

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y FACTORES ASOCIADOS
CON EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL ALBERTO
CORREA CORNEJO DE LA PARROQUIA YARUQUÍ DURANTE EL AÑO 2018

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTOR

PÉREZ SÁNCHEZ ANDRÉS SEBASTIÁN

DIRECTORA

Dra. Betzabé Magdalena Tello Ponce

Quito, septiembre 2019

DEDICATORIA

Para mi Hija Paula Daniela, mis padres Wilson y Cecilia, mis Hermanos Oscar y Felipe y para ti Ada por todas las fuerzas, paciencia y la fe depositada en mí durante estos 3 años.

AGRADECIMIENTOS

Con la fe que me caracteriza, quiero agradecer primero a Dios por darme la oportunidad de continuar en este proceso de formación médica, además a todos los docentes de la prestigiosa Pontificia Universal Católica del Ecuador, de forma particular a la Dra. Paola Estévez, quien fue mi tutora durante estos tres años. A la Dra. Betzabé Tello quien colaboró en la elaboración de este trabajo.

También quiero agradecer al Distrito de Salud de Pifo 17D09, por la apertura en la realización de este trabajo y al Hospital Alberto Correa Cornejo en donde se recolectaron los datos para esta tesis.

ÍNDICE GENERAL

ABREVIATURAS.....	2
RESUMEN	1
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	5
INTRODUCCIÓN	5
1. Tema.....	5
2. Justificación.....	5
3. Planteamiento del Problema.....	7
3.1 Planteamiento	7
3.2. Pregunta de Investigación.....	7
3.3 Alcances y Limitaciones.....	7
4. Objetivos	8
4.1 Objetivo General.....	8
4.2 Objetivos Específicos	8
5. Hipótesis.....	9
CAPÍTULO II	10
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	10
1. Marco Referencial.....	10
2. Marco Teórico.....	11
2.1 Beneficios.....	11
2.2 Pasos para una lactancia exitosa.....	13
2.3 Causas de abandono	14
2.4 Factores que influyen en la lactancia	15
2.5 Políticas Internacionales.....	16
2.6 Políticas en el Ecuador	17
2.7 Apego precoz.....	18
2.7.1 Método de apego precoz.....	19
2.7.2 Beneficios	19

2.7.3 Condiciones	20
2.7.3.1 Condiciones del Recién nacido.....	20
3. Marco Conceptual	21
CAPÍTULO III.....	23
MÉTODOS	23
1. Hipótesis.....	23
2. Operacionalización de Variable	23
3. Marco Metodológico	33
3.1 Tipo de estudio	33
3.2. Técnicas o procesos de análisis	33
3.3. Muestra	39
3.4. Criterios de selección.....	39
3.5. Aspectos Bioéticos.....	40
CAPÍTULO IV	41
RESULTADOS.....	41
1. Generalidades.....	41
2. Análisis Univariar	41
Análisis multivariar	54
CAPÍTULO V	57
DISCUSIÓN	57
CAPÍTULO VI.....	60
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
LIMITACIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS	67
ANEXO 1. Instrumento de Recolección de datos.....	67
ANEXO 2 Historia Clínica Perinal – formulario 051	68

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO DE ESTUDIO ACORDE AL APEGO PRECOZ Y LACTANCIA INMEDIATA	41
TABLA 2. RELACIÓN ENTRE FACTORES DEL SISTEMA – APEGO PRECOZ/LACTANCIA INMEDIATA – EDAD MATERNA.....	43
TABLA 3. FACTORES DEL SISTEMA – APEGO PRECOZ/LACTANCIA INMEDIATA – ETNIA	44
TABLA 4. FACTORES DEL SISTEMA – APEGO PRECOZ/LACTANCIA INMEDIATA – INSTRUCCIÓN	45
TABLA 5. FACTORES DEL SISTEMA – APEGO PRECOZ/LACTANCIA INMEDIATA – ESTADO CIVIL.....	46
TABLA 6. FACTORES DEL SISTEMA – APEGO PRECOZ/LACTANCIA INMEDIATA – ALFABETISMO	47
TABLA 7. FACTORES INDIVIDUALES –APEGO PRECOZ/LACTANCIA INMEDIATA – EDAD GESTACIONAL	48
TABLA 8. FACTORES INDIVIDUALES – APEGO PRECOZ/LACTANCIA INMEDIATA – ETNIA	49
TABLA 9. FACTORES INDIVIDUALES –APEGO PRECOZ/LACTANCIA INMEDIATA – INSTRUCCIONAL	50
TABLA 10. FACTORES INDIVIDUALES – APEGO PRECOZ/LACTANCIA INMEDIATA – ESTADO CIVIL.....	51
TABLA 11. FACTORES INDIVIDUALES – APEGO PRECOZ/LACTANCIA INMEDIATA – ALFABETISMO	52
TABLA 12. FACTORES INDIVIDUALES – APEGO PRECOZ/LACTANCIA INMEDIATA – SEXO DEL RN	53
TABLA 13. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE OR DE LOS FACTORES DEMOGRÁFICOS	54
TABLA 14. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE OR DE LOS FACTORES INDIVIDUALES	54
TABLA 15. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE OR DE LOS FACTORES DEL SISTEMA	55

ABREVIATURAS

LM.- Lactancia materna

LME.- lactancia materna exclusiva

RN.- Recién nacido

PA.- presión Arterial

DM.- Diabetes Mellitus

UNICEF.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

OMS.- Organización Mundial de la Salud

LOSEP.- Ley Orgánica de Servicio Público

ODM.- Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS.- Objetivos de Desarrollo Sostenible

IHAN.- Iniciativa Hospital Amigo de los Niños

MSP.- Ministerio de Salud Pública

HACC.- Hospital Alberto Correa Cornejo

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna constituye el elemento primordial que una madre puede brindar al niño durante los primeros años de vida para lograr un desarrollo y crecimiento adecuado. Se ha encontrado una estrecha relación entre factores propios de la madre como del niño durante las primeras horas de vida, que intervienen en el buen desenvolvimiento y prolongación de la lactancia materna exclusiva.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores asociados con el inicio de la lactancia materna en el Hospital Alfredo Correa Cornejo de la parroquia Yaruquí.

Materiales y Métodos: Estudio epidemiológico, observacional, transversal, a través de la revisión de 440 historias clínicas perinatales que de mujeres que acudieron al hospital Alfredo Correa Cornejo para atención de su parto, que fueron seleccionadas bajo criterios de inclusión y exclusión, durante el período comprendido entre enero y diciembre del año 2018.

Resultados: En el presente estudio se pudo observar que la prevalencia de lactancia materna en la primera hora y el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido llegó a un 80.68% de los partos atendidos en el Hospital Alberto Correa Cornejo. Según las características socio demográficas la mayor prevalencia con el inicio de lactancia materna fue en el grupo de edad de 19 a 35 en un 76,9%; en la etnia mestiza en un 93%; la instrucción secundaria completa con un 42,3% y el estado civil, la unión estable en un 40.8%.

No se encontró significancia con los datos demográficos expuestos (p mayor al 0.05) por lo que no hay relación directa con el apego precoz. La preparación para el parto (educación prenatal y consejería en lactancia materna) estuvo presente en el 83.9%, con un valor p menor al 0.05 con una correlación positiva media y una regresión lineal del 20%. El 91.6% de niños recién nacidos fueron sanos al momento de nacer, este factor individual incidió de manera significativa en el inicio de la lactancia materna con un valor p de 0.061

Conclusiones: Todos los factores modificables del sistema de salud como son el tipo de parto, la planificación familiar, la preparación para el parto, la consejería en lactancia materna, el estar acompañada en el parto, la posición del parto, el período intergenésico mayor a un año y el número de controles incidió positivamente en el apego precoz, porque la mayoría de ellos son decisión de la madre apoyados por el sistema de salud.

Palabras claves: Inicio temprano de lactancia materna, apego precoz, factores asociados

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding is the primary element that a mother can provide to the child during the first years of life to achieve adequate development and growth. A close relationship has been found between the mother's and the child's factors during the first hours of life, which are involved in the proper development and prolongation of exclusive breastfeeding.

Objective: To determine the prevalence and factors associated with the onset of breastfeeding at the Alfredo Correa Cornejo Hospital of the Yaruquí parish.

Materials and Methods: Epidemiological, observational, cross-sectional study, through the review of 440 perinatal medical records of women who visited the Alfredo Correa Cornejo hospital for delivery care, who were selected under inclusion and exclusion criteria, during the period between January and December of the year 2018.

Results: In the present study it was observed that the prevalence of breastfeeding in the first hour and the skin-to-skin contact between the mother and the newborn reached 80.68% of the deliveries attended at the Alberto Correa Cornejo Hospital. According to demographic characteristics, the highest prevalence with the onset of breastfeeding was 76.9% in the age group from 19 to 35; in the mestizo ethnic group in 93%; Secondary education completes with 42.3% and marital status, stable union at 40.8%.

No significance was found with the demographic data exposed (p greater than 0.05), so there is no direct relationship with early attachment. Preparation for childbirth (prenatal education and breastfeeding counseling) was present in 83.9%, with a p -value less than 0.05 with a mean positive correlation and a linear regression of 20%. 91.6% of newborn children were healthy at birth, this individual factor had a significant impact on the onset of breastfeeding with a p -value of 0.061

Conclusions: All the modifiable factors of the health system such as the type of delivery, family planning, preparation for childbirth, breastfeeding counseling, being accompanied

in childbirth, the position of the delivery, the intergenic period greater than one year and the number of controls positively affected early attachment, because most of them are the mother's decision supported by the health system.

Keywords: Early onset of breastfeeding, early attachment, associated factors

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. Tema

Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio de la lactancia materna en el Hospital Alberto Correa Cornejo de la parroquia Yaruquí durante el año 2018.

2. Justificación

La lactancia materna (LM) es el mejor alimento para los seres humanos ya que contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo infantil. (The Lancet, 2016)

Previene la muerte de 823 mil niños y 20 mil mujeres alrededor del mundo cada año, además de generar una ganancia económica de 300 mil billones de dólares anuales por la disminución del consumo de fórmulas infantiles. (International Breastfeeding Journal, 2018)

Dentro de las prácticas óptimas de la LM se incluye el amamantamiento tan pronto se da el nacimiento del niño, LME durante los 6 primeros meses de vida y el complemento de alimentos sólidos junto con LM hasta los 2 años. (Al-Nuaimi & Arulappan, 2017)

Iniciar tempranamente la LM contribuye a crear un lazo madre-hijo que perdurará en el tiempo. Ciertas enfermedades frecuentes en la infancia como neumonía y diarrea disminuyen considerablemente y si aparecen, se logran una recuperación pronta de las mismas. La leche materna a través de la microbiota y microbioma de la madre logran una colonización intestinal de bacterias que benefician al recién nacido, las mismas que tienen como función preparar al niño para un ambiente microbiológico intestinal saludable. Los componentes de la LM en los primeros días de vida pueden determinar la expresión de

ciertos genes, contrarrestando la predisposición genética a la obesidad o a otras enfermedades crónicas. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2016)

Con el objetivo de salvar la vida de los niños, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló una serie de recomendaciones, que incluyen: Piel con piel tan pronto como sea posible después del nacimiento, lactancia materna a libre demanda y sin restricciones, para de esta manera garantizar el establecimiento de un suministro adecuado de leche. (Hassan, Taha, & Ahmed A. Ahmed, 2018)

Se calcula que en el Ecuador la LME alcanza una prevalencia de 43.86% siendo mayor en la zona rural. Su exclusividad va disminuyendo conforme la edad del niño avanza, así, el 52.4% de niños de 0 a 1 mes de edad recibe lactancia exclusiva, mientras que la prevalencia en niños de 2 a 3 meses de edad cae al 48.0%. (Freire, 2012). Existe una preocupación a nivel mundial y nacional sobre la disminución de esta prevalencia a pesar de toda la evidencia disponible sobre sus beneficios.

Los datos publicados globalmente indican que sólo 2 de cada 5 de los niños continúan recibiendo LME a los 6 meses de vida. La mayor prevalencia la presentan los países del Sur de Asia con un 60%, seguido por el Este y Sur de África con un 57%, en otras regiones del mundo solo se alcanza el 30%. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2016).

Este estudio es motivado por la necesidad de contar con datos sobre la prevalencia de la lactancia materna, además de conocer específicamente los factores que se asocian con el inicio de esta en el Hospital Alberto Correa Cornejo, como un determinante importante en beneficio de la salud de las madres y niños que acuden a este establecimiento, además que dependen del acompañamiento y la asesoría adecuada por parte de los profesionales de la salud.

