

Las semanas de gestación como factor asociado a la práctica de la lactancia materna inmediata

As semanas de gestação como fator associado à prática da amamentação materna imediata

Gestation weeks as an associated factor to the practice of immediate breastfeeding

• Jeyma Talía Patiño Suárez¹ • Yolanda Campos-Uscanga² •

•1• Maestra en Salud Pública. Docente de la Licenciatura de Nutrición Clínica del Complejo Regional Nororiental de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México. E-mail: talisuarez@hotmail.com

•2• Doctora en Psicología. Investigadora titular de tiempo completo del Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Veracruz, México. E-mail: ycampos@uv.mx

Recibido: 08/08/2017 Aceptado: 22/05/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n2.66822



Resumen

Introducción: iniciar la lactancia tempranamente es crucial para aprovechar el periodo sensitivo del recién nacido y la cascada hormonal materna inmediata al parto, que en conjunto favorecen la continuidad de la lactancia durante el desarrollo del niño. Sin embargo, existen factores que pueden afectar la realización de la lactancia materna inmediata (LMI) con consecuencias que afectan la salud.

Objetivo: determinar si existe relación entre la LMI y las características del control prenatal, del parto y de tipo socioeconómico.

Método: estudio de casos y controles. Se aplicaron encuestas a mujeres con hijos entre 6 y 24 meses de edad. El muestreo fue no probabilístico. Se compararon las medias a través de la *t* de Student, se buscaron asociaciones a través de correlación de Spearman y Odds ratio.

Resultados: las semanas de gestación (SDG) tuvieron una media inferior en el grupo de mujeres que realizaron LMI ($p = 0,023$). Las mujeres con mayores ingresos económicos tuvieron menor realización de LMI [$Rho = -0,28$ ($p < 0,05$)] y a menos SDG aumenta la práctica de LMI [$Rho = -0,35$ ($p < 0,05$)]. Nacer con más de 38 SDG se relaciona con menor realización de LMI [OR = 0,16 (IC 0,04-0,064)].

Conclusión: mientras que el menor ingreso económico y escolaridad de la madre se relacionan con menor práctica de LMI, cuando el parto se da antes de las 38 SDG la probabilidad aumenta.

Descriptor: Recién Nacido Prematuro; Lactancia Materna; Atención Prenatal; Enfermeras Obstétricas (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Introdução: iniciar o aleitamento materno precocemente é crucial para aproveitar o período sensitivo do recém-nascido e a cascata hormonal materna imediata após o parto, que juntos favorecem a continuidade do aleitamento materno durante o desenvolvimento da criança. No entanto, existem fatores que podem afetar o desempenho do aleitamento materno imediato (AMI) com consequências negativas para a saúde.

Objetivo: determinar se existe uma relação entre AMI, fatores natais, controle pré-natal e características socioeconômicas.

Método: estudo de caso e controle. Foram aplicados questionários a mulheres com filhos entre 6 e 24 meses de idade. A amostragem foi por conveniência. Estimaram-se as médias através de *t* de Student e os coeficientes de correlação de Spearman e Odds ratio.

Resultados: as semanas de gestação (SDG) tiveram uma média inferior no grupo de mulheres que fizeram AMI $p = 0,023$. Mulheres com rendimentos mais elevados tiveram menor propensão a AMI [$Rho = -0,28$ ($p < 0,05$)]; a menos SDG aumenta a probabilidade de AMI [$Rho = -0,35$ ($p < 0,05$)]. Nascimento antes de 38 SDG promove a AMI [OR = 0,16 (IC 0,04-0,064)].

Conclusões: enquanto o menor nível econômico e escolaridade da mãe estão relacionados à menor prática de AMI, quando o parto ocorre antes de 38 SDG, essa probabilidade aumenta.

