nacidos vivos atendidas en el Hospital de San Francisco.

3.4.2. EXCLUSIÓN

- Puérperas mediatas y tardías atendidas en el Hospital de San Francisco.
- Puérperas inmediatas de parto distócico por óbito fetal.
- Puérperas inmediatas de parto no institucional.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICA

- Observacional.
- Entrevista a profundidad.

3.5.2. INSTRUMENTO

- Historias clínicas.
- Guía de encuesta estructurada.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- A través del Decanato de la Facultad de Ciencia de la Salud, se solicitó la autorización a la Dirección del Hospital de Apoyo San Francisco, para la realización del presente trabajo de investigación.
- Se solicitó el permiso correspondiente al Jefe del Servicio de Gineco – Obstetricia.

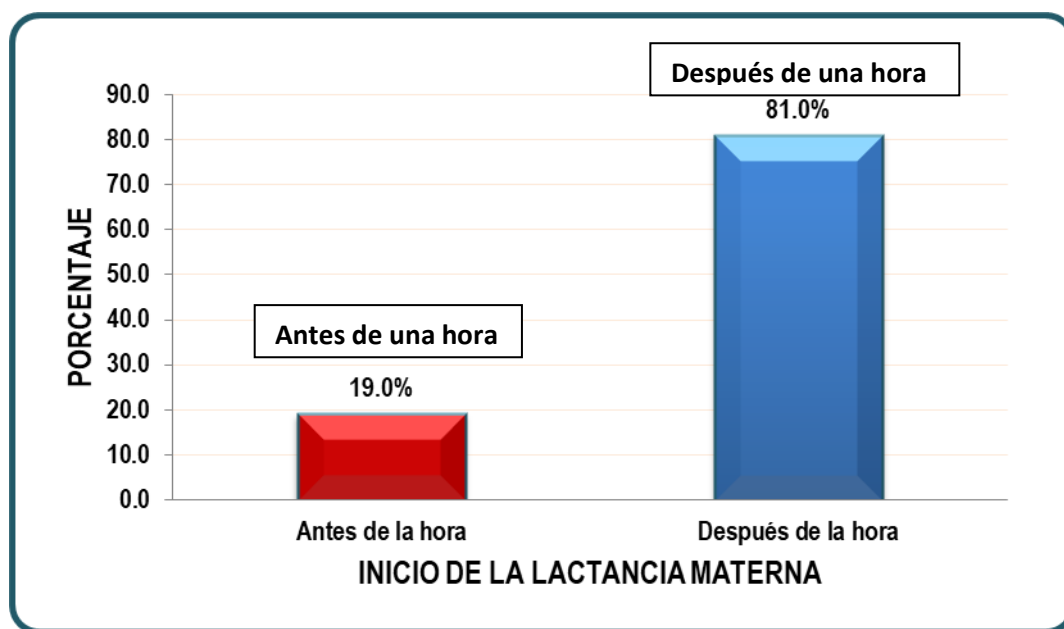
- Se procedió a la elección de la muestra de acuerdo al tipo de muestreo.
- Se procedió a la revisión de las historias clínicas correspondientes de las puérperas inmediatas y sus respectivos recién nacidos.
- Previo consentimiento informado se aplicó la entrevista a profundidad siguiendo los pasos de la encuesta estructurada.
- Concluido con la aplicación del instrumento de recolección de datos, éstos fueron codificados para crear una base de datos en el programa Excel para su posterior procesamiento.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La base de datos fue procesada en el Software Estadístico IBM SPSS 22.0 (*Statistical Package for Social Science*), con los cuales se construyeron tablas estadísticas de simple y doble entrada, a los cuales se les aplicaron la prueba de independencia de Chi Cuadrado para determinar la dependencia de las principales variables de estudio.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

GRÁFICO Nº 1



INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ EN PUÉRPERAS INMEDIATAS. HOSPITAL SAN FRANCISCO. DICIEMBRE 2017– MARZO 2018.

El Gráfico Nº 1: Refiere el inicio de la lactancia materna en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Francisco, donde del 100.0% (210) de puérperas inmediatas, el 81.0% (170) iniciaron con la lactancia después de una hora siendo esto de manera tardía, y solo el 19.0% (40) puérperas iniciaron antes de una hora.

Del análisis de los resultados podemos concluir que el inicio de la lactancia materna en mayor porcentaje (81%) es tardía.

