



UNS

ESCUELA DE
POSGRADO

**PARTO Y LACTANCIA EN RECIÉN NACIDOS,
CHIMBOTE, 2020**

**Tesis para optar el grado de Maestro en Ciencias de
Enfermería**

Autora:

Br. Enf. Corales Acosta Jesenia Manuelita

Asesor:

Dr. Ponce Loza Juan Miguel PhD.PD.

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ

2020



CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO DE LA TESIS DE MAESTRIA

Yo, Dr. Ponce Loza Juan Miguel, mediante la presente certifico mi asesoramiento de la Tesis de Maestría titulada: "PARTO Y LACTANCIA EN RECIEN NACIDOS, CHIMBOTE, 2020" elaborada por el bachiller Corales Acosta Jesenia Manuelita para obtener el Grado Académico de Maestra en Ciencias de Enfermería en la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Santa.

Nuevo Chimbote, Agosto del 2020

Dr. Ponce Loza Juan Miguel PhD. PD.

ASESOR



UNS
FACULTAD DE
POSGRADO

CONFORMIDAD DEL JURADO EVALUADOR

“Parto y Lactancia en recién nacidos, Chimbote, 2020”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS DE
ENFERMERÍA

Revisado y Aprobado por el Jurado Evaluador:

Dra. INÉS CONCEPCIÓN ROSAS GUZMÁN
PRESIDENTA

Dra. MARGARITA HUAÑAP GUZMÁN

SECRETARIA

Dr. JUAN MIGUEL PONCE LOZA

INTEGRANTE

DEDICATORIA

A **DIOS** ser divino y espiritual que guía y conduce mi vida, dándome sabiduría, fortaleza y entendimiento en el trayecto de mi vida personal y profesional. Ser espiritual que me da esa fuerza y ese impulso de continuar en la travesía de mi vida para ser mejor cada día.

A MI MADRE:

Julia Acosta Cornelio ser precioso y maravilloso que me brinda su amor y apoyo incondicional en todo el trayecto de mi vida siempre impulsándome a seguir adelante.

A MIS COLEGAS DE LA MAESTRÍA:

Por su amistad brindada en el transcurso de la maestría con las cuales compartí conocimientos, experiencias y momentos agradables.

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso, por ser mi motor y guía en el sendero de la vida, porque todo lo que soy y lo que tengo es gracias a su infinito amor.

A mi Alma Mater la Universidad Nacional del Santa, en especial a la Escuela de Posgrado del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería, por abrirme las puertas para un mejor futuro, y brindarme la oportunidad de adquirir y perfeccionar mis conocimientos.

A mi Asesor Dr. Juan Miguel Ponce Loza PhD.PD. por sus orientaciones y enseñanzas en la presente investigación.

A las (os) docentes, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Santa, por sus enseñanzas impartidas durante este período, brindándome conocimientos para mejorar esta hermosa profesión.

INDICE

CONFORMIDAD DEL ASESOR.....	II
APROBACIÓN DEL JURADO EVALUADOR.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
INDICE.....	VI
LISTA DE GRÁFICOS.....	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRAC.....	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	5
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.1 Planteamiento y fundamentación del problema de investigación.....	6
1.2 Antecedentes de la investigación.....	17
1.3 Formulación del problema de investigación.....	19
1.4 Delimitación del estudio.....	19
1.5 Justificación e importancia de la investigación.....	19
1.6 Objetivo general de la investigación.....	22
1.7 Objetivos específicos de la investigación.....	22
CAPÍTULO II.....	23
MARCO TEÓRICO.....	23
2.1 Fundamentos teóricos de la investigación.....	24
2.2 Marco conceptual.....	29

CAPÍTULO III.....	31
MARCO METODOLÓGICO.....	31
3.1 Hipótesis central de la investigación.....	32
3.2 Variables e indicadores de la investigación.....	32
3.2.1 Variables.....	32
3.2.2 Indicadores.....	34
3.3 Métodos de la investigación.....	35
3.4 Diseño o esquema de investigación.....	35
3.5 Población y muestra.....	36
3.6 Técnicas e instrumentos de la investigación.....	37
3.7 Procedimientos para la recolección de datos.....	38
3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	39
3.9 Aspectos éticos.....	39
CAPÍTULO IV.....	41
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
4.1 Resultados.....	42
4.2 Discusión.....	48
CAPÍTULO V.....	53
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	53
5.1 Conclusiones.....	54
5.2 Recomendaciones.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	66

LISTA DE CUADROS

CUADRO 01: 42

**TIPO DE PARTO EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
“LA CALETA”- MINSA Y HOSPITAL III ESSALUD, CHIMBOTE, 2020**

CUADRO 02: 44

**TIPO DE LACTANCIA EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL “LA CALETA”- MINSA Y HOSPITAL III ESSALUD,
CHIMBOTE, 2020.**

CUADRO 03: 46

**TIPO DE PARTO Y TIPO DE LACTANCIA EN RECIÉN NACIDOS
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “LA CALETA”- MINSA Y HOSPITAL III
ESSALUD, CHIMBOTE, 2020.**

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01: **43**

TIPO DE PARTO EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “LA CALETA”- MINSA Y HOSPITAL III ESSALUD, CHIMBOTE, 2020.

GRÁFICO 02: **45**

TIPO DE LACTANCIA EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “LA CALETA”- MINSA Y HOSPITAL III ESSALUD, CHIMBOTE, 2020.

GRÁFICO 03: **47**

TIPO DE PARTO Y TIPO DE LACTANCIA EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “LA CALETA”- MINSA Y HOSPITAL III ESSALUD, CHIMBOTE, 2020.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, es de tipo descriptivo, correlacional, comparativo, de corte transversal, tiene como objetivo conocer la relación que existe entre el tipo de parto y el tipo de lactancia en recién nacidos atendidos en el Hospital “La Caleta”-Minsa y Hospital III EsSalud, Chimbote, 2020. La muestra estuvo conformada por 131 madres y sus recién nacidos atendidos en el Hospital La Caleta y Es Salud. Se aplicó 2 instrumentos titulados “Ficha de contenido sobre tipo de parto” y “Ficha de contenido sobre tipo de lactancia”. Los datos se recolectaron y procesaron con el programa estadístico IBM SPSS versión 24, concluyendo que:

En ambos hospitales existe un mayor porcentaje de recién nacidos producto de parto abdominal (cesárea) y solo la minoría de recién nacidos son producto de parto vaginal.

El 69,6% de recién nacidos atendidos en el Hospital Es Salud reciben lactancia materna mixta durante el primer mes de vida y el 58,1% de recién nacidos atendidos en el Hospital La Caleta reciben lactancia materna exclusiva durante su primer mes de vida.

No existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y tipo de lactancia, en recién nacidos atendidos en el Hospital “La Caleta”-Minsa y Hospital III EsSalud ($P= 0,310$).

PALABRAS CLAVES: Parto, lactancia, recién nacido

ABSTRAC

The present research work, is descriptive, correlational, comparative, cross-sectional, its objective is to know the relationship that exists between the type of delivery and the type of birth in newborns treated at the Hospital "La Caleta" -Minsa and Hospital III Es Salud, Chimbote, 2020. The sample consisted of 131 mothers and their newborns cared for at Hospital "La Caleta" and Es Salud. Two instruments were applied entitled "Content sheet on type of birth" and "Content sheet on type of lactation". The data were collected and processed with the statistical program IBM SPSS version 24, concluding that:

In both hospitals there is a higher percentage of newborns resulting from abdominal birth (cesarean section) and only the minority of newborns are the product of vaginal birth.

69.6% of newborns cared for at Hospital Es Salud receive mixed breastfeeding during the first month of life and 58.1% of newborns cared for at Hospital La Caleta receive exclusive breastfeeding during their first month of life.

There is no statistically significant relationship between the type of birth and the type of lactation, in newborns treated at Hospital "La Caleta" -Minsa and Hospital III EsSalud ($P = 0.310$).

KEY WORDS: Birth, lactation, newborn

INTRODUCCION

Una alimentación óptima resulta fundamental para la salud y el desarrollo de nuestros niños, especialmente en la etapa crítica comprendida entre el nacimiento y los 2 años de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomiendan la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida, y a partir de entonces continuar con lactancia materna al menos hasta los 2 años de edad, junto con el consumo de alimentos complementarios. Los resultados de estudios biológicos y epidemiológicos muestran que la decisión de no amamantar tiene importantes efectos negativos sobre la nutrición, desarrollo y salud del recién nacido y de la madre. La alimentación con leche materna (LM) es la intervención sanitaria que, con menores costes económicos, consigue mayores beneficios sobre la salud del recién nacido (Asociación Española de Pediatría, 2016).

Es decir lactancia materna exclusiva se refiere al tipo de alimentación sólo con leche materna durante los primeros 6 meses de vida, ya que es el alimento natural y óptimo para el recién nacido, aporta todos los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo, favorece el establecimiento del vínculo afectivo entre el binomio madre -recién nacido, asimismo favorece el desarrollo sensorial y cognitivo; además la leche materna actúa como la primera vacuna del recién nacido protegiendo contra enfermedades potencialmente mortales como la diarrea y la neumonía. La lactancia materna también beneficia a las madres que amamantan, ya que puede prevenir el cáncer de mama, reducir el riesgo de diabetes y cáncer de ovario (OMS, 2020).

Según la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, afirma que el no practicar la lactancia materna y, especialmente, la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, representa un factor de riesgo importante a efectos de morbilidad y mortalidad en el recién nacido. Los beneficios de la lactancia materna duran toda la vida. Una adecuada nutrición los mil primeros días de vida, en un entorno de afecto y estimulación, permite que el recién nacido alcance su máximo potencial de crecimiento y desarrollo y, por tanto, influye en el resultado en la vida adulta (Fernández, 2020).

La superioridad de la leche materna sobre cualquier otro tipo de alimento (leche de fórmula artificial) para la nutrición y desarrollo del recién nacido durante los primeros meses de vida ha quedado bien demostrada en numerosos estudios científicos, que señalan un mayor riesgo de numerosos problemas de salud en los niños no alimentados con leche materna, entre los que cabe resaltar un mayor riesgo de muerte súbita del lactante y de muerte durante el primer año de vida, así como de padecer infecciones gastrointestinales, respiratorias y urinarias y que estas sean más graves y ocasionen ingresos hospitalarios (Asociación Española de Pediatría, 2012).

Pero lamentablemente pese a los riesgos del uso de fórmulas lácteas ningún país en el mundo cumple plenamente las normas recomendadas para la lactancia materna, según se indica en un nuevo informe de UNICEF y de la Organización Mundial de la Salud. La Tarjeta de Puntuación Mundial para la Lactancia Materna, que evaluó las prácticas de lactancia materna en 194 naciones, encontró que sólo el 40% de los niños menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva y sólo 23 países, entre ellos el Perú, registran índices exclusivos de lactancia materna por encima del 60% (OPS, 2017).

Asimismo según la información proporcionada por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2016, a nivel nacional, la proporción de niños y niñas con lactancia materna exclusiva en el Perú es del 69.8%. Las regiones de Huancavelica (100%), Pasco (87.3%) y Loreto (77.7%) son las que registran los índices más altos, a diferencia de las regiones de Tumbes (29.6%), Ica (40.5%) y Madre de Dios (45.3%) que presentan una menor cantidad. De acuerdo al área de residencia, en el área urbana, la proporción de niños con lactancia materna exclusiva es del 63.2% mientras que en el área rural sube a 84.3% mostrando una diferencia de más de 20 puntos porcentuales (OPS, 2017).