Descritores: Aleitamento Materno; Cuidado Pré-natal; Enfermeiras Obstétricas; Recém-Nascido Prematuro (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Introduction: early initiation of breastfeeding is crucial to take advantage of the sensitive period of the newborn and the maternal hormonal cascade immediately after birth, which together stimulate the continuity of breastfeeding during the child's development. However, there are factors that may affect the practice of immediate breastfeeding (IB) with negative consequences for health.

Objective: to establish whether there is a relationship between IB, birth, prenatal care and socio-demographic factors.

Method: a case-control study was conducted. Surveys were applied to women with children aged 6 to 24 months. Convenience sampling was used. The averages were calculated under *t* Student's test, the Spearman correlation coefficients and odds ratio.

Results: the gestation weeks (GW) had a lower average in the group of women who practiced IB ($p = 0,023$). Women with higher incomes were less likely to IB [$Rho = -0,28$ ($p < 0,05$)]; unless GW increases the likelihood of IB [$Rho = -0,35$ ($p < 0,05$)]. It was found that birth before 38 GW favors the practice of IB [OR = 0,16 (CI 0,04 to 0,64)].

Conclusion: even considering that mothers' low economic and educational level by mothers are related to less IB practice, when the birth occurs before 38 GW this probability increases.

Descriptors: Infant Premature; Breastfeeding; Prenatal Care; Nurse Midwives (source: DeCS, BIREME).

Introducción

A través de la historia de la humanidad, en diferentes grupos étnicos, el parto se ha caracterizado por ser un evento privado en el que la mujer se ha alejado o aislado de su medio para parir, dando oportunidad para que las funciones fisiológicas del parto fluyan naturalmente, así como para que la intimidad y la cercanía entre ella y el recién nacido se procure en las primeras horas de vida (1).

Un par de minutos después del parto, el recién nacido comienza un estado instintivo de alerta tranquila receptiva y activa que durará alrededor de 60 minutos; al término de este, se presentará un sueño profundo que durará horas. Dicho periodo de alerta se ha denominado *periodo sensitivo* y se considera que es el más prolongado durante el primer mes de edad (1-3). Esta fase es muy significativa, debido a que aquí comienza una etapa muy importante del apego que se seguirá desarrollando potencialmente día a día hasta establecer el fuerte lazo afectivo, resultado del intercambio de caricias, miradas, sonidos, olores y temperaturas entre madre e hijo (1-3).

Otro de los resultados trascendentales de dicho apego es que a este le acompaña la producción de hormonas que estimularán la lactancia, de tal manera que posibilitará que el recién nacido busque el pecho de su madre. Sin embargo, si se retira al niño de su madre, como suele hacerse en el ámbito hospitalario, se priva a ambos de esta experiencia, provocando que la calidad e intensidad del apego disminuya y, en consecuencia, no se obtengan los beneficios que brinda para la continuidad de la lactancia materna y para la salud integral (1-3).

El momento del nacimiento es de suma transformación, puesto que el recién nacido cambia totalmente su hábitat. De un medio con predominio acuático, con temperatura estable y estímulos ópticos, acústicos y táctiles menores, pasa a un medio aéreo-terrestre en el cual debe usar los pulmones para oxigenarse, con variaciones de temperaturas y múltiples y fuertes estímulos sensoriales. Por ello es necesario que se encuentre en compañía de la madre, para que la adaptación sea saludable. Aunado a esto, numerosos estudios han mostrado que, tras el parto, el contacto precoz, ininterrumpido y prolongado piel con

piel provocan que el metabolismo y la termorregulación mejoren, que se favorezca el inicio de la succión al seno materno y que el cuerpo del recién nacido (estéril) se colonice por microorganismos que estimulen al sistema inmunológico (1-3).

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en busca de que los servicios de salud donde se atienden los partos lleven a cabo prácticas que estimulen la lactancia materna exclusiva (LME) desde el nacimiento. Dentro de esta iniciativa, se considera brindar las facilidades para que se instaure la lactancia dentro de los 30 minutos posteriores al parto, para lo cual es indispensable el contacto piel con piel de la madre y el neonato de tal forma que se dé un apego precoz (4). Los servicios de salud deben acompañar a las madres en este proceso brindando apoyo cuando lo requieran (4). Aunque la estimulación para la lactancia materna deba hacerse durante la media hora posterior al nacimiento, se considera como lactancia materna inmediata (LMI) si se realiza durante la primera hora después del mismo (5).

