



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Medicina - Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

**“INTERVENCIONES INTRAPARTO Y SUS EFECTOS
EN LA LACTANCIA MATERNA”**

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y
Reproductiva

MARIA EUGENIA LARRAÍN LARRAÍN
CONCEPCIÓN-CHILE

2021

Docente guía: Yolanda Contreras García.
Dpto. de Obstetricia y Puericultura.
Facultad de Medicina.
Universidad de Concepción.



Dedicatoria

A Mauricio mi compañero de vida y esposo, por ser mi pilar.

*A mis hijos Javier, Consuelo, Martín, Amalia y Rafael por ser mi norte todos
los días.*

A mis padres y hermanos por estar ahí.

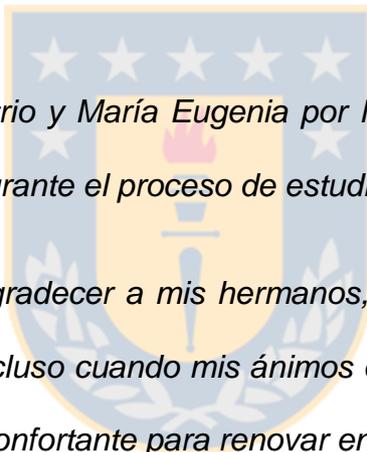
AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutora Yolanda Contreras García, quien con sus conocimientos, apoyo y calidez me guió a través de cada una de las etapas de esta investigación, para alcanzar los resultados que buscaba y por permitirme confiar en mí y aprender el mundo de la investigación científica.

También quiero agradecer a mi esposo Mauricio por ser mi pilar fundamental, por alentarme a seguir adelante y encontrar la forma de llevarme hasta el final del camino.

A mis padres Demetrio y María Eugenia por la confianza y por el apoyo económico y emocional durante el proceso de estudio.

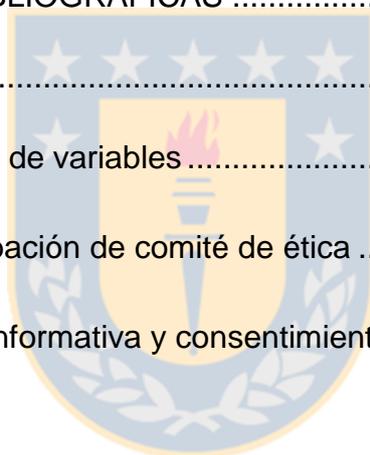
Por último, quiero agradecer a mis hermanos, mi suegra y mis cuñados, por apoyarme siempre, incluso cuando mis ánimos decaían dando una palabra de aliento o un abrazo reconfortante para renovar energías.



INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS	VI
INDICE DE FIGURAS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO	4
3. HIPÓTESIS.....	30
4. OBJETIVOS.....	30
5. METODOLOGÍA	31
5.1. Tipo de Estudio.....	31
5.2. Población y Muestra	31
5.2.1. Criterios de inclusión:	31
5.2.2. Criterios de exclusión:	31
5.3. Variables del Estudio	32
5.3.1. Variables principales.....	32
5.3.2. Variables intervinientes.....	33
5.4. Recolección de información.....	33
5.5. Análisis de datos.....	34
5.6. Consideraciones éticas.....	34
6. RESULTADOS	35
6.1 Perfil Biosociodemográfico.	35

6.2. Descripción de antecedentes generales de salud y gineco-obstétricos.	36
6.3. Descripción del parto y de las intervenciones recibidas durante el trabajo de parto y parto.....	37
6.4. Descripción de la lactancia materna	39
7. DISCUSIÓN.....	50
8. CONCLUSIONES	56
8. LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO	57
9. PROYECCIONES	58
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
11. ANEXOS.....	77
12.1. ANEXO N° 1: Tabla de variables	78
12.2. ANEXO N°2: Aprobación de comité de ética	85
12.3. ANEXO N°3: Hoja informativa y consentimiento informado	87



INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Perfil Sociodemográfico de las madres en estudio.....	35
Tabla 2. Antecedentes de Salud y Gineco-obstétricos de la madre y caracterización de su recién nacido/a.	36
Tabla 3. Caracterización de las intervenciones recibidas durante el Parto	38
Tabla 4. Caracterización de la lactancia materna.....	40
Tabla 5. Caracterización de la Educación en Lactancia materna recibida por las mujeres.....	42
Tabla 6. Características del Apoyo social para la continuidad de la Lactancia Materna.	43
Tabla 7. Asociación entre antecedentes obstétricos e intervenciones clínicas durante el parto y la duración de la Lactancia Materna.	44
Tabla 8. Asociación de características de Lactancia materna y apoyo social con la duración de la Lactancia materna.....	45
Tabla 9. Matriz de componentes principales asociadas a las intervenciones intraparto y la duración de la lactancia materna.	46

INDICE DE FIGURAS

Figura nº 1. Descripción del comportamiento de variables y su agrupación en el componente 1	47
Figura nº 2. Descripción del comportamiento de variables y su agrupación en el componente 3	48
Figura nº 3. Descripción del comportamiento de variables y su agrupación en el componente 4.	48
Figura nº 4. Descripción del comportamiento de variables y su agrupación en el componente 6.	49



RESUMEN

Introducción: Las intervenciones intraparto son estudiadas recientemente en su relación con la Lactancia materna.

Objetivo: Asociar intervenciones clínicas intraparto con la duración de la lactancia materna, en mujeres con embarazos de bajo riesgo, asistidas en la maternidad de un hospital de alta complejidad, entre los años 2014 a 2017.

Metodología: Estudio cuantitativo, longitudinal y correlacional, con una muestra de 63 mujeres. Variables en estudio: sociodemográficas, perinatales e intervenciones intraparto, y caracterización de la lactancia materna(LM). Se aplicó análisis univariado y bivariado, con significación estadística de un p valor $\leq 0,05$. Análisis multivariado mediante análisis de componentes principales (ACP). Investigación aprobada por el Comité Ético del Servicio de Salud involucrado.

Resultados: El 76,2% mantuvieron la LM por 6 meses o más, con edad promedio de 25,57 años, de las cuales 28 eran primíparas. No se observó relación estadísticamente significativa entre las intervenciones clínicas y el tipo de parto, con la duración de la LM, solo la experiencia positiva de la LM actual influyó en su mantención. El ACP entregó dos componentes asociados a dichas intervenciones: uno incorporaba los partos por cesárea y el uso de anestesia raquídea y el otro componente incorporó el contacto piel con piel y la lactancia precoz.

Conclusiones: Aunque la duración de la LM no tuvo asociación estadística con intervenciones clínicas intraparto, el ACP entregó dos componentes con agrupación espontánea asociadas a estas practicas. La experiencia positiva de la LM es una sólida base para su continuidad.

Palabras claves: Lactancia Materna, Parto, cesárea, trabajo de parto

ABSTRACT

Introduction: Intrapartum interventions are recently studied in their relationship to Breastfeeding.

Objective: To associate intrapartum clinical interventions with the duration of breastfeeding in women with low-risk pregnancies, attended in the maternity ward of a high complexity hospital, between 2014 and 2017.

Methodology: Quantitative, longitudinal and correlational study, with a sample of 63 women. Variables under study: sociodemographic, perinatal and intrapartum interventions, and characterization of breastfeeding (BF). Univariate and bivariate analysis was applied, with statistical significance at a p value of 0.05. Multivariate analysis applied principal component analysis (PCA). Research approved by the Ethics Committee of the Health Service involved.

Results: 76.2% maintained BF for 6 months or more, with an average age of 25.57 years and 28 were primiparous. No statistically significant relationship was observed between clinical interventions and type of delivery, with the duration of BF, and only the positive experience of current BF influenced its maintenance. The PCA provided two components associated with these interventions: one incorporated cesarean deliveries and the use of spinal anesthesia and the other component incorporated skin-to-skin contact and early breastfeeding.

Conclusions: Although duration of BF had not statistical association with intrapartum clinical interventions, PCA yielded two components with spontaneous clustering associated with these practices. The positive experience of BF is a solid basis for its continuation.

Key words: Breast Feeding, Delivery, Cesarean Section, Clinical Practice

1. INTRODUCCIÓN

El nacimiento en Chile, desde la mitad del siglo XX, incorpora en la asistencia del parto procedimientos de medicalización y tecnificación, pasando de ser una experiencia fisiológica a un asunto médico, tanto en maternidades públicas como privadas. Esta medicalización tiene como finalidad acortar la duración del trabajo de parto, disminuir el dolor y monitorear posibles alteraciones del proceso, todo en pro de hacer del parto un evento seguro para la madre y el hijo. Con la modernización de la obstetricia, y el uso de la cesárea, técnica quirúrgica utilizada para salvar la vida de la madre y el hijo/a, se ha transformado en una opción posible como decisión médica o materna o de ambos progenitores sin tener trabajo de parto previo, bajo el concepto de cesárea electiva, ya que aseguran aparentemente mayor control de los resultados perinatales, aunque en los últimos años existen varias investigaciones en torno a los efectos de la vía del parto y la medicalización de éste, en los resultados de adaptación de: madres, recién nacidos, inclusive en estudios de cohorte se han asociados con efectos a largo plazo.

Actualmente la cesárea, constituye la intervención obstétrica más comúnmente efectuada¹, la cual ha sido motivo de preocupación en los últimos años, aunque desde 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%, el límite inferior se establece para prevenir la mortalidad materna y la morbilidad grave, pero un porcentaje mayor al señalado no representaría beneficios adicionales resultando un procedimiento innecesario.²

Un estudio realizado entre los años 2010 y 2011, en Santiago de Chile donde se incluyeron 508 mujeres que dieron a luz en dos grandes hospitales identificó que el 92,7% de las mujeres tuvieron partos intervenidos mediante rotura artificial de las membranas, oxitocina y anestesia epidural. Casi un tercio de las mujeres, reportaron descontento con la atención recibida. Además, los hallazgos cualitativos mostraron que la principal queja percibida por las matronas era que el sistema de salud era altamente jerárquico y medicalizado.³ Otro estudio publicado en el 2016, por el mismo equipo investigador, en una muestra de 1882 parturientas en 9 maternidades del país, identificó que el 81,5% de las mujeres no recibieron hidratación oral, por el contrario el 95,7% recibió hidratación intravenosa; el 54,6% estuvo bajo monitoreo fetal continuo y 90,8% tuvo un trabajo de parto inducido medicamente. El 59,1% de las mujeres tuvo rotura artificial de membranas, 66,2% recibió analgesia farmacológica y 56,4% tuvo episiotomía.⁴

Por otra parte, dentro de los programas de salud de la infancia, la lactancia materna (LM) es y será, un tema prioritario a nivel mundial debido a sus múltiples beneficios, es por ello que existen metas y leyes con el fin de protegerla, estimularla y prolongarla.

En Chile, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) es del 57,32% a los 6 meses postparto, según el último informe del Ministerio de Salud (MINSAL) del año 2017.⁵ Dentro de los factores que están asociados a su éxito están: paridez, escolaridad, edad materna, apoyo social, entre otros.⁶⁻⁸

Se ha identificado relación entre el tipo de parto y el con contacto piel a piel y la lactancia precoz con la mantención de la LM, pero no así con otras intervenciones clínicas.

El objetivo de la presente investigación es asociar el uso de intervenciones clínicas intraparto, en mujeres con embarazos de bajo riesgo y sus efectos en la duración de la lactancia materna.



2. MARCO TEÓRICO

PARTO E INTERVENCIONES CLÍNICAS

El tipo de parto es una clasificación acuñada desde la obstetricia que permite reconocer la vía por la cual se da término a la etapa de gestación, para que se logre el nacimiento. De lo anterior podemos identificar tres vías de resolución: vaginal, instrumental o cesárea.⁹ Dentro del parto vaginal podemos identificar el parto vaginal espontáneo, el parto vaginal acelerado o conducido y el parto vaginal inducido. La OMS define el parto vaginal normal, como aquel que cursa con “comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”.¹⁰

En algunas ocasiones los trabajos de parto avanzan muy lentamente, siendo difícil identificar la causa exacta de esta falta de progreso.¹¹ Esta razón es una de las indicaciones principales para cesárea, particularmente en madres primerizas. Bajo esta problemática la OMS ha dispuesto una guía de recomendaciones para la conducción del trabajo de parto, sin embargo, la guía perinatal del MINSAL también hace alusión al manejo activo del trabajo de parto utilizando fármacos y procedimientos para acortar el tiempo de éste.^{11,12} En este contexto aparece la opción de aceleración o conducción del parto, definido como el proceso por el cual se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones después del inicio del trabajo de parto espontáneo, generalmente se realiza mediante uso de algún fármaco.¹¹

Por otra parte, también ocurre la opción denominada “Inducción del parto”, es un procedimiento que se indica cuando existe riesgo de continuar el embarazo en lugar de interrumpirlo, ya sea por causa materna o fetal. Este consiste en desencadenar los fenómenos fisiológicos (contracciones uterinas) en una mujer que no está en la fase de trabajo de parto, con el fin de lograr un parto vaginal. Esta inducción puede ser con métodos mecánicos para producir la maduración cervical o farmacológicos dependiendo de las características del cuello uterino.¹² Para objetivar las condiciones de maduración que posee el cuello uterino, se aplica el llamado índice de Bishop, mediante una clasificación numérica del 0 al 13, en donde a mayor puntaje existen mayores condiciones de madurez de este. Con un índice de Bishop > 6 se considera un cuello favorable, mientras que un puntaje de Bishop ≤ 6 , se considera un cuello desfavorable lo que permite diferenciar el tipo de indicación médica a seguir para cada mujer.¹²

El parto vaginal instrumental o asistido se basa en la expulsión mecánica de la cabeza fetal a través de la aplicación de un instrumento (fórceps, espátulas, vacuum) mediante tracción de la misma y/o ampliación del canal del parto.⁹ El objetivo es “imitar” las condiciones de un parto vaginal espontáneo, con la menor morbilidad materna y neonatal. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) ha recomendado esta asistencia para controlar y reducir la frecuencia de cesáreas, sin embargo, este tipo de partos puede conllevar complicaciones maternas y/o del recién nacido.⁹

Por último, podemos identificar la cesárea como vía parto, palabra que proviene del verbo latín caedere (cortar) y caedo (yo corto). Ésta se refiere a una intervención quirúrgica, mediante el cual a través de incisiones hechas en la pared abdominal y el útero de la madre se extrae el feto y las membranas, dando

por finalizado el embarazo. Su uso este recomendado, cuando el parto vaginal no es posible o de ser posible significa mayor riesgo para el feto y/o la madre.

El control del trabajo de parto y la atención de éste en todos sus períodos, incluyen intervenciones clínicas ligadas a la prevención de riesgos asociados para la diada, como también la aplicación de aquellas que contribuyen a promover resultados positivos para ambos. Dentro de las recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto, para una experiencia positiva de parto¹³, publicada el año 2019, se explicita que dentro de las intervenciones recomendadas están: la auscultación de latidos cardiacos fetales (LCF) de manera intermitente; tacto vaginal cada 4 horas para objetivar la progresión del trabajo de parto. Para el alivio del dolor se identifican las siguientes intervenciones: anestesia peridural, uso de opioides, técnicas de relajación, técnicas manuales (masajes o compresas tibias); consumo de líquidos y alimentos por vía oral; junto a la movilidad y posición de la madre. En el parto propiamente tal, se identifican: posición de la madre para dar a luz; método para pujar; técnicas para prevenir el traumatismo perineal. En el alumbramiento el uso de uterotónicos profilácticos; pinzamiento tardío del cordón y tracción controlada del cordón. Y para el recién nacido se recomienda el contacto piel con piel y la lactancia precoz.