Cabe destacar que una de las situaciones que peor favorece a la lactancia materna suele ser el parto por abdominal (cesáreas), y lamentablemente en la actualidad se observa un incremento innecesario en el número de partos abdominales como ha denunciado la Organización Mundial de la Salud, que señala que en ningún país se debería superar el 10-15% de nacimientos por cesárea ya que existe una mayor morbilidad materno-infantil muy superior a la de un parto vaginal, sin embargo en la actualidad existe una epidemia mundial de cesáreas y en el Perú según la ENDES 2016 la prevalencia de cesáreas se incrementó de 22,9% a 31,6% entre los años 2011 y 2016 (Bobadilla, 2017).

De hecho son numerosos los estudios que demuestran que las madres que tienen una cesárea dan menos el pecho que las que dan a luz vaginalmente. Convirtiéndose las cesáreas en factores de riesgo al fracaso de la lactancia materna antes de los 4 meses, los motivos son múltiples, desde el retraso en la primera toma y las dificultades derivadas de algunas rutinas hospitalarias hasta la falla en la confianza de la mujer tras la cesárea. Asimismo la Asociación Española de Consultoras Certificadas en Lactancia Materna afirman que “cuanto más fisiológico y menos intervención se realice durante el momento del

alumbramiento, más fácil será el establecimiento de la lactancia materna” (Infosalud, 2020).

Además el inicio inmediato de la lactancia materna, es decir, amamantar a los recién nacidos dentro de la primera hora de vida es una medida de importancia crítica tanto para la supervivencia como para la lactancia a largo plazo. Cuando la lactancia materna se inicia más tarde, las consecuencias pueden poner en riesgo la vida del recién nacido. De hecho, cuanto más tiempo deban esperar los recién nacidos para amamantar, mayor es el riesgo del uso de fórmulas lácteas o de continuar con una lactancia materna mixta. Mejorar las prácticas de lactancia podría salvar todos los años la vida de más de 800.000 niños menores de 5 años, la mayoría de ellos menores de 6 meses (UNICEF, 2018).

Por lo tanto la protección de la lactancia materna independientemente del tipo de parto es una medida prioritaria de la salud pública tanto en países desarrollados como subdesarrollados y es un deber de los profesionales de la salud informar a los padres la importancia de la lactancia materna; para ello el rol que cumple el profesional de enfermería en la promoción, apoyo y práctica de la lactancia materna es fundamental ya que es quien se mantiene en mayor contacto con la madre del recién nacido.

Por ello frente a ésta problemática surgió la motivación e interés en realizar un estudio comparativo destinado a conocer la relación que existe entre el tipo de parto y el tipo de lactancia en madres atendidas en el Hospital “La Caleta” y Hospital III “Es Salud”. Chimbote.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Planteamiento y fundamentación del problema de investigación

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo afectivo entre el binomio madre-recién nacido y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura (Asociación Española de Pediatría, 2012).

Asimismo la lactancia materna es un alimento completo que difícilmente podrá ser imitado por algún otro. Entre sus nutrientes se encuentra la taurina, un aminoácido esencial para el desarrollo del cerebro, también contiene lactosa que favorece el desarrollo de la flora intestinal, a la vez que protege al bebé de ciertos gérmenes responsables de la gastroenteritis. Contiene grasa, que se adapta a las necesidades del recién nacido. Además, posee minerales y vitaminas para que el recién nacido no necesite de ningún aporte suplementario mientras tome pecho. Ofrece anticuerpos, en especial la inmunoglobulina conocida como IgA, cuya función principal es evitar las infecciones en las vías respiratorias y digestivas. Estudios científicos han demostrado que los escolares alimentados con leche materna tienen un mayor coeficiente intelectual que otros, cuya alimentación fue artificial (Unicef, 2005).

A nivel mundial solo 45% de recién nacidos inician la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, dos de cada cinco recién nacidos menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva y solo 45% continúa la lactancia materna durante sus dos primeros años de vida. En la región de las Américas; el 54% de los recién nacidos inician la lactancia materna dentro de la primera hora

de vida, 38% son alimentados con leche materna de manera exclusiva hasta los seis meses de edad, y el 32% continúa con lactancia materna por dos años (OPS y OMS, 2018).

Además la mayoría de los recién nacidos en el mundo debe esperar demasiado tiempo para empezar a lactar. Se estima que, solo en 2017, 78 millones de recién nacidos (42%) tuvieron que esperar más de una hora para recibir leche materna. Esto significa que aproximadamente dos de cada cinco recién nacidos, la mayoría nacidos en países de bajos y medianos ingresos, recibieron leche materna dentro de la primera hora de vida. A pesar de que representa una leve mejora frente al 37% en 2005, los progresos son lentos (UNICEF, 2018).

En el Perú según INEI 2017, el 64,2% de niños y niñas recibieron lactancia materna exclusiva. Sin embargo, en las zonas urbanas el porcentaje cae a 58,6%, mientras que en el ámbito rural sube a 78,2%. Asimismo de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016, en las familias donde existen peores condiciones de bienestar, la lactancia materna exclusiva sube a 79,9%. Caso contrario ocurre con aquellas que tienen mejores condiciones: apenas llegan al 43,8%. (UNICEF, 2018).

De acuerdo con un metaanálisis reciente de cinco estudios efectuados en cuatro países que incluyeron a más de 130.000 recién nacidos que recibieron lactancia materna, aquellos a los que se amamantó entre 2 y 23 horas después del nacimiento enfrentaron un riesgo de morir superior al 33% frente a aquellos a los que se amamantó a más tardar una hora después de nacer. Entre los recién nacidos que empezaron a recibir leche materna 24 horas o más después del parto, el riesgo fue superior al doble. La lactancia materna temprana ejerce un efecto protector en el recién nacido (UNICEF, 2018).

La ausencia de lactancia materna incrementa el riesgo de muerte en la infancia. En países desarrollados donde los infantes no son amamantados tienen tasas altas de incidencia en diarrea y enfermedades respiratorias, ambas son la principal causa de muerte en infantes. Un estudio de cohorte en Ghana encontró una marcada respuesta en el incremento del riesgo de mortalidad neonatal cuando se incrementaba el tiempo de iniciación de amamantamiento de 1 hora a 7 días. En general 16% de muertes neonatales pueden ser evitadas si todos los infantes fueran amamantados desde el primer día y 22% si la lactancia materna se diera inicio en la primera hora después del nacimiento (Spatz y Lessen 2017).

Un estudio similar en Bangladesh concluyó que la mortalidad infantil podía ser reducida alrededor de un tercio si la prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro meses se incrementaba en un 80%. En los Estados Unidos las enfermedades infecciosas ocupan una pequeña proporción en la mortalidad infantil. Sin embargo, los infantes que son alimentados con fórmula tienen un mayor riesgo de mortalidad. Se encontró que niños que fueron siempre amamantados disminuía en 0.79 veces la mortalidad post-neonatal cuando se comparaba con niños que nunca fueron amamantados (Spatz y Lessen 2017).

La Organización Mundial de la Salud define la lactancia materna como una forma ideal, suficiente, adecuada e insustituible de proporcionar los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo de los lactantes, de manera exclusiva durante los primeros seis meses y como lactancia materna complementaria hasta los dos años. La leche materna tiene múltiples beneficios para la salud de la madre y el recién nacido. Contiene todos los nutrientes necesarios, le protege contra la diarrea y otras enfermedades comunes de la infancia. Ésta debe iniciarse durante la primera hora de vida (Flórez, et al., 2018).

La leche materna se le conoce como “la primera vacuna” ya que refuerza el sistema inmunitario del recién nacido, amamantar en la primera hora de vida reduce en casi 20% el riesgo de morir en el primer mes ya que los recién nacidos tienen un sistema inmunológico muy inmaduro y son altamente vulnerables. Los recién nacidos que no son amamantados durante el primer mes de vida tienen seis veces más probabilidades de morir en comparación con aquellos que sí lo son; entre los 9 y 11 meses aquellos que no son amamantados tienen 30% más de probabilidades de fallecer (OPS, 2018).

La leche materna está diseñada para cubrir todas las necesidades nutricionales e inmunológicas de los recién nacidos. Con la práctica universal de la lactancia materna se podrían prevenir 823,000 muertes anuales en niños menores de cinco años y 20,000 muertes anuales en mujeres a causa del cáncer de mama. La lactancia materna tiene un efecto protector a corto y a largo plazo; a corto plazo, disminuye el riesgo de enfermedad y muerte por diarrea, infecciones respiratorias, otitis media y el síndrome de muerte súbita del lactante; a largo plazo disminuye el riesgo de maloclusión dental, sobrepeso/obesidad, y diabetes mellitus. En la mujer disminuye el riesgo de cáncer invasivo de mama, cáncer de ovario, sobrepeso/obesidad y diabetes mellitus (OPS y OMS, 2018).

Pese a los múltiples beneficios que ofrece la lactancia materna, existen madres que abandonan esta práctica, optando por el uso de sucedáneos de la leche materna; sin embargo es importante recalcar que existen factores que influyen en el inicio y continuidad de la lactancia materna, tales como el tabaquismo, la incorporación precoz de la madre al trabajo, las prácticas hospitalarias erróneas, ser madre primípara, el ofrecimiento precoz de biberones, el tipo de parto, la enfermedad materna o neonatal, la prematuridad y el bajo peso al nacer, así como un nivel socioeconómico y cultural bajo (Gómez, 2015).

Un análisis de los principales factores asociados con las tasas de inicio inmediato de la lactancia materna demostró que el tipo de parto puede influir considerablemente sobre el momento en que se ofrece leche materna al recién nacido. En los 51 países estudiados, las tasas de inicio temprano entre los bebés nacidos por parto vaginal fueron más del doble que las tasas entre los bebés nacidos mediante cesárea (UNICEF, 2018).

El tipo de parto influye en el establecimiento de la lactancia y puede decirse que las mujeres que tienen a sus hijos por cesárea dan menos el pecho que las que los tienen en un parto vaginal. La mayoría de las dificultades no son consecuencia de la intervención, sino de toda una serie de creencias erróneas y/o prácticas inadecuadas en el hospital, que a menudo motivan que la lactancia termine antes de lo que la madre deseaba. La separación rutinaria dañina entre la madre y su recién nacido tras la operación, retrasa el inicio de la alimentación. Además, reciben más biberones en los primeros cuatro días y hacen menos tomas nocturnas. Esto retrasa la subida de la leche en la madre e incluso puede reducir la producción. La lactancia se puede iniciar en la primera hora de vida del bebé, incluso tras una cesárea (Asociación el parto es nuestro, 2015).

Es mucho más fácil que se instaure la lactancia materna tras el nacimiento mediante un parto vaginal que por cesárea, ya que en los partos vaginales se realiza el contacto piel con piel, lo cual favorece a la instauración de la lactancia materna y siempre que no haya impedimentos médicos, es recomendable que tras el parto, madre y su recién nacido disfruten de un tiempo para conocerse, para empezar a crear el vínculo materno-filial y para el inicio de una lactancia materna (Gómez, 2015).

Se puede disfrutar de una lactancia feliz desde el primer momento a pesar de haber vivido un parto muy intervenido o una cesárea. De la misma manera, es posible tener problemas para amamantar tras un parto respetado, tranquilo y maravilloso. Pero es un hecho que el parto influye en el establecimiento de la lactancia y puede decirse que cuanto menos intervenido sea un parto más probable es que la lactancia se desarrolle sin dificultades. Cuanto más se interfiere en un proceso fisiológico, más alteraciones y desviaciones de la normalidad se producen. Lo normal en el ser humano, que es mamífero, es poder amamantar a sus crías, pero cuando el parto ha sido manipulado, la fase siguiente del proceso reproductivo, esto es, la lactancia, puede verse afectada de múltiples formas (Asociación El Parto es Nuestro, 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida, y mantenerla como única forma de alimentación durante los 6 meses siguientes. Amamantar a los recién nacidos dentro de la primera hora de vida es una medida de importancia crítica tanto para la supervivencia como para la lactancia a largo plazo. Cuando la lactancia materna se inicia más tarde, las consecuencias pueden poner en riesgo la vida del recién nacido. De hecho, cuanto más tiempo deban esperar los recién nacidos, mayor es el riesgo de iniciar y continuar con lactancia materna mixta (UNICEF, 2018).