La importancia de la LMI recae en los beneficios que brinda a la salud del binomio madre/hijo, pues los recién nacidos son altamente vulnerables a enfermedades infecciosas durante las primeras horas/días de edad, la primera leche de la madre (calostro) posee elevadas cantidades de anticuerpos y nutrimentos que protegen al niño durante esta etapa crítica (5-8). Por su parte, los beneficios de la LME para la salud infantil se extienden por mucho más tiempo, protegiendo de múltiples infecciones (9-11).

La LMI beneficia la práctica de la LME debido a la influencia en la instauración satisfactoria de la misma (12-14). Del apego precoz depende que la estimulación y consecuentemente la producción de leche sea pronta y la madre se sienta satisfecha y segura física y psicológicamente para comenzar a lactar y continuar haciéndolo (12-14). De lo contrario, si la estimulación y producción de leche se retardan, la madre o el personal de salud introducen en la alimentación del niño, otras bebidas y alimentos diferentes a la leche materna con el objetivo de "satisfacer" las necesidades alimentarias de los recién nacidos, se provoca que el niño pueda rechazar el pecho cuando la madre lo vuelva a ofrecer y, en consecuencia, que no se instaure la lactancia materna.

Las prácticas de lactancia son influenciadas por diversos determinantes, dentro de los cuales el entorno social en el que las mujeres y los recién nacidos se desenvuelven es trascendental (15-23). En relación con el inicio de la lactancia, los servicios de salud constituyen un elemento de gran influencia, ya que son el espacio donde generalmente se atienden partos. Existe evidencia de que las mujeres perciben necesidades de formación no cubiertas en la atención prenatal pese a asistir a cursos. Varias de las lagunas de información que señalan son razones comúnmente citadas para abandonar la lactancia, como es su frecuencia, las posiciones para su realización y el uso de fórmulas (23).

En los últimos tiempos, se han observado mejoras en el inicio y duración de la lactancia en bebés muy prematuros cuyo nacimiento se dio antes de las 32 semanas de gestación (SDG) (24). Sin embargo, no se han realizado estudios en busca de asociación entre las SDG y la LMI. Lo que sí es evidente es que las prácticas hospitalarias de soporte influyen positivamente en la LME; sin embargo, estas prácticas son observadas con menor frecuencia en los bebés prematuros tardíos (34-36 semanas) y, en consecuencia, tienen una menor propensión a lactar exclusivamente en comparación con los bebés a término (25).

Como puede verse, mucha de la investigación se ha enfocado en la LME; no obstante, se carece de trabajos que exploren los factores relacionados a la LMI, el paso clave para favorecer la LME. Por lo antes descrito, el objetivo de esta investigación fue determinar si existe relación entre la lactancia materna inmediata y las características del control prenatal, del parto y de tipo socioeconómico.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio analítico de casos y controles. Los casos fueron las madres que realizaron LMI (a más tardar 60 minutos después del nacimiento) y los controles las que no dieron lactancia materna, o que la llevaron a cabo después de los 60 minutos del nacimiento. La aplicación de encuestas se realizó de diciembre del 2012 a abril del 2013.

Participantes

El universo se integró por mujeres con hijos entre 6 y 24 meses de edad. El muestreo fue no proba-

bilístico, invitando a las madres que llevaron a sus hijos a algún servicio a un Centro de Salud urbano en Xalapa, Veracruz, México, en los turnos matutino o vespertino. Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el *software* estadístico Epidat. Se tomó como referencia un estudio previo que encontró que la asistencia a cursos de preparación para el parto tuvo una proporción en los casos del 48 % y una proporción en los controles del 14 % (26); el nivel de confianza para el cálculo fue del 90 % y la potencia estadística del 80 %; el tamaño de muestra fue de 22 casos y 22 controles. Finalmente, para este estudio, se incluyeron 22 casos y 33 controles.