En el Hospital Alberto Correa Cornejo, en el año 2018 se asistieron un total de 1482 partos

3. Planteamiento del Problema

3.1 Planteamiento

Se ha comentado extensamente sobre la superioridad de la leche materna comparado con cualquier otro alimento para el lactante, durante los primeros meses de vida contribuye para la nutrición, crecimiento y desarrollo. En los niños no alimentados con LM existe un mayor riesgo de problemas de salud (enfermedades agudas) así como complicaciones a largo plazo que podrían generar enfermedades crónicas y ciertas alergias. (León-Cava, Lutter, Ross, & Martin, 2002). (Ministerio de salud del gobierno de Chile, 2010).

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y la OMS sugieren una alimentación exclusiva con leche materna sin la administración de ningún tipo de suplementos en los primeros 6 meses de vida y a partir de esta edad hasta los 2 años la leche materna sea complementada con alimentos y nutrientes. (Coronado Iglesias, Sanchez , & Rodriguez, 2011)

Se determina que la LM de forma exclusiva hasta los 6 meses de vida, puede evitar cada año 1,5 millones de muertes de niños/as menores de cinco años. (UNICEF Ecuador, 2018)

3.2. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de la lactancia materna y los factores asociados con el inicio de la lactancia materna en el Hospital Alfredo Correa Cornejo de la parroquia Yaruqui durante el año 2018?

3.3 Alcances y Limitaciones

Este estudio está enfocado en la prevalencia de lactancia materna y los factores que se relacionaron con su inicio más no con la duración de la misma.

Al final del estudio se darán a conocer los resultados en el Distrito de Salud 17D09 con la finalidad de que el personal pueda tomar en cuenta ciertas observaciones y que sean analizadas a futuro para el buen desenvolvimiento del primer contacto madre-hijo.

Se revisaron 720 historias de pacientes que ingresaron al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Alfredo Correa Cornejo, de las cuales fueron eliminadas del estudio 280 historias por mal llenado de la misma. Esto produjo una reducción sustancial de la muestra.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia y los factores asociados con el inicio de la lactancia materna en el Hospital Alfredo Correa Cornejo de la parroquia Yaruquí durante el año 2018.

4.2 Objetivos Específicos

- a. Evaluar el inicio de la lactancia materna y factores asociados a esta práctica en el Hospital Alberto Correa Cornejo de la Parroquia Yaruquí.
- b. Identificar los factores individuales con el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora, entre la primera hora y las 24 horas y mayor de 24 horas.
- c. Identificar los factores asociados al sistema de salud con el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora, entre la primera hora y las 24 horas y mayor de 24 horas.

5. Hipótesis

Existen factores individuales y del sistema de salud que influyen en el inicio de la lactancia materna en el Hospital Alberto Correa Cornejo de la Parroquia Yaruquí durante el año 2018

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. Marco Referencial

La leche materna es el mejor sustento para el lactante durante los primeros meses de vida. Aporta con los nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo tanto biológico como emocional, ya que fomenta un adecuado enlace madre/hijo. (Asociación españolas de Pediatría, 2010).

A nivel mundial es reconocida como el método normativo de la alimentación infantil. Las madres y los lactantes que no amamantan tienen mayores riesgos a corto y largo plazo para su salud. (Spencer, 2017). La leche materna aporta beneficios en el desarrollo y crecimiento (sensorial, cognitivo) protección contra enfermedades, reduce la morbimortalidad y ayuda en la recuperación de ciertas patologías que afectan en la infancia, además brinda beneficios a la madre sobre su salud física y emocional, crea lazos afectivos con su hijo, finalmente contribuye a mejorar la economía de la familia y a proteger el medio ambiente. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Para tener clara la definición de “exclusividad”, la OMS define como lactancia materna exclusiva (LME) a la alimentación con leche procedente de los senos maternos de una madre o nodriza, sin percibir ningún otro alimento (líquidos ni sólidos). (Zendejas, 2013)

La leche materna se considera como el alimento ideal para el recién nacido, ya que es seguro, gratuito y se encuentra listo para consumirse; contiene anticuerpos que protegen a los infantes de enfermedades comunes, como la neumonía y diarrea, que son una de las principales causas de muerte en niños a escala mundial. (Zendejas, 2013)

Según OMS a nivel mundial el 35% de lactantes menores de 12 meses recibieron LME entre 0 a 4 meses y que el mayor porcentaje recibe algún tipo de alimento a edades tempranas. (Palafox, 2007)

ENSANUT-ECU obtuvo algunos datos que no difieren en su mayoría a los obtenidos a nivel mundial, (menos de la mitad de lactantes entre 0 a 6 meses reciben alimentación exclusiva con LM). También estos datos nos indican que el 54.6% de los niños fueron favorecidos con el apego precoz, los que no iniciaron con lactancia materna durante la primera hora corresponde al 32% y el 14% de ellos iniciaron después de las 24 horas. (Freire, 2012)

2. Marco Teórico

“La lactancia materna ofrece a los lactantes el mejor comienzo posible en la vida”, actúa como la primera vacuna del niño, ya que les protege contra enfermedades potencialmente mortales y les ofrece todo el alimento que necesitan para sobrevivir y prosperar”. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

La OMS, la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), recomiendan la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida del menor. Esta práctica contribuye a prevenir cada año un millón y medio de muertes infantiles, cubre el 99% de los requerimientos calóricos y nutricionales diarios hasta los 4 meses de vida, 88% al sexto mes, y 33% hacia los 12 meses de edad. (Asociación españolas de Pediatría, 2010) (Zendejas, 2013)

2.1 Beneficios

La base de la alimentación en el niño es la LM ya que aporta nutrientes para los lactantes durante los primeros seis meses de vida, que luego debe implementarse a ella paulatinamente alimentos sólidos y líquidos acorde a la edad. (Schanler, 2018)

Aproximadamente 1 litro de leche materna contiene 750 kcal, si una madre es sana y con adecuada nutrición, va a satisfacer al lactante en sus necesidades nutricionales. (Huang,

2016)

Existe un efecto protector en lactantes que recibieron LME, presentando disminución del riesgo de muerte en comparación con los que no la recibieron. Los lactantes menores de 6 meses que no fueron amamantados tenían un aumento de mortalidad en comparación con los que si recibieron LM 3,5 veces (niños) y 4.1 veces (niñas). Se puede evitar tanto muertes maternas e infantiles (20000 muertes maternas y 823 000 muertes de infantes) solamente con su implementación. (Victora, 2016)

Las ventajas inmunológicas son bien documentadas hasta los primeros 6 meses de vida, además de la protección frente a muchos patógenos que se alarga hasta los 2 años. (Anna Pol-Pons, 2016)

2.1.1 Beneficios directos

Existen beneficios directos de la leche materna como mejorar la función gastrointestinal, aumentar las defensas del huésped y prevención de varias enfermedades agudas. (Schanler, 2018).

- **Función gastrointestinal**

Algunos componentes de la leche humana estimulan el crecimiento, la madurez y la motilidad gastrointestinal, disminuye el riesgo de enterocolitis necrotizante y algunas infecciones gastrointestinales en un 64%, tiene un efecto protector residual hasta 2 meses posteriores al discontinuarla. (Brahm & Valdés, 2017).

- **Función Inmunológica**

Es un inmunomodulador a largo plazo, su consumo evita que se desarrolle enfermedades alérgicas, enfermedades digestivas crónicas, diabetes mellitus tipo 1 y ciertos linfomas. También la respuesta a vacunas aplicadas en la infancia son más altas (concentraciones

de anticuerpos neutralizantes para el polisacárido de Haemophilus influenza tipo b, vacuna del poliovirus oral y toxoide de la difteria) (Goldman, 2007).

La colonización intestinal neonatal está asociada con especies de Bifidobacteria y Lactobacillus en lugar de las bacterias enteropatógenas potenciales, como los Estreptococos y Escherichia coli (Schanler, 2018)

- **Obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes**

Existe una reducción en la tasa de obesidad (15 a 30%) en adolescentes y adultos que fueron alimentados por LM. La duración de la lactancia es inversamente proporcional con el riesgo de sobrepeso. Por cada mes de lactancia extra disminuye un 4% de sobrepeso. (Brahm & Valdés, 2017)

La presión arterial (PA) disminuye aproximadamente 1.5 mmHg de PA sistólica y 0,5 mmHg de PA diastólica en adultos que recibieron LM en la infancia (Brahm & Valdés, 2017)

Al no amamantar a los niños existe un riesgo de 33% de desarrollar diabetes en los primeros 20 años de vida, en comparación con los que sí fueron amamantados. También existe una reducción de desarrollar Diabetes Mellitus I de hasta del 30%. (Brahm & Valdés, 2017)

2.2 Pasos para una lactancia exitosa

Para alcanzar una la LM exitosa, la OMS en asociación con UNICEF siguieren 10 pasos: (Schanler, 2018) (Potak, 2018):

1. Comunicar de manera rutinaria a todo el personal la política escrita sobre lactancia materna. (Potak, 2018)

2. Capacitación de todo el personal que está cercano a la madre que inicia el proceso de lactancia, en las habilidades suficientes para el apoyo de LM. (Potak, 2018)
3. Informar los beneficios a todas las mujeres embarazadas y promover el manejo de lactancia materna. (Potak, 2018)
4. Ayudar en el comienzo del amamantamiento a las madres durante la primera hora después del parto. (Potak, 2018)
5. Indicar a las madres cómo amamantar y mantener la lactancia, incluso si están separadas de sus bebés. (Potak, 2018)
6. Los recién nacidos no recibirán nada más que leche materna a menos que exista indicación médica. (Potak, 2018)
7. Permitir el alojamiento conjunto en todo momento. (Rojas, 2017)
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda. (Potak, 2018)
9. No dar chupones ni biberones artificiales al niño. (Potak, 2018)
10. Incentivar la formación de grupos de apoyo para lactancia materna. (Potak, 2018)

2.3 Causas de abandono

Se ha documentado que 9 de cada 10 niños/as abandonan la lactancia materna exclusiva antes de los 4 meses de edad, 7 de cada 10 madres la cambian por leches de fórmulas (una décima parte con la leche de vaca entera y algunos alimentos sólidos). La edad materna es un factor importante a la hora de amamantar, a menor edad hay mayor probabilidad de abandono temprano. Existe una percepción de una inadecuada producción de leche, aparente rechazo del lactante y las actividades laborales usuales de la madre. En las madres adolescentes la causa de abandono es la poca a nula intención de dar de amamantar y para

las mujeres que sobrepasan los 30 años es la condición de salud materno-infantil.(
Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2014; López, 2013)

2.4 Factores que influyen en la lactancia

Varios factores influyen en la lactancia materna, a estos se los puede agrupar en varios grupos:

Sociales – Culturales

A favor

- Mayor nivel de instrucción
- Mayor edad de la madre
- Formar parte de una familia pequeña

En contra

- Instrucción educativa baja
- Embarazos tempranos
- Residencia urbana
- Vergüenza de amamantar en público

Económicos

A favor

- Barata
- No empleo de recurso económicos para compra de sustitutos

En contra

- Cumplir con actividades laborales

Psicológicos

- Formación de redes de apoyo
- Lactancia materna culturalmente aceptada
- Experiencias previas positivas

2.5 Políticas Internacionales

Dentro de la planificación de estrategias a nivel mundial para fomentar a la lactancia materna se establece varias políticas mundiales:

- “En 1991 la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) lanzaron la estrategia “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños” (IHAN) para ayudar a Hospitales, Servicios de Salud y Salas de Maternidad a adoptar prácticas para la promoción, prevención, apoyo a la lactancia materna desde su inicio y mejorar las prácticas de alimentaciones en los lactantes” (Ministerio de Sanidad, Servicio Social e Igualdad de España, 2017).
- En el 2002 se elabora la Estrategia Mundial para la Alimentación del Niño Lactante y Pequeño, en donde se reafirman los objetivos fijados y se determina a la práctica de alimentación infantil como táctica para disminuir la morbimortalidad y la desnutrición en niños. Establece una guía para estimular la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y la lactancia materna continuada durante 2 años, apoyados con alimentación complementaria acorde a la edad”. (UNICEF Ecuador, 2012).
- “Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) creados para mejorar la salud materno infantil, establece trabajar a la par con los Gobiernos seccionales promoviendo una adecuada nutrición a través de la LME y una correcta alimentación complementaria hasta los 2 años”. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

- “Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) proponen combatir de raíz la causa de pobreza y suministrar recursos para el desarrollo de las poblaciones del mundo, tomando en cuenta a la LM como punto clave de bienestar en los primeros años de vida. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2016).
- Para el 2025 una de las metas a nivel mundial para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, fue alcanzar un 50% de lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses. (Organización Mundial de la Salud, 2019).