Para el inicio de la lactancia materna precoz se presentan problemas en algunos establecimientos de salud donde se atienden partos, y estos son los factores que influyen en esta condición. En el Hospital San Francisco se ha encontrado factores que se asocian al inicio de la lactancia materna precoz, así tenemos los factores maternos entre ellos podemos citar a las complicaciones que se presentaron durante el periodo expulsivo y alumbramiento como: retención

placentaria, desgarro perineal de alto grado, atonía uterina; así mismo los factores neonatales como recién nacidos deprimidos por succión de líquido amniótico meconial, los cuales fueron hospitalizados para recibir atención especializada; mientras dure la atención de estas complicaciones que presenta la madre y los recién nacidos no se inicia con la lactancia materna precoz. También se asocian los factores externos como la presencia de ambientes inadecuados que no permite dar la comodidad adecuada para el alojamiento conjunto en el puerperio inmediato, ello retrasa la lactancia materna precoz.

El inicio precoz de la lactancia materna es muy importante para la salud del recién nacido que lo inmuniza para proteger, prevenir y combatir infecciones como la diarrea, neumonía y reducir el riesgo de alergia; también para la salud de la madre favoreciendo la contracción uterina; además, disminuye el sangrado post parto.

Martínez y Delgado, España (2013), realizaron la investigación “El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal”, donde reportó de un total de 519 puérperas en estudio, 392 tuvieron inicio precoz de la lactancia materna y 127 no tuvieron inicio precoz, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación donde se halló mayor número de puérperas que iniciaron la lactancia materna después de una hora.

Laviña, España (2014), en la investigación “Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna”, reportó que el 73.01% (395) de puérperas tuvieron inicio precoz de la lactancia materna, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

TABLA Nº 1

INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ EN PUÉRPERAS INMEDIATAS EN RELACIÓN A LA EDAD. HOSPITAL SAN FRANCISCO. DICIEMBRE 2017 – MARZO 2018.

Edad (años)	Inicio de la Lactancia Materna				Total	
	Precoz		Tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
≤ 19	4	1.9	52	24.8	56	26.7
20 a 35	31	14.8	103	49.0	134	63.8
≥ 36	5	2.4	15	7.1	20	9.5
Total	40	19.0	170	81.0	210	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 7.058^{**}$$

$$\chi_t^2 = 5.991$$

$$P < 0.05$$

g. l. = 2

La Tabla Nº 1: Se refiere al inicio de la lactancia materna precoz en puérperas inmediatas en relación a la edad, donde del 100.0% (210) de puérperas, el 63.8% (134) tuvieron edades de 20 a 35 años, de ellas el 49.0% (103) inició la lactancia materna tardía, seguido del 14.8% (31) que inició precozmente; asimismo, el 26.7% (56) puérperas tuvieron edades menores o iguales a 19 años, de ellas el 24.8% (52) inició la lactancia materna tardía y solo el 1.9% (4) de manera precoz, finalmente el 9.5% (20) de puérperas tuvieron edades mayores o iguales a 36 años, de ellas el 7.1% (15) de puérperas inició de manera tardía y el 2.4% (5) de manera precoz.

De los resultados obtenidos podemos concluir que el mayor porcentaje (49%) de

puérperas con edades de 20 a 35 años iniciaron con la lactancia materna tardía.

De los resultados sometidos al análisis estadístico del Chi Cuadrado se evidencia que existe una dependencia estadística ($P < 0.05$) entre el inicio de la lactancia materna precoz y la edad de la madre.

De acuerdo al análisis de los resultados se observa que la edad es un factor dependiente para el inicio precoz de la lactancia materna, esto se explica porque en el grupo de puérperas entre las edades de 20 a 35 años se encontró el mayor número de factores asociados maternos como las complicaciones intraparto-postparto (retención placentaria, atonía uterina, desgarro perineal); y factores externos (ambientes inadecuados para el alojamiento conjunto); asimismo mayor número de cesáreas a veces innecesarias, las cuales llevaron a un inicio tardío de la lactancia materna.

Otal et al, España (2012), en la investigación “El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea”, halló asociación ($P = 0.003$) entre el inicio de la lactancia materna con la edad materna, oscilando la edad de las madres entre los 18 a 43 años, siendo similares a los hallados a la presente investigación en cuanto a dependencia de variables.

Quispe Condori y Rivas, Lima – Perú (2012), en la investigación “Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal: Noviembre 2011 - Enero 2012”, halló asociación del inicio precoz de la lactancia con la edad ($P < 0.05$), donde el 50.8% (66) eran mujeres con edades de 19 a 25 años, 41.5% (54) con edades de 26 a 35 años y 7.7% (10) con edades mayores o iguales a 36 años, resultados similares en la presente investigación en cuanto a dependencia estadística.