En la actualidad, el Ministerio de Salud (MINSA), en la Norma Técnica sobre la Atención Integral de la Salud Neonatal establece un conjunto de intervenciones articuladas para la disminución de la mortalidad neonatal, haciendo énfasis en la lactancia materna inmediata dentro de la primera hora del parto con los recién nacidos sanos (contacto piel a piel), reconociendo su alta vulnerabilidad y la importancia de una buena adaptación extrauterina (Ministerio de salud, 2015).

A nivel mundial los nacimientos por cesárea pasaron de un promedio del 13% en 2005 a más del 20% en 2017. En todas las regiones del mundo se ha registrado un notable incremento en las tasas de partos por cesárea, excepto en África Subsahariana, donde prácticamente no hubo cambios. Tener acceso a un parto quirúrgico, cuando es lo recomendable desde el punto de vista médico, es fundamental para que el nacimiento sea más seguro tanto para el recién nacido como para su madre. Sin embargo, las crecientes tasas de cesáreas por elección alrededor del mundo han repercutido sobre el inicio temprano de la lactancia materna (UNICEF, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (2015) informa que las cesáreas se deben realizar en casos donde las mujeres lo necesiten, de no ser así existirían repercusiones negativas tanto en la salud materna como en la del recién nacido, asimismo recomienda que la frecuencia de cesáreas no debería sobrepasar el 15% del total de partos. Sin embargo, hoy en día la prevalencia de la misma se encuentra por encima de ese rango en la mayor parte del mundo, superando largamente estos límites recomendados. Según ENDES, (2016) la prevalencia de cesáreas en el Perú se incrementó de 22,9% a 31,6% entre los años 2011 y 2016.

Flores (2017) describe el concepto de cesáreas injustificadas y atribuye a 3 posibilidades que podrían explicar el aumento en la frecuencia: 1) Programación por los especialistas para asegurarse un parto corto y programarse en el trabajo con anterioridad; 2) Pedido directo de la gestante que desea un parto sin dolor 3) Una tercera motivación es la necesidad del entrenamiento de médicos residentes.

La cesárea o el acto quirúrgico en si no es el responsable del retraso de la lactancia materna, lo que dificulta el inicio de la lactancia es la separación de la

madre y su recién nacido en las dos horas posteriores al nacimiento, que es cuando el recién nacido se encuentra activo y se engancha de manera correcta al pecho de su madre, pero pasado las dos horas aparece otro periodo de poca respuesta o letargo en el cual él neonato descansa y no está activo, tiene poca o ninguna gana de iniciar la succión retrasando el mayor y mejor estímulo para la lactancia materna (Cañamero, 2016).

Por lo tanto un bebé nacido por cesárea que no presenta algún tipo de complicación puede ser puesto sobre su madre tan pronto como nace. Las rutinas que sean necesarias pueden ser realizadas encontrándose sobre el pecho de su madre y de esta manera se facilita que se inicie tempranamente la lactancia; solo depende de la predisposición y coordinación del personal de salud. Con ello, se contribuye a cuidar la salud emocional, física de la madre y su recién nacido (Godoy, 2013).

En algunos casos, los establecimientos de salud ofrecen muy poco apoyo y orientación sobre la lactancia materna óptima, siguiendo prácticas obsoletas, como separar a las madres de sus recién nacidos inmediatamente después del parto (esto sucede en las cesáreas). En otros casos, la falta de conocimiento sobre la lactancia materna luego de una cesárea, o las prácticas culturales que incluyen dar a los recién nacidos otros alimentos o bebidas, pueden retrasar el primer contacto crucial con sus madres y afectar en la continuidad de la lactancia materna.

Actualmente en los partos vaginales se realiza el contacto piel con piel entre el binomio madre-recién nacido asegurando una lactancia materna precoz lo que no sucede en las cesáreas y lamentablemente las tasas de cesáreas se han incrementado de forma progresiva, en muchos países, el inicio temprano de la

lactancia materna es una práctica menos común en los bebés que nacen por cesárea; sin embargo, con la ayuda adecuada (poniendo políticas de lactancia materna, mejorando protocolos de atención) se puede conseguir colocar en el pecho a la mayoría de bebés nacidos por cesárea en su primera hora de vida (Selim, 2018).

El Hospital “La Caleta” es una Institución de Nivel Tipo II-2, ubicada en la Ciudad de Chimbote, brinda servicios especializados con un enfoque integral en la atención de salud hacia la persona en todas las etapas de vida. Dentro de las Unidades prestadoras de Salud; lo que compete a la investigación tenemos el servicio de Neonatología y servicio de Ginecoobstetricia. El servicio de Neonatología cuenta con: Unidad de cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados intermedios, Sala de Observación del recién nacido, Área de Atención Inmediata del Recién nacido y Alojamiento Conjunto, brinda servicio las 24 horas del día en forma ininterrumpida, existe el equipo completo para la atención de la madre y el recién nacido. En el primer trimestre de 2019 se realizó 496 atenciones inmediatas del recién nacido entre cesárea y partos vaginales (Hospital La Caleta, 2019).

El servicio de Ginecoobstetricia cuenta con una sala de partos en el cual existen dos camillas ginecológicas que durante el primer trimestre sostuvo una demanda de 240 partos de madres de alto riesgo, asimismo para la atención del recién nacido se cuenta con una servocuna y un coche de paro usado en casos de reanimación neonatal; cuando se produce un parto vaginal ingresa el equipo materno y el equipo neonatal a sala de parto previo lavado de manos, respetando todas las medidas de bioseguridad como el colocado de bota, gorro, mascarilla, batas quirúrgicas entre otros, además se prepara todos los materiales para la atención del recién nacido; cuando nace el bebé es colocado en el vientre materno y ahí se realiza los pasos iniciales y posteriormente se mantiene en

contacto piel con piel por 1 hora a excepción de aquel recién nacido o madre que presenten algún tipo de complicación; durante este contacto piel con piel el recién nacido inicia la lactancia materna precoz (Hospital La Caleta, 2019).

En sala de operaciones en el primer trimestre se obtuvo una demanda de 256 cesáreas, el equipo neonatal recibe al recién nacido y realiza la atención inmediata, posteriormente se le enseña a la madre, en este tipo de parto no se realiza el contacto piel con piel; estos recién nacidos son derivados a la Sala de Observación hasta la espera de su madre para iniciar la lactancia materna, o muchas veces se inicia su alimentación con algún tipo de fórmula láctea.

Además los recién nacido de parto vaginal son dados de alta a las 24 horas y los nacidos por cesárea a las 48 horas de vida. En su mayoría los recién nacidos van con lactancia materna exclusiva a casa a excepción de aquel recién nacido que presente algún factor de riesgo y amerite algún suplemento bajo prescripción médica.

Asimismo el estudio se desarrollará en el Hospital III EsSalud, ubicado en la Av. Circunvalación Nro. 119, al norte de la ciudad de Chimbote; dedicado a la prevención y recuperación de la salud de aproximadamente 30 mil usuarios adscritos al establecimiento y como hospital de referencia vela por la atención de 216 mil asegurados en todo Ancash. Además, brinda atención mensual de un promedio de 150 nacimientos ya sea de parto vaginal o por cesárea. En los partos vaginales de dicha institución los recién nacido son puestos en contacto piel con piel por algunos minutos y en las cesáreas no se realiza este procedimiento iniciando su alimentación en la mayoría de los casos con fórmulas lácteas. (Rocano, 2016).

Se puede observar en ambas instituciones que en la mayoría de los partos vaginales los recién nacidos que inician lactancia materna dentro de su primera hora de vida, a diferencia de aquellas madres que son sometidas a cesáreas. Esto se puede evidenciar en los reportes del control de crecimiento y desarrollo pese a que la mayoría de recién nacidos egresan con leche materna exclusiva, este tipo de alimentación no llega a ser continua optando la madre por una lactancia materna mixta lo que conlleva a un mayor riesgo en la salud del recién nacido.

Por lo expuesto es necesario realizar este tipo de investigación para determinar qué relación existe entre el tipo de parto y el tipo de lactancia en el recién nacido durante el primer mes de vida; la lactancia materna es responsabilidad de todo el personal que labora en un hospital, sin embargo el rol que desempeña el profesional de enfermería es de particular importancia por ser quien brinda la atención directa y está en contacto permanente con la madre y el recién nacido.

1.2 Antecedentes de la investigación

Ante la revisión de antecedentes relacionados con el presente estudio se reportan lo siguiente:

En el ámbito Internacional:

En España, Laviña (2014) estudió “Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna”, encontró que el 70,3% iniciaron lactancia materna en las dos primeras horas postparto y el 55,5% daban lactancia materna exclusiva a los dos meses. Influyen en la lactancia materna el tipo de parto, contacto precoz y parto prematuro.

En España, Giménez, Jimeno, Valles y Sanz (2015) investigaron “Prevalencia de la lactancia materna y factores sociosanitarios que la condicionan”, encontraron que las tasas de lactancia pasan de un 86,3% al nacimiento a un 74% al mes; al 40,7% a los seis meses y al 14,2% al año. Los factores asociados a una mayor duración de la LM exclusiva son: mayor peso al nacimiento, mayor edad gestacional, embarazo único y parto eutócico.

En Chile, Silva et al. (2018) investigaron “El tipo de parto, ¿Podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva?”, encontraron que el parto vaginal está asociado positivamente a la lactancia materna exclusiva, en cambio el no tener experiencia previa o haber tenido una mala experiencia está asociado negativamente a la continuidad de la lactancia.

En el ámbito nacional:

En Lima, Villarreal, Plascencia y Nolberto (2020) en su estudio denominado “Lactancia materna exclusiva y factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de Lima Centro”, encontraron que de las 140 madres encuestadas con menos de 12 meses de lactancia, 77,85% manifestó haber acudido a seis controles prenatales, esta actitud tuvo relación estadísticamente significativa con la Lactancia Materna Exclusiva ($p: 0,012$). Se observó que el parto vaginal tiene asociación significativa con la Lactancia Materna. Sin embargo, el uso de fórmulas lácteas podría presentarse como factor de riesgo ($p < 0,001$).

En Lima, Salsavilca y Valles (2016) en su estudio denominado “Factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva del recién nacido sano”, revisaron diversos artículos, en el cual encontraron que la cesárea es el principal factor negativo para el inicio de la lactancia. El contacto piel a piel, el alojamiento conjunto, la orientación sanitaria de la madre son factores positivos para el inicio y la duración de la lactancia.

En Trujillo, Miñano (2017) en su estudio denominado “Factores que influyen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de lactantes hasta 6 meses de edad”, se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente de Trujillo tomando una muestra de 104 lactantes. Dieron a conocer que solo la tercera parte de los lactantes tuvieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, siendo los principales factores: la hipogalactia, la edad materna mayor a 35 años, primiparidad, ocupación de la madre y tipo de parto.

En el ámbito local no se reportan estudios relacionados a la presente investigación.

1.3 Formulación del problema de investigación

Ante la problemática descrita se plantea la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre el tipo de parto y el tipo de lactancia en recién nacidos atendidos en el Hospital “La Caleta” - Minsa y Hospital III EsSalud, Chimbote, 2020?

1.4 Delimitación del estudio

El estudio se realizó en el Distrito de Chimbote, particularmente en madres y sus recién nacidos atendidos en el Hospital La Caleta del Ministerio de Salud y Hospital III Es Salud, durante su primer mes de vida.

1.5 Justificación e importancia de la investigación

En el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la proporción de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva a nivel nacional no mantiene una constante de incremento, se puede observar que entre los años 2011 al 2015 ha disminuido del 70,6% a 65,2%, mientras que en el 2016 se ha incrementado al 69,8%; siendo las zonas rurales las que tienen un mayor incremento de 82,5% a 85,3%, en comparación con las zonas urbanas que han disminuido de 64% a 63,2%, en el mismo periodo de tiempo.