Variables

Las variables independientes se agruparon en tres categorías: *características del control prenatal, del parto y de tipo socioeconómico*. Dentro de las características del control prenatal se consideró la asistencia de la madre a consultas prenatales, el número de consultas a las que asistió y la asistencia a cursos prenatales. Las características del parto incluidas fueron el tipo de parto y el número de SDG en que sucedió. Finalmente, como parte de las características socioeconómicas, se estudiaron los ingresos económicos, la escolaridad y la edad de la madre.

Instrumentos

A través del método encuesta, se aplicaron los cuestionarios que indagaban sobre las variables antes señaladas. El cuestionario fue diseñado de forma expresa para esta investigación incluyendo preguntas como: ¿cuál es su edad?, ¿cuál es la edad de su hijo o hija?, ¿a cuánto asciende el ingreso económico familiar mensual?, ¿cuál es su nivel educativo?, ¿cuántas semanas de gestación tenía su hijo o hija cuando nació?, ¿a cuántas consultas prenatales asistió durante el embarazo?, ¿qué tipo de parto tuvo?, entre otras.

El cuestionario fue revisado en contenido por cuatro expertos en atención prenatal, lactancia, promoción de la salud y nutrición. Antes de ser aplicado para la investigación fue piloteado con 20 madres de niños entre 6 y 24 meses de otro Centro de Salud Urbano de Xalapa. Esto permitió revisar y ajustar las preguntas para garantizar su comprensión por parte de las madres, así como para validar su utilidad para fines del estudio.

Análisis estadísticos

Los análisis se realizaron con el *software* estadístico SPSS, versión 18. Se aplicó la prueba *t* de Student para comparar las medias entre los casos y los controles. Se estimaron coeficientes de correlación de Spearman entre las variables, debido a que la LMI es una variable categórica. Finalmente, se calcularon Odds ratio, en busca de identificar factores asociados con la LMI.

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigaciones de los Servicios de Salud de Veracruz y registrada en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana (documento ISP-UV1104/2012). Además, todas las participantes fueron invitadas de forma libre; quienes aceptaron firmaron el consentimiento informado, con el acuerdo de manejo ético de los datos que proporcionaron.

Resultados

Las SDG tuvieron una media inferior en el grupo de mujeres que realizaron LMI con respecto al grupo de los controles. En el resto de las variables no se encontraron diferencias (Tabla 1).

Se encontró que a mayor ingreso económico familiar y mayores SDG al momento del parto, había menor realización de LMI. La menor escolaridad de la madre se relacionó con menores ingresos familiares y menores SDG al momento del parto (Tabla 2).

Se encontró asociación entre la práctica de la LMI y las SDG: el que los niños nazcan antes de las 38 SDG favorece la práctica de la LMI (Tabla 3).

Tabla 1. Comparación de medias entre el grupo de los casos y los controles.

VARIABLES	GRUPO	N	Media	DE	P
Edad de la madre	Controles	33	25,64	6,009	0,384
	Casos	22	24,23	5,546	
Número de consultas prenatales	Controles	31	7,19	2,301	0,670
	Casos	20	6,90	2,511	
Semanas de gestación	Controles	31	38,58	1,996	0,023*
	Casos	20	36,75	3,024	

Fuente: elaboración propia con datos del cuestionario aplicado a las mujeres.

**p* < 0,05; se realizó a través de *t* de Student para muestras independientes; DE = desviación estándar.

Tabla 2. Coeficientes de correlación entre LMI y características del control prenatal, del parto y de tipo socioeconómico.