TABLA Nº 2

INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ EN PUÉRPERAS INMEDIATAS EN RELACIÓN AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL SAN FRANCISCO. DICIEMBRE 2017 – MARZO 2018.

Nivel de instrucción	Inicio de la Lactancia Materna				Total	
	Precoz		Tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeta	3	1.4	3	1.4	6	2.9
Primaria	13	6.2	36	17.1	49	23.3
Secundaria	23	11.0	118	56.2	141	67.1
Superior	1	0.5	13	6.2	14	6.7
Total	40	19.0	170	81.0	210	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 7.478 \text{ N. S.} \quad \chi_t^2 = 7.815 \quad P > 0.05$$

g. l. = 3

La Tabla Nº 2: Se refiere al inicio de la lactancia materna precoz en puérperas inmediatas en relación al nivel de instrucción, donde del 100.0% (210) de puérperas, el 67.1% (141) tuvieron nivel de instrucción secundaria, de ellas el 56.2% (118) inició la lactancia materna tardía, seguido del 11.0% (23) que inició precozmente; asimismo, el 23.3% (49) puérperas tuvieron nivel de instrucción primario, de ellas el 17.1% (36) iniciaron con la lactancia materna tardía, y solo el 6.2% (13) de manera precoz; finalmente el 2.9.% (6) fueron analfabetas, de ellas el 1.4 %(3) iniciaron una lactancia materna tardía y precoz.

De los resultados obtenidos podemos concluir que el mayor porcentaje (56.2%)

de puérperas con nivel de instrucción secundario tuvieron inicio de la lactancia materna tardía.

De los resultados sometidos al análisis estadístico del Chi Cuadrado se evidencia que no existe una dependencia estadística ($P>0.05$) entre el inicio de la lactancia materna precoz y el nivel de instrucción.

Estos resultados nos explican que la muestra estuvo constituida por mayor número de puérperas con nivel de instrucción primario y secundario no así las analfabetas y con nivel de instrucción superior: y como tal en ellas se ha tenido la presencia de los factores asociados para el inicio precoz de la lactancia materna; así mismo podemos asociar con el conocimiento de las madres, ya que por más que la puérpera inmediata tenga diferencias en los niveles de estudio, el inicio de la lactancia se puede presentar en forma igual, debido a que la maternidad implica también el aprendizaje de nuevos conocimiento que pueden ser transmitidos por el entorno familiar, como también por la información que pueda brindarse dentro de los establecimientos de salud.

Martínez y Delgado, España (2013), en la investigación “El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal” reportó de un total de 519 puérperas en estudio, 392 tuvieron inicio precoz de la lactancia materna y 127 no tuvieron inicio precoz, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación donde se halló mayor número de puérperas que iniciaron la lactancia materna después de la hora.

Rius et al, España (2015), en la investigación “Factores asociados al inicio de la lactancia materna y razones de la madre para la toma de su decisión”, reportó diferencia estadística significativa entre el inicio de la lactancia materna con el

nivel de instrucción de la madre ($P=0.005$), reportando el inicio precoz de lactancia materna en 120 mujeres con nivel primario, 152 nivel secundario, 94 con nivel universitario, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación en cuanto a dependencia estadística.

TABLA Nº 3

INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ EN PUÉRPERAS INMEDIATAS EN RELACIÓN A LA PARIDAD. HOSPITAL SAN FRANCISCO. DICIEMBRE 2017 – MARZO 2018.

Paridad	Inicio de la Lactancia Materna				Total	
	Precoz		Tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nulípara	2	1.0	37	17.6	39	18.6
Primípara	8	3.8	65	31.0	73	34.8
Múltipara	27	12.9	62	29.5	89	42.4
Gran Múltipara	3	1.4	6	2.9	9	4.3
Total	40	19.0	170	81.0	210	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 16.546^{**}$$

$$\chi_t^2 = 7.815$$

$$P < 0.05$$

g. l. = 3

La Tabla Nº 3: Se refiere al inicio de la lactancia materna precoz en puérperas inmediatas en relación a la paridad, donde del 100.0% (210) de puérperas, el 42.4% (89) fueron múltiparas, de ellas el 29.5% (62) inició la lactancia materna tardía, seguido del 12.9% (27) que inició precozmente; asimismo, el 34.8% (73) fueron primíparas, de ellas el 31.0% (65) iniciaron con la lactancia materna tardía, y solo el 3.8% (8) precozmente; finalmente el 4.3% (9) fueron gran múltiparas, de ellas el 2.9% (9) inició una lactancia materna tardía, y solo el 1.4% (3) de manera precoz.