2.6 Políticas en el Ecuador

A partir del año 1995 en el Ecuador se propone organizar sistemas sociales para fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna en la familia y en la comunidad. En 1999 se inscribe en el Registro Oficial orgánico del gobierno del Ecuador el reglamento para la aplicación de esta ley, donde consta que las instituciones públicas y privadas deben implementar los 10 pasos para una lactancia exitosa; además, apoyar el establecimiento de Bancos de leche materna a nivel público y privado”. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2014)

La Ley orgánica de servicio público (LOSEP) estipula, como parte de un cuidado integral:

- “Cuidado del recién nacido (Art. 61 Reglamento) que otorga 2 horas diarias (continuo o fraccionado) hasta 12 meses después de terminar licencia maternidad. Ante el fallecimiento de la madre, el padre hará uso del resto del permiso” (Ministerio del Trabajo del Ecuador, 2015)
- “Licencia por maternidad y paternidad (Art. 27 – Art. 35 reglamento). Por maternidad: 12 semanas por el nacimiento (puede tomar 2 antes). Nacimiento múltiple 10 días adicionales. En caso de fallecimiento del niño o niña la madre no pierde licencia” (Ministerio del Trabajo del Ecuador, 2015)
 “Por paternidad: 10 días desde el nacimiento múltiple o cesárea, 5 días más ante nacimiento prematuro, 8 días más si el niño tiene una enfermedad degenerativa,

terminal, irreversible o discapacidad, 25 días por fallecimiento de la madre”. (Ministerio del Trabajo del Ecuador, 2015)

- En el 2016, el código del trabajo ratifica que la licencia de maternidad se cumplirá a los doce meses posparto, la cual podrá ser extendida por 1 sola ocasión, sin que sobrepase la fecha establecida”. (Ministerio del Trabajo del Ecuador, 2016). Se podrá extender esta licencia o permiso voluntariamente sin remuneración pero el trabajador no podrá ser objeto de despido intempestivo.“ (Ministerio del Trabajo del Ecuador, 2016)

2.7 Apego precoz.

Se lo define como el contacto piel a piel durante los primeros 30 minutos de vida donde se coloca al recién nacido desnudo en decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre inmediatamente tras el nacimiento. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)

Esta práctica basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el oído, el olfato, el calor y el olor. (Puig G, 2007).

Este permite implantar un nexo anticipado entre madre e hijo el que se lo considera intenso, duradero y favorecedor para la LM. Se basa en la capacidad que tiene una madre y su hijo de reconocerse como propios desde el nacimiento. El recién nacido que reconoce a su madre desde el nacimiento, logra de inmediato una seguridad absoluta y establece una relación armónica con su entorno. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)

Los lazos afectivos se consolidan y el RN empieza a buscar el pezón para la primera lactancia. (Hospital Vicente Corral Moscoso, 2018)

2.7.1 Método de apego precoz.

Se lo practican en algunos pasos sistemáticos que se inician una vez que el recién nacido ha salido del canal de parto y se confirma que está vivo. Se lo deja en esta situación por aproximadamente 30 a 40 minutos, proceso que es estrictamente vigilado por el personal médico de manera cercana (Caicedo, 2010).

Se expone a continuación los pasos que debe cumplir:

- Ubicar al RN desnudo en pronación, sobre el abdomen desnudo de la madre (piel a piel). (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)
- No secar las manos del recién nacido para facilitar su ascenso hacia el seno materno. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)
- Después del clampeo del cordón, se debe colocar al RN sobre el pecho desnudo de su madre. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)
- Siempre cubrir la espalda del RN y el pecho de la madre con una tela caliente y seco, colocar una gorra al recién nacido para evitar pérdidas de calor por cualquier mecanismo. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)
- Impulsar caricias y palabras de afecto por parte de la madre del RN. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)

2.7.2 Beneficios

Entre algunos de los grandes beneficios que conlleva el apego precoz tenemos:

- Adecuada regulación de temperatura del RN, durante el contacto piel a piel con la madre. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)
- Los RN nacen sin flora bacteriana propia, (esterilidad de la cavidad uterina). El contacto con la piel permite la colonización precoz del RN con la flora bacteriana

materna, evitando infecciones posteriores. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)

- El éxito de la lactancia materna depende directamente de la práctica de apego. El RN estimula a la madre a producir hormonas prolactina y oxitocina, que favorecen a la producción de leche y a la contracción del útero respectivamente. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)
- Permite formar lazos de amor que determinarán en gran medida la relación futura entre madre-hijo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)
- El vínculo precoz favorece al desarrollo de la autonomía del niño promoviendo mejor capacidad de adaptación. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010).

2.7.3 Condiciones

2.7.3.1 Condiciones del Recién nacido.

Se debe realizar en la sala de parto una valoración completa, que incluye: (Sota, 2014)

- Edad de gestación del RN.
- Respira o llora el RN
- Tono muscular adecuado (valoración de test de APGAR)

2.7.3.2 Condiciones desfavorables

Existen varios determinantes que impiden el apego piel a piel de manera inmediata después del nacimiento: (Sota, 2014)

- Deseo expreso de la madre de no tener contacto piel a piel.
- Compromiso del bienestar del RN
- Compromiso del estado materno.
- Patologías clínicas:

- Sufrimiento fetal agudo, presencia de Test de APGAR mayor o igual a 7
- Distrés respiratorio inmediato
- Depresión neonatal inesperada
- Líquido amniótico meconial (++/+++)
- Prematuridad (menor de 34 semanas de gestación o peso menos a 2000 gr)
- Anomalías congénitas
- Partos instrumentales
- Situaciones de riesgo social
- Fiebre intraparto
- Tuberculosis extra pulmonar activa materna

3. Marco Conceptual

- **Leche Materna:** es la secreción producida por las glándulas mamarias de la mujer. (Torre, 2015)
- **Calostro:** es la leche que se produce durante los primeros 2 o 3 días después del parto en poca cantidad durante el primer día, pero suficiente para los requerimientos del recién nacido. Su color es amarillento, es rico en minerales y vitaminas liposolubles A, E y K. (Clínicas de lactancia y desarrollo en hospitales , 2005)
- **Leche de Transición:** Es la leche producida desde el día 7 al 14 después del parto. (Clínicas de lactancia y desarrollo en hospitales , 2005)
- **Leche Madura:** Es la leche que se produce después de las primeras 2 semanas después del parto. (Clínicas de lactancia y desarrollo en hospitales , 2005)
- **Lactancia Materna:** es el proceso a través del cual el lactante se alimenta de leche materna. (Organizacion Mundial de la Salud, 2018)

- Lactancia Materna Exclusiva: es cuando el niño no ha recibido ningún alimento sólido ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros 6 meses de vida. (Clínicas de lactancia y desarrollo en hospitales , 2005)
- Apego Precoz: es la iniciación de la lactancia inmediatamente después del nacimiento y que se determina por el contacto piel con piel entre el niño y la madre, que sugiere un contacto ininterrumpido durante la primera hora. (Hospital Universitario de Canarias., 2004)

CAPÍTULO III

MÉTODOS

1. Hipótesis

Existen factores individuales y del sistema de salud que influyen en el inicio de la lactancia materna en el Hospital Alberto Correa Cornejo de la Parroquia Yaruquí durante año 2018.

2. Operacionalización de Variable

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Categoría	Tipo de Variable	Escala de medición	Indicador	Técnica	Instrumento
Identificar los factores que interviene en la duración de la lactancia materna exclusiva	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta una fecha o momento determinado	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en la que ingresa al estudio	Edad cronológica en años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 a 19 años ▪ 19 a 35 años ▪ Mayor a 35 años 	Cuantitativa	Discreta	Edad en años desde la fecha de nacimiento a la fecha de ingreso al estudio	Revisión de historia clínica	Matriz de Excel
	Etnia	Pueblo o nación. Comunidad humana que comparte una afinidad cultural que permite a sus integrantes identificarse entre sí.	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales.	Auto identificación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mestizo ▪ Indígena ▪ Afro ecuatorianos ▪ Blanco ▪ Montubio ▪ Otros 	Cualitativa	Nominal	Auto identificación	Revisión de historia clínica	Matriz de Excel
	Instrucción	Acción de instruir, enseñar, adoctrinar, comunicar, dar a conocer algo.	Conocimientos adquiridos que sigue un proceso.	Nivel escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin escolaridad ▪ Básica ▪ Bachillerato ▪ Superior 	Cualitativa	Nominal	Nivel de escolaridad	Revisión de historia clínica	Matriz de Excel

	Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esta.	Clase o condición legal a la que está sujeta una persona	Condición legal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soltera ▪ Casada ▪ Unión estable ▪ Otro 	Cualitativa	Nominal	Determinación social	Revisión de historia clínica	Matriz de Excel
	Alfabetismo	Cualidad o estado de las personas que saben leer y escribir.	Cualidad o estado de las personas que saben leer y escribir.	Saber leer y escribir	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Cualitativa	Nominal	Instrucción educativa	Revisión de historia clínica	Matriz de Excel

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Categoría	Tipo de Variable	Escala de medición	Indicador	Técnica	Instrumento
Determinar la prevalencia de las prácticas integradas a la atención del parto en el Hospital General Docente de Calderón en el año 2017.	Gesta previa	Embarazos anteriores	Embarazos anteriores	Gestación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 ▪ 2 ▪ 3 ▪ Mayor a 3 	Cuantitativa	Discreta	Número de gestas	Revisión de historia clínica	Matriz de Excel
	Edad gestacional	Término que describe que tan avanzado está el embarazo.	Tiempo transcurrido entre la concepción y el nacimiento	Gestación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menor de 32 semanas ▪ 32-34 ▪ 34-37 ▪ 37-41 ▪ Mayor a 41 semanas 	Cuantitativa	Discreta	Edad estimada por examen físico	Revisión de historia clínica	Matriz de Excel
	Embarazo múltiple o único	Único: Desarrollo un único feto. Múltiple: Desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos	Periodo comprendido entre la fecundación del óvulo hasta el momento del parto de uno o más fetos.	Período de gestación simple o múltiple.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 feto ▪ 2 o más 	Cuantitativa	Discreta	Ecografía	Revisión de historia clínica	Matriz de Excel

	Morbilidad materna	Lesión o incapacidad que ocurre durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores al parto.	Complicación que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio.	Determinación de morbilidad materna	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Cualitativa	Nominal	Tasa de morbilidad	Revisión de historia clínica	Matriz de Excel
	Morbilidad neonatal	Lesión o incapacidad que ocurre en el periodo neonatal.	Complicación que ocurre desde el nacimiento hasta los 28 días de nacido.	Determinación de morbilidad neonatal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Cualitativa	Nominal	Tasa de morbilidad	Revisión de historia clínica	Matriz de Excel
Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Categoría	Tipo de Variable	Escala de medición	Indicador	Técnica	Instrumento
Determinar la prevalencia de las prácticas integradas a la atención del parto en el Hospital General Docente de Calderón en el año 2017.	Tipo de parto	Proceso que provoca la salida del feto desde el interior de útero a la vida extrauterina.	Atención de la gestante durante el proceso que causa la salida del feto a la vida extrauterina.	Determinación del tipo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parto espontáneo ▪ Cesárea 	Cualitativa	Nominal	Parto cefalovaginal o cesárea	Revisión de historia clínica	Matriz de Excel

	Planificación Familiar	Conjunto de prácticas utilizadas por la mujer o la pareja orientadas al control de la reproducción.	Aplicación de métodos anticonceptivos para el control de la reproducción.	Determinación del uso de métodos anticonceptivos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Cualitativa	Nominal	Acceso a métodos de planificación.	Revisión de historias clínicas	Matriz de Excel
	Número de controles	Acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a prevenir, diagnosticar y tratar factores que pueden condicionar la morbilidad materno fetal	Acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a prevenir, diagnosticar y tratar factores que pueden condicionar la morbilidad materno fetal	Determinación de número de controles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0-3 ▪ 4-9 ▪ Más de 9 	Cuantitativa	Discreta	Acceso a controles prenatales	Revisión de historias clínicas	Matriz de Excel
	Preparación para el parto	Acciones o técnicas que preparan a la gestante para el momento del parto.	Acciones o técnicas que preparan a la gestante para el momento del parto.	Determinación de número de sesiones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Cualitativa	Nominal	Acceso a sesiones de preparación del parto	Revisión de historias clínicas	Matriz de Excel
	Consejería de lactancia materna	Sesiones individualizadas cuyo objetivo es el seguimiento del proceso de amamantamiento.	Consejería que pretende aclarar dudas y corregir irregularidades durante el periodo de lactancias.	Determinación de número de sesiones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Cualitativa	Nominal	Acceso a consejería de lactancia	Revisión de historias clínicas	Matriz de Excel