	LMI	Edad de la madre	Escolaridad de la madre	Ingreso económico	Número de consultas prenatales	Semanas gestación
LMI	-					
Edad de la madre	-0,12	-				
Escolaridad de la madre	-0,21	0,01	-			
Ingreso económico	-0,28*	0,04	0,49*	-		
Número de consultas prenatales	-0,06	-0,08	0,18	0,25	-	
Semanas de gestación	-0,35*	0,01	0,37*	0,28*	-0,10	-

Fuente: elaboración propia con datos del cuestionario aplicado a las mujeres.

**p* < 0,05; para LMI se usó 1 para su presencia y 0 para su ausencia.

Tabla 3. Determinación de factores de riesgo y protectores para la práctica de la LMI.

VARIABLES	OR	IC 95 %
Partos ≥38 semanas de gestación	0,16	0,04-0,64*
Parto vaginal	1,85	0,54-6,38
Asistencia a consultas prenatales	0,65	0,06-7,14
Asistencia a cursos prenatales	0,94	0,27-3,25

Fuente: elaboración propia con datos del cuestionario aplicado a las mujeres.

**p* < 0,05; OR = Odds ratio.

Discusión

Los resultados anteriormente presentados permiten dar respuesta al objetivo general que buscó determinar algunos factores asociados a la práctica de la LMI. En tal sentido, los hallazgos apuntan a una relación entre esta práctica y el nacimiento antes de las 38 SDG.

Este hallazgo cobra relevancia dado que la LMI representa un evento clave para la instauración de la LME. En este evento se da paso a un fuerte lazo afectivo entre madre e hijo, se da la seguridad a la madre sobre su capacidad para cubrir las necesidades alimentarias y emocionales de su bebé, a la par que se aprovechan los beneficios fisiológicos de la lactancia. Por lo anterior, la evidencia científica destaca una y otra vez la importancia del apego precoz y el reconocimiento de que el recién nacido debe estar inmediatamente con la madre; debido a

ello, se ha dado paso a investigaciones que buscan explicar los mecanismos que favorecen la LMI (6).

En la presente investigación, las mujeres de ambos grupos (casos y controles) recibieron cursos de atención prenatal y acudieron a consultas prenatales de forma similar, sin que impactaran en la práctica de la LMI. Parece ser que la decisión de la LMI recae en mayor medida en el personal de salud que atiende el parto, quien decide en qué momento se da la convivencia entre la madre y el recién nacido. Sin embargo, en este estudio no se incluyó al personal de salud, por lo que se requieren investigaciones posteriores que permitan valorar el rol del personal de salud y su relación con el apego precoz e inicio de la LMI.

La relación identificada entre menos SDG al momento del parto y la LMI resulta especialmente interesante porque todos estos partos sucedieron en el segundo nivel de atención. Esto posiblemente se deba a que el personal de salud perciba mayor vulnerabilidad de los recién nacidos que tuvieron menos SDG por presentar ciertas características que comprometen su estado de salud, y por ello protejan más el apego precoz.

Estos resultados, sin embargo, son contradictorios con los reportados por Sharp et al., quienes encontraron que los niños prematuros tenían menor probabilidad de recibir soporte del personal de salud a la madre para favorecer la LME (24). Aunque el que haya LME no necesariamente implica que esta también haya sido inmediata.

Sin embargo, el punto a discutir al respecto recae en que el personal de salud está ignorando que lo mejor para los recién nacidos es estar cerca de la madre, que los beneficios del apego precoz y la LMI son imprescindibles para todos los recién nacidos sanos, sin importar el tiempo de gestación, dejando de cumplir con las responsabilidades de los servicios de salud para favorecer la lactancia materna (4). Lo anterior invita a especular que el apego precoz y el inicio temprano de la LMI se están medicalizando y que, de similar manera, se ignora que el apego precoz y la LMI son fundamentales para el éxito de la misma práctica de la LME. Al parecer la fragmentación de los servicios de salud lleva a que la formación de quienes brindan la atención prenatal sea distinta a la que reciben quienes la brindan en el posparto. La relevancia de la LMI puede no estar muy clara para este último grupo.