De los resultados podemos concluir que el mayor porcentaje (31.0%) de

puérperas primíparas iniciaron una lactancia materna tardía.

De los resultados sometidos al análisis estadístico del Chi Cuadrado se evidencia que existe una dependencia estadística ($P < 0.05$) que indica que el inicio de la lactancia materna precoz está influida por la paridad de las puérperas inmediatas.

Como se observa la paridad es un factor asociado al inicio de la lactancia materna precoz, donde se observó que las primíparas presentan complicaciones intraparto – postparto (retención placentaria, atonía uterina, desgarro de cérvix y vulvoperineal); algunas sometidas a cesáreas, agotamiento postparto, pezones no formados, las que no poseen conocimientos por falta de experiencia sobre lactancia materna; todo ello conlleva al inicio de la lactancia materna tardía. A la vez la multiparidad es un factor que se asocia al inicio precoz, pues a mayor número de embarazos constituye un factor de riesgo, el organismo materno se encuentra afectado con un útero flácido, que conlleva a una hipotonía uterina que puede conducir a la atonía uterina.

Morales y Quispe, Ayacucho – Perú (2015), en la investigación “Alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas. Hospital II Essalud Ayacucho. Agosto – Octubre 2015”. Reportó de un total de 92 puérperas en estudio, el 65%(60) fueron multíparas, de los cuales el 34 % iniciaron con lactancia materna tardía y el 15.2 % precozmente; resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

TABLA Nº 4

INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ EN PUÉRPERAS INMEDIATAS EN RELACIÓN A LA FORMACIÓN DE PEZONES. HOSPITAL SAN FRANCISCO. DICIEMBRE 2017 – MARZO 2018.

Formación de pezones	Inicio de la Lactancia Materna				Total	
	Precoz		Tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adecuada	40	19.0	117	55.7	157	74.8
No adecuada	0	0.0	53	25.2	53	25.2
Total	40	19.0	170	81.0	210	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 16.680^{**}$$

$$\chi_t^2 = 3.841$$

$$P < 0.05$$

g. l. = 1

La Tabla Nº 4: Se refiere al inicio de la lactancia materna precoz en puérperas inmediatas en relación a la formación de pezones, que del 100.0% (210) de puérperas, el 74.8% (157) tuvieron formación de pezones adecuada, de ellas el 55.7% (117) inició la lactancia materna tardía, seguido del 19.0% (40) que inició precozmente; asimismo, el 25.2% (53) de puérperas no tuvieron adecuada formación de pezones, de ellas todas iniciaron con la lactancia materna tardía.

De los resultados podemos concluir que el mayor porcentaje (55.7%) de puérperas con adecuada formación de pezones tuvieron inicio de la lactancia materna tardía.

De los resultados sometidos al análisis estadístico del Chi Cuadrado se evidencia que existe una dependencia estadística ($P < 0.05$) que indica que el inicio de la

lactancia materna está influida por la formación de pezones de las puérperas inmediatas.

De acuerdo a los resultados hallados existe dependencia estadística entre la formación de pezones con el inicio de la lactancia materna, cabe señalar que la formación de los pezones influye directamente en la succión de la leche por el recién nacido, debido a ello, es un factor determinante para el inicio de la lactancia materna, se observa considerable porcentaje de puérperas que con adecuada formación de pezones inician una lactancia materna tardía debido a otros factores como: complicaciones durante el periodo expulsivo y el alumbramiento (retención placentaria, atonía uterina, desgarro perineal), mayor número de cesáreas que impiden el inicio precoz de la lactancia materna.

Sivahup Venezuela (2016), en la investigación “Formación de pezones e inicio de la lactancia materna”, reportó que de 25 mujeres con deficiente formación de pezones, el 19 no tuvieron inicio precoz de la lactancia materna y el 6 si tuvieron, hallando dependencia estadística entre dichas variables, resultados que son similares a los hallados en la presente investigación en cuanto a dependencia estadística.

TABLA Nº 5

INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ EN PUÉRPERAS INMEDIATAS EN RELACIÓN A LA PREMATURIDAD. HOSPITAL SAN FRANCISCO. DICIEMBRE 2017 – MARZO 2018.