Una de las cuestiones a tener en consideración al aplicar cualquier intervención intraparto, es considerar que este periodo es único e irrepetible para ambos protagonistas, la madre y su hijo/a. Puesto, que se trata de un periodo crítico en donde existe una cascada neurohormonal a propósito de este evento que termina de activar en la madre su proceso de adaptación al periodo de maternaje de la manera más adecuada en relación a la sincronía materno-filial y

así también activa en su hijo(a) todos los mecanismos neurobiológicos, que aseguran una adecuada transición a su vida extrauterina.¹⁴

A pesar de no estar recomendado el manejo activo del parto, aun es altamente practicado y dentro de esta intervención se describen el uso de la Oxitocina sintética (OTs); considerado un fármaco seguro para la conducción o aceleración del trabajo de parto. Ésta se utiliza para generar contracciones uterinas de buena intensidad, para ello debe ser diluida en una solución de suero fisiológico, para ser administrada por vía endovenosa mediante una bomba de infusión continua. La dosis está determinada por la respuesta uterina de cada parturienta, aunque existe un esquema de uso recomendado para obtener 3 a 5 contracciones en 10 minutos, manteniendo un buen control de los latidos cardíacos fetales (LCF). Durante el uso de este fármaco se debe realizar una monitorización de la unidad feto placentaria, generalmente de manera continua, si las condiciones clínicas y logísticas lo permiten, sobretodo en mujeres con prueba de trabajo de parto o con antecedente de cesárea. Frente a casos de taquisistolía ($DU \geq 6$ en 10 min) se deberá disminuir o suspender la dosis oxitócica.⁽¹²⁾ Por otra parte, la oxitocina endógena(OT) se produce y libera en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo a través de un patrón pulsátil, con frecuencia de pulso creciente durante el trabajo de parto espontáneo, hasta un máximo de tres pulsos / 10 minutos.¹⁵ Ésta se produce acompañada de opioides endógenos y endorfinas durante la pausa entre contracciones, estas sustancias producen auto-analgesia, disminuyen la percepción del dolor, además de una sensación de bienestar, reducción del control racional, de los límites corporales y del paso del tiempo.^{16,17} La administración de OTs provoca un nivel plano en la sangre materna, los cuales

pueden influir en un patrón diferente de contracciones uterinas al observado durante el trabajo de parto fisiológico. Las contracciones se vuelven irregulares, más frecuentes, más largas y dolorosas, y pueden provocar hiperestimulación y alteración del flujo sanguíneo al feto. Este patrón de contracción anormal aumenta la sensibilización en los nervios sensoriales del útero, disminuye la capacidad de adaptación, se reduce el tiempo de secreción de endorfinas, por lo que la mujer percibe mayor dolor y tiene menos recursos internos para vivirlo como un proceso saludable. Además, se afirma que la exposición prolongada a la OTs puede eventualmente conducir a una reducción de la contractilidad de los músculos uterinos debido a la desensibilización de los receptores de OT.¹⁷⁻¹⁹

Otra práctica no recomendada actualmente es la instalación de vía intravenosa periférica. Este es un procedimiento realizado al momento del ingreso en las salas de preparto y parto, consiste en la instalación de una sonda o tubo plástico corto y pequeño, llamado catéter, que se coloca a través de la piel dentro de una vena. La cateterización venosa es una técnica invasiva que permite disponer de una vía permanente de acceso al sistema vascular de la paciente y se utiliza para suministrar líquidos y fármacos. Uno de los efectos que provoca su uso es disminuir la libertad de movimiento de las mujeres durante el parto, y por ello la OMS recomienda la alimentación y la hidratación oral que reemplazaría esta intervención, puesto que su uso de manera profiláctica de rutina induce a intervenciones innecesarias.¹⁰

Con respecto al monitoreo fetal electrónico es una intervención clínica que tiene como objetivo reconocer el bienestar de la unidad feto placentaria intraparto, esta es una técnica indolora que corresponde a un registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal y contractilidad uterina, manteniendo un registro

gráfico en un papel termosensible, es también una de las intervenciones que hoy la OMS no recomienda.¹³ Este procedimiento, permite clasificar el estado fetal y el riesgo de evolucionar a un estado más comprometedor, clasificándolo en 3 categorías. En embarazos de bajo riesgo, no se recomienda el uso de monitoreo continuo intraparto por sobre la auscultación intermitente para disminuir la mortalidad perinatal.¹²

Otra intervención, que se ha mantenido en el tiempo y que definitivamente no se recomienda es la rotura artificial de membranas o amniotomía, es una intervención clínica no farmacológica que realiza para acelerar y fortalecer las contracciones y, de este modo, acortar la duración del trabajo de parto, además de evaluar líquido amniótico, entre otros. Este procedimiento se realiza durante el tacto vaginal, donde con un gancho de asa larga se realiza una punción de las membranas y el líquido amniótico fluye hacia afuera de los genitales.^{12,20}

El dolor del trabajo de parto es considerado uno de los eventos más importantes, significativos e intensos en la vida de la mujer.²¹ En Chile a partir del año 2004, está vigente el decreto de ley n°19966 en donde se identifican un conjunto de prestaciones denominadas Garantías Explícitas en Salud (GES), que incorpora cuatro garantías exigibles legalmente para las personas afiliadas que se atienden en maternidades públicas o privadas. Correspondientes a acceso, oportunidad, protección financiera y calidad. Aquí se describen 85 problemas de salud vigentes, dentro de los cuales se describe la prestación de analgesia y/o anestesia durante el parto. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) señalan al respecto: “No hay ninguna otra circunstancia en la que se considera aceptable para un individuo experimentar un dolor grave sin tratamiento. Sin embargo, bajo

el cuidado de un médico, en ausencia de una contraindicación, la solicitud de la madre es suficiente para una indicación médica de aliviar el dolor durante el parto".²² La literatura describe diversos factores que aumentan los niveles de dolor, ansiedad y estrés en la mujer, entre ellos encontramos, alto grado de intervenciones obstétricas, la cesárea, la realización de episiotomía, la insatisfacción con los cuidados intraparto y valoración negativa del parto.^{23,24}

La analgesia obstétrica, también es considerada una intervención clínica. De acuerdo a lo mencionado en la guía GES la analgesia está clasificada como analgesia farmacológica (regional, inhalatoria y sistémica) y analgesia no farmacológica. El manual de Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, recomienda la analgesia farmacológica del trabajo de parto (ya sea analgesia neuroaxial o administración parenteral de opioides) "para mujeres embarazadas sanas que soliciten alivio del dolor durante el trabajo de parto, según las preferencias de la mujer", estas dos opciones comúnmente utilizadas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto tienen ventajas e inconvenientes, sin embargo la anestesia peridural parece ser la opción de alivio del dolor más eficaz en comparación con la analgesia opiode.²⁵

La analgesia farmacológica regional se ha transformado en los últimos 20 años en la mejor alternativa de alivio del dolor del trabajo de parto (vaginal, instrumental y cesárea) ya que dan alivio sin comprometer el estado de consciencia materno-fetal. La técnica más usada en el concepto analgesia/anestesia regional es la peridural, raquídea y combinada (epidural-raquídea), ésta debe ser individualizada y basada en el riesgo anestésico,

obstétrico, preferencias de la gestante y recursos del centro asistencial. Debe ser administrada en la fase activa del trabajo de parto y realizada por un anestesiólogo o médico con práctica reconocida en anestesia. La administración de opioide por vía parenteral es una analgesia utilizada durante el trabajo de parto, de ellos la más utilizada es la petidina o meperidina ya que obtiene mayores niveles de alivio del dolor mediante vía endovenosa, en lugar que la vía intramuscular. Sin embargo, esta causa efectos secundarios maternos, como náuseas, vómitos y sedación.^{12,26,27}

La anestesia local es una alternativa de infiltración en la zona perineal en el momento del expulsivo, esto produce una anestesia en una pequeña zona, aunque no alivia el dolor de las contracciones uterinas, para este procedimiento se utiliza lidocaína al 2%. Este tipo de anestesia está a cargo del profesional encargado de la asistencia del parto (matrón/a, médico general u obstetra). La analgesia inhalatoria es la utilización de óxido nitroso (N₂O) mezclado con 50% de oxígeno como gas anestésico y analgésico (concentración más comúnmente usada en este periodo), es una alternativa eficaz para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, esta analgesia es fácil de administrar, no tiene efectos sedantes en la madre ni el feto, es de duración corta y es de autoadministración bajo vigilancia médica a través de una mascarilla o boquilla de manera intermitente, comenzando aproximadamente 30 segundos antes de cada contracción. Con respecto a los resultados neonatales, no se han informado efectos adversos neuroconductuales de los recién nacidos de madres que recibieron concentraciones de óxido nitroso.^{12,28,29}

Por otra parte, existen intervenciones clínicas no farmacológicas ligadas a la

atención del trabajo de parto y parto, se trata de intervenciones planeadas y secuenciadas que tienen como objetivos modificar la sensación de dolor, cansancio, ansiedad, entre otras. Es así como dentro de ellas encontramos las siguientes:

- Analgesia no farmacológica durante el trabajo de parto y parto, corresponden a técnicas que reducen el estímulo doloroso asociado a la contracción uterina. En su mayoría, son simples, no invasivas y a menudo son más baratas y seguras que las intervenciones farmacológicas, además del efecto analgésico en el dolor del trabajo de parto, algunas de estas técnicas también aportan otros beneficios como mejor experiencia del parto y disminución del número de partos instrumentales. Estas podemos clasificarlas en:

- a) Técnicas de relajación que implican centrar la atención en algo relajante y aumentar el conocimiento del cuerpo ayudando así a tolerar el dolor, entre ellas encontramos: inmersión en agua tibia, acupresión (Shiatsu), masajes, técnicas de respiración, hipnosis, música (audioanalgesia) y aromaterapia. Estas son técnicas que inhiben las vías descendentes del dolor y activan los receptores sensitivos periféricos.
- b) Apoyo emocional continuo por persona elegida por la mujer durante el trabajo de parto o por personal de salud y entrega de información sobre el progreso del trabajo de parto, ésta mejora la fisiología del parto y los sentimientos de control y competencia de las madres, reduciendo la dependencia de las intervenciones médicas.
- c) Técnicas que reducen el estímulo doloroso como son la libertad de

movimiento, pelotas de parto (Boath), contrapresión durante la contracción uterina y descompresión abdominal.^{12,32,33}

Una revisión realizada el año 2018 donde se analizaron 14 ensayos evidenció que el masaje, las compresas calientes y los métodos manuales térmicos pueden tener una función en la reducción del dolor, la reducción de la duración del trabajo de parto y la mejora del sentido de control y la experiencia emocional del trabajo de parto de las mujeres, aunque la calidad de la evidencia varía de baja a muy baja y hay pocos ensayos.³¹

El uso de la pelota suiza en el área de obstetricia, inició en el año de 1980 en Alemania, es un recurso que estimula la posición vertical, permite libertad de movimiento y swing pélvico, además trae beneficios psicológicos y es de bajo costo económico.³²

Recientemente un metanálisis publicado el año 2021 donde se analizaron 7 ensayos con 533 mujeres embarazadas evidenció que el dolor de parto disminuyó significativamente en las mujeres que usaron la pelota de parto en comparación con el grupo de control, por lo que la pelota de parto es un método eficaz para reducir el dolor durante el trabajo de parto para las mujeres que optan por parto sin analgesia neuroaxial.³³

Finalmente, en lo que se refiere a la vía del parto, se encuentra la cesárea, aunque se reconoce como un acto quirúrgico complejo, su técnica mejorada y altamente segura, constituye la operación obstétrica más comúnmente efectuada, la cual ha sido motivo de preocupación en los últimos años. El aumento de este indicador constituye un problema de escala mundial^{9,34}. Según la guía perinatal utilizada en Chile, del año 2015, la cesárea puede clasificarse

en dos tipos: electiva o de urgencia, definiendo como cesárea electiva aquella intervención programada que se realiza antes del inicio del trabajo de parto en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal y cesárea de urgencia aquella que se realiza como consecuencia de una patología de la madre o del feto, en la que se sospecha compromiso del bienestar fetal, ésta puede ser ante parto o intraparto y se recomienda la finalización del embarazo de forma rápida.¹²

En las cesáreas electivas, la transición del nacimiento es absolutamente brusca, pudiendo producir mayores dificultades de adaptación en la madre como su hijo(a), en donde se reconoce un impacto a largo plazo, que se encuentran en pleno estudio.³⁵ Según lo expuesto por la Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIPE) e información entregada por del Ministerio de Salud, Chile presentaba en el año 1985 una tasa de cesárea de 25%. En el año 2011, dentro de los países pertenecientes a la OCDE, figuraba como el tercer país con mayor tasa de cesárea de la Organización, con un 37.7%. En el año 2015, esta tasa aumentó al 47.1%, posicionándolo como el segundo país de la OCDE con mayor número de partos por cesáreas. Es importante reconocer que este porcentaje se distribuye de manera muy diferente, dentro de los sistemas de salud chilenos. Reportándose en los últimos años, un porcentaje de alrededor de 40.5% de partos por cesáreas en los hospitales públicos y de 70% aproximadamente en las clínicas privadas. El grupo de mujeres que presenta el mayor número de partos por cesárea actualmente en Chile, son las mujeres que son parte del sistema público denominado de Fondo Nacional de Salud (FONASA) que se atienden en modalidad libre elección, a través del programa Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), con tasas de cesáreas de alrededor del 74%.³⁶

En el período de alumbramiento, se incorporan recomendaciones clínicas para disminuir el riesgo de hemorragia postparto, debido a que se considera la principal causa de mortalidad materna en países de ingresos bajos y la causa primaria de casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo.³⁷ Para ello la OMS y guía perinatal, recomiendan el uso de agentes uterotónicos como manejo activo del alumbramiento, en todos los partos. Este manejo considera agentes uterotónicos como OTs, ergometrina y misoprostol, los cuales pueden ser administrados mediante diferentes vías, con la finalidad de mejorar la calidad de las contracciones uterinas esenciales para el desprendimiento placentario y la hemostasia uterina correcta.¹²

La OTs, en dosis 10 unidades internacionales, mediante aplicación intramuscular o intravenosa, es el uterotónico de uso temprano recomendado para la atonía uterina en todas las mujeres. Debe ser administrado tras la salida del hombro anterior o inmediatamente después del nacimiento. El Misoprostol en dosis de 600 a 800 mcg, vía oral, sublingual o rectal, puede utilizarse como alternativa cuando la OTs no está disponible. Por último, también puede administrarse, ergometrina/metilergometrina 0,2 mg intramuscular, pero debe considerarse como segunda opción, a la OTs dado el mayor riesgo de efectos adversos maternos y la necesidad de extracción manual de la placenta retenida, además la ergometrina está contraindicada en mujeres con hipertensión arterial.^{12,37}

Dentro de las intervenciones que se recomiendan asociadas al bienestar madre-hijo al momento del nacimiento, están las que favorecen el vínculo madre-hijo y promueven conductas saludables en el recién nacido y están altamente recomendadas estas son: el contacto piel con piel, inmediatamente ocurrido el

nacimiento y la lactancia precoz, independiente del tipo de parto.