Considerando que el personal de enfermería tiene como una de sus principales responsabilidades la promoción de la lactancia materna desde la atención prenatal y el acompañamiento en el nacimiento y la instauración de esta práctica (27), tiene en sus manos la posibilidad de vencer algunas de las barreras que en el ámbito hospitalario pudieran darse para la LMI.

Existe evidencia de que en casos de infantes pretérmino se observan barreras institucionales y sociales que limitan la instauración de la LMI. En el personal de enfermería se ha detectado inconsistencias en los conocimientos y el soporte que brindan como profesionales de la salud a las madres y neonatos para la práctica de la LMI (28). Lo anterior implica un reto para que el personal de enfermería se profesionalice en busca de la uniformidad en los conocimientos y el acompañamiento a las madres y lactantes.

Por tal motivo, es necesario que existan estrategias de intervención en los servicios de salud que propicien los medios para proteger el apego precoz y la LMI en todos los recién nacidos sanos, tales como programas de educación, capacitación y sensibilización permanente dirigidos a los profesionales de la salud en relación con la importancia de dichas prácticas por su trascendencia en la salud individual y social (4).

En cuanto a la formación prenatal, también es importante valorar los cursos que reciben las madres y sus parejas sobre la importancia y necesidad del apego precoz como un derecho, de cómo influirá este en el éxito de la lactancia y demás beneficios al binomio madre-hijo. Por lo que el personal de salud que se desenvuelve en el primer nivel de atención debe sensibilizarse y capacitarse al respecto.

Al buscar entender las variables asociadas a la LMI los ingresos económicos familiares emergen como una de las principalmente relacionadas, haciendo patente que las mujeres con nivel económico más alto tienen menores probabilidades de su realización; estas características han sido señaladas en investigaciones previas, en algunos casos en sentido positivo y en otros tantos en sentido negativo (15-23). No resulta extraño que, a su vez, un ingreso económico familiar alto se relacione con mayor escolaridad de la madre, algo que puede vincularse con situaciones laborales que representan barreras para la lactancia materna.

El punto que se debe reflexionar está relacionado con el hecho de que las mujeres con mayores

ingresos económicos familiares son quienes en su mayoría atienden su parto en clínicas privadas, las cuales ofrecen servicios de parto y maternidad que no propician el apego precoz ni la LMI, tales como cesáreas, cuneros, incubadoras, etc. El gran problema recae en que dichos servicios han vendido la idea de que este tipo de intervenciones son necesarias para la salud de la madre y el recién nacido, lo cual obedece a la cultura monetaria y medicalizada que sobrevalora dichas prácticas.

Por los motivos discutidos, es necesario que dentro de los contenidos educativos de las estrategias dirigidas a los prestadores de los servicios de salud y a los usuarios, se rescate la corriente médica histórica y antropológica sobre el reconocimiento de nuestra naturaleza mamífera. Es urgente comenzar a cambiar la concepción cultural médica que se tiene sobre el embarazo, el nacimiento, la lactancia, el posparto y la crianza, para, a su vez, reconocer la trascendencia de los beneficios a la salud que perduran toda la vida y que se logran al respetar las necesidades, los reflejos e instintos natos de los seres humanos en las primeras etapas de la vida (1-3).

La presente investigación abre paso a más interrogantes que pudieran abordarse en futuros estudios, con el fin de esclarecer las causas por las cuales las menores SDG llevan a la práctica de la LMI. De igual manera, es preciso estudiar a más profundidad y, posiblemente, de forma directa con el personal de salud, en especial con enfermería, las percepciones y creencias que tienen sobre la lactancia y la manera en que estas influyen en el apoyo que brindan a las madres y sus hijos.