Prematuridad	Inicio de la Lactancia Materna				Total	
	Precoz		Tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	0	0.0	7	3.3	7	3.3
No	40	19.0	163	77.6	203	96.7
Total	40	19.0	170	81.0	210	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 1.704 \text{ N. S.}$$

$$\chi_t^2 = 3.841$$

$$P > 0.05$$

g. l. = 1

La Tabla Nº 5: Se refiere al inicio de la lactancia materna precoz en puérperas inmediatas en relación a la prematuridad, donde del 100.0% (210) de puérperas, el 96.7% (203) no tuvieron recién nacidos prematuros, de ellas el 77.6% (163) inició la lactancia materna tardía, seguido del 19.0% (40) que inició precozmente; asimismo, el 3.3% (7) fueron puérperas con recién nacidos prematuros, donde la totalidad iniciaron con la lactancia materna tardía.

De los resultados obtenidos podemos concluir que el mayor porcentaje (77.6%) de puérperas que no tuvieron recién nacidos prematuros, iniciaron la lactancia materna tardía.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ($P > 0.05$) que indica que el inicio de la

lactancia materna está influida por la prematuridad de las puérperas inmediatas.

Se ha encontrado que el total de los recién nacidos prematuros iniciaron con la lactancia materna tardía, pues el mismo hecho de ser prematuros tienen complicaciones como depresión del recién nacido por aspiración de líquido amniótico meconial, por lo que su estado ha necesitado la hospitalización inmediata para su atención oportuna y adecuada; los que nacieron por cesárea; todo ello ha dificultado el inicio precoz de la lactancia materna.

Laviña, España (2014), en la investigación “Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna”, reportó 59 puérperas con parto prematuro, de ellas 32.2% (19) tuvieron inicio precoz de lactancia materna y el 67.8% (40) no tuvieron inicio precoz, hallando dependencia estadística entre estas dos variables ($P < 0.001$), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

TABLA Nº 6

INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ EN PUÉRPERAS INMEDIATAS EN RELACIÓN AL RECIÉN NACIDO DEPRIMIDO. HOSPITAL SAN FRANCISCO. DICIEMBRE 2017 – MARZO 2018.

Recién nacido Deprimido	Inicio de la Lactancia Materna				Total	
	Precoz		Tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	1	0.5	29	13.8	30	14.3
No	39	18.6	141	67.1	180	85.7
Total	40	19.0	170	81.0	210	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 5.605^{**}$$

$$\chi_t^2 = 3.841$$

$$P < 0.05$$

g. l. = 1

La Tabla Nº 6: Se refiere al inicio de la lactancia materna precoz en puérperas inmediatas en relación al recién nacidos deprimidos, donde del 100.0% (210) de puérperas, el 85.7% (180) fueron puérperas que no tuvieron recién nacidos deprimidos, de ellas el 67.1% (141) inició la lactancia materna tardía, seguido del 18.6% (39) que inició precozmente; asimismo, el 14.3% (30) fueron puérperas que tuvieron recién nacidos deprimidos, de ellas el 13.8% (29) iniciaron con la lactancia materna tardía y solo el 0.5% (1) de manera precoz.

De los resultados obtenidos podemos concluir que el mayor porcentaje (67.1%) de puérperas que no tuvieron recién nacidos deprimidos iniciaron la lactancia materna tardía.

De los resultados sometidos al análisis estadístico del Chi Cuadrado se evidencia

que existe una dependencia estadística ($P<0.05$) que indica que el inicio de la lactancia materna está influida por los recién nacidos deprimidos en puérperas inmediatas.

En nuestros resultados se han encontrado recién nacidos deprimidos ya sea por aspiración de líquido amniótico, distocia funicular simple y doble de cordón umbilical, periodo expulsivo prolongada, pues ellos requieren una atención inmediata y oportuna ya que está en riesgo la salud y la vida del recién nacido, en algunos casos tuvieron que ser hospitalizados, este hecho ha dificultado el inicio de la lactancia materna precoz.

Benati et al, España **(2015)**, en la investigación “Factores asociados a los impedimentos para el amamantamiento precoz”, reportó que el 97,5% (39) tuvieron índice de APGAR entre ocho y diez en el quinto minuto de vida, los cuales estaban asociados con el inicio de la lactancia materna ($P<0.05$), siendo similares en cuanto a dependencia estadística a los hallados en la presente investigación.