El contacto piel con piel, se inicia una vez culminado el periodo expulsivo, es considerada una práctica beneficiosa y altamente recomendada que consiste en colocar al recién nacido (RN) desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después (10). La OMS en su guía de cuidados del parto normal, establece que se debe realizar: “Contacto precoz piel a piel entre el recién nacido y la madre. Fomentar durante la primera hora posterior al parto la colocación del niño en el pecho para lactancia”.³⁸ La Academia Americana de Pediatría aconseja el contacto inmediato piel a piel, durante al menos una hora ininterrumpida, después del nacimiento y recomienda que los recién nacidos deben permanecer en esta posición hasta que se realice la primera alimentación, lo que, a su vez, conduce a una mayor disposición para amamantar, un patrón de lactancia materna organizado y más éxito en la lactancia materna exclusiva y general.³⁹ Esta práctica estimula la liberación de OT materna, alivia el estrés del nacimiento, favorece el vínculo madre-hijo, aumenta la temperatura cutánea de las mamas generando calor para el RN. También induce un estado de alerta y relajación de este último, activa naturalmente los reflejos (marcha, búsqueda, succión, deglución) y se establecen las bases para la estabilidad emocional del RN, es por ello que el contacto piel con piel es importante para todas las mujeres y sus bebés, no solo para quienes quieran optar por la lactancia materna.^{40,41}

Mientras, que lactancia precoz, referida a aquella succión del pezón materno por parte del recién nacido ocurrida durante la primera hora de vida, esta lactancia materna temprana aumenta la probabilidad de mantener la lactancia materna exclusiva entre el primer y cuarto mes de vida, así como la duración

total de la lactancia materna. Esta intervención está altamente recomendada por la OMS y el Fondo de Naciones Unidas de la Infancia (UNICEF), junto al contacto piel con piel. Sin embargo, iniciar la lactancia dentro de la primera hora de vida no es fácil por lo que algunas mujeres requieren apoyo y orientación adecuada para que esta lactancia se inicie de manera inmediata.⁴²



LACTANCIA MATERNA

La LME es definida por la OMS como la alimentación única y exclusivamente mediante leche materna (amamantamiento, leche extraída o de nodriza) sin adicionar ningún otro tipo de alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).⁴³ La LM es reconocida como la fuente ideal de alimentación, ya que aporta a los niños los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludables, especialmente en la etapa comprendida entre el nacimiento y los dos años de vida.⁴⁴

La OMS recomienda activamente que los niños sean amamantados con LME hasta los seis meses de edad y alimentación complementaria o introducción de alimentos apropiados y seguros para la edad a partir desde entonces, en conjunto con el mantenimiento de la LM hasta los 2 años o más.⁴⁴ A su vez Academia Americana de Pediatría, recomienda que la LM dure al menos 12 meses.⁴⁵ Por último y no menos importante, la LM es un alimento “natural renovable”, seguro y menos costoso, el cual se produce y entrega al consumidor directo sin contaminación, protegiendo a su vez el medioambiente.⁴⁶ El año 2017 se dio a conocer por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS, la Tarjeta de Puntuación Mundial para la LM, la cual evaluó las prácticas de LM en 194 naciones, encontrando que solo el 40% de los niños menores de seis meses reciben LME y solo 23 países registran índices exclusivos de LM por encima del 60%.⁴⁷

En Chile luego de la entrada en vigencia de la Ley de Pre y Post Natal (Ley 20.545) el año 2011, la prevalencia de LM al sexto mes ha aumentado más

de un 10%, siendo actualmente de un 57%, posicionándolo como uno de los países con indicadores destacados a nivel internacional. Las metas globales de la OMS de aquí al 2025, es alcanzar el 50% de LME, meta que Chile ya superó, aunque la Estrategia Nacional de Salud establece en su meta VI a diciembre del año 2021 alcanzar el 60% de LME al sexto mes. Estas metas son vitales para identificar áreas prioritarias y propiciar los cambios a nivel mundial.^{48,49} El año 2019 se promulgó la Ley 21.155 de “Protección de la lactancia materna y el amamantamiento”, que establece medidas de protección a la LM y su ejercicio, además entrega información acerca de la ley que reconoce la LM como un derecho y establece sanciones para quienes vulneren el amamantamiento libre, con el propósito de adecuar la normativa vigente y poder dar cumplimiento a las metas nacionales.⁵⁰ Para poder entender la importancia de la LM debemos saber que la primera infancia es un período muy importante donde se forman nuevas conexiones nerviosas a una velocidad asombrosa, más de 1 millón cada segundo.⁵¹ Este proceso de neurodesarrollo es dinámico e interactivo en el que participa el niño y su medio ambiente, influyéndose mutuamente y evolucionando en una dirección particular. Durante este proceso hay factores relacionados entre sí para lograr el máximo potencial del niño, es por ello que los cuidadores deben proporcionar un entorno positivo después del nacimiento.⁵² La LM y una ingesta adecuada de alimentos acordes a la edad son importantes para desencadenar la activación de mecanismos biológicos del desarrollo neurológico óptimo, sumado a ello también el apego y estimulación, acciones que a su vez también son brindadas por la LM.⁵¹

El apego fue definido por primera vez en la década del 50 por Bowlby como "fuerte conexión entre dos personas" lo que inspiró además una nueva

forma de entender el vínculo madre-hijo. Además, definió el apego materno como "una relación cálida, continua e íntima entre la madre y el bebé".⁵³ Como se mencionó anteriormente el contacto directo piel a piel de la madre con el recién nacido inmediatamente después del nacimiento favorece la LM temprana e inclusive se afirma que ayuda a mantener la LME entre el primer y cuarto mes de vida, así como también la duración total de la lactancia.⁴² En relación a las enfermedades infecto-contagiosas la LM ha demostrado ser un factor protector, ya que protege de forma activa y pasiva al lactante, gracias a su riqueza en inmunoglobulinas y otros numerosos factores inmunológicos, como leucocitos maternos, que proporcionan inmunidad activa y promueven el desarrollo de su sistema inmunológico, según una revisión realizada el año 2017 en Chile se reduce en un 64% la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, un 72% y 74% en el riesgo de hospitalización por infección respiratoria baja y alta respectivamente y un 23% a 63% menos riesgo de presentar otitis media aguda dependiendo la duración de la LM.^{54,55} Diversos estudios concluyen que los beneficios de la LM, en relación a la malnutrición por exceso es un factor protector, evidenciando que la prevalencia de obesidad es mayor en los niños no que no tuvieron alimentación por leche materna 15,9% versus 18,6%.^{56,57} En un artículo de revisión el año 2017 donde se evaluó los beneficios de la lactancia materna y los riesgos asociados a la sustitución por fórmulas lácteas, describe que existe un 15 a 30% de reducción del riesgo de obesidad durante la adolescencia y adultez si existió alimentación con LM durante la infancia, además concluye que la duración de la LM está inversamente relacionada con el riesgo de sobrepeso, por cada mes de LM es un 4% de disminución del riesgo de obesidad.⁵⁴ La LM, favorece el vínculo materno-filial, se asocia a una

reducción del riesgo de enfermedades en la infancia e incrementa las puntuaciones del coeficiente intelectual, a su vez en la madre se asocia a menor riesgo de cáncer de mama, ovario, y de diabetes tipo2.⁵⁸⁻⁶² Algunos otros beneficios asociados a la alimentación por LM son: el mejor desarrollo del lenguaje, protección contra las caries dentales y menor mortalidad asociadas a infecciones.⁶³⁻⁶⁵



DETERMINANTES PARA LA INSTAURACIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

Biológicamente todas las mujeres que tengan glándula mamaria e hipófisis son capaces de amamantar, de ellas, casi todas pueden amamantar exitosamente. Esto incluye el inicio de la LM durante la primera hora, lactancia exclusiva durante los 6 primeros meses y lactancia continuada (junto a la alimentación complementaria apropiada) hasta los 2 años de edad o más, excepto muy pocas que médicamente tengan trastornos severos que son limitantes para el amamantamiento.⁶⁶ El cumplimiento de la alimentación con LM está condicionado a ciertos determinantes que influyen en el desarrollo de ésta práctica tanto positivamente como negativamente. Estos determinantes son el ámbito personal, pero también de características sociodemográficas tales como edad, estado civil, nivel socioeconómico, paridad, nivel educacional, situación laboral, entre otros. A continuación, se describirán algunos de ellos:

Experiencias previas

Según una revisión sistemática el año 2019 donde se analizaron 15 estudios, concluyó que la experiencia previa en LM se correlacionó con el inicio y la duración de la lactancia materna posterior. Sin embargo, la corta duración previa de la LM y la experiencia insatisfactoria afectaron negativamente la LM posterior.⁶⁷

Un estudio realizado en Hershey el año 2015, donde se estudiaron 1.099 mujeres de las cuales 542 eran primíparas y 557 eran multíparas, en sus resultados expone que las madres multíparas tenían una duración prevista de la

lactancia más prolongada, más mujeres primíparas informaron problemas tempranos de lactancia y entre las que tenían la intención de amamantar durante 12 meses, las madres multíparas tenían un riesgo significativamente menor de dejar de amamantar que las madres primíparas, concluyendo que las mujeres que han amamantado previamente tienen experiencias de lactancia significativamente diferentes a las de las primíparas.⁶⁸

Paridez

En el período posparto inmediato la liberación de oxitocina induce las contracciones, iniciando el proceso de involución uterina. Este proceso es acompañado de dolor abdominal el que puede intensificarse con la lactancia, ya que la estimulación del pezón induce la liberación de oxitocina.^{69,70} El dolor puede ser una limitante para el inicio de la lactancia en el periodo postparto, problema que puede verse aumentado en mujeres multíparas, ya que los dolores tienden a aumentar en severidad a medida que aumenta la paridad.⁷¹

Apoyo social

El “entorno social y familiar de la madre es trascendental para el éxito de la lactancia materna”.⁷² A lo largo del tiempo han sido las madres, familiares y personas cercanas quienes se encargaban de la tarea de aconsejar y acompañar a las madres nodrizas. Actualmente durante la gestación, junto con controlar periódicamente el estado de salud de la madre y el niño, los profesionales de la salud deben tener un conocimiento cabal sobre la lactancia para que puedan motivar a las madres a amamantar y a superar los temores o dificultades que se puedan presentar.⁷³

Por otra parte, la literatura ha asociado algunas intervenciones clínicas intraparto con los resultados en la LM; entre ellas se encuentra el uso de OTs y la efectividad de la analgesia intraparto, que se describen a continuación:

Oxitocina sintética

Se conoce que la OT es liberada por las células mioepiteliales que rodean los alvéolos de la glándula mamaria y al relajar los esfínteres del conducto a la circulación durante la lactancia promueve la expulsión de la leche al contraer las células lácteo (reflejo eyecto-lácteo), además promueve la liberación de prolactina y, por lo tanto, la producción de leche.⁷⁴

El uso de OTs durante el trabajo de parto, es un medicamento rutinario y existe evidencia que señala que su uso podría estar asociado a dificultades presentes en la LM. Dentro de los cuales se señala, que la exposición prolongada a OTs causa una insensibilización de los receptores de OT debilitando el reflejo eyecto-lácteo. Insensibilización directamente proporcional al tiempo de exposición, por lo tanto, afectar negativamente en el inicio de la LM.^{75,76} Su administración también se ha relacionado con la disminución de los niveles de OT endógena, que se libera en el postparto, lo que se provocaría un desequilibrio entre la OT y la prolactina.⁷⁷ Además, se ha observado que el uso de OTs impacta en los reflejos neonatales primitivos involucrados en la LM, específicamente los reflejos rítmicos, disminuyendo la eficacia de la instalación de la LM precoz.^{78,79}

Un estudio realizado el año 2015 donde se compararon las díadas madre-hijo con y sin uso de OTs durante el trabajo de parto, encontró que todos los reflejos rítmicos, el reflejo de antigraedad y los reflejos neonatales primitivos

totales, fueron inhibidos en los niños expuesto a OTs intraparto, lo que afectaba adversamente la lactancia.⁸⁰ Este estudio sugiere que la OTs puede atravesar tanto la barrera placentaria como la hematoencefálica fetal, alterando el comportamiento del recién nacido. Mientras que otro estudio español, publicado en el año 2014, en 189 recién nacidos, encontró que el uso de OTs intraparto multiplica el riesgo de la alimentación con mamadera y el riesgo de abstinencia de la LM a los 3 meses.⁸¹

Analgesia del parto

El dolor durante el trabajo de parto puede tener efectos negativos en la madre como es un mayor riesgo de ansiedad, estrés pos traumático y depresión postparto, lo que puede conducir a un efecto negativo sobre la LM y el acercamiento al recién nacido.⁸²⁻⁸⁵

Un estudio realizado en una muestra de 100 mujeres que tuvieron parto vaginal, en Grecia publicado en el año 2016, evaluó la relación entre el estrés durante la experiencia del parto y la lactogénesis, observando que las madres que experimentaron dolor, agotamiento y sentimientos negativos en un parto largo y estresante habían retrasado el inicio de la lactancia.⁸⁶ Otro estudio realizado en Turquía publicado en el año 2019, en donde se identificó y comparó el efecto del dolor, el estrés y el nivel de cortisol durante el trabajo de parto sobre el éxito de la lactancia, encontró que la LM tenía una correlación significativa con el estrés percibido y el cortisol en el período postparto. Se determinó que las madres tenían más estrés en la fase activa se asoció negativamente con la conducta de lactancia y succión del infante.⁸⁷

Un estudio español, de cohorte retrospectivo, publicado el año 2015, con

un n= 2399, 1848 eran niños nacidos tras un parto sin analgesia epidural y 551 cuyas madres recibieron analgesia epidural, determinó entre sus resultados que el inicio temprano de la LM fue más frecuente en recién nacidos cuyas madres no recibieron analgesia epidural durante su parto, con un 91,1% versus quienes, si recibieron, con un 84,2%.⁸⁸

Según un estudio realizado en Italia, de una cohorte entre el año 2011 y 2015, cuyo objetivo fue investigar la relación de la exposición a analgesia neuroaxial en el trabajo de parto con el inicio de la LM, en mujeres que tuvieron un parto vaginal. Los investigadores pudieron observar que las mujeres que recibieron analgesia neuroaxial de manera temprana tuvieron menos éxito en el inicio de la LM, versus las mujeres que afrontaron con el dolor y solicitaron analgesia neuroaxial como último recurso.⁸⁹

La literatura señala que la administración de petidina intraparto, puede tener un efecto perjudicial sobre el comportamiento neonatal, reduciendo el estado de alerta infantil, suprimiendo el reflejo de enraizamiento y succión y puede acortar la duración de la lactancia. Un artículo de revisión, publicado el año 2016, en donde se incluyeron 24 estudios que relacionaban el impacto del uso de la petidina en el comportamiento de la LM dio como resultado que la petidina intraparto tiene un efecto perjudicial sobre la succión, la duración de la lactancia y el comportamiento neonatal relacionado con la lactancia.⁹⁰

Contacto piel con piel

Las primeras 2 horas después del nacimiento, cuando los bebés responden mejor a las pistas táctiles, térmicas y de olor de sus madres, se definen como el

momento óptimo para que inicien el comportamiento de amamantamiento, como enraizar y succionar, por lo que entre los beneficios del contacto piel a piel, encontramos una mayor probabilidad de amamantar inmediatamente después del parto.⁹¹

Un estudio realizado en Irak, publicado en el año 2017, donde se estudiaron 108 madres y sus recién nacidos aleatorizadas en dos grupos: un grupo de intervención (56 madres) y un grupo de control (52 madres) en donde se recolectaron datos sobre la LM, evidenció que hubo una asociación entre el contacto piel a piel de la madre y el recién nacido y el tiempo de inicio de la LM después del nacimiento. Los recién nacidos que experimentaron contacto piel a piel iniciaron la LM 2.41 ± 1.38 (M \pm DE) minutos después del parto, mientras que los recién nacidos que recibieron la atención de rutina comenzaron a amamantar 5.48 ± 5.70 (M \pm DE) minutos después de su nacimiento.⁹²

Un ensayo controlado aleatorio prospectivo, publicado en el año 2016 en la India, donde se evaluó la eficacia del contacto piel a piel temprano con la tasa de LME a las 6 semanas de edad entre los recién nacidos a término, nacidos por parto vaginal, evidenció que una proporción significativamente mayor de recién nacidos fueron amamantados exclusivamente a las 6 semanas de edad en el grupo de contacto piel a piel que en el grupo de control 72% vs 57.6%. Por lo que el contacto piel a piel temprano, mejoró significativamente la tasa de LME a las 6 semanas de edad.⁹³

Lactancia Precoz

Durante el postparto inmediato la LM representa el comportamiento pre-programado de los recién nacidos, al dejarlos sobre el abdomen de sus madres

sin ser molestados, reptaran hacia el pecho espontáneamente en la hora que sigue al nacimiento, poniendo en marcha sus reflejos de reptar, de búsqueda y de succión sin ninguna ayuda. Si a un recién nacido, se le da la oportunidad de pasar por las fases instintivas a través del contacto precoz piel con piel con su madre, tiene como beneficios: una óptima autorregulación, el favorecer el vínculo entre ambos y aumentar las probabilidades para una LM exitosa.⁹⁴

Cesárea

La cesárea es considerada como factor de riesgo asociado a la demora en el inicio de la lactancia antes de la primera hora de vida. El cansancio, la fatiga, el estrés y el dolor posterior al acto quirúrgico de la cesárea pueden influir en el inicio y duración de la LM.⁹⁵ Una revisión sistemática realizada por Esteves y cols, publicada el año 2014, donde analizaron 155 artículos en donde pudieron identificar que la cesárea es el factor de riesgo más consistente para no amamantar durante la primera hora de vida, situación que está relacionada a que en el período post operatorio retrasa o interrumpe el contacto precoz entre madre e hijo durante el postparto inmediato.⁹⁶

Un estudio realizado en Canadá, publicado el año 2016, donde se examinó el modo de parto y el inicio, duración y dificultades de la LM en una muestra de 3021 mujeres, encontró que las mujeres tuvieron una cesárea de emergencia tenían una mayor proporción de dificultades de amamantar con éxito dentro de las primeras 24 horas del parto (7,3%), en comparación con los partos vaginales (3,1%) y cesáreas planificadas (2,1%). Del total de las mujeres el 45% informo dificultades relacionadas con la LM.⁹⁷

Datos obtenidos de un estudio, publicado en el año 2012, en 241 mujeres

que tuvieron parto por cesárea confirman que la LM precoz está relacionada con el contacto precoz entre el recién nacido. En donde la madre que establece contacto precoz tienen 2.336 veces más posibilidades de LM versus que aquella que no lo hace.⁹⁸



3. HIPÓTESIS

H1: Las mujeres expuestas a mayores intervenciones clínicas durante el trabajo de parto tienen menor tiempo de lactancia materna

HA: Las mujeres con mayor educación e información de LM, tienen una lactancia mayor a 6 meses independiente de las prácticas clínicas de su parto.