Conclusiones

La conclusión principal de este trabajo es la asociación encontrada entre las SDG al momento del parto y la LMI. Los hallazgos muestran que si el parto sucede antes de las 38 SDG, se asocia con la práctica de la LMI; este resultado es interesante, dado que propiamente no se puede clasificar a estos neonatos como prematuros y tampoco hay relación con el número de consultas prenatales. Sin embargo, cuando se reflexiona entorno a la organización del sistema de salud mexicano, donde en el primer nivel de atención se brindan las consultas prenatales, pero los partos se atienden en el segundo nivel, se observa que, mientras que en el primero se ha impulsado con mucha frecuencia la lactancia, en el segundo el tema puede ser un tanto descuidado.

Referencias

- (1) Odent M. Nacimiento y la evolución del homo sapiens: La liebre de marzo. Barcelona: España; 2014.
- (2) Herrera A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index Enferm [revista en Internet]*. 2013 [acceso: 8 oct 2014]; 22(1-2):79-82. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017>
- (3) Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev [web internet]*. 2012 [acceso: 9 Oct 2014]; (5):CD003519. Epub 2012/05/18. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- (4) Sanchez M, Pallas CR, Botet F, Echaniz I, Castro JR, Narbona E, et al. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr [revista en internet]*. 2009 [acceso: 9 oct 2014]; 71(4):349-61. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.07.012>
- (5) Khanal V, Scott JA, Lee AH, Karkee R, Binns CW. Factors associated with Early Initiation of Breastfeeding in Western Nepal. *Int J Environ Res Public Health [revista en internet]*. 2015 [acceso: 17 nov 2015]; 12(8):9562-74. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph120809562>
- (6) Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. *Bmc Public Health [serial on the internet]*. 2013 [acceso: 12 Oct 2014]; 13(Suppl 3):S19. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S1>
- (7) Adhikari M, Khanal V, Karkee R, Gavidia T. Factors associated with early initiation of breastfeeding among Nepalese mothers: further analysis of Nepal Demographic and Health Survey, 2011. *Int Breastfeed J [serial on the internet]*. 2014 [acceso: 13 Oct 2014]; 9(1):21. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-014-0021-6>
- (8) Muhwava LS, Morojele N, London L. Psychosocial factors associated with early initiation and frequency of antenatal care (ANC) visits in a rural and urban setting in South Africa: a cross-sectional survey. *Bmc Pregnancy Childbirth [serial on the internet]*. 2016 [acceso: 29 May 2016]; 16:18. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0807-1>
- (9) WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet [serial on the internet]*. 2000 [acceso: 4 Nov 2014]; 355(9202):451-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10841125>
- (10) Alvarez-Uria G, Midde M, Pakam R, Bachu L, Naik PK. Effect of Formula Feeding and Breastfeeding on Child Growth, Infant Mortality, and HIV Transmission in

Children Born to HIV-Infected Pregnant Women Who Received Triple Antiretroviral Therapy in a Resource-Limited Setting: Data from an HIV Cohort Study in India. *Isrn Pediatr* [serial on the internet]. 2012 [access: 10 Nov 2014]; 2012:763591. Epub 2012/06/16. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5402/2012/763591>

(11) Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health* [serial on the internet]. 2011 [access: 12 Nov 2014]; 11(Suppl 3):S15. Epub 2011/04/29. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-S3-S15>

(12) Otal-Lospaus S, Morera-Liáñez L, Bernal-Montañés M, Tabueña-Acin J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Profesión* [revista en internet]. 2012 [access: 20 nov 2014]; 13(1):3-8. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/819/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/57d/fd/1/filename/art-original-otal-13-1.pdf>

(13) Espinoza C, Zamorano C, Graham S, Orozco A. Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. *An Méd Asoc Méd Cen Méd Abc* [revista en internet]. 2014 [access: 25 nov 2015]; 59(2):120-6. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=50253>

(14) Laviña A. Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna. *Duazary* [revista en internet]. 2014 [access: 30 nov 2015]; 11(2):115-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4949413>

(15) Roig A, Martínez M, Cabrero J, Pérez S, Lagun J, Calatayud M, et al. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Rev Latino-Am Enfermagem* [revista en Internet]. 2010 [access: 30 nov 2015]; 18(3):[9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_12.pdf