Asimismo la Organización de las Naciones Unidas (2018) afirma que “tres de cada cinco bebés nacidos en el mundo no toman leche materna en su primera hora de vida, lo que dispara los riesgos para su salud. En total, la organización calcula que en el 2017 unos 78 millones de recién nacidos esperaron más de una hora para ser amamantados tras su nacimiento”.

Esto se debe al aumento de cesáreas ya que a nivel mundial, la tasa de cesárea supera el ideal que debería oscilar entre el 10% al 15%; llegando incrementar hasta un 38,9% en las Américas, y esta cifra podría aumentar si tomáramos en cuenta las cesáreas que se realizan en el sector privado (Organización panamericana de la Salud, 2015).

Al incrementar las cesáreas incrementa el número de recién nacidos que no reciben lactancia materna dentro de la primera hora de vida y por ende existe una mayor probabilidad que la lactancia materna no sea exclusiva durante los seis primeros meses de vida, sino que la madre opte por brindarle una lactancia materna mixta contribuyendo a aumentar las tasas de morbimortalidad neonatal. En cambio en los partos vaginales, se ha visto que las madres y los bebés interactúan más precozmente favoreciendo al inicio y duración de la lactancia materna exclusiva.

Además la lactancia materna es una política de Salud Pública que exige el involucramiento de todos ya que la leche materna es una forma inigualable e ideal de alimentación, no solo por los componentes beneficiosos que contiene la leche materna sino también por la creación del vínculo afectivo que se produce entre el recién nacido y la madre, considerado como una experiencia única e inolvidable para el perfecto desarrollo del recién nacido. Los recién nacidos que son amamantados desarrollan una personalidad segura e independiente; además le protege de enfermedades respiratorias, digestivas y disminuyendo el riesgo de obesidad. (Organización de las Naciones Unidas, 2018).

Por lo tanto el presente estudio es importante desde diversos puntos de vista:

Punto de vista Profesional; es importante porque servirá como referencia para saber qué tan eficaz está siendo la intervención del profesional en enfermería en la promoción, apoyo, práctica de la lactancia materna en los partos vaginales y cesáreas; y de acuerdo a los resultados continuar o emplear nuevas estrategias creando protocolos de atención tanto en partos vaginales como en cesáreas con la finalidad de mantener una lactancia materna exclusiva ya que el inicio de la alimentación desde el momento del nacimiento es crucial para que la madre continúe o no con la lactancia materna. Asimismo la labor que cumple el profesional de enfermería es fundamental ya que es quien se mantiene en contacto con la madre y el recién nacido en todo momento.

Punto de vista económico: La lactancia materna, además de los múltiples beneficios que ofrece, es el método de alimentación más segura y saludable, es el menos costoso, por lo tanto al conocer los resultados de este estudio se recomendará la implementación de normas o estrategias para favorecer el inicio y continuidad de la lactancia materna; generando menos ingresos de niños hospitalizados cuya causa principal es el uso de fórmula láctea disminuyendo así los costos hospitalarios y por ende contribuir a reducir la morbilidad neonatal.

Punto de vista Social: Realizar una intervención temprana y oportuna en su nacimiento o incluso desde antes, marcará la diferencia en el inicio, retraso y continuidad de la lactancia materna por ello depende la intervención que realice el profesional de enfermería para que la madre elija el tipo de lactancia que suministrará a su recién nacido. Por lo tanto depende del tipo de lactancia que elija la madre para disminuir o aumentar las tasas de morbilidad neonatal, teniendo en cuenta que las defunciones son menores en los lactantes que son amamantados durante los primeros seis meses de vida en forma exclusiva, que entre los amamantados en forma parcial, o no amamantados; recordemos que

la lactancia materna salva vidas y aporta grandes beneficios en la salud de la madre y su recién nacido.

1.6 Objetivos de la investigación.

A. Objetivo General

Conocer la relación que existe entre el tipo de parto y el tipo de lactancia en recién nacidos atendidos en el Hospital “La Caleta”-Minsa y Hospital III EsSalud, Chimbote, 2020.

1.7 Objetivos Específicos

- Identificar el tipo de parto en recién nacidos atendidos en el Hospital “La Caleta”-Minsa y Hospital III EsSalud, Chimbote.
- Identificar el tipo de lactancia en recién nacidos atendidos en el Hospital “La Caleta”-Minsa y Hospital III EsSalud, Chimbote.
- Determinar la relación que existe entre el tipo de parto y el tipo de lactancia en recién nacidos atendidos en el Hospital “La Caleta”-Minsa y Hospital III EsSalud, Chimbote.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Fundamentos teóricos de la investigación

El presente estudio se fundamenta en el enfoque de riesgo que es un método que se emplea para medir la necesidad de atención y priorizarlas, prestando mayor atención a aquellos que más la requieran. Parte del enfoque de riesgo involucra el supuesto de que a medida que avance el conocimiento sobre factores de riesgo permite definir acciones preventivas, los daños a la salud ocurrirán con menor frecuencia (OPS, 1992).

Cuando la probabilidad de que ocurra un daño es conocida y se emprenden acciones antes de que aquello ocurra, se habla de la utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos. El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento de los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen al recién nacido a adquirir la enfermedad o daño, modificar sus consecuencias asegurando la presencia de servicios si el problema se presenta, al intervenir en la fase precoz del proceso mórbido y prevenir su desarrollo y propagación (Sociedad cubana de medicina 1999).

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre los factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de daños, potenciando la probabilidad de que la intervención en los grupos expuestos sea la adecuada (Cinterfor. 2000).

El enfoque de riesgo tiene tres componentes: factores que pueden ser de riesgo o protectores, vulnerabilidad y probabilidad (daño y beneficio).

Factor, se refiere al agente o elemento que contribuye a los accidentes y/o enfermedades.

Riesgo, es una medida que refleja la probabilidad de que se produzcan un hecho o daño a la salud (enfermedad, accidente o muerte) el enfoque de riesgo se basa en la medición de esta probabilidad.

“El factor de riesgo, es toda aquella característica, hecho o situación que se produce en una persona o grupo de personas, una vulnerabilidad particular a un suceso no deseado desagradable. Un factor de riesgo, es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que asociadas a la probabilidad y de estar especialmente expuesta puede desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud. La utilidad de estos factores es que son observables o identificables antes de que se produzca el hecho que se predice” (Cinterfor. 2000).

“Factores protectores, son aquellas características, hechos o situaciones propias de la persona o de su entorno que eleva su capacidad para hacer frente a la adversidad o disminuir la posibilidad de desarrollar desajustes, aun con la presencia de factores de riesgo” (Instituto nacional de Salud Mental, 2000).

En la presente investigación el tipo de parto puede convertirse en un factor de riesgo o en un factor protector para el inicio y continuidad de la lactancia materna, y ahí es importante la intervención del profesional de enfermería quien es la que motiva, orienta y concientiza a la madre y su entorno referente a la importancia de la lactancia materna, y más aún si son madres primerizas. Si el

recién nacido logra mantener una lactancia exclusiva los 6 primeros meses disminuye la vulnerabilidad y favorece la resistencia al daño.

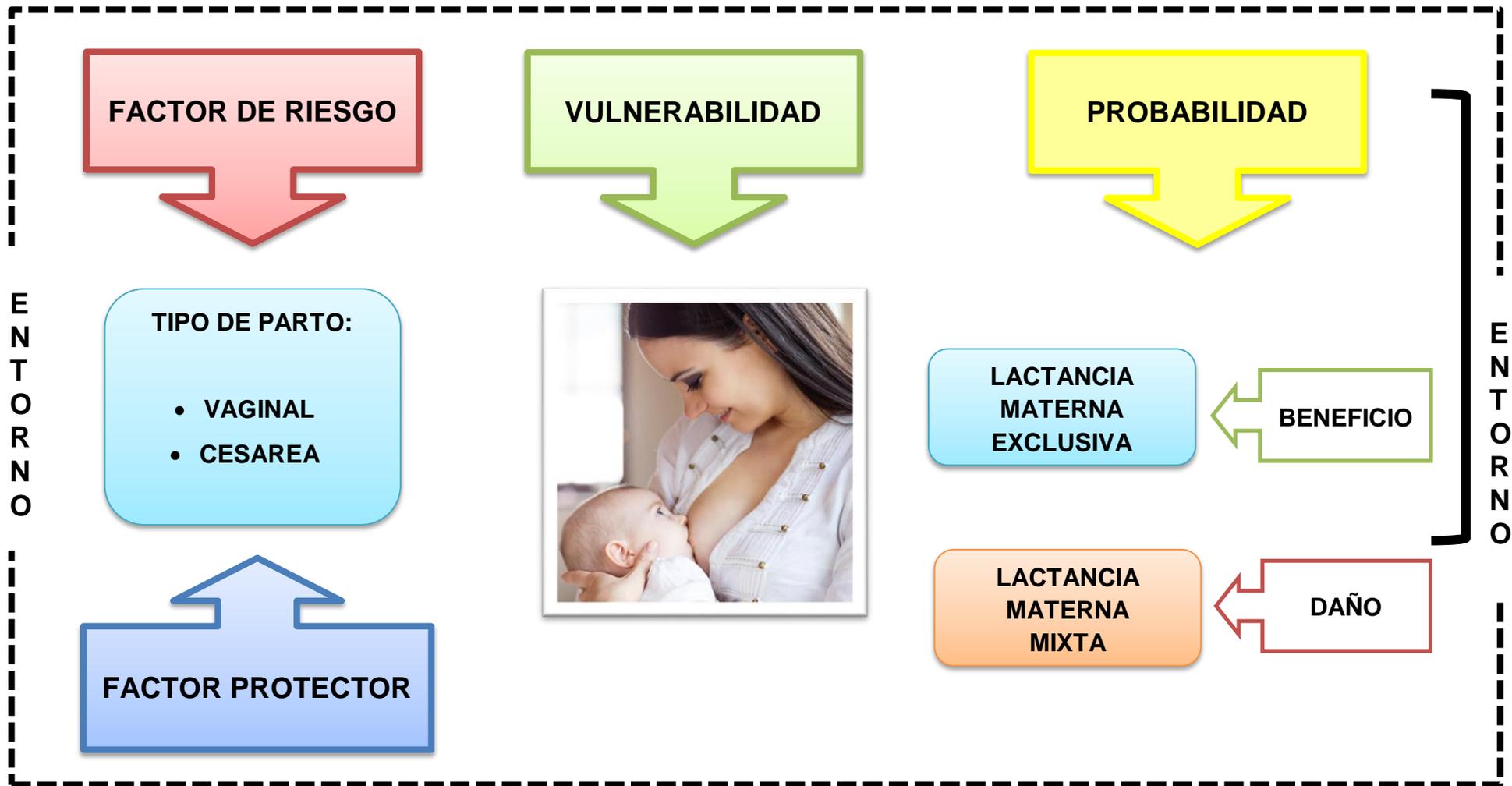
La vulnerabilidad se define como la medida de la susceptibilidad o predisposición intrínseca, extrínseca de una persona o grupo de personas a sufrir un daño a su salud y tener dificultad para recuperarse de ello; donde las mujeres, los recién nacidos y los grupos de bajos recursos económicos son especialmente vulnerables (Castañeda, 2003).

Probabilidad, es el componente resultado del enfoque de riesgo que se expresa en daño o beneficio. Daño, es definido como el resultado, afección o situación no deseada en función del cual se mide el riesgo (Castañeda, 2003).