TABLA Nº 7

INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ EN PUÉRPERAS INMEDIATAS EN RELACIÓN AL TIPO DE PARTO. HOSPITAL SAN FRANCISCO. DICIEMBRE 2017 – MARZO 2018.

Tipo de parto	Inicio de la Lactancia Materna				Total	
	Precoz		Tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Eutócico (vaginal)	39	18.6	75	35.7	114	54.3
Cesárea	00	0.0	96	45.7	96	45.7
Total	39	18.6	171	81.4	210	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 37.183^{**}$$

$$\chi_t^2 = 3.841$$

$$P < 0.05$$

g. l. = 1

La Tabla Nº 7: Se refiere al inicio de la lactancia materna precoz en puérperas inmediatas en relación al tipo de parto, donde del 100.0% (210) de puérperas, el 54.3% (114) fueron puérperas con parto eutócico, de ellas el 35.7% (75) inició la lactancia materna tardía, seguido del 18.6% (39) que inició precozmente; asimismo, el 45.7% (96) fueron puérperas que tuvieron parto por cesárea, de ellas todas iniciaron con la lactancia materna tardía.

De los resultados concluimos que el mayor porcentaje (45.7%) de puérperas que tuvieron parto por cesárea iniciaron la lactancia materna tardía.

De los resultados sometidos al análisis estadístico del Chi Cuadrado se evidencia que existe una dependencia estadística ($P < 0.05$) que indica que el inicio de la lactancia materna está influida por el tipo de parto en puérperas inmediatas.

Como se observa en los resultados hallados el inicio de la lactancia materna está relacionado con el tipo de parto; tanto los recién nacidos por parto vaginal y cesárea iniciaron tardíamente con la lactancia materna. En el caso del parto vaginal se asocian los factores como las complicaciones intraparto – postparto (retención placentaria, atonía uterina, desgarro perineal), pezones no formados, recién nacidos deprimidos, recién nacidos prematuros. Mientras que en la cesárea las mujeres generalmente reciben varios tipos de medicamentos donde pasa un periodo de recuperación post intervención quirúrgica donde se encuentra bajo los efectos de la anestesia, a la vez es apartada de su recién nacido las primeras dos horas postparto impidiendo el alojamiento conjunto entre la madre – recién nacido, por lo tanto, no se inicia con la lactancia materna precoz.

Laviña, España (2014), en la investigación “Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna”, reportó 164 partos por cesárea, de los cuales 46.3% (76) tuvieron lactancia precoz y 53.7% (88) no tuvieron lactancia precoz, hallando dependencia estadística ($P < 0.001$) entre estas dos variables, resultados similares a los hallados en la presente investigación en cuanto a dependencia estadística.

TABLA Nº 8

INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ EN PUÉRPERAS INMEDIATAS EN RELACIÓN AL CONTACTO PRECOZ. HOSPITAL SAN FRANCISCO. DICIEMBRE 2017 – MARZO 2018.

Contacto precoz	Inicio de la Lactancia Materna				Total	
	Precoz		Tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	40	19.0	50	23.8	90	42.9
No	0	0.0	120	57.1	120	57.1
Total	40	19.0	170	81.0	210	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

$$\chi_c^2 = 65.882^{**}$$

$$\chi_t^2 = 3.841$$

$$P < 0.05$$

g. l. = 1

La Tabla Nº 8: Se refiere al inicio de la lactancia materna precoz en puérperas inmediatas en relación al contacto precoz, donde del 100.0% (210) de puérperas, el 57.1% (120) fueron puérperas que no tuvieron contacto precoz con el recién nacido, de ellas todas tuvieron inicio de la lactancia materna tardía; asimismo, el 42.9% (90) fueron puérperas que sí tuvieron contacto precoz con los recién nacidos, de ellas el 23.8% (50) iniciaron con la lactancia materna tardía y el 19% (40) de manera precoz.

De los resultados obtenidos podemos concluir que el mayor porcentaje (57.1%) de puérperas que no tuvieron contacto precoz con los recién nacidos iniciaron la lactancia materna tardía.

De los resultados sometidos al análisis estadístico del Chi Cuadrado se evidencia

que existe una dependencia estadística ($P < 0.05$) que indica que el inicio de la lactancia materna está influida por el contacto precoz con recién nacidos en puérperas inmediatas.