4. OBJETIVOS

Objetivo General:

Asociar intervenciones clínicas intraparto con la duración de la lactancia materna, en mujeres con embarazos de bajo riesgo, asistidas en la maternidad un hospital de alta complejidad, entre los años 2014 a 2017.

Objetivos Específicos:

1. Identificar el perfil bio-sociodemográfico de la muestra en estudio
2. Describir las intervenciones clínicas aplicadas intraparto.
3. Caracterizar la lactancia materna en las mujeres en estudio.
4. Describir variables intervinientes en la duración de la lactancia materna.
5. Formular un modelo explicativo de asociación entre las prácticas clínicas y la duración de la lactancia materna.

6. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de Estudio

Estudio cuantitativo, de diseño observacional longitudinal, correlacional.

5.2. Población y Muestra

63 mujeres gestantes de bajo riesgo, controladas en 10 CESFAM del gran Concepción, participantes de la investigación "Efectos de la oxitocina sintética utilizada durante el parto, en el neurodesarrollo y comportamiento del niño(a) durante el primer año de vida". Durante los años 2014 al 2017 y que tuvieron su parto en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Dr. Guillermo Grant Benavente. Todas ellas fueron seguidas junto a sus hijos, hasta marzo del año 2017. El tipo de muestreo fue no probabilístico, ya que el ingreso al estudio fue de manera consecutiva.

5.2.1. Criterios de inclusión: Mujeres que tuvieron embarazos de bajo riesgo, con trabajos de parto espontáneos que desenlazaron en partos vía vaginal sin uso de oxitocina sintética, mujeres con partos vía vaginal que fueron inducidos o acelerados con oxitocina sintética , mujeres con partos que desenlazaron en cesáreas de urgencias previa exposición a oxitocina sintética, sin resultados adversos maternos o neonatales y mujeres con cesáreas electivas sin trabajo de parto y son madres de niños que se les siguió hasta los 24 meses de vida.

5.2.2. Criterios de exclusión: Mujeres que tuvieron partos prematuros, cesáreas de urgencias con resultados maternos o neonatales adversos, partos

vía vaginal instrumentalizado con uso de fórceps; mujeres con patologías maternas graves tales como: síndrome hipertensivo severo del embarazo, infección ovular, restricción del crecimiento intrauterino, esquizofrenia, depresión o violencia intrafamiliar grave; presencia de patologías fetales graves como malformaciones severas o mortinatos.

5.3. Variables del Estudio

Las variables del estudio quedaron conformadas como sigue:

5.3.1. Variables principales.

Variables independientes: tipo de parto y sus respectivas intervenciones clínicas: exposición a oxitocina sintética, uso de anestesia (peridural, raquídea o local), uso de analgesia inhalatoria. Además de tres intervenciones incentivadas como adecuadas para la experiencia positiva de parto y estimulación de LM: contacto piel a piel, lactancia durante la primera hora de vida y presencia de acompañante significativo

Variables dependientes: Duración de la lactancia materna, que se categoriza en: menor de 6 meses y 6 meses o más.

Variables de contextualización: Variables independientes, correspondientes a características sociodemográficas de las madres, tales como: edad, nivel educacional, ocupación; antecedentes de salud y gineco-obstétricos como estado nutricional, paridez, presencia de enfermedades crónicas previas y/o patologías durante el embarazo.

5.3.2. Variables intervinientes

Asociadas a la LM: expectativas, experiencia actual y previa, decisión de abandono o complemento, apreciación de la madre respecto de esta actividad o tarea, dificultad para su mantención, educación en lactancia

Asociadas a las redes sociales: Percepción del apoyo social, evaluado mediante la escala de ZIMET. Apoyo directo asociado a la LM de la pareja, la familia y el centro de salud familiar. (Ver anexo 1).

5.4. Recolección de información.

Se accedió a una planilla Excel, como base de datos secundaria, del proyecto Uso de Oxitocina sintética en partos de bajo riesgo y sus efectos en el neurodesarrollo, que involucró un cuestionario de recogida de información compuesto de cuatro ítems: a) datos sociodemográficos, tales como: edad, nivel educacional, ocupación; b) antecedentes de salud y estado nutricional; c) antecedentes obstétricos, tales como paridez, edad gestacional al momento de parto; d) caracterización del parto con las intervenciones clínicas aplicadas y finalmente la caracterización de la LM mediante la aplicación de un cuestionario que la caracterizó, que involucró la experiencia, expectativas, duración, información previa, junto al apoyo social evaluado mediante la escala de apoyo social de Zimet, validada en Chile en el año 2002,⁹⁹ que consiste en cuestionario de 12 preguntas que posee 3 dimensiones que permiten caracterizar el apoyo social de la familia, de los amigos y de una persona significativa. El formato de respuesta corresponde a una escala tipo Likert de cuatro puntos, desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo. Además, se evaluó el apoyo asociado a la

LM específicamente desde el ámbito familiar, institucional y de pareja.

5.5. Análisis de datos

Se realizó en el programa estadístico Stata versión 14.0. Se aplicaron: análisis univariado presentando los resultados de variables cuantitativas en promedio, desviación estándar, mínimo y máximo. Mientras que las variables cualitativas, se presentan en frecuencia absoluta y frecuencia porcentual. Análisis bivariado, asocia las intervenciones intraparto, variables del perfil de la muestra, consideradas variables independientes junto a las variables intervinientes con la duración de la LM, aplicando la prueba de Chi cuadrado y test exacto de Fisher y prueba de Mann-Whitney, utilizando un nivel de significancia de 0.05 y un nivel de confianza del 95%. Finalmente, en el análisis multivariado, se aplicó un análisis de componentes principales (ACP) que permite reconocer la presencia de agrupaciones de variables, con la finalidad de reconocer si existen algún perfil de variables que puedan reflejar influencia en la duración de la LM.

5.6. Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción, en el año 2014, resolución 2444 (Anexo 2) y contó con ficha informativa y consentimiento informado (Anexo 3) para cada participante. Los datos fueron tratados de manera anonimizada por completo, según propone la Declaración de Investigación de Helsinki.

6. RESULTADOS

Se analizaron 63 mujeres, que tenían los antecedentes de parto y lactancia materna completos, en la base de datos.

6.1 Perfil Biosociodemográfico.

La edad promedio de las madres fue de 25,57 años. Sobre el 50% se desempeña en labores de casa y tiene pareja estable. Su nivel educacional se concentra en la educación media. En la previsión de salud, la mayoría de ellas se ubica en los tramos de gratuidad (Tramo A y B del Fondo Nacional de Salud). La descripción de estos resultados, se observan en la tabla nº1.

Tabla 1. Perfil Sociodemográfico de las madres en estudio.

Ítems	Media(DE)	Min.-Máx
Edad de la madre	25,57	14 - 40
	nº	%
Actividad		
Dueña de casa	33	52,4
Trabajadora Independiente	5	7,9
Trabajadora Dependiente	11	17,5
Estudiante	14	22,2
Pareja Estable		
Si	35	55,6
No	28	44,4
Nivel Educacional		
Básica	7	11,1
Media	38	60,3
Técnico superior	8	10,7
Universitaria	10	15,9
Previsión de Salud		
A	37	58,7
B	16	25,4
C	7	11,1
D	3	4,8

DE: desviación estándar; Min: mínimo; Máx: Máximo.
Fuente: Elaboración Propia.

6.2. Descripción de antecedentes generales de salud y gineco-obstétricos.

El 44,4% (n=28) fueron primigestas. El estado nutricional se concentró en la clasificación de sobrepeso y obesidad con un 36,5% (n=23) y un 31,7% (n=20) respectivamente. Un 15,9% (n=10) tenía antecedente de alguna patología crónica, dentro de ellas la prevalente fue asma y el 25,4% (n=16) presentó patología asociada al embarazo, siendo la más frecuente la diabetes gestacional tratada con dieta. Sus recién nacidos tuvieron un peso promedio 3.526 gramos (Min. 2.730 gr. – Máx. 4.480 gr.) y el diagnóstico de alta de ambos integrantes de la diada, fue el de sanos. Para detalles de estos resultados, ver tabla n°2.

Tabla 2. Antecedentes de Salud y Gineco-obstétricos de la madre y caracterización de su recién nacido/a.

Ítems	Frecuencia	
	nº	%
Paridez		
Primigesta	28	44,4
Múltipara	35	55,6
Estado nutricional		
Bajo peso	4	6,3
Normal	16	25,4
Sobrepeso	23	36,5
Obesa	20	31,7
Patología crónica previa		
Si	10	15,9
No	53	84,1
Patología del embarazo		
Si	16	25,4
No	47	74,6
Patologías embarazo*		
Síndrome hipertensivo	2	3,2
Diabetes gestacional	6	9,5
Otra	10	15,9
Caracterización del Recién Nacido		
Hombre	30	47,6
Mujer	33	52,4
Clasificación según edad gestacional		

Pequeño	1	1,6
Adecuado	51	81
Grande	11	17,5
Apgar 5' al nacer		
8	3	4,8
9	56	88,9
10	4	6,3

*se trata de Patologías concomitantes
Fuente: Elaboración Propia.

6.3. Descripción del parto y de las intervenciones recibidas durante el trabajo de parto y parto.

Del total de la muestra, el 66,7% (n=42) fueron partos vaginales, de los cuales el 27% (n=17) correspondieron a partos vaginales espontáneos, con mínima intervención farmacológica puesto que accedieron a anestesia local y vía permeable, el resto de los partos vaginales tuvieron más de dos intervenciones, entre las que destacan: uso de OTS y anestesia peridural. Un 33,45% (n=21) correspondió a parto vía cesárea, de los cuales un 47,6% (n=10), tuvo su parto vía cesárea electiva sin trabajo de parto por las siguientes causas: cesárea anterior, presentación podálica o transversa, patología materna y sin condiciones obstétricas, mientras que para quienes tuvieron cesárea de urgencia las causas fueron alteración de la unidad feto placentaria, dilatación estacionaria, desproporción céfalo pélvica o macrosomía fetal. Todas las mujeres fueron expuestas al uso de vía venosa permeable, luego la intervención clínica más frecuente correspondió al uso de anestesia, en donde la anestesia local y la anestesia peridural, están por sobre el 30%. En algunas mujeres se superpuso la anestesia peridural con la anestesia raquídea. Por otro lado, el medicamento de uso más frecuente durante el trabajo de parto fue el uso de OTs, para el 57,1% (n=36). Posterior al parto, el uso de este medicamento aumenta al 87,3%

(n= 55) con el objetivo de mejorar la contractilidad uterina.

En relación con las intervenciones que favorecen el vínculo madre e hijo asociadas a favorecer la lactancia, se observó que sobre el 80 % tuvo contacto piel a piel y lactancia precoz, y un 68% aproximadamente estuvo en compañía del progenitor en este momento. Para ver el detalle de estos resultados, revisar tabla nº 3

Tabla 3. Caracterización de las intervenciones recibidas durante el Parto

Ítems	Frecuencia	
	nº	%
Tipo de parto		
Espontáneo	17	27
Acelerado	18	28,6
Inducido	7	11,1
Cesárea electiva	10	15,9
Cesárea de urgencia post uso oxitocina	11	17,5
Analgesia		
si	24	38,1
no	39	61,9
Tipo de analgesia		
Óxido nitroso	19	30,2
Balón kinésico	10	15,9
Otras alternativas	16	25,4
Anestesia		
Si	56	88,9
No	7	11,1
Tipo de anestesia		
Peridural	19	30,16
Raquídea	12	19,05
Peridural + Raquídea	9	14,28
Local	20	31,75
Sin anestesia	3	4,76
Uso de Oxitocina Sintética		

Si	36	57,1
No	27	42,9
Alumbramiento dirigido		
Si	20	31,7
No	43	68,3
Uso de uterotónicos		
Si	56	88,9
No	7	11,1
Tipo de uterotónicos		
Oxitocina sintética	55	87,3
Metil ergonovina	2	3,2
Intervenciones favorecedoras del vínculo madre e hijo		
Contacto piel con piel		
Si	52	82,5
No	11	17,5
Lactancia materna precoz mayor o igual 30 minutos		
Si	55	87,3
No	8	12,7
Acompañamiento del padre al parto		
Si	43	68,3
No	20	31,7

Fuente: Elaboración propia.

6.4. Descripción de la lactancia materna

El 76,2% (n=48) de las mujeres mantuvo una lactancia materna por más de 6 meses. De las 15 mujeres que presentaron dificultad para amamantar, sólo el 40%(n=6) señaló tener una dificultad mayor de 6 puntos en una escala de Likert de 10 puntos. Por sobre el 80% de ellas: esperaba amamantar el máximo de tiempo posible, recibió educación en LM y consideró que su experiencia fue muy agradable o agradable. Aproximadamente el 54 % tenía experiencia previa con buenos resultados. Y solo una mujer considera la LM como una tarea medianamente necesaria, el resto la considera absolutamente necesaria o muy

necesaria. La principal causa de abandono o de combinación con leche de fórmula corresponde a las situaciones asociadas a percepción de la madre tales como “*el niño no se llena, quedaba con hambre o poca producción de leche*” en el 30,1% (n=19), solo un 15% aproximadamente está asociado a la vuelta a actividades laborales o académicas, mientras que la suspensión de la LM por decisión propia o recomendación profesional, está presente en el 6,4% (n=4). Respecto de la hospitalización del hijo/a antes de los 6 meses de vida, que correspondió al 19% (n=12) de la muestra total, el 37,5% (n=5) de las madres reconoce que le afectó en la LM. Los resultados in extenso, se observan en la tabla n°4.

Tabla 4. Caracterización de la lactancia materna.