(16) Sallam SA, Babrs GM, Sadek RR, Mostafa AM. Knowledge, attitude, and practices regarding early start of breastfeeding among pregnant, lactating women and healthcare workers in El-Minia University Hospital. *Breastfeed Med* [serial on the internet]. 2013 [access: 30 Nov 2014]; 8(3):312-6. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2012.0040>

(17) Ortega-García J, Cárceles-Álvarez A, Cotton-Caballero A, Pastor-Torres E, Cánovas-Conesa C, Martínez-Cayuelas E, et al. Factores ambientales relacionados con la duración de la lactancia: estudio de seguimiento a 1 año. *Acta Pediatr Esp* [revista en internet]. 2015 [access: 8 dic 2015]; 73(4):97-104. Disponible en: http://pehsu.org/wp/wp-content/uploads/Nutricion_Factores_ambientales_lactancia.pdf

(18) Rius JM, Rivas C, Ortuño J, Maravall M, Aguar M, Calzado M, et al. Factores asociados al inicio de la lactancia materna y razones de la madre para la toma de su decisión. *Acta Pediatr Esp* [revista en internet]. 2015 [access: 8 dic 2015]; 73(3):65-72. Disponible en: [http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/nutricion-infantil/1085-factores-asociados-al-inicio-](http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/nutricion-infantil/1085-factores-asociados-al-inicio-de-la-lactancia-materna-y-razones-de-la-madre-para-la-toma-de-su-decision)

[de-la-lactancia-materna-y-razones-de-la-madre-para-la-toma-de-su-decision](http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/nutricion-infantil/1085-factores-asociados-al-inicio-de-la-lactancia-materna-y-razones-de-la-madre-para-la-toma-de-su-decision)

(19) Martínez J, Delgado M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev Assoc Med Bras* [revista en internet]. 2013 [access: 10 dic 2015]; 59(3):254-7. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.12.001>

(20) Caballero V, Caballero I, Ruiz M, Caballero A, Muchuli Y. Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud. *MEDISAN* [revista en internet]. 2013 [access: 12 dic 2014]; 17(3):455-61. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_17_3_13/san05313.htm

(21) Osorio J, Botero B. Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding. *Invest Educ Enferm* [serial on the internet]. 2012 [access: 12 Dec 2014]; 30(3):390-7. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000300012

(22) Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatr* [revista en internet]. 2012 [access: 16 dic 2015]; 83(2):161-9. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000200007>

(23) Dietrich Leurer M, Misskey E. "Be positive as well as realistic": a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. *Int Breastfeed J* [serial on the internet]. 2015 [access: 20 dic 2015]; 10:10. Epub 2015/03/20. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0036-7>

(24) Sharp M, Campbell C, Chiffings D, Simmer K, French N. Improvement in long-term breastfeeding for very preterm infants. *Breastfeed Med* [serial on the internet]. 2015 [access: 20 Dec 2015]; 10(3):145-9. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2014.0117>

(25) Goyal NK, Attanasio LB, Kozhimannil KB. Hospital care and early breastfeeding outcomes among late preterm, early-term, and term infants. *Birth* [serial on the internet]. 2014 [access: 21 Dec 2014]; 41(4):330-8. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12135>

(26) Cuno R, Quispecondori J. Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal: noviembre 2011-enero 2012 [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3015>

(27) Ramos AR, Herdy V, De Mattos R, Pereira D, Riker MBL, Fernandes do Nascimento A. Clinical management of breastfeeding: knowledge of nurses. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [serial on the internet]. 2015 [access: 22 Dec 2017]; 19(3):439-45. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150058>

(28) Smith RL, Lucas R. Evaluation of nursing knowledge or early initiation of breastfeeding in preterm infants in a hospital setting. *J Neonatal Nurs* [serial on the internet]. 2015 [access: 22 Dec 2017]; 22(3):138-45. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.07.009>