Cómo se observa en los resultados hallados, existen dependencia entre el inicio de la lactancia materna con el contacto precoz; el contacto precoz se debe practicar como un derecho, sin embargo se observó un alto porcentaje de recién nacidos que no tuvieron contacto precoz con la madre, por presentar cordón breve, distocia funicular simple y doble de cordón umbilical, recién nacidos deprimidos, y la mayoría fueron sometidas a cesáreas; todo ello impide el contacto precoz y dificultó el inicio precoz de la lactancia materna; ya que el momento del contacto precoz se constituye el periodo sensitivo del recién nacido, esto se debe a procesos fisiológicos experimentados por el recién nacido durante el parto, dichos procesos facilitan que el recién nacido reconozca el olor materno lo cual es fundamental para el vínculo afectivo y el inicio de la lactancia materna precoz.

Otal et al, España (2012), en la investigación “El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea”, no reportó diferencia estadística significativa entre el inicio de la lactancia materna con el contacto precoz ($P = 0.078$) presentando una proporción de contacto precoz de 92.0% y los que no tuvieron contacto precoz de 8.0%, resultados que difieren a la presente investigación en cuanto a dependencia estadística.

CONCLUSIONES

De los resultados hallados en la presente investigación arribamos a las siguientes conclusiones:

- 1° Los factores asociados al inicio de la lactancia materna precoz fueron:
 - Factores Maternos: La edad, paridad y formación de pezones ($P<0.05$).
 - Factor Neonatal: Los recién nacidos deprimidos ($P<0.05$).
 - Factores Externos: El tipo de parto y el contacto precoz ($P<0.05$).
- 2° El 81.0% (170) puérperas inmediatas atendidas en el Hospital San Francisco tuvieron inicio de la lactancia materna tardía y solo el 19.0% (40) inició de manera precoz.

RECOMENDACIONES

1. Viendo la importancia que tiene el inicio de la lactancia materna precoz que brinda numerosos beneficios para la madre y los niños; sin embargo, su inicio y continuación pueden verse afectados por varias condiciones maternas y del lactante. Resulta fundamental el rol del profesional durante el control pre natal para la promoción del inicio de la lactancia materna y fomentar la introducción de esta práctica para la continuidad de las madres que amamantan, a fin de favorecer el desarrollo del niño y fortalecer el vínculo madre – hijo.
2. Sugerir a las autoridades de la RED DE SALUD DE SAN FRANCISCO, realizar campañas educativas en todos los programas y establecimientos de salud, dirigida a las gestantes y las mujeres en edad fértil con participación de la pareja, familia y comunidad sobre la importancia de la lactancia materna precoz y los beneficios que ofrece la leche materna.
3. Se sugiere al personal del servicio de Gineco – Obstetricia y al personal que atiende el parto del Hospital San Francisco, priorizar el contacto precoz, el inicio precoz de la lactancia materna; asimismo fortalecer sus competencias para prevenir, actuar de manera oportuna y adecuada frente a las complicaciones que pueda presentar la madre
4. Recomendar la ampliación de la infraestructura, adecuada, equipada, y recursos humanos de acuerdo a las necesidades de la población, para poder brindar una atención de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez JM, Delgado M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. Revista da Associação Médica Brasileira, 2013; 59(3): 254 – 257.
2. Ministerio de Salud. Lactancia materna exclusiva. Lima, Marzo 2013.
3. Barriuso L, De Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: Factor de salud. Recuerdo histórico. An. Sist. Sanit. Navar. 2007, Vol. 30, Nº 3, Septiembre - Diciembre: 383 – 391.
4. Rodríguez R. Aproximación Antropológica a la Lactancia Materna. Revista de Antropología Experimental. Nº 15, 2015. Texto 23: 407 -429.
5. Organización Mundial de la Salud. Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Organización Mundial de la Salud, Ginebra Suiza, 2009.
6. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. OMS, Suiza, Ginebra 2010.
7. Organización Mundial de la Salud. Nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño. Informe de la Secretaría. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Suiza, 29 de abril de 2016.
8. Lutter C. El inicio temprano de la lactancia materna: la clave para supervivencia y desarrollo. Organización Mundial de la Salud, Secretariado. Ginebra, Suiza, 2010.
9. Blanco P, Hoyos E, Álvarez G, Ramírez CA. Prevalencia de lactancia materna exclusiva en el Servicio de Neonatología de un Hospital Pediátrico de Sonora, México. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2015; 32(1): 3 - 9.