Ítems	Frecuencia	
	n°	%
Duración de la LM		
Menos de 6 meses	15	23,8
Más de 6 meses	48	76,2
Grado de dificultad para continuar con LM (n=15)		
Menor o igual a 5 puntos	6	40
Mayor o igual a 6 puntos	9	60
Expectativas de duración de la lactancia		
Máximo de tiempo	54	85,7
Al menos 6 meses	6	9,5
No lo había pensado	1	1,6
No contesta	2	3,2
Educación en LM		
Si	56	88,9
No	7	11,1
Experiencia previa en LM		
Si	34	53,97
No	29	46,03
Experiencia actual en LM		
Desagradable	4	6,3
Neutra	5	7,9
Agradable	25	39,7
Muy agradable	29	46
Abandono o Complemento de LM		
Si	29	46
No	34	54
Causa de Abandono o Complemento de LM		

Enfermedad del niño, de la madre o problemas de mama o pezón	5	8
Rechazo del niño al pecho, problemas de manejo lactancia	10	15,8
Niño no se llena, queda con hambre, Percepción poca producción de leche	19	30,1
Incorporación niño a sala cuna y/o inicio de actividad laboral/académica	10	15,9
Decisión propia y/o recomendación profesional	4	6,4
Otro	3	4,8
Valoración de la LM		
Muy necesaria	50	79,4
Necesaria	12	19
Medianamente necesaria	1	1,6
Hospitalización de su hijo/a afecto LM (n=12)		
Si	5	35,7
No	7	64,3
Causa de la hospitalización (n=12)		
Neumonía	6	50
Ictericia	5	41,6
Reflujo	1	8,4

Fuente: Elaboración Propia.

En relación a la educación en LM, además de identificar si la recibió, se caracterizó acerca del momento y de quienes le proporcionaron dicha información. Observando que alrededor del 30% de las madres, señalaron haber accedido a información de LM ya sea por medios de comunicación o en su familia incluso previo al embarazo. Durante el embarazo, identifican que en los controles prenatales les entregaron más información, que en los talleres. En la maternidad donde tuvo su parto, destaca que un 90% aproximadamente, señala que se le educa acerca de la técnica de LM, y en el postparto la información general se refuerza nuevamente en los controles en sus centros de salud y las indicaciones específicas se refuerza en todos los controles agendados en el sistema público de atención para un gran número de mujeres por sobre el 70%. Para detalles, ver tabla nº5

Tabla 5. Caracterización de la Educación en Lactancia materna recibida por las mujeres.

Ítems	Opción	Frecuencia	
		Nº	%
Antes del Embarazo			
Medios de comunicación y redes	Si	23	36,5
	No	40	63,5
Familia y amigos	Si	21	33,3
	No	42	66,7
Durante el embarazo			
Controles prenatales	Si	40	63,5
	No	23	36,5
Talleres prenatales	Si	22	34,9
	No	41	65,1
Profesionales de salud	Si	35	55,6
	No	28	44,4
Durante el parto			
Refuerzo de su importancia	Si	31	49,2
	No	32	50,8
Técnica de lactancia	Si	57	90,5
	No	6	9,5
Postparto Información general LM			
Control binomio	Si	31	49,2
	No	32	50,8
Planificación familiar	Si	20	31,7
	No	43	68,3
Medios de comunicación y redes	Si	14	22,2
	No	49	77,8
Familia o amistades	Si	16	25,4
	No	47	74,6
Postparto Indicaciones específicas LM			
Control binomio	Si	58	92,1
	No	5	7,9
Control del mes	Si	50	79,4
	No	12	19
Control de los tres meses	Si	58	92,1
	No	5	7,9
Control de los cinco meses	Si	57	90,5
	No	5	7,9
	No contesta	1	1,6

Fuente Elaboración propia.

6.5. Descripción de las Variables intervinientes:

El apoyo social percibido evaluado mediante la escala de Zimet, obtuvo un puntaje de 37,44 (DE 6,9), mínimo de 20 y máximo de 48. En donde solo un 25%

de ellas queda en la categoría de apoyo social percibido bajo. Por otro lado, al preguntar específicamente el apoyo de su familia para la lactancia materna el 90,5%(n=57) señala sentirse satisfecha o muy satisfecha, aunque este porcentaje baja cuando se trata del apoyo directo de la pareja para esta tarea a un 46% (n=29). Respecto del apoyo de los profesionales sanitarios en su respectivo centro de salud para la LM, la mujer lo consideró satisfecha o muy satisfecha en un 77,8%. Los detalles de estos resultados se observan en la tabla nº6.

Tabla 6. Características del Apoyo social para la continuidad de la Lactancia Materna.

Ítems	Frecuencia	
	nº	%
Categorías del apoyo social percibido (Escala de Zimet)		
Bajo	16	25,4
Medio	31	49,2
Alto	16	25,4
Percepción de apoyo familiar con respecto a LM		
Muy satisfecha	33	52,4
Satisfecha	24	38,1
Medianamente satisfecha	5	7,9
Nada satisfecha	1	1,6
Percepción del apoyo explícito de la pareja para la LM		
Si	29	46
No	34	54
Percepción de apoyo de centros de salud familiar para LM		
Muy satisfecha	24	38,1
Satisfecha	25	39,7
Medianamente satisfecha	7	11,1
Nada satisfecha	7	11,1

Fuente: Elaboración Propia.

Al asociar los antecedentes obstétricos como las intervenciones clínicas del parto, con la duración de la LM, no se estableció una relación estadísticamente

significativa entre las variables, incluyendo las intervenciones asociadas a favorecer la LM, como se puede observar en la tabla nº 7.

Tabla 7. Asociación entre antecedentes obstétricos e intervenciones clínicas durante el parto y la duración de la Lactancia Materna.

Ítems	Lactancia Materna		p-valor	Estadístico
	< 6 meses	≥ 6 meses		
	n (%)	n (%)		
Edad				
Hasta 20 años	4 (28,6)	10(71,4)	0,390	Exacto de Fisher
21 a 30 años	10 (27,0)	27 (73,0)		
31 y más años.	1 (8,3)	11 (91,7)		
Paridez				
Primípara	7 (25,0)	21 (75,0)	0,843	Chi cuadrado
Múltipara	8 (22,9)	27 (77,1)		
Tipo de parto				
Espontáneo	5 (29,4)	12 (70,6)	0,847	Exacto de Fisher
Inducido, acelerado o Cesárea urgencia post exposición a OT	8 (22,2)	28 (77,8)		
Cesárea electiva sin trabajo de parto	2 (20,0)	8 (80,0)		
Analgesia con Oxido Nitroso				
Si	9 (20,5)	35 (79,5)	0,353	Exacto de Fisher
No	6 (31,6)	13 (68,4)		
Anestesia				
Peridural	6 (31,6)	13 (68,4)	0,295	Exacto de Fisher
Raquídea	2 (16,7)	10(83,3)		
Peridural+ raquídea	0	9 (100)		
Local	6 (30)	14 (70)		
Sin anestesia	1 (33,3)	2 (66,7)		
Exposición a OT en el parto				
Si	8 (22,2)	28 (77,8)	0,733	Chi cuadrado
No	7 (25,9)	20 (74,1)		
Contacto Piel con piel				
Si	11 (21,2)	41 (78,8)	0,434	Exacto de Fisher
No	4 (36,4)	7 (63,6)		
Lactancia precoz				
Si	13 (23,6)	42 (76,4)	1,00	Exacto de Fisher
No	2 (25,0)	6 (75,0)		
Acompañamiento en el parto				
Si	12 (27,9)	31 (72,1)	0,349	Exacto de Fisher
No	3 (15)	17 (85,0)		

Fuente: Elaboración propia.

Para identificar una posible relación de la dosis OTs a la que fue expuesta la mujer y sus efectos en la duración de la LM, se aplicó la prueba de Mann-Whitney, puesto que la variable no tuvo distribución normal, resultado que

entregó un p valor de 0,550. Por lo que no se observó relación estadísticamente significativa.

En relación a las variables que caracterizan a la LM y el apoyo social para esta actividad, se pudo observar una relación estadísticamente significativa solo entre la experiencia actual de la LM con la duración mayor de 6 meses. Que obtuvo un p valor= 0,000, mediante la prueba exacto de Fisher. Para detalles de estos resultados ver tabla nº8.

Tabla 8. Asociación de características de Lactancia materna y apoyo social con la duración de la Lactancia materna.

Ítems	Lactancia Materna		p-valor	Estadístico
	< 6 meses	≥ 6 meses		
	n (%)	n (%)		
Educación en LM				
Si	15 (26,8)	41 (73,2)	0,182	Exacto de Fisher
No	0 (0,0)	7 (100,0)		
Expectativas de alimentar con leche materna , previo al parto				
mayor tiempo posible	14 (25,9)	40 (74,1)	0,330	Exacto de Fisher
al menos 6 meses	0 (0,0)	6 (100,0)		
No corresponde	0 (0,0)	1 (100,0)		
Experiencia actual de LM				
Muy agradable	0(0,0)	29(100,0)	0,000	Exacto de Fisher
Agradable	10 (40)	15 (60)		
Indiferente	1 (25,0)	3 (75,0)		
Desagradable	3 (75,0)	1 (25,0)		
Percepción del Apoyo familiar y LM				
Muy satisfecha	8 (24,2)	25 (75,8)	0,796	Exacto de Fisher
Satisfecha	5 (20,8)	19 (79,2)		
Medianamente satisfecha	2 (40,0)	3 (60,0)		
Insatisfecha	0 (0,0)	1 (100)		
Actividad fuera de casa				
Si	8 (26,7)	22 (73,3)	0,612	Chi cuadrado
No	7(21,2)	26 (78,8)		
Apoyo de la pareja en la LM				
Si	8 (23,5)	26 (76,5)	0,955	Chi cuadrado
No	7 (24,1)	22 (75,9)		

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, con el propósito de formular un modelo explicativo de asociación entre las prácticas clínicas y la duración de la lactancia materna,

se realizó un análisis multivariado aplicando análisis de componentes principales, pudiendo identificar 10 componentes como agrupación espontánea de las variables en estudio. Ver tabla nº9.

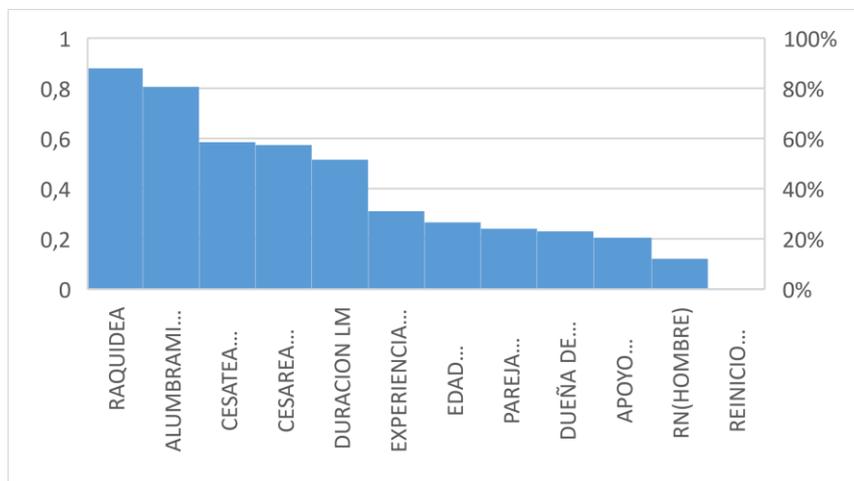
Tabla 9. Matriz de componentes principales asociadas a las intervenciones intraparto y la duración de la lactancia materna.

VARIABLES	COMP 1	COMP 2	COMP 3	COMP 4	COMP 5	COMP 6	COMP 7	COMP 8	COMP 9	COMP 10
DURACIÓN LM	0,5161	-0,2855	0,4739	0,3691	0,01568	0,2132	-0,07408	0,04305	0,0728	-0,0346
EDUCACIÓN LM	-0,2655	0,07405	-0,204	0,2557	0,08019	-0,4089	-0,175	0,3679	-0,4124	0,1797
EXPERIENCIA ACTUAL	0,3117	-0,3874	0,2929	0,5121	0,09159	-0,1281	-0,06039	0,04589	0,05421	0,1748
APOYO FAMILIAR	-0,04206	0,2853	-0,2707	0,1383	-0,535	0,4109	-0,04278	0,1684	0,07788	-0,6999
APOYO CENTRO SALUD	0,2059	0,05006	0,07358	-0,3382	0,05874	0,6118	0,106	-0,2371	-0,2675	-1311
LACTANCIA MIXTA	-0,4833	0,2955	-0,2277	0,03811	0,03706	0,03258	0,1005	0,2706	0,1798	-0,4633
ENFERMEDAD MADRE O LACTANTE	-0,1974	0,05717	-0,3056	-0,1146	-0,8345	0,02019	0,5045	0,2017	-0,3189	0,1683
MITOS LACTANCIA MIXTA	-0,5071	0,4687	-0,4113	-0,2972	0,07916	0,06806	0,08243	-0,1532	0,6219	0,09653
INGRESO SALA CUNA	-0,2598	0,3124	-0,1945	-0,03585	0,05773	-0,2602	-0,4183	-0,2024	0,1934	0,3798
REINICIO ACTIVIDAD LABORAL	0,005078	0,08571	0,3051	0,1091	0,1267	-0,368	0,04046	-0,0677	-0,5705	-0,3455
DECISION PROPIA O RECOMENDACIÓN	-0,1346	0,09239	0,09306	0,4924	-0,5132	0,07472	0,07154	0,1792	0,3474	-0,2682
LACTANTE HOSPITALIZADO	-0,1019	0,1046	0,2295	-0,1164	-0,5466	0,03266	0,5144	0,08521	0,1897	0,2911
EDAD MATERNA	0,2665	-0,3471	-0,3865	0,4028	0,4846	0,2518	0,03893	0,02481	0,1324	-0,1177
DUEÑA DE CASA	0,2315	-0,4613	-0,1981	-0,2636	-0,2201	0,01419	0,3591	-0,4205	0,08703	0,05779
PAREJA ESTABLE	0,2412	-0,2207	-0,5859	0,3616	0,1364	0,04992	0,1179	0,2582	-0,1148	0,3446
PRIMIPARA	-0,07803	0,5727	0,4628	-0,08817	-0,1779	-0,3058	-0,142	-0,1185	0,04235	0,06172
PARTO VAGINAL	-0,917	-0,2238	0,06359	0,149	0,03718	0,1637	-0,03758	-0,1238	0,02216	0,03185
CESAREA ELECTIVA	0,5855	-0,302	-0,3101	-0,4756	-0,1761	-0,1118	-0,2453	0,1185	0,1375	-0,1386
CESAREA URGENCIA	0,5751	0,5686	0,2196	0,2728	0,1233	0,09555	0,2828	0,03975	-0,1048	0,09383
USO OXIDO NITROSO	-0,4114	-0,3192	0,2459	0,1152	0,05615	-0,4158	0,4313	-0,1312	0,1021	-0,1928
PERIDURAL	-0,08838	0,5923	0,1392	0,007102	0,1413	0,445	-0,1085	0,2141	-0,2047	0,007538
RAQUIDEA	0,8802	0,2061	0,04258	-0,1617	0,08961	-0,1593	0,02448	0,1152	0,02808	0,006491
USO OTs INTRAPARTO	-0,1223	0,5653	0,1965	0,2999	0,3632	0,1802	0,256	0,03357	0,1267	0,1487
ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO	0,8059	0,2102	0,04611	-0,1185	0,01156	-0,1968	0,05725	0,1698	0,07824	-0,02317
PIEL CON PIEL	-0,1235	-0,2592	0,4989	-0,1863	0,04176	0,3758	0,005881	0,1288	0,07824	-0,02317
ACOMPANAMIENTO PARTO	-0,6888	-0,334	0,2138	-0,1373	0,1363	0,05319	-0,05964	0,2072	0,05152	0,01786
LM PRECOZ	-0,7255	-0,3361	0,4424	-0,4168	0,1413	0,02965	0,006082	0,6289	0,02897	0,02068
SEXO DEL RECIEN NACIDO	0,1216	0,1467	-0,1483	-0,213	0,6469	-0,1707	0,2773	0,1401	0,3191	-0,04585

Fuente: elaboración propia

De estos se identifica que solo hay 4 componentes que muestran agrupaciones con la duración de la LM. En el componente 1 se observan que las 4 variables que estarían agrupándose con la duración de la LM y éstas son: anestesia raquídea, alumbramiento dirigido, tipo de parto cesárea (electiva y urgencia). (Ver figura nº1).