En la presente investigación el recién nacido se convierte en una persona vulnerable, en el cual existe la probabilidad de sufrir un daño o beneficio en su salud, ya que muchas veces el tipo de parto puede influir en la continuidad de la lactancia materna (lactancia materna exclusiva) o discontinuidad de ésta (lactancia materna no exclusiva); ya que al aumentar las tasas de cesárea incrementa la posibilidad que estos recién nacidos sean separados de sus madres, iniciando de esta manera el uso de fórmula lacta, y conllevando a que continúe con la misma, poniendo en riesgo la vida futura del recién nacido.

Beneficio: es aquel factor que actúa como un agente protector, brindando un óptimo estado de la salud. Si se incrementan procedimientos o cambio de protocolos en la atención del recién nacido, se obtendrá un efecto positivo en el inicio y continuidad de la lactancia materna, por lo cual se requiere que el profesional de enfermería se empodere y tenga la capacidad de liderazgo para

que los factores de riesgo se conviertan en factores protectores, a través de la implementación de nuevos protocolos en beneficio de la salud del recién nacido (Cinterfor. 2000).



**ESQUEMA BASADO EN LA TEORÍA ENFOQUE DE RIESGO ADAPTADO A LA PRESENTE INVESTIGACIÓN
 “PARTO Y LACTANCIA EN RECIÉN NACIDOS, CHIMBOTE, 2020”**

2.2 Marco conceptual

RECIÉN NACIDO: Es un niño que tiene menos de 28 días. Estos 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuadas durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud (Organización Mundial de la Salud, 2020).

RECIÉN NACIDO A TÉRMINO: Es aquel recién nacido de 37 a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación (MINSA, 2015).

PARTO: Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos que son placenta, cordón umbilical y membranas ovulares; el parto puede ser: Parto vaginal, parto abdominal (Ministerio de Salud, 2014).

- **PARTO VAGINAL:** Es aquel nacimiento por vía vaginal. Puede ser sin complicaciones (eutócico) o con complicaciones (distócico) pero que termina por vía vaginal (Ministerio de Salud, 2014).
- **PARTO ABDOMINAL (CESÁREA):** Es el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal. Cuando el nacimiento se da por medio de una intervención quirúrgica, en este caso es la cesárea (Ministerio de Salud, 2007).

LACTANCIA MATERNA: Es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual la madre alimenta a su recién nacido a través de la provisión de su propia leche materna que contiene todos los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo sano del lactante; asimismo, es parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre. La lactancia materna es considerada por las organizaciones internacionales más importantes como uno de los primeros y más fundamentales derechos del ser humano. (Ministerio de Salud, 2017).

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: Es cuando el recién nacido recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos) (Organización mundial de la Salud, 2019).

LACTANCIA MATERNA MIXTA: Consiste en dar otros líquidos y/o alimentos con la leche materna a los menores de seis meses de edad, constituyendo un riesgo para la salud del lactante, ya que puede aumentar la posibilidad de que sufra diarrea y otras enfermedades infecciosas. Este tipo de alimentación mixta lleva a que el suministro de leche materna disminuya a medida que el bebé succiona menos el pecho (UNICEF, 2015).

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 Hipótesis central de la investigación

Existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y tipo de lactancia en recién nacidos atendidos en el Hospital La Caleta - Minsa y Hospital III de EsSalud. Chimbote, 2020.

3.2 Variables e indicadores de la investigación

3.2.1 VARIABLES:

VARIABLE 01

TIPO DE LACTANCIA:

Definición Conceptual:

Son las diferentes formas de alimentación que recibe el recién nacido durante los primeros 6 meses de vida. La madre elige el tipo alimentación para su recién nacido (Morán, 2014).

Definición Operacional: Se consideró lactancia materna durante el primer mes de vida y se midió en la escala nominal.

- **Lactancia materna exclusiva:** Es cuando el recién nacido recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos) (Organización mundial de la Salud, 2019).
- **Lactancia materna mixta:** Consiste en dar otros líquidos y/o alimentos con la leche materna a los menores de seis meses de edad, constituyendo un riesgo para la salud del lactante, ya que

puede aumentar la posibilidad de que sufra diarrea y otras enfermedades infecciosas. Este tipo de alimentación mixta lleva a que el suministro de leche materna disminuya a medida que el bebé succiona menos el pecho (UNICEF, 2015).

VARIABLE 02

TIPO DE PARTO:

Definición Conceptual:

El parto es el proceso que provoca la salida del feto desde el interior del útero materno a la vida extrauterina. Existen diferentes tipos de parto según su inicio (parto espontáneo e inducido) y según su finalización (parto vaginal y parto abdominal). Para el presente estudio se considerará según su finalización (López, 2015).

Definición Operacional: Se medirá en la escala nominal.

- **Parto vaginal:** Es aquel nacimiento por vía vaginal. Puede ser sin complicaciones (eutócico) o con complicaciones (distócico) pero que termina por vía vaginal (Ministerio de Salud, 2014).
- **Parto abdominal (Cesárea):** Es el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal. Cuando el nacimiento se da por medio de una intervención quirúrgica, en este caso es la cesárea (Ministerio de Salud, 2007).

3.2.2 INDICADORES:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIZACIÓN
TIPO DE LACTANCIA	Lactancia Materna Exclusiva durante el primer mes de vida	Porcentaje de recién nacidos que reciben lactancia materna exclusiva.	LM Exclusiva
	Lactancia Materna Mixta durante el primer mes de vida	Porcentaje de recién nacidos que reciben lactancia materna no exclusiva.	LM Mixta
TIPO DE PARTO	Parto vaginal	Porcentaje de recién nacidos por parto vaginal.	Vaginal
	Parto abdominal (cesárea)	Porcentaje de recién nacidos por parto abdominal (Cesárea)	Abdominal (Cesárea)

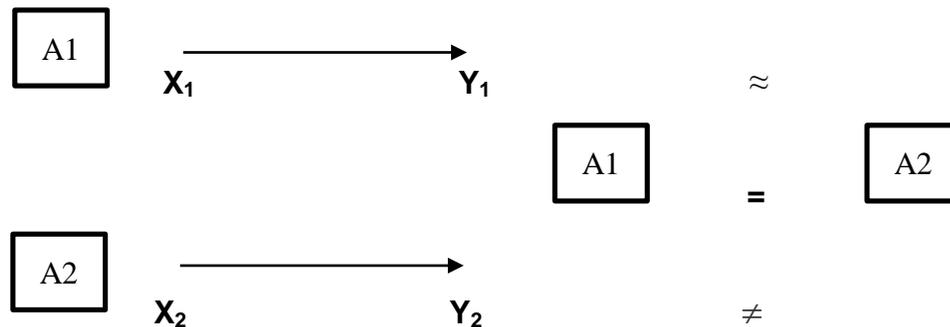
3.3 Métodos de la investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo Descriptivo, Correlacional Comparativo de corte transversal.

- **Descriptivo, correlacional** porque describirá la relación que existe entre las variables de estudio (Hernández, 2014).
- **Comparativo**, porque recolecta información en varias muestras sobre un mismo fenómeno para comparar los datos recogidos (Hernández, 2014).
- **Corte Transversal**, porque se analiza datos de variables recopiladas en un solo momento (Hernández, 2014).

3.4 Diseño o esquema de la investigación

El diseño de estudio fue descriptivo comparativo; porque se recolectó información de 2 muestras de un mismo fenómeno y se comparó los datos recogidos.



DONDE:

A1: Recién nacido del “Hospital La Caleta”

A2: Recién nacido del “Hospital III Es Salud”

X: Tipo de parto

Y: Tipo de lactancia

A1 ≈, =, ≠, A2 corresponde a las comparaciones entre las muestras, que pueden ser iguales, diferentes o semejantes.

3.5 Población y muestra

a. Población

Estuvo constituido por 131 madres primerizas y sus recién nacido atendidos en 2 hospitales de condiciones diferentes: Hospital “La Caleta” del Ministerio de Salud (entidad pública) y Hospital III “EsSalud” (entidad privada); ambos pertenecientes a la localidad de Chimbote, en donde 62 recién nacidos fueron atendidos en el Hospital La Caleta y 69 recién nacidos fueron atendidos en “EsSalud” .

Cabe resaltar que la población que se consideró fue durante el mes de Junio del 2019.

b. Unidad de Análisis

Estuvo conformada por cada madre y su recién nacido que cumplieron con los criterios de inclusión.

c. Muestra

Estuvo conformada por 62 madres primerizas y sus recién nacidos atendidos en el Hospital La Caleta y 69 madres primerizas y sus recién nacidos atendidos en el Hospital III de “EsSalud”, siendo un total de 131

madres primerizas y sus recién nacidos que fueron atendidos durante el mes de Junio del 2019.

d. Criterios de Inclusión:

❖ **De la madre:**

- Que acepten participar voluntariamente.
- Madre primípara
- Sin patología que comprometa su salud.
- Madre que no presenten antecedentes de VIH

❖ **Del Recién nacido:**

- Recién nacido a término
- Peso mayor de 2500Kg y menor de 4000Kg
- Producto de parto vaginal o cesárea
- Sin malformación congénita.
- Recién nacido con APGAR mayor o igual que 7 puntos

3.6 Técnicas e instrumento de la investigación

La técnica que se empleó fue el análisis de contenido y se aplicaron los siguientes instrumentos:

A. FICHA DE CONTENIDO SOBRE TIPO DE PARTO (ANEXO 1)

La ficha de análisis de contenido fue elaborado por la investigadora en el cual se consideró el Hospital donde fue atendida la madre para el nacimiento de su recién nacido, asimismo se consideró los datos generales de la madre primeriza como fecha de parto y datos generales del recién nacido como edad gestacional, peso, apgar y por último se

consideró un rubro del tipo de parto, considerando parto vaginal o parto abdominal (cesárea).

B. FICHA DE CONTENIDO TIPO DE LACTANCIA EN EL RECIÉN NACIDO: (ANEXO 2)

Elaborado por la investigadora en la cual se consideró el tipo de lactancia del recién nacido durante el primer mes de vida considerando lactancia materna exclusiva y lactancia materna mixta.

3.7 Procedimiento para la recolección de datos

Para obtener la aprobación y autorización de la ejecución del proyecto de investigación se coordinó con el director del Hospital La Caleta y Essalud; posteriormente se coordinó con la jefa del Departamento de enfermería, la enfermera jefe del Servicio de Neonatología y la coordinadora del Área de Atención Inmediata del Recién Nacido y Alojamiento Conjunto para que brinden las facilidades para la ejecución del proyecto de investigación, luego se revisó la historia clínica del recién nacido seleccionando aquellas madres y recién nacidos que cumplan con los criterios de inclusión y se acudió a la habitación de cada madre hospitalizada, a quienes se les explicó en que consistía la investigación quienes voluntariamente decidieron participar firmando el consentimiento informado. Posteriormente se registró los datos en la ficha de contenido sobre el tipo de parto. Al mes de vida se revisó las historias clínica de los recién nacidos en el Área de control de crecimiento y desarrollo; revisando el tipo de alimentación del recién nacido, éstos datos se registraron en la ficha de contenido del tipo de lactancia; en el caso de las madres que no acudían al hospital para su control de crecimiento y desarrollo se les realizó visita domiciliaria o llamada telefónica. Toda la información fue recolectada por la propia investigadora.

3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos se recolectaron y procesaron con el programa estadístico IBM SPSS versión 24 en sus dos niveles descriptivo y analítico, los resultados se presentaron en cuadros de una y doble entrada. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba Chi – cuadrado para determinar la relación entre variables, teniendo como punto crítico para el nivel de significancia p menor de 0.05.