	Acompañante durante el parto	Persona que asiste a la gestante en calidad de apoyo durante el trabajo de parto.	Persona que asiste a la gestante en calidad de apoyo durante el trabajo de parto.	Accesibilidad al proceso del parto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ no 	Cualitativa	Nominal	Accesibilidad al proceso del parto	Revisión de historias clínicas	Matriz de Excel
	Posición del parto	Diferentes posiciones que adopta una mujer durante el parto	Diferentes posiciones que adopta una mujer durante el parto	Elegibilidad de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentada ▪ Cuclillas ▪ Acostada 	Cualitativa	Nominal	Elegibilidad de la paciente	Revisión de historias clínicas	Matriz de Excel

	Período inter genésico	Tiempo que va desde el nacimiento de un hijo hasta el siguiente embarazo.	Periodo que transcurre desde un parto al siguiente embarazo	Cronología entre dos embarazos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos de 1 años ▪ Mayor de 1 años 	Cualitativa	Nominal	Elección de la pareja	Revisión de historia clínica	Matriz de Excel
	Apego precoz	Es la iniciación de la lactancia inmediatamente después del nacimiento y que se determina por el contacto piel con piel entre el niño y la madre, que sugiere un contacto ininterrumpido durante la primera hora	Se determina por el contacto piel con piel entre el niño y la madre, que sugiere un contacto ininterrumpido durante la primera hora	Estimulación para el apego precoz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Cualitativa	Nominal	Periodo posparto cumple las condiciones	Revisión de historias clínicas	Matriz de Excel

	Lactancia precoz	Inicio temprano de la lactancia materna: Proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento	Es la iniciación de la lactancia inmediatamente después del nacimiento y que se	Estimulación para lactancia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SI ▪ NO 	Cualitativa	Nominal	Periodo posparto cumplen las condiciones	Revisión de Historias Clínicas	Matriz de Excel
	Clampeo oportuno del cordón umbilical	Es el pinzamiento y corte del cordón umbilical, que se realiza en los primeros 60 segundos tras el parto	Es el pinzamiento y corte del cordón umbilical, que se realiza en los primeros 60 segundos tras el parto	Determinación del clampeo del cordón umbilical	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Cualitativa	Nominal	Cumple con las condiciones de Clampeo oportuno	Revisión de historias clínicas	Matriz de Excel

	Sexo del recién nacido	Son características biológicas y fisiológicas que definen a un hombre y una mujer	Son características biológicas y fisiológicas que definen a un hombre y una mujer	Determinación del sexo	Masculino femenino	Cualitativa	Nominal	Estimado por examen físico	Revisión de historias clínicas	Matriz de Excel
--	------------------------	---	---	------------------------	-----------------------	-------------	---------	----------------------------	--------------------------------	-----------------

3. Marco Metodológico

3.1 Tipo de estudio

Estudio epidemiológico, observacional, retrospectivo.

3.2. Técnicas o procesos de análisis

3.2.1. Fase 1: Permisos y Autorizaciones

Previo a la ejecución del presente proyecto de investigación se obtuvieron los permisos y autorizaciones correspondientes, por parte de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y del Hospital Alberto Correa Cornejo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador).

El protocolo de investigación se sometió a revisión por parte del tutor metodológico, luego se procedió a solicitar las autorizaciones necesarias a la Dirección del Distrito 17D09, cuyo documento fue adjuntado a la propuesta de proyecto de investigación.

Una vez admitidas las solicitudes para la realización del trabajo de investigación a las unidades correspondientes se remitió el protocolo de investigación al Subcomité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y se obtuvo aprobación del mismo.

3.2.2. Fase 2: Pre analítica y consentimiento informado

No se aplicó consentimiento informado ya que el análisis documental se lo realizó retrospectivamente a través de las historias clínicas que se encontraron en el archivo documental del Hospital Alberto Correa Cornejo.

3.2.3. Fase 3: Procesamiento

3.2.3.1. Recolección de datos.

Los datos fueron recolectados en el área de estadística del Hospital Alberto Correa Cornejo de cada una de las historias clínicas de las pacientes que fueron admitidas para la resolución de su parto.

La información obtenida se la subió a la plataforma de Google creada para este fin, para luego procesarla en el software estadístico SPSS Statistics 25.0 para su análisis y valoración.

3.2.4. Fase 4: Estadística

Para la validación de la hipótesis se utiliza el programa estadístico SPSS y se aplica la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Esta prueba permite decidir si se acepta la hipótesis k (muestras independientes) y si proceden de la misma población o de poblaciones idénticas con la misma mediana.

Para la correlación y asociación de variables se utilizó la prueba de Rho de Spearman, a partir de esta se puede determinar la dependencia o independencia de dos variables aleatorias.

3.2.4.1. Procesamiento de datos

La información se transcribió a una base de datos en Microsoft Excel, para luego procesarla en el software estadístico SPSS Statistics 25.0 para su análisis y valoración.

3.2.4.2. Análisis y valoración de los datos

Para el análisis de los datos obtenidos por cada variable de estudio se aplicó estadística descriptiva, y se agruparon variables de la siguiente manera:

La variable edad materna de la siguiente manera:

- Menores de 15 años
- 15 a 19 años
- 19 a 35 años
- Mayor a 35 años

Se agrupó la variable Etnia materna en:

- Mestizo
- Indígena
- Afro ecuatorianos
- Blanco
- Montubio
- Otros

Se agrupó la variable instrucción materna en:

- Sin escolaridad
- Básica
- Bachillerato
- Superior

Se agrupó la variable Estado civil en:

- Soltera
- Casada
- Unión estable

- Otro

Se agrupó la variable Alfabetismo en:

- Si
- No

Se agrupó la variable Gesta previa en:

- No aplica
- 1
- 2
- 3
- Mayor a 3, especificar número

Se agrupó la variable Edad gestacional en:

- Menor de 32 semanas
- 32-34 semanas
- 34-37 semanas
- 37-41 semanas
- Mayor a 41 semanas

Se agrupó la variable Embarazo múltiple o único en:

- 1 feto
- 2 o más

Se agrupó la variable Morbilidad materna en:

- Si
- No

Se agrupó la variable Morbilidad neonatal en:

- Si
- No

Se agrupó la variable Tipo de parto en:

- Parto espontáneo
- Cesárea

Se agrupó la variable Planificación familiar en:

- Si
- No

Se agrupó la variable Número de controles en:

- 0-3
- 4-9
- Más de 9

Se agrupó la variable Preparación para el parto en:

- Si
- No

Se agrupó la variable Consejería de lactancia materna en:

- Si
- No

Se agrupó la variable Acompañante durante el parto en:

- Si
- No

Se agrupó la variable Posición del parto en:

- Sentada
- Cuclillas
- Acostada
- Arrodillada
- De pie

Se agrupó la variable Período inter genésico en:

- No aplica
- Menos de 1 años
- Mayor de 1 años

Se agrupó la variable Apego precoz en:

- Si
- No

Se agrupó la variable lactancia precoz en:

- Si
- No

Se agrupó la variable Clampeo oportuno del cordón umbilical en:

- Si
- No

Se agrupó la variable Sexo del recién nacido en:

- Masculino
- Femenino

3.3. Muestra

La muestra fue tomada a través de la revisión 440 historias clínicas perinatales de mujeres que acudieron al hospital Alfredo Correa Cornejo para atención de su parto, que fueron seleccionadas bajo criterios de inclusión y exclusión, durante el período comprendido entre enero y diciembre del año 2018.

3.3.1. Universo de estudio

Se revisaron 720 historias clínicas de pacientes que ingresaron al Hospital Alberto Correa Cornejo para ser atendidas el parto durante el 2018, de las cuales 440 fueron elegibles.

3.3.2. Muestreo

Se escogió la muestra por conveniencia, se trabajó con 440 historias clínicas elegibles durante el año 2018.

3.4. Criterios de selección

3.4.1. Criterios de inclusión

- a. Historias clínicas con el formulario 051 con registro completo de datos.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Reportes incompletos del formulario 051

3.5. Aspectos Bioéticos

Confidencialidad

Se garantizó la confidencialidad de la información tomada de las historias clínicas que se incluyeron en el presente estudio, se omitieron nombres, direcciones, contactos telefónicos, direcciones electrónicas.

Anonimización de los datos

Se mantuvo la anonimización de los datos de las pacientes, por lo que no se tomaron en cuenta los números de historias clínicas ni nombres de las pacientes.

Uso exclusivo de la información

La información obtenida en la recolección y análisis estadístico de datos, solamente se utilizó para el presente proyecto de investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

1. Generalidades

Durante el periodo de estudio enero a diciembre de 2018, se identificaron un total de 720 historias clínicas perinatales de pacientes que fueron atendidas por inicio de labor de parto en el Hospital Alberto Correa Cornejo. Fueron elegibles 440 historias (61.11%), fueron excluidas (38.89%) principalmente por registro deficiente. Al verificar las historias clínicas se evidenció que el dato relacionado con el apego piel a piel y la lactancia materna inmediata coinciden en el registro dicotómico al 100%

2. Análisis Univariar

ANÁLISIS DE PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA Y FACTORES DEMOGRÁFICOS

Tabla 1. Características generales del grupo de estudio acorde al apego precoz y lactancia inmediata

		Apego precoz/Lactancia inmediata n= 440			
		SI n=355 (80.68%)		NO n=85 (19.32%)	
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna
EDAD MATERNA	19 a 35	273	76.9%	69	81.2%
	15 a 19	57	16.1%	10	11.8%
	Mayores a 35	21	5.9%	5	5.9%
	Menores a 15	4	1.1%	1	1.2%
ETNIA	Afroecuatorianos	4	1.1%	2	2.4%
	Blanco	4	1.1%	0	0.0%
	Indígena	16	4.5%	6	7.1%
	Mestizo	330	93.0%	74	87.1%

	Montubio	0	0.0%	2	2.4%
	Mulato	0	0.0%	1	1.2%
	Otros	1	0.3%	0	0.0%
INSTRUCCIÓN	Básica	151	42.5%	34	40.0%
	Bachillerato	150	42.3%	41	48.2%
	Superior	49	13.8%	9	10.6%
	Sin escolaridad	5	1.4%	1	1.2%
ESTADO CIVIL	Casada	98	27.6%	26	30.6%
	Divorciada	1	0.3%	0	0.0%
	Soltera	111	31.3%	16	18.8%
	Unión estable	145	40.8%	43	50.6%

Fuente: Estadísticas del Hospital

Elaborado por: Pérez, Andrés (2019)

En relación con los factores demográficos se encuentra una prevalencia mayor relacionada con el inicio de lactancia materna en el grupo de edad de 19 a 35 años de edad en un 76,9%; en la etnia mestiza en un 93%; la instrucción que prevalece con el grupo que inicio lactancia materna fue bachillerato con un 42,3% y finalmente el estado civil prevalente es la unión estable en un 40,8.

ANÁLISIS DE PREVALENCIA DE DATOS FACTORES DEL SISTEMA Y APEGO PRECOZ Y LACTANCIA INMEDIATA CON:
EDAD MATERNA

Tabla 2. Relación entre Factores del sistema – Apego precoz/Lactancia inmediata – Edad materna

				Tipo de parto		Planificación familiar		Número de controles			Preparación para el parto		Consejería de lactancia materna		Acompañante durante el parto		Posición del parto					Período inter genésico		
				Cesárea	Parto espontáneo	NO	SI	0-3	4-9	Más de 9	No	Si	No	Si	No	Si	Acostada	Arrodillada	Cuclillas	De pie	Sentada	Mayor de 1 años	Menos de 1 años	No aplica
				12.80%	87.20%	78.5%	21.5%	15.7%	69.4%	10.9%	16.2%	83.8%	13.7%	86.3%	17.1%	82.9%	13.2%	0.6%	3.9%	.5%	81.7%	55.9%	5.3%	38.8%
EDAD MATERNA	19 a 35	Apego precoz	Si	3.9%	58.2%	48.4%	13.6%	10.2%	43.4%	8.4%	9.1%	53.0%	6.1%	55.9%	5.9%	56.1%	3.4%	.2%	2.7%	.5%	55.2%	37.3%	3.9%	20.9%
			No	6.8%	8.9%	11.6%	4.1%	2.5%	12.3%	.9%	3.6%	12.0%	3.6%	12.0%	8.4%	7.3%	7.5%	.2%	.5%	0.0%	7.5%	11.1%	.2%	4.3%
	15 a 19	Apego precoz	Si	.2%	12.7%	10.7%	2.3%	1.1%	10.7%	1.1%	1.6%	11.4%	2.0%	10.9%	.2%	12.7%	.2%	.2%	.7%	0.0%	11.8%	1.8%	.5%	10.7%
			No	.7%	1.6%	2.0%	.2%	.7%	1.1%	.5%	.5%	1.8%	.5%	1.8%	.7%	1.6%	.7%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	.5%	.5%	1.4%
	Mayores a 35	Apego precoz	Si	.2%	4.5%	3.9%	.9%	.5%	4.3%	0.0%	.7%	4.1%	.7%	4.1%	.9%	3.9%	.5%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%	4.3%	.2%	.2%
		No	.9%	.2%	.9%	.2%	0.0%	1.1%	0.0%	.7%	.5%	.7%	.5%	.9%	.2%	.9%	0.0%	0.0%	0.0%	.2%	.9%	0.0%	.2%	
Menores a 15	Apego precoz	Si	0.0%	.9%	.9%	0.0%	.5%	.5%	0.0%	0.0%	.9%	0.0%	.9%	0.0%	.9%	0.0%	0.0%	0.0%	.9%	0.0%	0.0%	0.0%	.9%	
		No	0.0%	.2%	0.0%	.2%	.2%	0.0%	0.0%	0.0%	.2%	0.0%	.2%	0.0%	.2%	0.0%	0.0%	0.0%	.2%	0.0%	0.0%	0.0%	.2%	

Fuente: Estadísticas del Hospital
Elaborado por: Pérez, Andres (2019)

En relación con la edad materna y los factores del sistema en el grupo de edad de 19 a 35 años, quienes recibieron su parto espontáneamente tuvieron apego en un 58,2% ; en relación con la planificación familiar quienes no la recibieron tuvieron mejor apego 48,4%; el número de controles 4 a 9, también incidió en el apego en un 43,4%; quienes acudieron a preparación de parto 53% de mujeres tuvieron apego; de la que recibieron consejería de lactancia materna 55,9% tuvieron apego; de las que estuvieron con acompañante durante el parto el 56,1% tuvo apego, la mayor parte que practicaron el parto sentadas tuvo apego en un 55,2% y, el periodo intergenésico mayor de 1 año en 37,3% tuvo apego precoz.