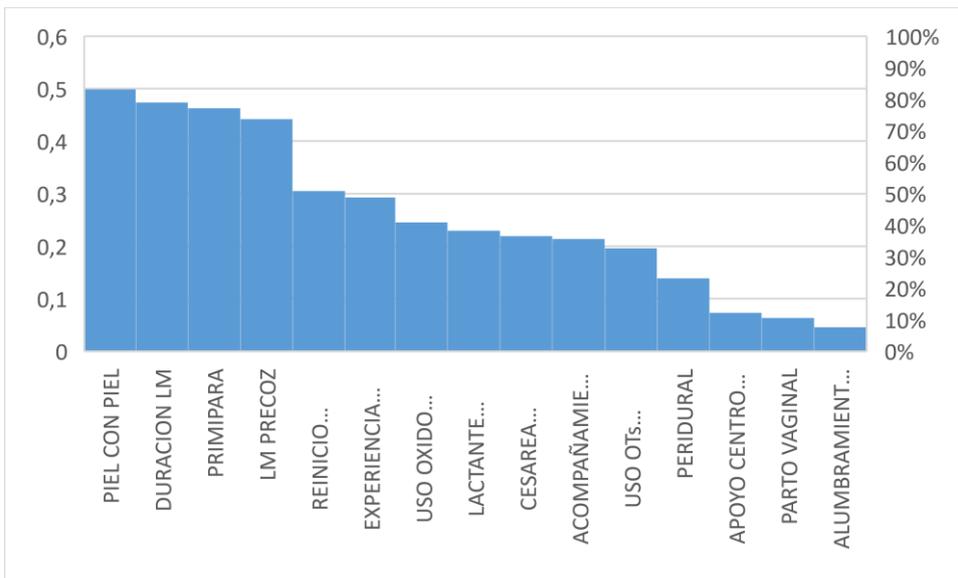
Figura nº 1. Descripción del comportamiento de variables y su agrupación en el componente 1



Fuente: elaboración propia.

En el componente 3, se puede observar que son 3 las variables que estarían agrupándose en torno a la duración de la LM y éstas son: contacto piel a piel, el que la madre sea primípara y la lactancia precoz, continuando en menor medida la presencia de las otras variables. (Ver figura nº2).

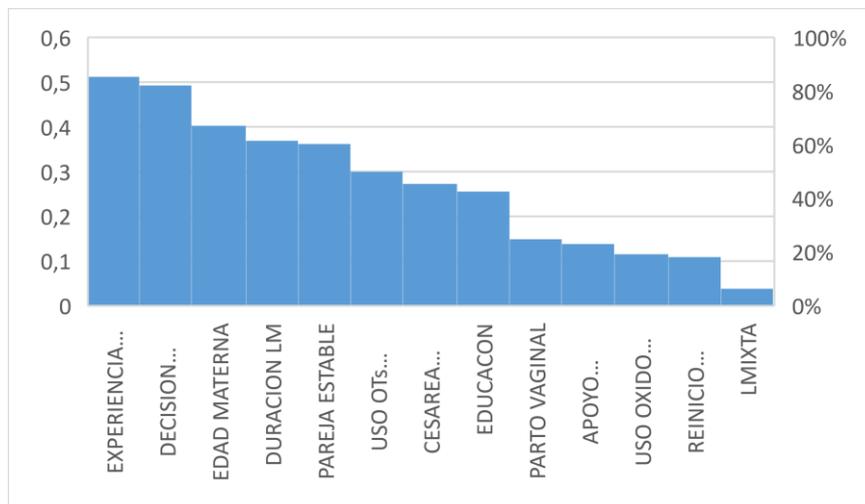
Figura nº 2. Descripción del comportamiento de variables y su agrupación en el componente 3



Fuente: elaboración propia.

En el componente 4, se puede observar que son 4 las variables que estarían agrupándose en torno a la duración de la LM y ésta son: la experiencia actual de LM, decisión de dejar de amamantar, la edad de la madre y la presencia de pareja estable. (Ver figura nº3).

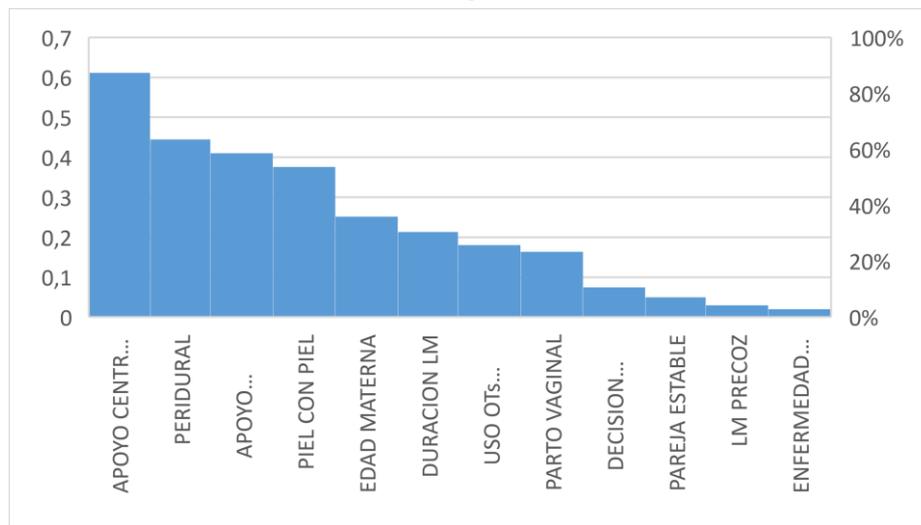
Figura nº 3. Descripción del comportamiento de variables y su agrupación en el componente 4.



Fuente: elaboración propia.

En el componente 6, se puede observar que son 6 las variables que estarían agrupándose con la duración de la LM y éstas son: el apoyo de las instituciones de salud, la anestesia peridural, el apoyo familiar para la LM, el contacto piel con piel, la edad de la madre. (Ver figura nº4)

Figura nº 4. Descripción del comportamiento de variables y su agrupación en el componente 6.



Fuente: elaboración propia.

7. DISCUSIÓN

El estudio está realizado en una población homogénea respecto de sus características sociodemográficas y por tratarse de mujeres que cursan un embarazo de bajo riesgo, estas presentan antecedentes de enfermedades crónicas en un bajo porcentaje y la patología obstétrica asociada, con más frecuencia fue la Diabetes gestacional en 6 de ellas (9,5% del 25,4% del total de mujeres con patología obstétrica). Esta situación está descrita como una complicación frecuente en el embarazo: un estudio chileno realizado el año 2015 describe que su prevalencia es 13% aumentando en un 195% desde el año 2012 en dicha población.¹⁰⁰ Valores que están por encima de los encontrados en nuestro grupo de estudio. Esto reitera que son embarazadas de bajo riesgo. Una situación a destacar es el estado nutricional de estas madres en donde se observa una concentración en la malnutrición por exceso (68,2%). Respecto de estos valores, un estudio piloto realizado en España a 40 mujeres con embarazos de 1er trimestre seguidas durante 6 meses; encontraron que la presencia de sobrepeso o bien obesidad en esta población fue de 45% y solo un 40% cumplía con las bases de una correcta alimentación basada en la pirámide alimentaria,¹⁰¹ lo que lleva a considerar que esta situación es una problemática a nivel mundial en donde la población se caracteriza por una dieta rica en carbohidratos y con un perfil más bien sedentario.

Respecto de las intervenciones clínicas intraparto, se pudo observar que este grupo de mujeres está altamente intervenido, en donde las principales intervenciones se concentran en el uso de anestesia farmacológica para controlar el dolor en el 88,9% de las mujeres y del uso de OTs para mejorar la

contractilidad uterina encontrando que 57,2% correspondieron a partos acelerados, inducidos o cesáreas de urgencias post uso del fármaco. Esta situación difiere a la encontrada en una tesis doctoral de la universidad de Campinas¹⁰² que correspondió a un análisis secundario de la encuesta multipaís de la OMS sobre salud materna y neonatal del año 2018 realizada en 357 establecimientos de salud de 29 países (en África, Asia, América Latina y Medio Oriente) en donde solo el 4% (8861) de estas mujeres recibieron analgesia (anestesia general, epidural o espinal) durante el trabajo de parto o el parto. Sin embargo, aún en relación a la analgesia farmacológica, hay resultados mayores a los encontrados en esta investigación y a la mencionada anteriormente, como un estudio en Francia donde estudiaron a 9231 mujeres que recibieron analgesia neuroaxial sola y/o no farmacológica durante su trabajo de parto, este mostró que el 93,6% de las mujeres optaron por analgesia farmacológica sola o en combinación con la no farmacológica.¹⁰³ La analgesia peridural se asocia con aumento en la frecuencia de las intervenciones intraparto incluido un mayor riesgo de cesárea.^{104,105} En relación al uso de oxitocina un estudio de cohorte realizado en Nepal a 78931 mujeres refleja que solo el 37% tuvo trabajo de parto aumentado con OTs valores inferiores a los encontrados en nuestra población.¹⁰⁶ Situación que puede deberse a la adherencia de protocolos clínicos particulares, de cada país o región del mundo.

Respecto de la LM, se trata de mujeres que están informadas de esta práctica, que la valoran y que reciben educación en el sistema sanitario ya sea a nivel primario como terciario, durante su periodo perinatal. El grupo tiene una prevalencia de LM mayor o igual a 6 meses de 76,2%, cifra que es mayor a la

encontrada en el estudio de López con un porcentaje del 48,4%.¹⁰⁷ Esta diferencia puede deberse precisamente a la constante información y refuerzo que recibieron las mujeres de esta investigación por parte del sistema sanitario.

En relación a la causa de abandono de la LM, corresponde principalmente a la percepción el niño queda con hambre o se produce poca leche por parte de las mujeres (30,1%), situación similar a lo publicado por Sun y col,¹⁰⁸ el año 2017 donde se siguió una cohorte de 562 mujeres desde el alta hospitalaria seguidas a 1, 4 y 6 meses para evaluar motivo de interrupción de la LM, del total de las madres que dejaron de amamantar antes de los 6 meses (n=180) cuya causa fue la producción de leche insuficiente (38,5%). Un estudio cualitativo realizado desde una perspectiva fenomenológica mediante entrevistas semiestructuradas individual el año 2018 por Cortés¹⁰⁹ concluye que una de las causas de abandono de la LM es la inseguridad de las madres, esta hace que, con mayor frecuencia interpreten el llanto o la intranquilidad del niño como hambre. Debido a esto las madres piensan que su producción láctea esta disminuida y suplementan la alimentación con formula, lo que posteriormente suele conducir al abandono de la LM.

Un factor importante a mencionar es la experiencia de LM, la mayoría de las mujeres que eran multíparas tenían buena experiencia previa y durante esta crianza también se repitió, todas las mujeres que tuvieron una buena experiencia (46%) mantienen LM mayor de 6 meses. Situación similar a un estudio Peruano realizado en 177 mujeres donde se encontró que el destete precoz estaría relacionado de forma significativa con la experiencia que se tuvo con la lactancia materna actual, con (OR 3,7; 95% IC: 1,8-7,7 p<0,001). Es decir, si la experiencia

fue mala, la madre se negará a continuar la LM, y es positiva la incrementará.¹¹⁰ Situación que es importante relevar porque estos resultados apuntan a la importancia de la experiencia materna para la continuidad de la LM, hecho que como sociedad se debiera apoyar y no solo como un rol familiar dado que la mujer debe sentirse cómoda dando LM y tener espacios adecuados para ello.

Respecto del apoyo social, se trata de mujeres que perciben un buen apoyo social en su gran mayoría (74,6%), también identifican apoyo familiar específico para la LM, aunque cuando se trata de la pareja, éste disminuye. Situación que resulta interesante pues se debe reconocer la necesidad de educar más a la pareja para que sea un sostén consistente en la mantención de la LM. Un estudio asociado al apoyo social y LM realizada en México, donde se evaluaron los datos de la encuesta de redes sociales e información de Salud (n=292) muestran que el padre ausente se asocia negativamente con la LM, mientras que el apoyo social se asocia positivamente, y la duración de la lactancia materna para las mujeres con padres ausentes no parece ser significativamente diferente de las mujeres con padres presentes.¹¹¹

Al buscar relacionar las intervenciones clínicas con la duración de la LM, no se logra demostrar una asociación entre ellas. Situación que es similar a estudios sobre el uso analgesia neuroaxial del trabajo de parto, un estudio Chino publicado el año 2020 donde se analizaron datos retrospectivos de una cohorte de 922 mujeres concluye que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con analgesia y sin analgesia a los 1, 3 y 6 meses post parto y LME o parcial,¹¹² resultados similares a los obtenidos en esta investigación donde no se encontró relación con un valor p 0,353. Por otro lado,

una revisión sistemática publicada recientemente por investigadores suizos¹¹³ demostró que existe diversidad de resultados respecto de la asociación entre la lactancia materna y la analgesia. De un total de 15 estudios, 6 no encontraron diferencias, 6 encontraron una incidencia significativamente menor y 3 de ellos encontraron resultados mixtos.

Del mismo modo intervenciones como uso de OTs durante el trabajo de parto y post parto no se asoció con el cese temprano de la LM, si bien Gómez y col¹¹⁴ en un estudio retrospectivo, demostró que el uso de oxitocina durante el trabajo de parto puede ser un predictor de alteración del comportamiento de succión en la primera hora de vida (OR 2.493; CI: 1.05–5.92; p=0.038). Mientras que en un estudio cohorte prospectivo (n=529) en Madrid donde se relacionaron los tipos de parto y el uso de OTs haciendo seguimiento de la LM a los 1, 3 y 6 meses, para ello se identificaron 4 grupos parto (vaginal con y sin OTs y cesárea con y sin OTs) no encontrando relación tanto en la dosis administrada en el trabajo de parto ni en el puerperio y cese de la LM,¹¹⁵ Resultados concordantes con esta investigación, lo que puede deberse a que todas las madres y recién nacidos involucrados en el estudio nacieron en óptimas condiciones. Por lo tanto, estas diadas se mantuvieron precozmente juntas y además en este centro asistencial, se practica el contacto piel a piel de inmediato ocurrido el nacimiento, pues es parte de una meta de gestión y es medible y exigible como resultado de buenas prácticas.

En cuanto a la búsqueda de un modelo explicativo de la duración de la LM, se pudo observar que la experiencia actual de LM definió el que las mujeres siguieran dando pecho, y dentro de los componentes principales que se pudieron identificar que incorporaban la duración de la LM se encuentran

dos que tienen hacen sentido a lo que se pretendía identificar en este estudio. El componente 1 que contiene las variables agrupadas con la duración de la LM: anestesia raquídea, alumbramiento dirigido, tipo de parto cesárea (electiva y urgencia): estarían mostrando una relación entre estas que se refleja en estudios como el publicado en el año 2019, con una muestra de 1624 mujeres, en donde las madres que habían tenido parto vaginal, iniciaron LM de manera temprana en 79% de ellas, versus las madres que tuvieron cesárea programada que solo la inicio el 16% de ellas y aquellas con cesárea de urgencia, en donde solo la inicio el 4,8% de ellas.¹¹⁶

Mientras que el componente 3 reúne las variables contacto piel a piel, el que la madre sea primípara y la lactancia precoz, situación que se corrobora en el estudio recién mencionado quienes identificaron que el inicio precoz de lactancia como una variable asociada al éxito de la LM. Del mismo modo el contacto piel a piel se ha visto asociado a mayor éxito de LME como quedó demostrado en la investigación conducida por Nakphong en un artículo publicado recientemente en Kenia donde estudió una cohorte de 1014 mujeres con al menos 1 seguimiento de LM post parto. Entre las mujeres que informaron separación durante más de 10 min con su RN durante la atención, tenían un 44% menos de probabilidades de amamantar exclusivamente a las 2-4 semanas en comparación con las que informaron menos de 10 min o ninguna separación (OR ajustado = 0,56, IC del 95%: 0,40 a 0,76).¹¹⁷

8. CONCLUSIONES

La LM para este grupo de mujeres resulta altamente exitosa con una prevalencia por sobre el promedio nacional. Ésta se mantiene fundamentalmente por los aspectos asociados a la experiencia.