10. Gorrita RR, Brito D, Ravelo Y, Ruiz E. Edad y estado civil de las gestantes, ontogenia familiar y conocimientos sobre la lactancia materna. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2015; 31(2): 169 - 181.
11. Laviña AB. Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna. *Revista Duazary*. Julio - Diciembre de 2014. Vol. 11, № 2: 115 – 125.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar 2015. Lima – Perú, Mayo 2016.
13. Otal S, Morera L, Bernal MJ, Tabueña J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof*. 2012; 13(1): 3 - 8.
14. Martínez JM, Delgado M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *rev assoc med bras*. 2013; 59(3): 254 – 257.
15. Rius JM, Rivas C, Ortuño J, Maravall M, Aguar M, Calzado MA, López A. Factores asociados al inicio de la lactancia materna y razones de la madre para la toma de su decisión. *Acta Pediatr Esp*. 2015; 73(3): 65 - 72
16. Benatti AM, Lara CG, Marisa PS, Harumi HI, Tsukuda IS. Factores asociados a los impedimentos para amamantamiento precoz. Julio-Octubre del 2013. Universidad Federal Fluminense. Escuela Enfermería Aurora de Alonso Costa. España 2015.
17. Sivahup SV. Formación de pezones e inicio de la lactancia materna. *Revista de procedimientos sobre lactancia materna* (2016). 2(1): 123-125.
18. Quispe Condori J, Rivas R. Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal: noviembre 2011 - enero 2012. Universidad Nacional Mayor

- de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E. A. P. de Obstetricia. Lima - Perú 2012.
19. Morales D, Quispe YM. Alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas. Hospital II Essalud Ayacucho. Agosto – octubre 2015. Ayacucho – Perú, 2016.
 20. Bedmar C. Efecto del tipo de lactancia durante el primer año de vida sobre el estado de hierro y desarrollo físico y psicológico del niño. Universitat Rovira I Virgili. Reus 2012.
 21. Schwardz R, Fescina R, Duverges G. Obstetricia. 6ta Edición. Editorial Ateneo 2008. 516 - 517.
 22. Cañamera P.I. Lactancia materna para profesionales sanitarios. ICB Editores. España 2017.
 23. Aguilar C. M.J. Lactancia Materna. Editorial Elsevier, España, 2005. 45 – 46. 664 pág.
 24. Baño I. Impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna en la Región de Murcia. Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería. Murcia, 2016.
 25. Organización Mundial de la Salud. Inicio de lactancia materna. Ginebra Suiza, 2016.
 26. Ministerio de Salud. Norma técnica de lactancia materna, Lima 2014.
 27. Tizón E. Lactancia materna y sus determinantes. Universidades da Coruña. Departamento de Ciencias de la Salud. Coruña, 2015.
 28. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra, Suiza 2009.
 29. Carhuas JR. Factores asociados al abandono de la lactancia materna en un Centro de Salud de Lima Metropolitana, 2015. Universidad Nacional Mayor de

San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E. A. P. de Enfermería. Lima-Perú 2016.

30. Amaya J. Puerperio y lactancia materna. Obstetricia integral Siglo XXI. 2010.
31. Sánchez VG. Inicio de la lactancia materna y algunos factores implicados. Resúmenes de Investigación Científica de Salud Materna. Venezuela, 2015.

ANEXOS



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº de ficha:

FECHA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Buenos días/tardes Señora, Señorita, estamos realizando el presente trabajo de investigación titulado “**Factores asociados con el inicio de la lactancia materna en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital de San Francisco. Diciembre 2017 – Marzo 2018**” que tiene por finalidad recolectar datos e información acerca del tema propuesto que será en beneficio del establecimiento de salud y será absolutamente confidencial y anónima.

I. FACTORES MATERNOS

a. Edad (años)

1. ≤ 19 años ()
2. 20 a 35 años ()
3. ≥ 36 años ()

b. Nivel de instrucción

1. Analfabeta ()
2. Primaria ()
3. Secundaria ()
4. Superior ()

c. Paridad

1. Nulípara ()
2. Primípara ()
3. Multípara ()
4. Gran multípara ()

d. Formación de pezones

1. Adecuada ()
2. No adecuada ()

II. FACTORES NEONATALES

e. Prematuridad

1. Si ()
2. No ()

f. Recién nacido deprimido

1. Si ()
2. No ()

III. FACTORES NEONATALES

g. Tipo de parto

1. Eutócico (vaginal) ()
2. Cesárea ()

h. Contacto precoz

1. Si ()
2. No ()

IV. INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

1. Antes de la hora ()
2. Después de la hora ()

V. SI LA LACTANCIA MATERNA INICIO TARDÍA ¿CUAL FUE LA CAUSA?

.....

.....

.....

Gracias