ETNIA

Tabla 3. Factores del sistema – Apego precoz/Lactancia inmediata – Etnia

				Tipo de parto		Planificación familiar		Número de controles			Preparación para el parto		Consejería de lactancia materna		Acompañante durante el parto		Posición del parto					Período inter genésico		
				Cesárea	Parto espontáneo	NO	SI	0-3	4-9	Más de 9	No	Si	No	Si	No	Si	Acostada	Arrodillada	Cuclillas	De pie	Sentada	Mayor de 1 años	Menos de 1 años	No aplica
				12.7%	87.3%	77.8%	22.2%	15.7%	73.0%	10.9%	16.2%	83.8%	13.7%	86.3%	17%	83%	13.2%	0.7%	3.9%	0.5%	81.7%	56%	5.2%	38.8%
ETNIA	Afroecuatoriano	Apego Si	0.0%	.9%	.9%	0.0%	0.0%	.7%	.2%	0.0%	.9%	0.0%	.9%	0.0%	.9%	0.0%	0.0%	.7%	.7%	0.0%	.2%			
		precoz No	.5%	0.0%	.2%	.2%	0.0%	.5%	0.0%	0.0%	.5%	0.0%	.5%	0.0%	.5%	0.0%	0.0%	0.0%	.5%	0.0%	0.0%			
	Blanco	Apego Si	0.0%	.9%	.9%	0.0%	.5%	.5%	0.0%	0.0%	.9%	0.0%	.9%	0.0%	.9%	0.0%	0.0%	.9%	.2%	.7%	0.0%			
		precoz No	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			
	Indígena	Apego Si	.2%	3.4%	3.0%	.7%	1.1%	2.5%	0.0%	1.4%	2.3%	.7%	3.0%	.7%	3.0%	.7%	0.0%	.2%	0.0%	2.7%	1.8%			
		precoz No	.2%	1.1%	.9%	.5%	.2%	1.1%	0.0%	.7%	.7%	.5%	.9%	.2%	1.1%	.2%	.2%	0.0%	.9%	1.4%	0.0%			
	Mestizo	Apego Si	4.1%	70.9%	59.1%	15.9%	10.5%	55.2%	9.3%	10.0%	65.0%	8.0%	67.0%	6.1%	68.9%	3.4%	.5%	3.0%	.5%	67.7%	40.5%			
		precoz No	7.5%	9.3%	13.0%	3.9%	3.0%	12.7%	1.1%	3.9%	13.0%	4.1%	12.7%	9.1%	7.7%	8.2%	0.0%	.5%	0.0%	8.2%	10.2%			
	Montubio	Apego Si	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			
		precoz No	.2%	.2%	.2%	.2%	.2%	.2%	0.0%	.2%	.2%	.2%	.2%	.2%	.2%	.2%	0.0%	0.0%	.2%	.5%	0.0%			
	Mulato	Apego Si	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			
		precoz No	0.0%	.2%	.2%	0.0%	0.0%	0.0%	.2%	0.0%	.2%	0.0%	.2%	0.0%	.2%	0.0%	0.0%	0.0%	.2%	0.0%	0.0%			
	Otros	Apego Si	0.0%	.2%	0.0%	.2%	.2%	0.0%	0.0%	0.0%	.2%	.2%	0.0%	.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	.2%	.2%	0.0%			
		precoz No	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			

Fuente: Estadísticas del Hospital

Elaborado por: Pérez, Andres (2019)

En relación con la etnia y los factores del sistema, el grupo con mayor apego fueron las mestizas al relacionarlas con todas las variables como el parto espontáneo 70,9%; de esta pacientes quienes optaron por el parto sentada 67,7%, el no haber realizado planificación familiar 59,1%; las que fueron a 4 a 9 controles el 55.2%, quienes recibieron tanto preparación para el parto 65% y así como consejería en lactancia 67%, quienes tuvieron acompañante en el parto 68,9% y un periodo intergenésico mayor a un año 40,5%.

INSTRUCCIÓN

Tabla 4. Factores del sistema – Apego precoz/Lactancia inmediata – Instrucción

				Tipo de parto		Planificación familiar		Número de controles			Preparación para el parto		Consejería de lactancia materna		Acompañante durante el parto		Posición del parto					Período inter genésico		
				Cesárea	Parto espontáneo	NO	SI	0-3	4-9	Más de 9	No	Si	No	Si	No	Si	Acostada	Arrodillada	Cuclillas	De pie	Sentada	Mayor de 1 años	Menos de 1 años	No aplica
				12.5%	87.5%	78.3%	21.7%	15.6%	73.12%	11.3%	16.2%	83.8%	13.7%	86.3%	17.3%	82.7%	13%	0.6%	4%	0.5%	86.4.4%	57.7%	5.3%	40.6%
INSTRUCCIÓN	Básica	Apego	Si	1.1%	33.2%	28.6%	5.7%	5.2%	26.1%	3.0%	6.6%	27.7%	6.6%	27.7%	3.2%	31.1%	1.1%	.2%	1.1%	0.0%	31.8%	19.5%	1.4%	13.4%
		precoz	No	4.5%	3.2%	5.9%	1.8%	2.3%	5.2%	.2%	3.0%	4.8%	3.2%	4.5%	4.8%	3.0%	4.5%	0.0%	0.0%	0.0%	3.2%	5.7%	.5%	1.6%
	Bachillerato	Apego	Si	2.0%	32.0%	26.6%	7.5%	4.5%	25.0%	4.5%	3.9%	30.2%	1.8%	32.3%	2.7%	31.4%	1.8%	0.0%	1.4%	.5%	30.5%	19.1%	1.4%	13.6%
		precoz	No	2.7%	6.6%	6.6%	2.7%	1.1%	7.3%	.9%	1.6%	7.7%	1.4%	8.0%	4.1%	5.2%	3.4%	0.0%	.5%	0.0%	5.5%	5.7%	.2%	3.4%
	Superior	Apego	Si	1.1%	10.0%	7.5%	3.6%	1.6%	7.5%	2.0%	.7%	10.5%	.5%	10.7%	1.1%	10.0%	1.1%	0.0%	.5%	0.0%	9.5%	3.9%	1.8%	5.5%
		precoz	No	1.1%	.9%	1.8%	.2%	0.0%	1.8%	.2%	0.0%	2.0%	.2%	1.8%	1.1%	.9%	1.1%	0.0%	0.0%	.9%	.9%	.9%	0.0%	1.1%
	Sin escolaridad	Apego	Si	0.0%	1.1%	1.1%	0.0%	.9%	.2%	0.0%	.2%	.9%	0.0%	1.1%	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%	.5%	0.0%	.5%	.9%	0.0%	.2%
		precoz	No	0.0%	.2%	.2%	0.0%	0.0%	.2%	0.0%	.2%	0.0%	0.0%	.2%	0.0%	.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	.2%	0.0%	0.0%	0.0%

Fuente: Estadísticas del Hospital

Elaborado por: Pérez, Andrés (2019)

Al analizar la prevalencia entre la instrucción y los factores del sistema, se observa que las pacientes bachilleres fueron quienes tuvieron mejor apego precoz, al cruzar estas variable con parto espontáneo 32%, planificación familiar 26.6%, controles de 4 a 9 25%, preparación para el parto 30,2%, consejería de lactancia 32,3%, acompañamiento 31,4%, posición sentada 30,5% y período intergenésico mayor a un año 19,1%.

ESTADO CIVIL

Tabla 5. Factores del sistema – Apego precoz/Lactancia inmediata – Estado civil

			Tipo de parto		Planificación familiar		Número de controles			Preparación para el parto		Consejería de lactancia materna		Acompañante durante el parto		Posición del parto					Período inter genésico				
			Cesárea	Parto espontáneo	NO	SI	0-3	4-9	Más de 9	No	Si	No	Si	No	Si	Acostada	Arrodillada	Cuclillas	De pie	Sentada	Mayor de 1 años	Menos de 1 años	No aplica		
			12.6%	87.4%	78.5%	21.5%	15.7%	73.4%	10.9%	16%	84%	13.7%	86.3%	17.1%	82.9%	13.2%	0.6%	3.8%	0.4%	82%	55.8%	5.3%	38.9%		
ESTADO CIVIL	Casada	Apego precoz	Si	2.0%	20.2%	16.4%	5.9%	3.2%	16.1%	3.0%	2.0%	20.2%	1.4%	20.9%	1.6%	20.7%	1.1%	.2%	.9%	0.0%	20.0%	14.5%	2.3%	5.5%	
		precoz	No	3.2%	2.7%	3.9%	2.0%	.7%	5.0%	.2%	1.1%	4.8%	.9%	5.0%	3.6%	2.3%	3.4%	.2%	.2%	0.0%	2.0%	5.0%	0.0%	.9%	
	Divorciada	Apego precoz	Si	0.0%	.2%	0.0%	.2%	0.0%	.2%	0.0%	0.0%	.2%	0.0%	.2%	0.0%	.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	.2%	0.0%	.2%	0.0%	0.0%
		precoz	No	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Soltera	Apego precoz	Si	.2%	25.0%	20.5%	4.8%	3.0%	18.2%	4.1%	3.4%	21.8%	3.2%	22.0%	1.4%	23.9%	.7%	0.0%	.7%	.2%	23.6%	7.7%	.5%	17.0%	
		precoz	No	1.6%	2.0%	3.2%	.5%	1.1%	2.3%	.2%	.9%	2.7%	.9%	2.7%	1.6%	2.0%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%	1.6%	.2%	1.8%	
Unión estable	Apego precoz	Si	2.0%	30.9%	27.0%	5.9%	6.1%	24.3%	2.5%	5.9%	27.0%	4.3%	28.6%	4.1%	28.9%	2.3%	.2%	1.8%	.2%	28.4%	21.1%	1.6%	10.2%		
	precoz	No	3.6%	6.1%	7.5%	2.3%	1.6%	7.3%	.9%	2.7%	7.0%	3.0%	6.8%	4.8%	5.0%	4.1%	0.0%	.2%	0.0%	5.5%	5.9%	.5%	3.4%		

Fuente: Estadísticas del Hospital

Elaborado por: Pérez, Andrés (2019)

Al analizar la prevalencia entre estado civil y los factores del sistema, se observa que la unión estable es quien tuvo mejor apego, en relación con el tipo de parto en un 30,9%; quienes no realizaron planificación familiar 27%; número de controles de 4 a 9, 24,3%, se prepararon para el parto y recibieron consejería de lactancia el 27% y el 28,6% respectivamente; acompañante durante el parto 28,9%; posición del parto sentada en un 28,4%, finalmente, el periodo intergenésico mayor a 1 año en un 21,1%.