Sin embargo, se pudo observar dos grandes asociaciones de variables en el análisis multivariado utilizando el análisis de componentes principales que son concordantes con la literatura. El componente 1 en donde se agrupan dos intervenciones intraparto: la anestesia raquídea y el alumbramiento dirigido, junto a la vía de parto por la cesárea (electiva y de urgencia), estudiadas como factores de riesgo para la duración de la LM en la literatura. Mientras que el componente 3 incluye dos intervenciones clínicas intraparto con la duración de la LM, ellas son contacto piel a piel e inicio precoz de la LM, ambas propiciadas por el sistema sanitario chileno y consideradas un factor protector para el éxito de la LM.

Por lo que se puede concluir que se aprueba parcialmente la hipótesis de la investigación propuesta , debido a que este ultimo análisis nos muestra una agrupación espontánea, que invita a seguir investigando estas intervenciones. Pero, se rechaza la hipótesis alternativa, en este grupo, puesto que es una población homogénea respecto de sus características sociodemográficas y de acceso a información y reforzamiento de la LM.

8. LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO

- Dentro de las limitaciones, se trata de un estudio que utilizó una base secundaria, finalizando con un tamaño muestral pequeño, siendo un grupo bastante heterogéneo.
- Dentro de las fortalezas del estudio, se identifican que es uno de los primeros estudios que incorpora todas las intervenciones clínicas presentes solo en partos de bajo de riesgo. Además, hace énfasis en la exposición a OTs y también a la presencia de más de una anestesia, para una misma usuaria.



9. PROYECCIONES

- Fortalecer la educación en LM, tanto educación prenatal como postnatal, de esta manera, se refuerza la importancia de mantener educación continua con las madres durante el postnatal y no solamente en el periodo prenatal.
- Desarrollar estrategias de detección precoz del nivel de satisfacción de LM para ser aplicadas en el control de diada y en el control del niño sano estandarizados a nivel nacional.
- Aumentar las estrategias que fortalezcan el rol del padre y aumenten sus competencias para la integración, empoderamiento y acompañamiento durante el proceso gestación, parto y puerperio incluida la LM.
- Incentivar a los centros clínicos de atención de parto a tener registros finos en línea en relación a la atención para poder hacer estudios retrospectivos y alcanzar una mayor población en futuras investigaciones.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sarduy M, Molina L, Tapia G, Medina C, Chiong D. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2018; 44(2): 1–20.
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Suiza. 2015.
3. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery.* 2013; 29(10): 1151–7. Doi: 10.1016/j.midw.2013.07.001.
4. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G, Foster J. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery.* 2016; 35: 53–61. Doi:10.1016/j.midw.2016.01.018.
5. Ministerio de Salud (MINSAL). Vigilancia del estado nutricional de la Poblacion bajo control y de la Lactancia Materna 2017. Santiago. 2018
6. Soto E, Sánchez Á. Determinantes sociales en la práctica de la lactancia materna en un municipio de Colombia, 2017. *Cult Del Cuid.* 2019; 16 (1): 20–30.
7. Rivera E, Bauta L, Fornaris A, Flores M, Pérez P. Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva: Policlínico “Aleida Fernández”. 2015. *Rev*

- haban cienc méd. 2017; 16(6): 879-890
8. Lucchini R, Uribe T, Villarroel L, Rojas A. Determinantes para una lactancia materna exitosa: intervención integral vs cuidado estándar. Ensayo clínico aleatorio controlado. Rev Chil pediatría. 2013; 84(2): 138–44. Doi: 10.4067/S0370-41062013000200003
 9. Carvajal J, Barriga M. Manual de Obstetricia y Ginecología. 12ava edición. Santiago. Chile. edición. Jorge A. Carvajal. 2021
 10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra. 1996.
 11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para la conducción de l trabajo de parto. Ginebra. 2015.
 12. Ministerio de Salud (MINSAL). Guía Perinatal. Santiago. 2015.
 13. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 14. Olza I, Uvnas-Moberg K, Ekström-Bergström A, Leahy-Warren P, Karlsdottir S, Nieuwenhuijze M, et al. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. PLoS One. 2020; 15(7): e0230992. Doi: 10.1371/journal.pone.0230992.

15. Dawood MY, Ylikorkala O, Trivedi D, Fuchs F. Oxytocin in maternal circulation and amniotic fluid during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab.* 1979; 49(3): 429–34. Doi: 10.1210/jcem-49-3-429
16. Sanès A. Importancia de las condiciones hormonales en el parto: Cómo favorecer este equilibrio hormonal. *Natura Med.* 2000; 61: 34-37
17. Uvnäs-Moberg K. Oxytocin: the biological guide to motherhood. 1ª Edition. Hale Publishing; 2015.
18. Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, Berg M, Buckley S, Pajalic Z, Hadjigeorgiou E, et al. Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth – a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019; 19: 285. Doi: 10.1186 / s12884-019-2365-9
19. Schmidt V. “La sabiduría del cuerpo al gestar, parir y maternidad.” 1ª ed. Buenos Aires: Mujer Sabia Editoras; 2010.
20. Smyth R, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. In: *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (6):CD006167. Doi: 10.1002/14651858.CD006167.pub4.
21. Melzack R. The myth of painless childbirth (The John J. Bonica Lecture). *Pain.* 1984; 19(4): 321–37. Doi: 10.1016 / 0304-3959 (84) 90079-4
22. American Society of Anesthesiologists (ACOG). Committee Opinion, Pain Relief During Labor. 2004; 295: 104.

23. Sanz B, Maroto V, Ortíz S, Jiménez I, Durán S, Rubio C. Estresores percibidos por las mujeres durante su parto. *NURE Inv.* 2020; 17 (208).
24. Kazemi F, Masoumi SZ, Soltani F, Oshvandi K, Ghelichkhani S, Niazy Z. Postpartum women's perception of stressors in the delivery ward: A qualitative study. *BMC Res Notes.* 2020; 13: 335.
25. World Health Organization. (WHO) Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Ginebra; 2018.
26. Kadirogullari P, Yalcin Bahat P, Sahin B, Gonen I, Seckin KD. The Effect of Pethidine Analgesia on Labor Duration and Maternal-Fetal Outcomes. *Acta Biomed.* 2021; 92(2): e2021065. Doi: 10.23750/abm.v92i2.10905.
27. Smith LA, Burns E, Cuthbert A. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018(6). Doi: 10.1002/14651858.CD007396.pub3
28. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Guia Clinica Auge, Analgesia del Parto. Santiago; 2013.
29. Stefani SJ, Hughes SC, Schnider SM, Levinson G, Abboud TK, Henriksen EH, et al. Neonatal neurobehavioral effects of inhalation analgesia for vaginal delivery. *Anesthesiology.* 1982; 56(5): 351–5. Doi: 10.1097 / 00000542-198205000-00004
30. Moreno V, González C, Serna C. Revisión sobre métodos de analgesia no farmacológica durante el parto. *Ocronos.* 2020

31. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 3(3): CD009290. Doi: 10.1002/14651858.CD009290.pub3.
32. Perez P. *Birth Balls : Use of Physical Therapy Balls in Maternity Care.* Vermont: Cutting Edge Press; 2000.
33. Grenvik JM, Rosenthal E, Wey S, Saccone G, De Vivo V, De Prisco LCP A, et al. Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Neonatal Med.* 2021; 1-10 Doi: 10.1080/14767058.2021.1875439
34. Besio M. Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. *Rev. Med. Chile.* 1999; 127(9): 1121–5.
35. Alba C, Aler I, Olza I. *Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia.* Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
36. Magne F, Silva AP, Carvajal B, Gotteland M. The elevated rate of cesarean section and its contribution to non-communicable chronic diseases in Latin America: The growing involvement of the microbiota. *Front. Pediatr.* 2017; 5: 192. Doi: 10.3389/fped.2017.00192
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto.* Ginebra. 2014.

38. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el Parto Normal: una guía practica. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 1999; 18(2): 70–80.
39. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, AAP Committee on Fetus and Newborn, AAP Task Force on sudden Infant ant Death Syndrome. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. Pediatrics. 2016; 138(3): e20161889 Doi: 10.1542 / peds.2016-1889
40. Baston H, Hall Y, Marshal J. Contacto Piel con Piel Después del Parto. En: Guías de enfermería obstétrica y materno-infantil Lactancia. 1ra ed. España: Elsevier; 2018. p.33–43.
41. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016; 11(11): CD003519. Doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
42. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido. Nueva York. 2018.
43. Organizacion Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante. 2015 Available from: https://apps.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/index.html
44. Organizacion Mundial de la Salud (OMS). Metas Mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre lactancia materna. Ginebra. 2017.

45. Eidelman_AI, Schanler RJ. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012; 129(3): e827–41.
46. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016; 387: 491–504. Doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2
47. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna. 2017
48. Diario Oficial de la República de Chile. Ministerio de Salud Fija metas sanitarias y de mejoramiento de la atención para las entidades administradoras de salud municipal para el año 2021. [Internet]. 2020 Disponible en: <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2020/09/16/42758/01/1816291.pdf>
49. Ministerio de Salud (MINSAL). Semana Lactancia Materna [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/semana-lactancia-materna/>
50. Ley nº. 21.155 De la protección a la lactancia materna y al amamantamiento. Biblioteca nacional del congreso de Chile (BCN). Chile. 2019.
51. Desarrollo de la primera infancia [página web]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Disponible en: <https://www.unicef.org/es/desarrollo-de-la-primera-infancia>

52. Luna JA, Arteaga IH, Felipe A, Zapata R, Cecilia M, Chala C. Estado nutricional y neurodesarrollo en la primera infancia. *RCSP*. 2018; 44(4): 169-185.
53. Barg G. Bases Neurobiológicas del Apego: Revisión Temática. *Cienc Psicol*. 2011; 5(1): 69–81.
54. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr*. 2017; 88(1): 7–14. Doi: 10.4067/S0370-41062017000100001
55. Aguilar MJ, Baena L, Sánchez AM, Guisado R, Hermoso E, Mur N. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática. *Nutr Hosp*. 2016;33(2):482–93.
56. Jarpa C, Cerda J, Terrazas C, Cano C. Lactancia materna como factor protector de sobrepeso y obesidad en preescolares. *Rev Chil Pediatr*. 2015; 86(1): 32–7.
57. Oyarzún MF, Barja S, Domínguez MA, Villarroel L, Arnaiz P, Mardones F. Lactancia materna, obesidad y síndrome metabólico en la edad escolar. *Rev Chil Pediatr*. 2018; 89(2): 173–81.
58. Linde K, Lehnig F, Nagl M, Kersting A. The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery*. 2020 Feb; 81: 102592. Doi: 10.1016/j.midw.2019.102592.
59. Horta BL, Loret De Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: A

- systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(467): 14–9.
Doi: 10.1111/apa.13139.
60. Alimentación del lactante y del niño pequeño [página web]. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
61. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(467): 96-113. Doi: 10.1111/apa.13102
62. Babic A, Sasamoto N, Rosner BA, Tworoger SS, Jordan SJ, Risch HA, et al. Association between Breastfeeding and Ovarian Cancer Risk. *JAMA Oncol.* 2020; 6(6): e200421. Doi: 10.1001/jamaoncol.2020.0421
63. Gittens K. Lactancia prolongada y desarrollo del lenguaje: una revisión de la literatura. *REVENF.* 2016; 32(32): 2511–4775.
64. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. *Matern Child Health J.* 2015; 19(3): 468–79. Doi: 10.1007/s10995-014-1526-8.
65. Maldonado MA, González A, Huitzil EE, Isassi H, Flores RR. Lactancia

- materna y caries de la infancia temprana. *Rev Odontopediatr Latinoam*. 2016; 6(2): 90–8.
66. Organización Mundial de la Salud (OMS). Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. Ginebra. 2009.
67. Huang Y, Ouyang YQ, Redding SR. Previous breastfeeding experience and its influence on breastfeeding outcomes in subsequent births: A systematic review. *Women and Birth*. 2019; 32(4):303-309. Doi: 10.1016/j.wombi.2018.09.003.
68. Hackman NM, Schaefer EW, Beiler JS, Rose CM, Paul IM. Breastfeeding outcome comparison by parity. *Breastfeed Med*. 2015; 10(3): 156-162. Doi:10.1089/bfm.2014.0119
69. Takahata K, Horiuchi S, Tadokoro Y, Sawano E, Shinohara K. Oxytocin levels in low-risk primiparas following breast stimulation for spontaneous onset of labor: A quasi-experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19: 351. Doi: 10.1186/s12884-019-2504-3
70. Masuzawa Y, Yaeko K. Uterine activity during the two hours after placental delivery among low-risk pregnancies: an observational study. *J Matern Neonatal Med*. 2017; 30(20): 2446–51. Doi:10.1080 / 14767058.2016.1253057
71. Holdcroft A, Snidvongs S, Cason A, Doré CJ, Berkley KJ. Pain and uterine contractions during breast feeding in the immediate post-partum period

- increase with parity. *Pain*. 2003; 104(3):589–96. Doi: 10.1016/S0304-3959(03)00116-7
72. Manual de Lactancia Materna Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública. Santiago. Chile. 2010
73. Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna: de la teoría a la práctica. Editorial Panamericana S.A.; 2008.
74. Sriraman NK. The Nuts and Bolts of Breastfeeding: Anatomy and Physiology of Lactation. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017; 47(12): 305-310. Doi: 10.1016/j.cppeds.2017.10.001.
75. Odent MR. Synthetic oxytocin and breastfeeding: Reasons for testing an hypothesis. *Med Hypotheses*. 2013; 81(5): 889–91. Doi: 10.1016/j.mehy.2013.07.044.
76. Robinson C, Schumann R, Zhang P, Young RC. Oxytocin-induced desensitization of the oxytocin receptor. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 188(2): 497–502. Doi: 10.1067/mob.2003.22. PMID: 12592262.
77. Uvnas-Moberg K, Ekstrom-Bergstrom A, Buckley S, Massarotti C, Pajalic Z, Luegmair K, et al. Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding- a systematic review. *PLoS ONE*. 2020; 15(8): e0235806. Doi: 10.1371/journal.pone.0235806.
78. Jonas W, Johansson LM, Nissen E, Ejdebäck M, Ransjö-Arvidson AB, Uvnäs-Moberg K. Effects of intrapartum oxytocin administration and epidural

- analgesia on the concentration of plasma oxytocin and prolactin, in response to suckling during the second day postpartum. *Breastfeed Med.* 2009; 4(2): 71–82. Doi: 10.1089/bfm.2008.0002.
79. Kenkel WM, Perkeybile AM, Yee JR, Pournajafi-Nazarloo H, Lillard TS, Ferguson EF, et al. Behavioral and epigenetic consequences of oxytocin treatment at birth. *Sci Adv.* 2019; 5(5): 2244. Doi: 10.1126 / sciadv.aav2244
80. Olza I, Marín M, Malalana A, Fernández-Cañadas A, López F, Costarelli V. Newborn feeding behaviour depressed by intrapartum oxytocin: A pilot study. *Acta Paediatr.* 2012; 101(7): 749–54. Doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02668.x
81. García-Forte P, González-Mesa E, Blasco M, Cazorla O, Delgado-Ríos M, González-Valenzuela MJ. Oxytocin administered during labor and breastfeeding: A retrospective cohort study. *J Matern Neonatal Med.* 2014; 27(15): 1598–603. Doi: 10.3109/14767058.2013.871255.
82. Goutaudier N, Bertoli C, Séjourné N, Chabrol H. Childbirth as a forthcoming traumatic event: pretraumatic stress disorder during pregnancy and its psychological correlates. *J Reprod Infant Psychol.* 2019; 37(1): 44–55. Doi: 10.1080/02646838.2018.1504284.
83. Floris L, Irion O. Association between anxiety and pain in the latent phase of labour upon admission to the maternity hospital: A prospective, descriptive study. *J Health Psychol.* 2015; 20(4): 446–55. Doi:10.1177/1359105313502695.