3.9 Aspectos Éticos

En el presente estudio de investigación se consideró los siguientes aspectos éticos, normados por la Comisión de Ética de la Universidad Nacional del Santa:

- **Autonomía:** Se basó en el respeto a la dignidad de la madre y el recién nacido, quienes participaron en la investigación de forma voluntaria, garantizando el pleno respeto a los derechos y libertades fundamentales.
- **Anonimato y confidencialidad:** Se tomó en cuenta la privacidad de la identificación de la madre y el recién nacido, garantizando que la información sea accesible solamente para aquellos autorizados. La madre y el recién nacido, tienen derecho a la privacidad de sus datos y a su anonimato.
- **Beneficencia y no maleficencia:** Se buscó el bienestar de la madre y el recién nacido que participaron en la investigación, evitando acciones que puedan causar daño, disminuyendo los posibles efectos adversos y maximizando los beneficios.
- **Justicia:** Se realizó las acciones en base a lo que se considera correcto y apropiado desde el punto de vista moral.

- **Responsabilidad:** Se adoptó una responsabilidad social científica, considerando cuidadosamente las consecuencias de la realización y difusión de la investigación.
- **Integridad científica:** Se entiende por integridad científica a la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a una investigación, así como el análisis y comunicación de sus resultados.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Resultados

RESULTADOS:

TABLA N° 01: TIPO DE PARTO EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “LA CALETA”- MINSA Y HOSPITAL III ESSALUD, CHIMBOTE, 2020

HOSPITAL	TIPO DE PARTO					
	VAGINAL		CESAREA		Total	
	<i>fi</i>	<i>Hi</i>	<i>fi</i>	<i>hi</i>	<i>fi</i>	<i>hi</i>
Total	51	38,9	80	61,1	131	100,0
LA CALETA	24	38,7	38	61,3	62	100,0
ESSALUD	27	39.1	42	60,9	69	100,0

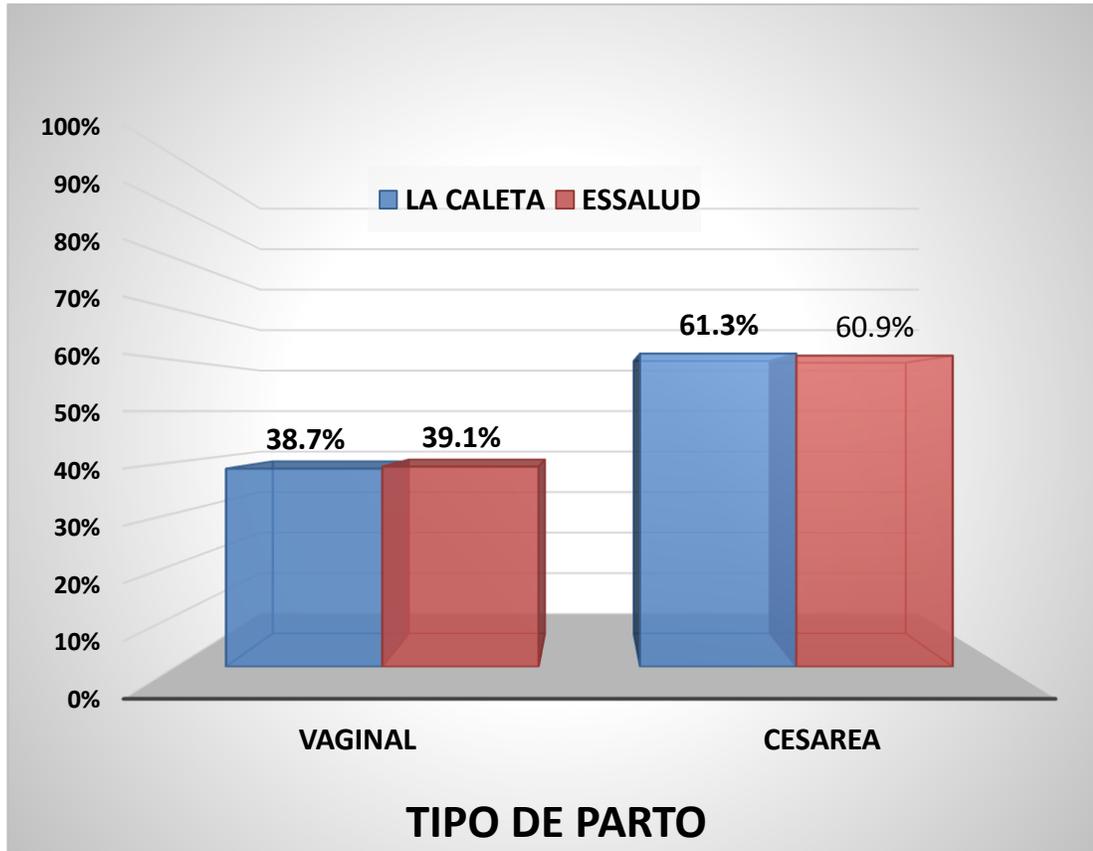


FIGURA N° 01: TIPO DE PARTO EN RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “LA CALETA” - MINSA Y HOSPITAL III “ESSALUD”, CHIMBOTE, 2020

**TABLA N° 02: TIPO DE LACTANCIA EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL “LA CALETA”- MINSA Y HOSPITAL III
ESSALUD, CHIMBOTE, 2020**

HOSPITAL	TIPO DE LACTANCIA					
	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		LACTANCIA MATERNA MIXTA		Total	
	<i>fi</i>	<i>Hi</i>	<i>fi</i>	<i>hi</i>	<i>fi</i>	<i>hi</i>
Total	57	43,5	74	56,5	131	100,0
CALETA	36	58,1	26	41,9	62	100,0
ESSALUD	21	30,4	48	69,6	69	100,0

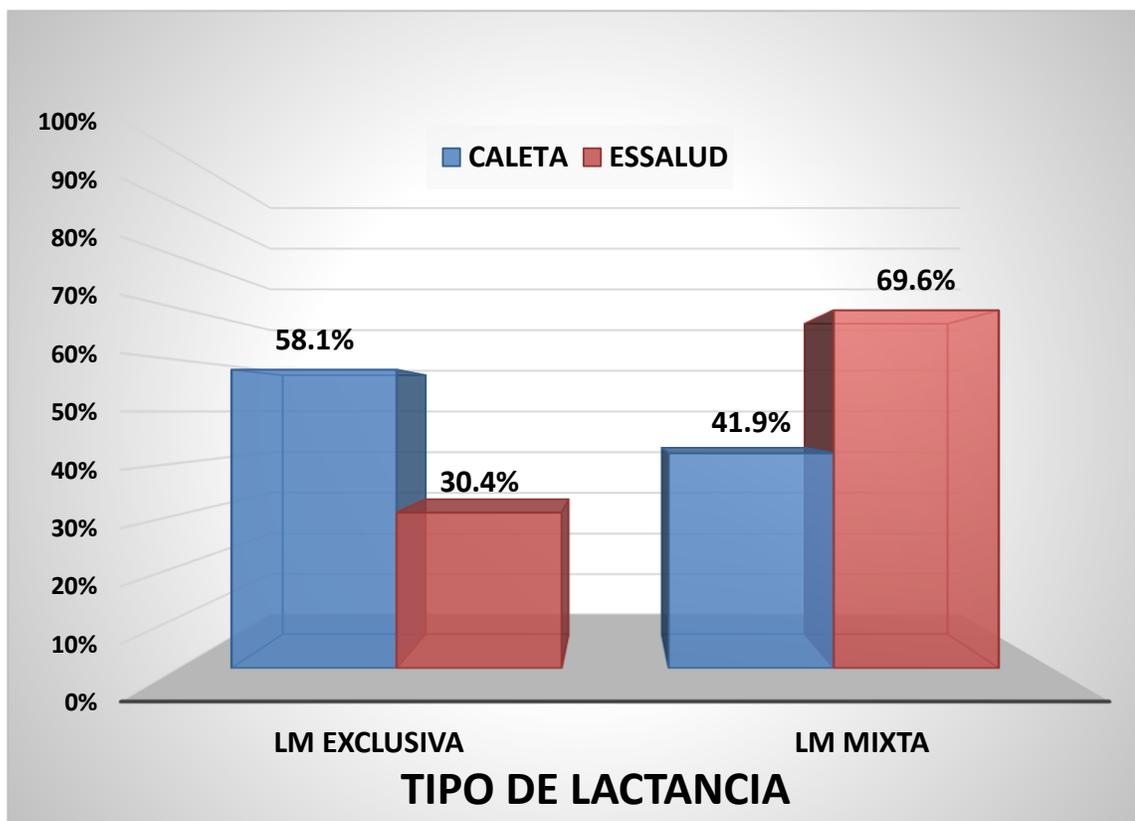


FIGURA N° 02: TIPO DE LACTANCIA EN RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “LA CALETA” - MINSA Y HOSPITAL III “ESSALUD”, CHIMBOTE, 2020

**TABLA N° 03: TIPO DE PARTO Y TIPO DE LACTANCIA EN RECIÉN
NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “LA CALETA”-
MINSA Y HOSPITAL III ESSALUD, CHIMBOTE, 2020.**

HOSPITAL	TIPO DE PARTO	TIPO DE LACTANCIA				TOTAL	
		LACTANCIA MIXTA		LACTANCIA EXCLUSIVA			
		Fi	hi	fi	hi	fi	hi
		Total		74	56,5	57	43,5
Total	CESAREA	48	60,0	32	40,0	80	100,0
	VAGINAL	26	51,0	25	49,0	51	100,0
		X² = 1,031 gl = 1 p = 0,310 No sig					
		OR = 1,4 Riesgo leve					
	Total	26	41,9	36	58,1	62	100,0
CALETA	CESAREA	16	42,1	22	57,9	38	100,0
	VAGINAL	10	41,7	14	58,3	24	100,0
		X² = 0,001 gl = 1 p = 0,973 No sig					
		OR = 1,7 Riesgo moderado					
	Total	48	69,6	21	30,4	69	100,0
	CESAREA	32	76,2	10	23,8	42	100,0
	VAGINAL	16	59,3	11	40,7	27	100,0
ESSALUD		X² = 2,225 gl = 1 p = 0,136 No sig					
		OR = 2,2 Riesgo elevado					

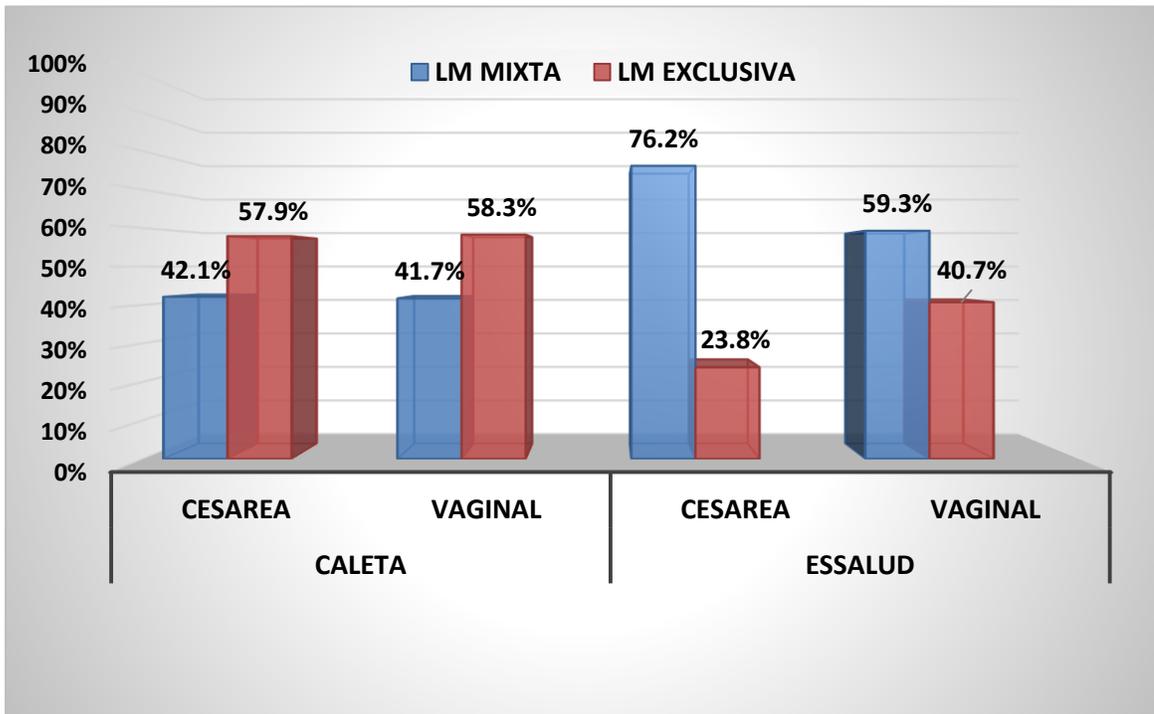


FIGURA N° 03: TIPO DE PARTO Y TIPO DE LACTANCIA EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “LA CALETA”- MINSA Y HOSPITAL III ESSALUD, CHIMBOTE, 2020.