ALFABETISMO

Tabla 6. Factores del sistema – Apego precoz/Lactancia inmediata – Alfabetismo

				Tipo de parto		Planificación familiar		Número de controles			Preparación para el parto		Consejería de lactancia materna		Acompañante durante el parto		Posición del parto					Período inter genésico		
				Cesárea	Parto espontáneo	NO	SI	0-3	4-9	Más de 9	No	Si	No	Si	No	Si	Acostada	Arrodillada	Cuclillas	De pie	Sentada	Mayor de 1 años	Menos de 1 años	No aplica
				12.7%	87.3%	78.5%	21.5%	15.7%	73.5%	10.8%	16.1%	83.8%	13.6%	86.4%	17%	83%	13.2%	0.6%	4%	0.5%	81.8%	56%	5.2%	38.8%
ALFABETISMO	No	Apego	Si	0.0%	1.4%	1.4%	0.0%	.9%	.5%	0.0%	.2%	1.1%	0.0%	1.4%	0.0%	1.4%	0.0%	.2%	.5%	0.0%	.7%	1.1%	0.0%	.2%
		precoz	No	0.0%	.5%	.5%	0.0%	0.0%	.5%	0.0%	.5%	0.0%	.2%	.2%	.2%	.2%	0.0%	.2%	0.0%	0.0%	.2%	.5%	0.0%	0.0%
	SI	Apego	Si	4.3%	75.0%	62.5%	16.8%	11.4%	58.4%	9.5%	11.1%	68.2%	8.9%	70.5%	7.0%	72.3%	4.1%	.2%	3.0%	.5%	71.6%	42.3%	4.5%	32.5%
		precoz	No	8.4%	10.5%	14.1%	4.8%	3.4%	14.1%	1.4%	4.3%	14.5%	4.5%	14.3%	9.8%	9.1%	9.1%	0.0%	.5%	0.0%	9.3%	12.0%	.7%	6.1%

Fuente: Estadísticas del Hospital

Elaborado por: Pérez, Andrés (2019)

Al analizar la prevalencia entre alfabetismo y los factores del sistema, el grupo con alfabetismo presenta mayor apego, tipo de parto 75%; quienes no recibieron planificación familiar 62,5%; controles 4 a 9 58,4%, quienes se prepararon para el parto y recibieron consejería de lactancia 68,2% y 70,5%; acompañante durante el parto 72,3%; la posición del parto sentada 71,6%, periodo intergenésico mayor a 1 año 42,3%.

ANÁLISIS DE PREVALENCIA APEGO PRECOZ CON:

EDAD GESTACIONAL

Tabla 7. Factores individuales –Apego precoz/Lactancia inmediata – Edad gestacional

				GESTACIÓN PREVIA												EDAD GESTACIONAL								Embarazo múltiple o único		Morbilidad materna				Morbilidad neonatal					
				0		1		2		3		4		5		6		32-34		34-37		37-41		Mayor a 41 semanas		1 feto		NO		SI		NO		SI	
				N°	36.5%	N°	28.4%	N°	19.9%	N°	7.7%	N°	4%	N°	2.8%	N°	0.7%	N°	1%	N°	5.6%	N°	88.2%	N°	5.2%	N°	100%	N°	96.2%	N°	3.8%	N°	91.6%	N°	8.4%
EDAD GESTACIONAL	32-34	Apego precoz	Si	0	0.0%	0	0.0%	2	.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	.5%	0	0.0%	0	0.0%	2	.5%	2	.5%	0	0.0%	2	.5%	0	0.0%		
			No	1	.2%	1	.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	.5%	2	.5%	0	0.0%	1	.2%	1	.2%		
	34-37	Apego precoz	Si	4	.9%	11	2.5%	1	.2%	0	0.0%	2	.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	18	4.1%	18	4.1%	0	0.0%	17	3.9%	1	.2%		
			No	1	.2%	4	.9%	1	.2%	1	.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	1.6%	7	1.6%	0	0.0%	7	1.6%	0	0.0%				
	37-41	Apego precoz	Si	125	28.4%	79	18.0%	62	14.1%	23	5.2%	13	3.0%	10	2.3%	3	.7%	0	0.0%	0	0.0%	315	71.6%	0	0.0%	315	71.6%	305	69.3%	10	2.3%	301	68.4%	14	3.2%
			No	22	5.0%	23	5.2%	18	4.1%	6	1.4%	2	.5%	2	.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	73	16.6%	0	0.0%	73	16.6%	67	15.2%	6	1.4%	52	11.8%	21	4.8%
	Mayor a 41 semanas	Apego precoz	Si	8	1.8%	4	.9%	4	.9%	4	.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	20	4.5%	20	4.5%	19	4.3%	1	.2%	20	4.5%	0	0.0%
			No	0	0.0%	3	.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	.7%	3	.7%	0	0.0%	3	.7%	0	0.0%		

Fuente: Estadísticas del Hospital

Elaborado por: Pérez, Andrés (2019)

Al analizar la prevalencia entre la edad gestacional y los factores individuales, observamos que el grupo entre 37 a 41 semanas de gestación representan el 28.4% quienes no tuvieron gestas previas, fueron productos únicos con un 71.6%, y no se presentó morbilidad materna y neonatal con 69.3% y 68.4% respectivamente.

ETNIA

Tabla 8. Factores individuales – Apego precoz/Lactancia inmediata – Etnia

ETNIA				GESTACIÓN PREVIA												EDAD GESTACIONAL								Embarazo múltiple o único		Morbilidad materna				Morbilidad neonatal						
				0		1		2		3		4		5		6		32-34		34-37		37-41		Mayor a 41 semanas		1 feto		NO		SI		NO		SI		
				N°	36.6%	N°	28.4%	N°	20%	N°	7.8%	N°	3.8%	N°	2.7%	N°	0.7%	N°	1%	N°	5.6%	N°	88%	N°	5.3%	N°	100%	N°	96.1%	N°	3.9%	N°	91.7%	N°	8.3%	
Afroecuatoriano	Apego precoz	Si	0	0.0%	0	0.0%	2	.5%	1	.2%	0	0.0%	1	.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	.9%	0	0.0%	4	.9%	3	.7%	1	.2%	3	.7%	1	.2%
		No	0	0.0%	2	.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	.5%	0	0.0%	2	.5%	0	0.0%	2	.5%	0	0.0%	0	0.0%
Blanco	Apego precoz	Si	0	0.0%	4	.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	.9%	0	0.0%	4	.9%	4	.9%	0	0.0%	4	.9%	0	0.0%
		No	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Indígena	Apego precoz	Si	6	1.4%	4	.9%	1	.2%	2	.5%	3	.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	.5%	12	2.7%	2	.5%	16	3.6%	16	3.6%	0	0.0%	14	3.2%	2	.5%
		No	0	0.0%	3	.7%	0	0.0%	2	.5%	1	.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	.2%	5	1.1%	0	0.0%	6	1.4%	6	1.4%	0	0.0%	2	.5%	4	.9%		
Mestizo	Apego precoz	Si	131	29.8%	85	19.3%	66	15.0%	24	5.5%	12	2.7%	9	2.0%	3	.7%	2	.5%	16	3.6%	294	66.8%	18	4.1%	330	75.0%	320	72.7%	10	2.3%	318	72.3%	12	2.7%		
		No	23	5.2%	25	5.7%	18	4.1%	5	1.1%	1	.2%	2	.5%	0	0.0%	2	.5%	5	1.1%	64	14.5%	3	.7%	74	16.8%	69	15.7%	5	1.1%	56	12.7%	18	4.1%		
Montubio	Apego precoz	Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		No	0	0.0%	1	.2%	1	.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	.2%	1	.2%	0	0.0%	2	.5%	1	.2%	1	.2%	2	.5%	0	0.0%		
Mulato	Apego precoz	Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		No	1	.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	.2%	1	.2%	1	.2%	0	0.0%	1	.2%	0	0.0%		
Otros	Apego precoz	Si	0	0.0%	1	.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	.2%	1	.2%	1	.2%	0	0.0%	1	.2%	0	0.0%		
		No	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		

Fuente: Estadísticas del Hospital

Elaborado por: Pérez, Andrés (2019)

Al analizar la prevalencia entre etnia y los factores individuales, observamos que las mestizas que no tuvieron gestas previas tuvieron mejor apego en un 29,8%, que en las Mestizas con embarazo a término tuvieron apego en un 66.8%, además en esta misma población quienes tuvieron un feto único presentaron apego en el 75%, y no existe prevalencia en morbilidades maternas o neonatales (72.7% y 72.3%)

INSTRUCCIÓN

Tabla 9. Factores individuales –Apego precoz/Lactancia inmediata – Instruccional

				GESTACIÓN PREVIA												EDAD GESTACIONAL						Embaraz o múltiple o único		Morbilidad materna				Morbilidad neonatal								
				0		1		2		3		4		5		6		32-34		34-37		37-41		Mayor a 41 semanas	1 feto		NO		SI		NO		SI			
				N°	36.5 %	N°	28.3 %	N°	20 %	N°	7.8 %	N°	3.8 %	N°	2.7 %	N°	0.7 %	N°	1 %	N°	5.7 %	N°	8.8 %	N°	5.3 %	N°	100 %	N°	96.1 %	N°	3.9 %	N°	91.5 %	N°	8.5 %	
instrucción	Básica	Ape go	Si	5	12.7 %	2	6.1 %	3	6.8 %	1	3.9 %	9	2.0 %	1	2.3 %	2	.5%	0	0.0 %	6	1.4 %	13	30.0 %	1	3.0 %	15	34.3 %	14	33.2 %	5	1.1 %	14	32.7 %	7	1.6 %	
		prec oz	No	5	1.1 %	1	2.7 %	1	2.3 %	6	1.4 %	0	0.0 %	1	.2%	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	4	.9%	30	6.8 %	0	0.0 %	34	7.7 %	32	7.3 %	2	.5%	26	5.9 %	8
	Bachillero	Ape go	Si	5	12.7 %	5	11.6 %	3	7.3 %	8	1.8 %	3	.7%	0	0.0 %	0	0.0 %	2	.5 %	1	2.5 %	13	29.5 %	7	1.6 %	15	34.1 %	14	33.0 %	5	1.1 %	14	32.5 %	7	1.6 %	
		prec oz	No	1	3.2 %	1	3.6 %	8	1.8 %	1	.2%	1	.2%	1	0.0 %	2	.5 %	3	.7%	33	7.5 %	3	.7%	41	9.3 %	37	8.4 %	4	.9%	30	6.8 %	1	2.5 %			
	Superior	Ape go	Si	2	5.5 %	1	3.6 %	7	1.6 %	2	.5%	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	1	.2%	48	10.9 %	0	0.0 %	49	11.1 %	48	10.9 %	1	.2%	49	11.1 %	0	0.0 %	
		prec oz	No	5	1.1 %	3	.7%	1	.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	9	2.0 %	9	2.0 %	0	0.0 %	9	2.0 %	9	2.0 %	0	0.0 %	7	1.6 %	2	.5%	
	Sin escolaridad	Ape go	Si	1	.2%	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	3	.7%	0	0.0 %	1	.2%	0	0.0 %	0	0.0 %	5	1.1 %	0	0.0 %	5	1.1 %	5	1.1 %	0	0.0 %	4	.9%	1	.2%	
		prec oz	No	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	1	.2%	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	1	.2%	0	0.0 %	0	0.0 %	1	.2%	1	.2%	0	0.0 %	0	0.0 %	1	.2%	

Fuente: Estadísticas del Hospital

Elaborado por: Pérez, Andrés (2019)

Al analizar la prevalencia entre la instrucción y apego, se observa que el grupo de bachilleres, sin gestaciones previas, edad gestacional entre 37 y 41 semanas, parto único y sin morbilidad materno fetal, tuvieron mejor apego.

ESTADO CIVIL

Tabla 10. Factores individuales – Apego precoz/Lactancia inmediata – Estado civil

				GESTACION PREVIA												EDAD GESTACIONAL								Embaraz o múltiple o único		Morbilidad materna				Morbilidad neonatal					
				0		1		2		3		4		5		6		32-34		34-37		37-41		Mayor a 41 semanas	1 feto	NO		SI		NO		SI			
				N °	36.5 %	N °	28.3 %	N °	20.1 %	N °	7.8 %	N °	3.8 %	N °	2.8 %	N °	0.7 %	N °	1 %	N °	5.6 %	N °	88.2 %	N °	5.2 %	N °	100 %	N °	96.1 %	N °	3.9 %	N °	91.7 %	N °	8.3 %
ESTA DO CIVIL	Casada	Ape go	Si	2	5.0 %	2	5.2 %	3	8.0 %	1	3.2 %	3	.7%	0	0.0 %	1	.2%	2	.5 %	4	.9%	89	20.2 %	3	.7%	98	22.3 %	94	21.4 %	4	.9%	90	20.5 %	8	1.8 %
		prec oz	No	4	.9%	1	2.5 %	1	2.3 %	0	0.0 %	1	.2%	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	25	5.7 %	1	.2%	26	5.9 %	25	5.7 %	1	.2%	17	3.9 %	9	2.0 %		
	Divorci ada	Ape go	Si	0	0.0 %	1	.2%	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	1	.2%	0	0.0 %	0	0.0 %	1	.2%	1	.2%	0	0.0 %	1	.2%	0	0.0 %
		prec oz	No	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
	Soltera	Ape go	Si	7	16.8 %	1	3.9 %	1	3.0 %	2	.5%	3	.7%	2	.5%	0	0.0 %	0	0.0 %	4	.9%	98	22.3 %	9	2.0 %	11	25.2 %	11	25.2 %	0	0.0 %	11	25.0 %	1	.2%
		prec oz	No	8	1.8 %	5	1.1 %	1	.2%	2	.5%	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	2	.5%	14	3.2 %	0	0.0 %	16	3.6 %	16	3.6 %	0	0.0 %	13	3.0 %	3	.7%
Unión estable	Ape go	Si	4	9.3 %	5	12.0 %	2	4.8 %	1	2.5 %	2	2.0 %	8	1.8 %	2	.5%	0	0.0 %	9	2.0 %	12	29.1 %	8	1.8 %	14	33.0 %	13	31.4 %	7	1.6 %	13	31.6 %	6	1.4 %	
	prec oz	No	1	2.7 %	1	3.4 %	8	1.8 %	5	1.1 %	1	.2%	2	.5%	0	0.0 %	2	.5 %	5	1.1 %	34	7.7 %	2	.5%	43	9.8 %	38	8.6 %	5	1.1 %	33	7.5 %	1	2.3 %	

Fuente: Estadísticas del Hospital

Elaborado por: Pérez, Andrés (2019)

En relación con el estado civil y los factores individuales, las pacientes de unión estable con 1 gesta previa tuvieron apego en un 12%; las de edad gestacional entre 37 a 41 semanas el 29,1% tuvieron mejor apego, el 33% con embarazo único tuvo mejor apego, y las que no tuvieron morbilidad materno-fetal.

ALFABETISMO

Tabla 11. Factores individuales – Apego precoz/Lactancia inmediata – Alfabetismo

			GESTACIÓN PREVIA														EDAD GESTACIONAL								Embarazo múltiple o único		Morbilidad materna				Morbilidad neonatal			
			0		1		2		3		4		5		6		32-34		34-37		37-41		Mayor a 41 semanas		1 feto		NO		SI		NO		SI	
			N°	36.6%	N°	28.3%	N°	20%	N°	7.7%	N°	3.9%	N°	2.8%	N°	0.7%	N°	1%	N°	5.7%	N°	88.2%	N°	5.2%	N°	100%	N°	96.2%	N°	3.8%	N°	91.5%	N°	8.5%
ALFABETISMO	No	Apego Si	1	.2%	1	.2%	0	0.0%	0	0.0%	3	.7%	0	0.0%	1	.2%	0	0.0%	0	0.0%	6	1.4%	0	0.0%	6	1.4%	6	1.4%	0	0.0%	5	1.1%	1	.2%
		precoz No	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	.5%	0	0.0%	2	.5%	2	.5%	0	0.0%	1	.2%	1	.2%		
	SI	Apego Si	136	30.9%	93	21.1%	69	15.7%	27	6.1%	12	2.7%	10	2.3%	2	.5%	2	.5%	18	4.1%	309	70.2%	20	4.5%	349	79.3%	338	76.8%	11	2.4%	335	76.1%	14	3.2%
		precoz No	24	5.5%	31	7.0%	19	4.3%	7	1.6%	0	0.0%	2	.5%	0	0.0%	2	.5%	7	1.6%	71	16.1%	3	.7%	83	18.9%	77	17.5%	6	1.4%	62	14.1%	21	4.8%

Fuente: Estadísticas del Hospital

Elaborado por: Pérez, Andrés (2019)

En relación al alfabetismo y los factores individuales, las mujeres sin gestas previas, edad gestacional entre 37 y 41 semanas, con embarazo único y sin morbilidades materno fetal, tuvieron mejor apego.

RECIÉN NACIDO

Tabla 12. Factores individuales – Apego precoz/Lactancia inmediata – Sexo del RN

				GESTACIÓN PREVIA												EDAD GESTACIONAL						Embarazo múltiple o único		Morbilidad materna				Morbilidad neonatal							
				0		1		2		3		4		5		6		32-34		34-37		37-41		Mayor a 41 semanas		1 feto		NO		SI		NO		SI	
				N°	36.5%	N°	28.4%	N°	20%	N°	7.7%	N°	3.8%	N°	2.8%	N°	0.7%	N°	0.9%	N°	5.7%	N°	88.2%	N°	5.2%	N°	100%	N°	96.2%	N°	3.8%	N°	91.5%	N°	8.5%
SEXO	Femenino	Apego	Si	73	16.6%	35	8.0%	41	9.3%	15	3.4%	3	.7%	6	1.4%	2	.5%	0	0.0%	6	1.4%	154	35.0%	15	3.4%	175	39.8%	172	39.1%	3	.7%	170	38.6%	5	1.1%
DEL	Femenino	precoz	No	9	2.0%	12	2.7%	11	2.5%	1	.2%	1	.2%	2	.5%	0	0.0%	1	.2%	1	.2%	32	7.3%	2	.5%	36	8.2%	32	7.3%	4	.9%	26	5.9%	10	2.3%
RECIEN	Masculino	Apego	Si	64	14.5%	59	13.4%	28	6.4%	12	2.7%	12	2.7%	4	.9%	1	.2%	2	.5%	12	2.7%	161	36.6%	5	1.1%	180	40.9%	172	39.1%	8	1.8%	170	38.6%	10	2.3%
NACIDO		precoz	No	15	3.4%	19	4.3%	8	1.8%	6	1.4%	1	.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	.2%	6	1.4%	41	9.3%	1	.2%	49	11.1%	47	10.7%	2	.5%	37	8.4%	12	2.7%

Fuente: Estadísticas del Hospital

Elaborado por: Pérez, Andrés (2019)

Los RN de sexo femenino de las madres sin gestas previas, con edad gestacional entre las 37 y 41 semanas, único embarazo y sin morbilidades maternas fetales tuvieron mejor apego.

Análisis multivariar

Tabla 13. Análisis multivariado de OR de los factores demográficos

		p	OR	95% C.I. para EXP(B)	
				Inferior	Superior
1	EDAD 19 A 35 AÑOS	.322	.694	.337	1.429
2	ETNIA MESTIZA	.984	.995	.611	1.621
3	INSTRUCCIÓN BACHILLER	.897	.979	.708	1.353
4	ESTADO CIVIL (UNION ESTABLE)	.800	1.025	.846	1.243
5	ALFABETISMO (SI)	.683	1.402	.278	7.069

Fuente: Estadísticas del Hospital
Elaborado por: Pérez, Andrés (2019)

Analizando esta tabla nos indica que el OR en edad no es significativo para el inicio de la lactancia materna inmediata; el factor de la etnia representan factor de protección en etnia blanco y mestizo. La instruccion al contrario representan un factor de riesgo en básica, superior y sin escolaridad, educación básica no hay asociación; en relación con el estado civil el factor de riesgo es divorciada y soltera, finalmente, el alfabetismo no existe significancia.

Factores Individuales

Tabla 14. Análisis multivariado de OR de los factores individuales

	p.	OR	95% C.I	
SIN GESTA PREVIA	.602	.927	.696	1.234
TIPO DE EMBARAZO (ÚNICO)	.479	3.963	.088	179.157

NO MORBILIDAD MATERNA	.642	1.788	.154	20.757
NO MORBILIDAD NEONATAL	.032	.141	.024	.844

Fuente: Estadísticas del Hospital
Elaborado por: Pérez, Andrés (2019)

La gestación previa no es significativa para el inicio de la lactancia materna; la variable embarazos múltiples/simple tiene un comportamiento similar y tampoco es significativa; el factor de morbilidad materna no significativa; mientras que, el factor de morbilidad neonatal es significativa y representa un factor de protección para el inicio de lactancia materna.

Tabla 15. Análisis multivariado de OR de los factores del sistema

	p	OR	95% C.I	
PARTO VAGINAL	.011	17.281	1.942	153.759
PLANIFICACIÓN FAMILIAR (NO)	.463	3.111	.151	64.271
NUMERO DE CONTROLES (4-9)	.302	.584	.211	1.620
CONSEJERÍA EN LACTANCIA	.518	.067	.000	242.241
ACOMPAÑANTE EN PARTO	.470	.155	.001	24.337
POSICIÓN DE PARTO (SENTADA)	.898	.720	.005	108.114
PERIODO INTERGENÉSICO (MAYOR A 1)	.686	1.209	.482	3.033
CLAMPEO OPORTUNO	.149	4.850	.569	41.353

Fuente: Estadísticas del Hospital
Elaborado por: Pérez, Andrés (2019)

El resultado de la tabla de de análisis de OR demuestra que la variable tipo de parto es significativa y representa un factor de riesgo para el inicio de la lactancia materna; la variable planificación familiar, no es significativa; la variable número de controles es significativa y representa un factor de protección; la consejería acerca de la lactancia

materna no es significativa; la variable acompañante durante el parto, la posición del parto, el periodo intergenesico y el clampeo no son factores significativos ante el inicio de la lactancia materna.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La prevalencia de contacto piel a piel y lactancia materna dentro de la primera hora, existe un rango recomendado por la OMS que valora en porcentajes la cantidad de pacientes que fueron beneficiados de este, así: pobre (0-29%), regular (30-49%), bueno (50-89%) y muy bueno (90-100%). Es así que en cifras de datos internacionales llegan a 85% (Moore, Bergman, Anderson, & Medley, 2016). En Suecia la tasa de inicio de la lactancia materna se encontraba en el 97.8% siendo de las más altas a nivel mundial en el 2007. (Lubold, 2019). En cifras nivel país borde el 77% (Zhunio & Andrade, 2016). Y en nuestro estudio realizado en el Hospital Alberto Correa Cornejo llego a un 80.68% la prevalencia de lactancia en la primera hora y apego precoz.

Teniendo un aporte de algunos factores socio demográficos, las características individuales, factores del sistema, como son: etnia mestiza 91.8%, la edad materna en promedio que bordea los 19 a 35 años e dad con 69.54% , alfabetismo 85.5%, con grado de instrucción bachilleres con 43.4%, el estado civil unión libre 42.7%, En un estudio realizado en Wanda/Zimbabwe, se encontró que la edad materna menos de 25 años (OR 3,05 IC 95% 1,6-5,57) era una barrera para el inicio de la lactancia materna. (Mundagowa, Chadambuka, Chimberengwa, & Mukora-Mutseyekwa, 2019)

La planificación de embarazo y el parto vaginal se encontraron como factores significativos para lactancia precoz y un apego piel a piel (OR 2.019, p 0.037) (Karim, 2018). En un estudio del Hospital Central de Maracay, el parto vaginal más apego precoz fue del 50%, con un valor de p menor a 0.05. (Balaguera, 2014). En nuestro estudio el 87.3% de mujeres tuvo un parto espontáneo (vaginal), con un valor p 0.011 (OR 17.28 IC 1.94-153.75) incidiendo positivamente en el contacto pial a piel y lactancia precoz.

El 28.4% tuvieron una gesta previa, el 36.6% eran nulíparas, el 100% correspondieron a embarazos únicos, el período intergenésico fue mayor de un año en el 55.9% de los casos el 78.4% de madres no tenían ningún tipo de planificación familiar. En el mismo estudio

de Wanda/Simbabwe se encontró que tener uno o dos hijos previos (OR 2,49 IC 95% 1,29-4,79) resultaron ser una barrera para el inicio de lactancia materna, al compararlo con los resultados del presente estudio (OR 0,927 IC 95% 0,696-1,234) donde tampoco resultaron significativos. (Mundagowa, Chadambuka, Chimberengwa, & Mukora-Mutseyekwa, 2019)

En un estudio de la Universidad de San Marcos (Lima), se encontró que las pacientes que tuvieron contacto piel a piel y que eran nulíparas reportaron un 51% de apego precoz, con una gesta previa el 37% y con dos gestas previas el 12% de apego durante la primera hora. (Quispecondori Quispe & Rivas Cuno, 2012)

La preparación materna ya paterna según la literatura son factores útiles para un inicio adecuado de lactancia precoz, y la no preparación es factor de riesgo. (Karim, 2018). El 83.9%, el 86.4% de las madres asistieron a consejería en lactancia materna (OR 0,067 IC 95% 0,000-242.241), el 73.4% tuvieron de 4 a 9 controles durante su embarazo. En el mismo estudio de Lima, se estimó que el 73% de las madres que tenían más de 6 controles incidió positivamente en el apego precoz. Con respecto a los programas de preparación para el parto en otro estudio se socia significativamente con el inicio de la lactancia precoz ($p = 0.004$), de este grupo el 69.2% refirieron haber recibido información sobre lactancia materna ($p = 0.001$). (Guzmán, 2015)

El 96.1% de madres no presentaron ninguna patología asociada, según la posición del parto el 81.6% de mujeres se decidieron por posición sentada, el 83% de madres tuvieron algún tipo de acompañamiento durante el parto. Con respecto a datos de un estudio el 53.1% que iniciaron lactancia materna precoz estuvieron con un acompañante ($p = 0.037$). No se encuentran datos similares que asocian a patología materna y posición del parto.