4.2 ANALISIS Y DISCUSIÓN

En la **TABLA N° 01**, sobre el tipo de parto en Recién nacidos atendidos en el Hospital “La Caleta – MINSA y Hospital III “Es Salud”, Chimbote, 2019, se observa que en ambos hospitales existe un mayor porcentaje de recién nacidos producto de parto abdominal (cesárea) y solo la minoría de recién nacidos son producto de parto vaginal.

Estos resultados difieren de lo reportando por Silva et al. (2018) y Villarreal (2020), quienes en su estudio encontraron que la mayoría de recién nacidos son producto de parto vaginal.

En el presente estudio podemos observar que en ambos hospitales de Chimbote las tasas de cesárea han sobrepasado enormemente los límites recomendados por la Organización Mundial de la Salud, y esto muchas veces se debe al aumento injustificado de cesáreas, como lo mencionó Flores en el 2017; ocasionando repercusiones negativas en la vida y salud de la madre y el recién nacido. Para efectos del presente estudio el aumento de cesáreas repercute en el inicio temprano de la lactancia materna, reduciendo la probabilidad de su continuidad, a diferencia de los partos vaginales en el cual se realiza el contacto piel con piel favoreciendo al inicio precoz de la lactancia materna asegurando el éxito a una lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida.

En la **TABLA N° 02**, sobre tipo de lactancia en Recién nacidos atendidos en el Hospital “La Caleta – MINSA y Hospital III “Es Salud”, Chimbote, 2019, se observa 69,6% de recién nacidos atendidos en el Hospital Es Salud reciben lactancia materna mixta durante el primer mes de vida y el 58,1% de recién nacidos atendidos en el Hospital La Caleta reciben lactancia materna exclusiva durante su primer mes de vida.

Los resultados del Hospital “La Caleta”, coinciden con lo reportado por Laviña (2014) quien encontró que la mayoría de recién nacidos reciben lactancia materna exclusiva a los dos primeros meses de vida, pero difieren del Hospital Es Salud en el cual la mayoría de recién nacidos reciben lactancia materna mixta.

Asimismo los resultados del Hospital “La Caleta” coinciden con lo reportado por Giménez, Jimeno, Valles y Sanz (2015), pero difieren con el Hospital Es Salud en el cual la mayoría de recién nacidos recibe lactancia materna mixta al mes de vida.

En los resultados se evidencia que existe una diferencia significativa entre el tipo de lactancia que recibe el recién nacido durante el primer mes de vida predominando la lactancia materna exclusiva en el Hospital la Caleta y la lactancia materna mixta en el Hospital EsSalud; esto puede deberse a que en ambos hospitales atienden a poblaciones de condiciones económicas distintas, en el cual la población del EsSalud a pesar de tener mejores condiciones de vida optan por una lactancia materna mixta, lo cual se corrobora con lo manifestado por la Organización Panamericana de la Salud. Asimismo se debe a que no se está cumpliendo las normas recomendadas por la lactancia materna, tal como la afirma la UNICEF y la Organización Mundial de la Salud.

En la actualidad en muchos hospitales no se cumple con el desarrollo y aplicación de la Norma Técnica de Atención Integral de Salud Neonatal y si lo aplican no lo realizan en todos los nacimientos, por ejemplo en el manejo de los recién nacidos por cesáreas es diferente al manejo de los recién nacidos por parto vaginal; muchas veces al que nace por cesárea inician su alimentación con fórmula láctea repercutiendo en la continuidad de la lactancia materna exclusiva, en cambio en los nacidos por parto vaginal son colocados inmediatamente en el abdomen desnudo de la madre iniciando una lactancia materna precoz lo cual favorece al éxito de una lactancia materna exclusiva.

El hospital La Caleta ha tratado de dar sostenibilidad al cumplimiento de la Norma Técnica de Atención Integral de Salud Neonatal y esto se refleja en los resultados obtenidos, logrando que la mayoría de los recién nacidos continúen con una lactancia materna exclusiva durante el primer mes de vida y esto depende de la actitud, concientización y convencimiento que tengan los profesionales de la salud, especialmente el profesional de enfermería en el cumplimiento de las normas recomendadas a favor de la lactancia.

En la **TABLA N° 03**, sobre el tipo de parto y tipo de lactancia en Recién nacidos atendidos en el Hospital “La Caleta”- MINSA y Hospital III Es Salud, Chimbote, 2020; se encontró que en el Hospital “La Caleta” el 57,9% de recién nacidos por cesárea reciben lactancia materna exclusiva y el 58,3% de recién nacidos por parto vaginal reciben lactancia materna exclusiva. No existe relación significativa entre el tipo de parto y tipo de lactancia ($p= 0,973$), sin embargo existe 1,7 veces mayor riesgo que los recién nacidos por cesárea se alimenten con lactancia materna mixta durante su primer mes de vida.

En cambio en el Hospital III “EsSalud”, el 76,2% de recién nacidos por cesárea reciben lactancia materna mixta durante su primer mes de vida y el 59,3% de recién nacidos por parto vaginal también reciben lactancia materna mixta; por lo tanto no existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y el tipo de lactancia ($p=0,136$): sin embargo existe 2,2 veces más riesgo que reciba lactancia materna mixta si su parto fuera por cesárea.

En el total de recién nacidos atendidos en ambos hospitales los 60% de recién nacidos producto de parto abdominal (cesárea) reciben lactancia materna mixta y el 51% de recién nacidos producto de parto vaginal reciben lactancia materna mixta. Ante la prueba estadística no existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y tipo de lactancia ($p=0,310$), sin embargo existe 1,4 veces más riesgo que los recién nacidos por cesárea tengan una lactancia materna mixta.

Este estudio difiere de lo reportado por Silva et al. (2018), quienes encontraron que el parto vaginal está asociado positivamente a la lactancia materna exclusiva, en cambio el no tener experiencia previa o haber tenido una mala experiencia está asociado negativamente a la continuidad de la lactancia.

Asimismo difiere del estudio reportado por Miñano (2017) quien en su estudio encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y el tipo de lactancia.

Este estudio refleja que independientemente del tipo de parto existen otros factores que se relacionan significativamente con el tipo de lactancia, sin embargo existe un riesgo leve que el tipo de parto influya en el tipo de lactancia

ya que existen evidencias en el cual mencionan que el nacimiento por cesárea es un factor que retrasa el inicio y acorta la duración de la lactancia materna, y esto se debe por el incumplimiento de la Norma Técnica de Atención Neonatal Brindar al recién nacido y a la madre una atención apropiada en los momentos posteriores al parto es decisivo no solo para que la lactancia materna se inicie, sino también para que continúe satisfactoriamente (UNICEF, 2018).

Asimismo en este estudio se demuestra que lo que dificulta el inicio y continuidad de la lactancia materna no es el tipo de parto, sino las prácticas hospitalarias inadecuadas que se realizan en cada hospital, y el incumplimiento de la Norma Técnica de Atención Neonatal del Ministerio de Salud, tal como lo menciona la Asociación el parto es nuestro, 2015; y esto fundamentalmente depende de los profesionales de la salud, especialmente del empoderamiento del profesional de enfermería en las acciones o medidas a tomar a favor del recién nacido.

También se puede observar que la mayoría de recién nacidos reciben lactancia materna mixta durante el primer mes de vida, esto puede deberse a una serie de creencias erróneas y/o prácticas inadecuadas en el hospital (separar a la madre del bebe, iniciar la primera toma con formula láctea, dar chupones a los recién nacidos) que a menudo motivan que la lactancia termine antes de lo que la madre deseaba; y esto depende principalmente del profesional de enfermería quien es la que motiva, orienta, concientiza y brinda conocimientos referente a la lactancia materna y mucho más aún si son madres primerizas necesitan del apoyo y orientación no solo del profesional sino también del entorno en donde vive, para que de esta manera no abandone la lactancia.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. En ambos hospitales existe un mayor porcentaje de recién nacidos producto de parto abdominal (cesárea) y solo la minoría de recién nacidos son producto de parto vaginal.
2. El 69,6% de recién nacidos atendidos en el Hospital Es Salud reciben lactancia materna mixta durante el primer mes de vida y el 58,1% de recién nacidos atendidos en el Hospital La Caleta reciben lactancia materna exclusiva durante su primer mes de vida.
3. No existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y tipo de lactancia, en recién nacidos atendidos en el Hospital “La Caleta”- Minsa y Hospital III EsSalud ($P= 0,310$).

5.2 Recomendaciones

1. Se recomienda a los Hospitales de entidades públicas y entidades privadas al cumplimiento de la Norma Técnica de Atención Integral de Salud Neonatal y al cumplimiento de las normas recomendadas por la UNICEF y Organización Mundial de la Salud a favor de la lactancia.
2. Se recomienda a los profesionales de la salud, especialmente a los profesionales de enfermería de las diferentes entidades de salud, buscar estrategias, crear nuevos modelos o protocolos de atención, teniendo como base la Norma Técnica de Atención Integral de Salud Neonatal con la finalidad de que independientemente del tipo de parto, se logre que los recién nacidos, inicien, continúen y se mantengan con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida, mejorando así la calidad del cuidado de enfermería en beneficio del recién nacido.
3. Se recomienda realizar investigaciones asociando el tipo de lactancia a otras variables de investigación como por ejemplo el estado socioeconómico, el nivel cultural, las prácticas hospitalarias que se, tomando como base la presente investigación.
4. Se recomienda sensibilizar a los profesionales de la salud, especialmente a los profesionales de enfermería en tomar especial atención en la educación y orientación que se le brinde a la madre sobre lactancia materna; ya que según este estudio se evidencia en un alto porcentaje el uso de formular lácteas, afectando y repercutiendo la vida y la salud del recién nacido y por ende de la sociedad.

5. Se recomienda que durante la etapa de gestación se prepare y concientice a las madres referente a la importancia de la práctica lactancia materna; asimismo se recomienda la participación del profesional de enfermería durante esta etapa, ya que es la persona idónea para abordar estos temas a favor del recién nacido.

6. Se recomienda involucrar la participación de la familia para contribuir con el compromiso de la lactancia materna ya que no solo favorece a nivel biológico sino también nivel emocional ya que el amamantamiento fortalece una relación especial entre la madre y su hijo logrando desarrollar una personalidad segura e independiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Asociación Española de Pediatría (2016). *Lactancia materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países*. Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>

Asociación el parto es nuestro. (2015). *Cómo influye el parto en el establecimiento de la lactancia*. Recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/lactancia/como-influye-el-parto-en-el-establecimiento-de-la-lactancia>

Ávila, J., Tavera, M., y Carrasco, M. (2013). *Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos 2011-2012*. Recuperado de: <http://www.unicef.org/peru/spanish/Mortalidad-Neonatal-en-el-Peru-y-sus-departamentos-2011-2012.pdf>

Asociación Española de Pediatría. (2012). *Recomendaciones sobre lactancia materna*. Recuperado de <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>

Bobadilla, L., León, J. (2017). En torno a las cesáreas en el Perú: ¿Solo un problema de cifras? *Rev Perú Ginecol Obstet*, 63 (4),659-660.

Carrasco, Y. (2013). *Lactancia materna exclusiva*. Recuperado de <http://www.medicos.cr/web/documentos/boletines/BOLETIN%20080113/LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA.pdf>

Castañeda, G. (2003). El enfoque de riesgo en la atención de la salud. Recuperado de <https://jaimebueso.files.wordpress.com/2008/01/el-enfoquederiesgo-en-la-atencion-de-la-salud.doc>.

Cinterfor. (2000). Riesgo en Salud Ocupacional. Disponible en: <http://www.cinterfor.org.uy/jovenes/doc/>. Acceso 22.11.16.

Dirección General de Salud Reproductiva. (2002). *Lineamiento Técnico: Cesárea segura*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>

Fernández, P.E., (2020). Lactancia materna-. Cómo valorar su inicio. *Pediatría Integral*. XXIV (2). Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-03/lactancia-materna-como-valorar-su-inicio/>

Flórez, M., Orrego, L., Revelo, S., Sánchez, G., Duque, L., Montoya, J., y Agudelo, A. (2018, 31 de Enero). Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano. *Rev. Méd. Risaralda*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v24n1/v24n1a05.pdf>

Flores, A. (2017). *Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Ventanilla*. (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma. Lima.

Giménez, V., Jimeno B., Valles M., y Sanz I E. (2015, 03 de marzo). Prevalencia de la lactancia materna y factores sociosanitarios que la condicionan. *Rev Pediatr Aten Primaria*. Recuperado de http://archivos.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPpSLgsDZd34EAulQeUmSMsB

Gómez, R. (2015). *El abandono precoz de la lactancia materna. Sus causas y consecuencias en nuestra sociedad*. (Tesis de pregrado). Universidad Rovira I Virgili, Tarragona, España.

Godoy, L. (2013). Piel con piel precoz durante las cesáreas. Recuperado de http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1be-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e/f330dd3a-048b-4d93-9494-437dff75c5fd/78e7ffdd-d856-4d05-bc1c-793af64cff84/Piel_con_piel_precoz_durante_cesareas.pdf

Hospital La Caleta. (2019). *Misión, Visión*. Recuperado de <http://www.hcaleta.gob.pe/>

Herráiz, M. (20 de febrero de 2018). *Parto vaginal controlado y parto vaginal natural. Puleva*. Recuperado de <https://www.lechepuleva.es/embarazo/parto-vaginal-controlado-natural>

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, C. (2014). Metodología de la Investigación, 6ta Edición Mc. Graw-Hill México

Infosalud. (10 de agosto de 2020). *¿Cómo puede influir el parto en la lactancia?*. Recuperado de <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-puede-influir-parto-lactancia-20191211082743.html>

Instituto nacional de salud mental. (2000). Módulos de capacitación para agentes comunitarios. Salud mental en el frente de desastres. Disponible en: <http://ww.disasterinfo.net/infovolcanes/pdf/spa/doc13580/doc13580-1b.pdf>. Acceso 11.12.16

López, D. (2015, 06 de marzo). Tipos de parto. *Materna*. Recuperado de <https://www.materna.es/el-parto/tipos-de-partos/>

Miñano, M., Jainor., A. (2017). *Factores que influyen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de lactantes hasta 6 meses de edad*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú. Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/9440>

Ministerio de Salud. (2017). *Guía técnica para la consejería en lactancia materna*. Lima, Perú.

Ministerio de salud. (2015). *Norma Técnica de Atención Integral de la Salud Neonatal*. Lima, Perú.

Ministerio de Salud. (2014). *Norma Técnica de salud para la Atención Integral de Salud Materna*. Lima, Perú.

Morán, J., Riveros, D. (2014). *Tipo de lactancia y caries dental temprana en niños de 12 a 24 meses atendidos en el consultorio de odontopediatría del Hospital Departamental Huancavelica* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Huancavelica. Huancavelica, Perú.

Ministerio de Salud. (2007). *Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva*. Lima, Perú

Organización Mundial de la Salud. (24 de Agosto de 2020). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

Organización Mundial de la Salud (2020). *Lactante, Recién Nacido*. Recuperado de https://www.who.int/topics/infant_newborn/es/.

Organización mundial de la salud (2019). *Lactancia materna*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/#:~:text=La%20lactancia%20materna%20es%20la,sistema%20de%20atenci%C3%B3n%20de%20salud>.

Organización de las naciones unidas. (31 de Julio de 2018). *La importancia de la lactancia materna durante la primera hora de vida del bebé*. República.

Recuperado de <https://www.republica.com/2018/07/31/la-importancia-de-la-lactancia-materna-durante-la-primera-hora-de-vida/>

OPS y OMS. (2018). *Semana Mundial de la Lactancia Materna*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=2018-9958&alias=45729-hoja-tecnica-semana-mundial-lactancia-materna-2018-lactancia-materna-pilar-vida-729&Itemid=270&lang=es

Olza, F. (2015). *Lactancia después de la cesárea*. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/lactanciaDepresionPsicosis.pdf>

Organización mundial de la Salud. (05 de abril del 2019). *Lactancia materna exclusiva*. Recuperado de https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/

Organización panamericana de la Salud. (22 de enero del 2018). *Beneficios de la Lactancia Materna*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9328:breastfeeding-benefits&Itemid=42403&lang=es

Organización panamericana de la Salud. (2017). *Semana Mundial de la Lactancia Materna. Juntos podemos hacer que la lactancia materna sea sostenible*. Recuperado de

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13524:world-breastfeeding-week-2017&Itemid=41531&lang=es

Organización panamericana de la Salud. (01 de Agosto de 2017). *Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna.* Recuperado de

https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3850:los-bebes-y-las-madres-del-mundo-sufren-los-efectos-de-la-falta-de-inversion-en-la-lactancia-materna&Itemid=900

Organización panamericana de la Salud. (10 de Abril de 2015). La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria. Recuperado de

https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:svTSZHkgVgJ:hhttps://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2943-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuandoesmedicamentenecesariacatid=128&Itemid=900+&cd=1&h=es-419&ct=clnk&gl=pe

Organización panamericana de la salud. (1992). Manual Sobre el enfoque de Riesgo. Serie de Paltex para ejecutores de la salud. 2da Ed. Washington.DC.Ramiro, G., Ortiz, M., Arana, C., Esparza, O., Cortes, O., Terol, M., y Ordobás, G. (2018). Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *Anales de Pediatría*, 89(1), 32-43.

Rocano, N. (2016). *Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres puérperas* (Tesis de especialidad). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Chimbote. Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1024/Conocimientos_RocanoSusanibar_Nhuria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Silva, P. Varga, N., León, N., Duran, S., Araya, M., Rudman, J., y Muñoz, G. (2018). El tipo de parto, ¿Podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva? *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 24(2).

Selim, L. (03 de Agosto de 2018). *La lactancia materna desde la primera hora de vida lo que beneficia y lo que perjudica*. (Mensaje en un blog). Recuperado de <https://www.unicef.org/es/historias/la-lactancia-materna-desde-la-primera-hora-de-vida-lo-que-beneficia-y-lo-que-perjudica>

Spatz, L., y Lessen, R. (2017). *Los Riesgos de no amamantar*. Recuperado de <https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/ILCA/e3ee2b6e-c389-43de-83ea-f32482f20da5/UploadedImages/Learning/Resources/Risks%20of%20Not%20Breastfeeding-Spanish-2.pdf>

Salsavilca, E., y Valles, S. (2016). *Factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva del recién nacido sano* (Tesis para optar el título de especialista en cuidado Enfermero en neonatología). Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú.

Sociedad cubana de medicina. Revista Cubana de Medicina Integral. (1999). Factores de riesgo en el proceso de salud. Disponible en: <http://www.bvs.sid.cu/revistas/.../mgi19499.htm>. Acceso 10.10.16.

UNICEF, (2018). *Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna. El mejor comienzo para cada recién nacido*. Recuperado de https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018_Sp.pdf

UNICEF, (2018). *En el Día de la Madre, UNICEF pide que se reduzcan las “brechas en la lactancia materna” que hay entre ricos y pobres en todo el mundo*. Recuperado de https://www.unicef.org/peru/spanish/media_38432.html

UNICEF. (2015). *Lactancia materna*. Recuperado de https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html

UNICEF. (2005). *Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna*. Recuperado de <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf>

Villarreal, V. C., Plascencia, M. D., y Nolberto, S. V. (2020). Lactancia materna exclusiva y factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de Lima Centro. *Rev. Fac. Med. Hum*, 20 (2), 287-294.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**



ANEXO Nº 01

**FICHA DE CONTENIDO SOBRE TIPO DE PARTO
(Solo llenado por el investigador)**

I. HOSPITAL

1. La Caleta ()
2. Essalud ()

II. DATOS GENERALES

De la madre primeriza

1. Fecha de parto:

Del recién nacido:

1. Edad Gestacional:
2. Peso:gramos
3. Apgar: Al 1' A los 5'

III. TIPO DE PARTO

- 1.- Vaginal ()
- 2.-Cesarea ()

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA



ANEXO Nº 02

FICHA DE CONTENIDO: TIPO DE LACTANCIA EN EL RECIÉN NACIDO
(Solo llenado por el investigador)

Marque con un aspa el tipo de lactancia que recibe su recién nacido.

TIPO DE LACTANCIA EN EL RECIÉN NACIDO	Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna Mixta
AL MES DE VIDA		

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**



ANEXO N° 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Madre de Familia: Se ha elaborado 2 instrumentos el cual se encuentra dirigido para obtener información relacionada al tipo de parto y tipo de lactancia en recién nacidos. Los datos serán utilizados como fuente de información para la realización de un trabajo de investigación, por lo cual solicito su colaboración. La información que nos brinde es completamente **ANÓNIMA** y **CONFIDENCIAL**.

Yo..... (Iniciales);
declaro libre y voluntariamente que **ACEPTO** participar en el presente estudio titulado **“Parto y lactancia en recién nacidos, Chimbote, 2020”**. He sido informada de los beneficios y riesgos que ésta representa. Dando conformidad a lo anterior, firmo el presente consentimiento.

D.N.I. N°..... **FECHA:**

DIRECCIÓN: **FIRMA:**

CELULAR:



DECLARACION JURADA DE AUTORIA

Yo, Jesenia Manuelita Corales Acosta estudiante de la

Facultad:	<u>Ciencias</u>		<u>Educación</u>		<u>Ingeniería</u>	
Escuela Profesional:	<u>Enfermería</u>					
Departamento Académico:						
Escuela de Posgrado	<u>Maestría</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Doctorado</u>			

Programa: Maestría en Ciencias de Enfermería

De la Universidad Nacional del Santa; Declaro que el trabajo de investigación intitulado:

Parto y lactancia en recién nacidos, Chimbote, 2020

presentado en 8 folios, para la obtención del Grado académico:

Título profesional: Investigación anual:

- He citado todas las fuentes empleadas, no he utilizado otra fuente distinta a las declaradas en el presente trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido presentado con anterioridad ni completa ni parcialmente para la obtención de grado académico o título profesional.
- Comprendo que el trabajo de investigación será público y por lo tanto sujeto a ser revisado electrónicamente para la detección de plagio por el VRIN.
- De encontrarse uso de material intelectual sin el reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el proceso disciplinario

Nuevo Chimbote, 15 de Noviembre de 2020

Firma:

Nombres y Apellidos: Jesenia Manuelita Corales Acosta

DNI: 70179494

NOTA: **Esta Declaración Jurada simple indicando que su investigación es un trabajo inédito, no exime a tesisistas e investigadores, que no bien se retome el servicio con el software antiplagio, ésta tendrá que ser aplicado antes que el informe final sea publicado en el Repositorio Institucional Digital UNS.**