El 88.2% de nacimientos fueron a término, el clampeo del cordón se lo realizó en el 85.5% de los casos, según los nacimientos se obtuvieron 52% de niños de sexo masculino y 48%

de sexo femenino atendidos. Se compara con un estudio donde los resultados encontrados con nacidos a término y apego precoz fueron del 84.3%. (Balaguera, 2014).

El 91.6% de niños recién nacidos fueron sanos al momento de nacer, este factor individual incidió de manera significativa en el inicio de la lactancia materna con un valor p de 0.032 con una correlación positiva considerable (OR 0.141 IC 0.024-0.844). No se dispone de datos comparativos con esta variable en otros estudios.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

1. El 80.68% de mujeres aplicaron apego precoz y el 19.32% no lo hizo, quienes no iniciaron la lactancia materna en las primeras horas fue porque se presentaron casos como: compromiso fetal depresión del recién nacido, hemorragia materna, síndrome de dificultad respiratoria, muerte neonatal, preclamsia, depresión respiratoria + APGAR bajo.
2. En relación con el inicio de la lactancia materna y factores asociados en el Hospital Alberto Correa Cornejo de la Parroquia Yaruquí, se observa que los factores que prevalecieron en el inicio de lactancia materna fue la edad de 19 a 35 años, etnia mestiza, nivel de instrucción de bachillerato y estado civil de unión estable.
3. Los factores asociados al sistema de salud con el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora que prevalecieron fueron: el parto espontáneo, los controles de 4 a 9, quienes tuvieron preparación de parto y consejería de lactancia materna, quienes tuvieron un acompañantes en el parto, la posición sentada y el periodo intergenésico mayor a un año; es importante recalcar que la mayoría no hizo planificación familiar en este caso probablemente se trató de embarazos deseados por la madre.
4. Todos los factores modificables del sistema de salud como son el tipo de parto, la planificación familiar, la preparación para el parto, la consejería en lactancia materna, el estar acompañada en el parto, la posición del parto, el período intergenésico mayor a un año y el número de controles incidió positivamente en el apego precoz, seguramente porque la mayoría de ellos son decisión de la madre apoyados por el sistema de salud.
5. Los factores individuales que incidieron en el inicio de la lactancia materna en las primeras horas fueron: la gestación previa; edad gestacional 37 a 41 semanas; embarazo único y la morbilidad neonatal.

RECOMENDACIONES

En la recolección de datos se evidenció un registro deficiente de historias clínicas por lo que de 720 historias solamente fueron elegibles 440 con lo que se trabajó en el estudio.

Se recomienda capacitar al personal sobre registro adecuado de historia clínica y del formulario 051, ya que se encontraron inconsistencias especialmente en ciertos puntos como los casilleros de clampeo oportuno y apego precoz.

Continuar con la invitación tanto para consejería de lactancia materna y preparación para el parto que conlleve la asistencia no solamente de las embarazadas sino que involucre a la pareja o acompañante en este proceso. Ya que se vio que la preparación para el parto incide directamente con el proceso del apego.

Mantener capacitado al personal en cuanto al proceso adecuado del apego precoz para que de esta manera se pueda aumentar la prevalencia del contacto piel a piel.

LIMITACIONES

La pérdida de información por registro deficiente de historias clínicas disminuyó significativamente la población y los datos del estudio.

Conociendo la estadística mundial, regional y nacional, sobre apego precoz e inicio de lactancia precoz, y viendo la calidad de los datos de nuestro estudio, sería recomendable que estos datos sean verificados y validados mediante otro estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Al-Nuaimi, N., & Arulappan, J. (2017). Breastfeeding Trends and Determinants. *Sultan Qaboos Univ Med Jv.*, 155-161.
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (6 de 10 de 2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANT-ECU 2012*. Obtenido de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANT-ECU 2012:
http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (6 de 10 de 2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANT-ECU 2012*. Obtenido de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANT-ECU 2012:
http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- Anna Pol-Pons, M. A.-S.-C. (11 de 2016). *Midwifery Journal*. Obtenido de Midwifery Journal: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(16\)30162-0/fulltext](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(16)30162-0/fulltext)
- Asociación de pediatría de la Rioja. (2018). *Asociacion de Pediatria de la Rioja*. Obtenido de <http://lactanciamaterna.aeped.es/tecnicas-de-lactancia-materna/>
- Asociación españolas de Pediatría. (2010). *Guía de lactancia materna para profesionales de la salud*. Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf
- Brahm, P., & Valdés, V. (2017). <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v88n1/art01.pdf>. *Revista Chilena de Pediatría*, 7-14.
- Clínicas de lactancia y desarrollo en hospitales . (2005). *Lactancia Materna*. Obtenido de <http://www.incap.int/dmdocuments/inf-edu-alimnut-COR/temas/1.lactanciamaterna/pdf/1.lactanciamaterna.pdf>
- Comite de lactancia materna de la Asociacion Española de Pediatría. (2012). *Comite de lactancia materna de la Asociacion Española de Pediatría*. Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2012.pdf
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2016). *Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en*

- otros países*. Obtenido de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2012). *www.aeped.es*. Obtenido de <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>
- Coronado Iglesias, M., Sanchez , O., & Rodriguez, A. (2011). Obtenido de <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU. (2014). https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=452-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion&category_slug=documentos-2014&Itemid=599. Obtenido de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=452-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion&category_slug=documentos-2014&Itemid=599
- Goldman, A. S. (14 de 12 de 2007). *ebertpub.com*. Obtenido de <https://doi.org/10.1089/bfm.2007.0024>
- Hassan, A., Taha, Z., & Ahmed A. Ahmed, M. (2018). Assessment of initiation of breastfeeding practice in Kassala, Eastern Sudan: a community-based study. *Int Breastfeed J.*, 13-34.
- Hospital Universitario de Canarias. (2004). *El contacto precozmadre-hijo en el posparto:satisfacciónmaterna y vínculo afectivo*. Obtenido de <http://pdn.pangea.org/wp-content/uploads/vol5n15pag12-18.pdf>
- Hospital Vicente Corral Moscoso. (2018). *Ministerio de Salud Publica Hospital Vicente Corral Moscoso*. Obtenido de <http://hvcm.gob.ec/msp-resalta-la-importancia-del-apego-precoz/>
- Huang, P. (16 de 5 de 2016). *British Journal of Nutrition*. Obtenido de British Journal of Nutrition: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27181767>
- International Breastfeeding Journal. (2018). Timely initiation of breastfeeding and associated factors among mothers of infants under 12 months in South Gondar zone, Amhara regional state, Ethiopia; 2013. *International Breastfeeding Journal*, 13-17.

- León-Cava, N., Lutter, C., Ross, J., & Martin, L. (2002). Obtenido de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18539/9275123977_esp.pdf?sequence=1
- López, B. E. (2013). Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *Scielo.com.co*, 10.
- Loyola, M. C. (2009). Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. *Revista Estomatológica Herediana*, 9.
- Ministerio de salud del gobierno de Chile. (2010). *www.gob.cl*. Obtenido de https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador . (2010). *NORMAS, PROTOCOLOS Y CONSEJERÍA para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto*. Obtenido de http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D211.pdf
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2012). *Coordinación Nacional de Nutricion MSP*. Obtenido de Coordinación Nacional de Nutricion MSP: <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH6421.dir/doc.pdf>
- Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2012). *INICIATIVA MUNDIAL SOBRE TENDENCIAS EN LACTANCIA MATERNA*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/INICIATIVA%20MUNDIAL%20SOBRE%20TENDENCIAS%20EN%20LACTANCIA%20MATERNA.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicio Social e Igualdad de España. (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Vitoria.
- Ministerio del ambiente Ecuador. (7 de 1 de 2013). *Lineamientos de permisos perteneciente a la LOSEP y su reglamento*. Obtenido de Ministerio del Ambiente Ecuador: <http://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/07/permisos-y-vacaciones.pdf>
- Ministerio del Trabajo del Ecuador. (2015). *trabajo.gob.ec*. Obtenido de <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/CODIGO-DEL-TRABAJO-1.pdf>
- Ministerio del Trabajo del Ecuador. (2016). *Ministerio del Trabajo*. Obtenido de http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/08/AM_MDT-2016-0158.pdf

- Moore, E., Bergman, N., Anderson, G., & Medley, N. (2016). *Cochrane Library*.
Obtenido de Cochrane Library:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/e/pdf/full>
- Organización Mundial de la Salud. (19 de 2 de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
- Organizacion Mundial de la Salud. (2018). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud:
<https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). <https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/es/>. Obtenido de
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf?ua=1
- Palafox, M. I. (8 de 2007). *medigraphic.com*. Obtenido de medigraphic.com:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un074g.pdf>
- Pinto, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista Chilena de Pediatría*, 96-102.
- Potak, D. C. (11 de 10 de 2018). *Up to date*. Obtenido de
https://www.uptodate.com/contents/initiation-of-breastfeeding?search=lactancia&source=search_result&selectedTitle=5~150&us_age_type=default&display_rank=5#H5
- Rojas, A. E. (22 de 5 de 2017). *Mexico Social*. Obtenido de Mexico Social:
<http://mexicosocial.org/index.php/2017-05-22-14-12-20/item/688-la-mejor-opcion>
- Schanler, R. (15 de 10 de 2018). *Up to Date*. Obtenido de Up to Date:
https://www.uptodate.com/contents/infant-benefits-of-breastfeeding?search=lactancia&source=search_result&selectedTitle=3~150&us_age_type=default&display_rank=3
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2016). *www.sap.org.ar*. Obtenido de
https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/Lactancia_Materna_claves.pdf
- Sota, S. M. (2014). Obtenido de
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5119/MateoSotaS.pdf?sequence=1>

- Spencer, J. (07 de 09 de 2017). *Uptodate*. Recuperado el 08 de 09 de 2017, de https://www.uptodate.com/contents/common-problems-of-breastfeeding-and-weaning?source=search_result&search=lactancia%20materna&selectedTitle=1~150
- The lancet. (30 de 1 de 2016). *the lancet*. Obtenido de [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)00210-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)00210-5.pdf)
- The WHO Reproductive Health Library. (26 de febrero de 2008). *The WHO Reproductive Health Library*. Obtenido de <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/newborn-health-34>
- Torre, M. J. (2015). *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP*. Obtenido de Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
- UNICEF Ecuador. (2012). *UNICEF Ecuador*. Obtenido de UNICEF Ecuador: https://www.unicef.org/ecuador/activities_29025.htm
- UNICEF Ecuador. (2018). *Un acto de amor y de supervivencia infantil: La Lactancia Materna*. Obtenido de Un acto de amor y de supervivencia infantil: La Lactancia Materna: https://www.unicef.org/ecuador/activities_29002.htm
- Victora, C. (30 de 1 de 2016). *The Lancet*. Obtenido de The Lancet: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext)
- Zendejas, P. M. (2013). Propuesta de Intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco. *Instituto Nacional de Salud Pública - Mexico*, 77.
- Zhunio, P., & Andrade, E. (2016). *Universidad de Cuenca*. Obtenido de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25706/1/TESIS%20CD.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. Instrumento de Recolección de datos

Hoja de recolección de datos se realizará una matriz en el programa informático Exel,
con los siguientes parámetros:

Datos Maternos		
Edad	15-19 / 20-35 / mayor de 35 años	
Etnia	Mestizo / Indígena / Afroecuatoriano / Blanco / Mulato / Otros	
Instrucción	Sin escolaridad / Bachiller / Superior	
Estado civil	Soltera / Casada / Unión estable / Otros	
Alfabetismo	SI	No
Embarazo previo	1-2 / más de 3	
Edad gestacional	Menor de 32 sem / 32-34 / 34-37 / 37-41/ mayor de 41 sem	
Embarazo múltiple o único	1 / 2 ó más	
Morbilidad materna	SI	NO
Morbilidad neonatal	SI	NO
Tipo de parto	Espontáneo	Cesárea
Planificación familiar	SI	NO
Número de Controles	0-3 / 4-9 / más de 9	
Educación prenatal	SI	NO
Consejería de lactancia materna	SI	NO
Acompañante en el parto	SI	NO
Posición del parto	Sentada / Cuclillas / Acostada	
Período intergenésico	SI	NO
Apego precoz	SI	NO