84. Lim G, Levine MD, Mascha EJ, Wasan AD. Labor pain, analgesia, and postpartum depression: Are we asking the right questions? *Anesth Analg.* 2020; 130(3): 610-614. Doi:10.1213/ANE.0000000000004581.
85. Gorrita R, Bárcenas Y, Gorrita Y, Brito B. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Rev Cubana Pediatr.* 2014; 86(2).
86. Dimitraki M, Tsikouras P, Manav B, Gioka T, Koutlaki N, Zervoudis S, et al. Evaluation of the effect of natural and emotional stress of labor on lactation and breast-feeding. *Arch Gynecol Obstet.* 2016; 293(2): 317–28. Doi: 10.1007/s00404-015-3783-1
87. Karakoyunlu Ö, Ejder Apay S, Gürol A. The effect of pain, stress, and cortisol during labor on breastfeeding success. *Dev Psychobiol.* 2019; 61(7): 979–87. Doi: 10.1002/dev.21873.
88. Herrera-Gómez A, García-Martínez O, Ramos-Torrecillas J, De Luna-Bertos E, Ruiz C, Ocaña-Peinado FM. Retrospective study of the association between epidural analgesia during labour and complications for the newborn. *Midwifery.* 2015; 31(6): 613–6. Doi: 10.1016/j.midw.2015.02.013.
89. Wetzl RG, Delfino E, Peano L, Gogna D, Vidi Y, Vielmi F, et al. A priori choice of neuraxial labour analgesia and breastfeeding initiation success: A community-based cohort study in an Italian baby-friendly hospital. *BMJ Open.* 2019; 9(3): e025179. Doi:10.1136/bmjopen-2018-025179

90. Burchell T, Coster S, Norman I. The effect of intrapartum pethidine on breastfeeding: A scoping review. *Evid based Midwifery*. 2016; 14(2): 49–56.
91. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*. 1990; 336(8723): 1105–7. Doi: 10.1016/0140-6736(90)92579-7.
92. Safari K, Saeed AA, Hasan SS, Moghaddam-Banaem L. The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *Int Breastfeed J*. 2018; 13:32 Doi:10.1186/s13006-018-0174-9.
93. Sharma A. Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: A randomized controlled trial. *Afr Health Sci*. 2016; 16(3): 790–7. Doi: 10.4314/ahs.v16i3.20.
94. Madero Noguerras M, Castro Menéndez A, Rodríguez Castilla F. Piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas. *Ene*. 2016; 10(2).
95. Albokhary AA, James JP. Does cesarean section have an impact on the successful initiation of breastfeeding in Saudi Arabia? *Saudi Med J*. 2014; 35(11): 1400–3.
96. Esteves TM, Dumas RP, de Oliveira MI, Andrade CA de F, Leite IC. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: Systematic review. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(4):697-708. doi: 10.1590/s0034-

8910.2014048005278.

97. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16:90. Doi: 10.1186/s12884-016-0876-1.
98. Otal-Lospaus S, Morera-Liáñez L, Bernal-Montañes MJ, Tabueña-Acin J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Profesión. Matronas Prof.* 2012; 13(1): 3–8.
99. Arechabala MC, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Cienc y enferm.* 2002; 8(1): 49–55. Doi: 10.4067/S0717-95532002000100007
100. Garmendia ML, Mondschein S, Montiel B, Kusanovic JP. Trends and predictors of gestational diabetes mellitus in Chile. *Int J Gynecol Obstet.* 2020; 148(2): 210–8. Doi: 10.1002/ijgo.13023
101. Paúles IM, Sánchez MP, Lahoz M, Montoro M. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en embarazadas de una zona básica de salud de Huesca. *Med Clínica Práctica.* 2021; 4(1). Doi: 10.1016/j.mcpssp.2020.100152
102. Souza MA. Analgesia para parto vaginal: análise secundária do Estudo Multi-países da Organização Mundial de Saúde Materna e Neonatal = Analgesia for vaginal birth: secondary analysis from the WHO Multicountry

Study on Maternal and Newborn Health (WHO-MCS) (tesis maestria).
Universidade Estadual de campinas. 2018

103. Merrer J, Chantry AA, Khoshnood B, Blondel B, Le Ray C, Bonnet MP. Determinants of the use of nonpharmacological analgesia for labor pain management: a national population-based study. *Pain*. 2020; 161(11): 2571–80. Doi: 10.1097/j.pain.0000000000001956
104. Westergren A, Edin K, Lindkvist M, Christianson M. Exploring the medicalisation of childbirth through women’s preferences for and use of pain relief. *Women Birth*. 2021;34(2):e118–27. Doi: 10.1016/j.wombi.2020.02.009.
105. Herrera-Gómez A, Luna-Bertos E, Ramos-Torrecillas J, Ocaña-Peinado F, García-Martínez O, Ruiz C. The Effect of Epidural Analgesia Alone and in Association With Other Variables on the Risk of Cesarean Section. *Biol Res Nurs*. 2017; 19(4): 393–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28436235/>
106. Litorp H, Sunny A., Ashish K. Augmentation of labor with oxytocin and its association with delivery outcomes: A large-scale cohort study in 12 public hospitals in Nepal. *AOGS* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2021 Oct 5];100(4):684–93. Available from: doi: 10.1177/1099800417706023.
107. López de Aberasturi Ibáñez de Garayo A, Santos N, Ramos Y, García M, Artola C, Arara I. Prevalencia y determinantes de la lactancia materna: estudio Zorrotzaurre. *Nutr Hosp*. 2021; 38(1): 50–9. Available from:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000100050&lng=es&nrm=iso&tlng=es

108. Sun k., Chen M, Yin Y, Wu L, Gaok L. Why Chinese mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first six months. *J Child Health Care.* 2017; 21(3): 353–63. Doi: 10.1177/1367493517719160
109. Cortés-Rúa L, Díaz-Grávalos G. Early interruption of breastfeeding. A qualitative study. *Enferm Clin (Engl Ed).* 2019; 29(4): 207–15. Doi: 10.1016/j.enfcli.2018.11.003
110. Ortega M, Castillo E, Reyes C. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una ciudad de Perú. *Rev cuba enferm.* 2020; 36(2).
111. Edelblute H, Altman C. The Interaction and Impact of Social Support and Father Absence on Breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2021; 16(8): 629–34. Doi: 10.1089/bfm.2020.0202.
112. Xu Q, Wu ZF, Yang NN, Shi M, Zhu Z. Impact of epidural analgesia during labor on breastfeeding initiation and continuation: a retrospective study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020; 33(22): 3816–9. Doi: 10.1080/14767058.2019.1588247.
113. Heesen P, Halpern SH, Beilin Y, Mauri PA, Eidelman LA, Heesen M, et al. Labor neuraxial analgesia and breastfeeding: An updated systematic review.

J Clin Anesth. 2021; 68:110105. Doi: 10.1016/j.jclinane.2020.110105

114. Gomes M, Trocado V, Carlos-Alves M, Arteiro D, Pinheiro P. Intrapartum synthetic oxytocin and breastfeeding: a retrospective cohort study. J Obstet Gynaecol. 2018; 38(6): 745–9. Doi: 10.1080/01443615.2017.1405924.
115. Fernández-Cañadas A, Durán M, Hernández A, Muriel C, Pérez P, Salcedo A, et al. Cessation of breastfeeding in association with oxytocin administration and type of birth. A prospective cohort study. Women Birth. 2019; 32(1): e43–8. Doi: 10.1016/j.wombi.2018.04.017.
116. Taha Z, Ali Hassan A, Wikkeling-Scott L, Papandreou D. Prevalence and associated factors of caesarean section and its impact on early initiation of breastfeeding in Abu Dhabi, United Arab Emirates. Nutrients. 2019; 11(11):2723. Doi: 10.3390/nu11112723
117. Nakphong MK, Sacks E, Opot J, Sudhinaraset M. Association between newborn separation, maternal consent and health outcomes: findings from a longitudinal survey in Kenya. BMJ Open. 2021; 11(9): e045907. Doi: 10.1136/bmjopen-2020-045907.

11. ANEXOS

1. Tabla de variables.
2. Certificado comité de ética, aprobación proyecto anterior.
3. Hoja informativa y consentimiento informado



12.1. ANEXO N° 1: Tabla de variables

Título del proyecto: “Prácticas clínicas según tipos de parto y sus efectos en la Lactancia materna a mediano plazo”

Variables	Concepto	Dimensiones	Clasificación	Tipo de escala	
Variables independientes					
Caracterización de la madre y su gestación					
1	Edad materna	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Años cumplidos	Cuantitativa	Intervalo
2	Ocupación materna	Actividad en la que desempeña actualmente la mujer embarazada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dueña de casa 2. Trabajadora Independiente 3. Trabajadora dependiente 4. Estudiante 	Cualitativa politómica	Nominal
		Ciclos de estudio aprobados, en un establecimiento educacional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñanza básica incompleta 2. Enseñanza básica completa 	Cualitativa politómica	Ordinal

3	Escolaridad		3. Enseñanza media o técnica incompleta 4. Enseñanza media o técnica completa 5. Enseñanza Técnica superior incompleta 6. Enseñanza Técnica superior completa 7. Enseñanza universitaria incompleta 8. Enseñanza universitaria completa.		
4	Convivencia estable	Existencia de una pareja comparte un techo por más de 6 meses.	1. Si 2. No	Cualitativa Dicotómica	Nominal
5	Paridez	Indica si una mujer ha tenido, o no hijos.	1. Primigesta: No ha tenido hijos/as 2. Multípara: Por lo menos ha tenido un hijo/a.	Cualitativa Dicotómica	Nominal
6	Patología del embarazo	Existencia de enfermedades durante el embarazo.	1. Si 2. No	Cualitativa Dicotómica	nominal

7	Enfermedades crónicas	Existencia de una o más enfermedades de base (previo al embarazo)	1. Si 2. No	Cualitativa Dicotómica	nominal
Caracterización del parto					
8	Tipo de parto	Forma de en qué se desarrolló un parto vaginal, en relación al uso de oxitócicos.	1. Espontáneo 2. Acelerado 3. Inducido 4. Cesárea electiva 5. Cesárea de urgencia posterior al uso de OTs ,con buen resultado materno y neonatal	Cualitativa Multicotómica	Nominal
9	analgesia	Uso de un medicamento que interviene en la sensación dolorosa de la contracción durante el trabajo de parto	1. Si 2. No	Cualitativa Dicotómica	nominal
10	tipo de analgesia	Identificación de tipo de analgesia recibido	1. Óxido nitroso 2. Balón Kinésico 3. Hipnosis 4. Masaje 5. Otro	Cualitativa multicotómica	Nominal
11	Anestesia	Identificación del uso de	1. Si	Cualitativa	nominal

		anestesia regional durante el trabajo de parto	2. No	dicotómica	
12	Tipo de anestesia	Identificación del tipo de anestesia regional durante el trabajo de parto	1. Epidural 2. raquídea	Cualitativa dicotómica	Nominal
13	oxitocina sintética (OTs)	Uso de un medicamento que interviene en la dinámica uterina durante el trabajo de parto	1. SI 2. NO	cualitativa	ordinal
14	Contacto piel a piel inmediato al nacimiento	Oportunidad de que la madre y su hijo(a) realice la práctica de contacto piel inmediatamente después del nacimiento (bonding), previa a la evaluación clínica de la condición del /la recién nacido(a)	1. SI 2. NO	Cualitativa dicotómica	Nominal
15	Duración de contacto piel a piel	Tiempo de duración de la práctica de contacto piel a piel	>60min <60min	Cuantitativa	Ordinal
16	Inicio precoz de Lactancia	Oportunidad que tiene la madre y su hijo(a) de establecer la primera lactancia durante el contacto piel con	1. SI 2. NO	Cualitativa dicotómica	Nominal

		piel inmediato al nacimiento			
Variables intervinientes					
Caracterización de la lactancia materna					
1	Educación en lactancia materna	Conocimiento que se adquirió previo al parto sobre lactancia materna	1. SI 2. NO	Cualitativa dicotómica	Nominal
2	Apoyo social percibido	Percepción del nivel de apoyo otorgado por la Red compuesta por familia, amigos, vecinos y miembros de la comunidad que está disponible para brindar ayuda psicológica	 Escala de Zimet	Cualitativa multicotómica	Nominal
3	Expectativas sobre la lactancia	sueño o ilusión de realizar o cumplir con la práctica de lactancia materna	1. Esperaba amamantar el máximo de tiempo que pudiera 2. Esperaba amamantar por lo menos hasta los 6	Cualitativa multicotómica	Nominal

			meses 3. Esperaba no amamantar 4. No pensaba en lactancia 5. No tenía expectativas 6. Otras ¿Cuál?		
4	Experiencias previas	conocimiento de algo que se adquiere a través de la práctica anterior	1. Buena 2. Regular 3. Mala 4. Esta es mi primera experiencia con la lactancia	Cualitativa multicotómica	Nominal
5	Asistencia a talleres	Encuentros educativos de estimulación prenatal que promueven la lactancia materna desde su importancia hasta las técnicas que incorporan elementos de confort para la madre y su hijo/a.	1. SI 2. NO	Cualitativa dicotómica	Nominal
Variable Dependiente					

1	Duración de la LM	Tiempo transcurrido entre el principio y el fin de la lactancia materna.	1. Meses 2. Semanas 3. Días	Cualitativa dicotómica	Nominal
---	-------------------	--	-----------------------------------	------------------------	---------



12.2. ANEXO N°2: Aprobación de comité de ética

Efectos de la Oxitocina sintética, utilizada durante el trabajo de parto y parto, en el neurodesarrollo y comportamiento del niño(a) durante el primer año de vida”



COMITE ETICO CIENTIFICO SERVICIO SALUD CONCEPCION
COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012.

CONCEPCION, 25 de Abril de 2014

Sra
Yolanda Contreras García
Investigador Responsable
Presente.

Estimada Sra. Contreras:

Junto con saludarle, nos permitimos informar a usted, que fueron aceptadas las correcciones efectuadas a las observaciones planteadas en el Acta de este Comité, de fecha 03 de Abril de 2014, referente al estudio titulado: "Efectos de la oxitocina sintética, utilizada durante el trabajo de parto y parto, en el neurodesarrollo y comportamiento del niño(a) durante el primer año de vida".

Por lo tanto, con fecha 24 de Abril de 2014, el Comité aprueba la realización de este proyecto, bajo su conducción como investigador responsable en el Hospital Dr. G.G.B. y procede a timbrar con esta fecha el documento de Información al Paciente y Formulario de Consentimiento Informado (CI).

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la sesión del 24 de Abril de 2014

Q: 7 / 10

Nombre y apellidos	Profesión/institución	Cargo actual
M ^o Antonia Bidegain S.	Médico Nefrólogo/HGGB	Integrante permanente / Presidenta CEC
M. Cristina Fellay	Biologa	Representante de la Comunidad
Felipe León M..	Abogado / HGGB	Integrante permanente / Abogado
Sylvia Asenjo M.	Médico Endocrinóloga / U de C.	Integrante permanente externa
Juan Munizaga M.	Ingeniero Informático / HGGB	Integrante permanente
Nelson Pérez T.	Médico Psiquiatra / HGGB	Integrante permanente / Vicepresidente CEC
Juan Ricardo Saldías C.	Ingeniero Comercial /HGGB	Integrante permanente / Secretario CEC

Excusas: Mónica Zúñiga; Mirta Méndez B.; Irma Alarcón

Además, este Comité solicita que:

- 1.- El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en su institución.
- 2.- Los reportes de efectos adversos y enmiendas se entreguen al comité en conjunto con una opinión personal del investigador, sobre la relevancia de ellos en el proyecto, los riesgos y la voluntariedad del participante.
- 3.- Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen
- 4.- La validez de esta aprobación es por un año.
- 5.- Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
- 6.- Conservar toda la documentación en su poder, por lo menos hasta 15 años cerrado el estudio

Atentamente,

Ing. Ricardo Saldías Cerda
Secretario CEC



Dra. M. Antonia Bidegain S.
Presidenta CEC

Distribución

- La indicada
- Director Centro de Investigación
- Archivo CEC

DATOS DE CONTACTO CEC SSC.- San Martín 1436, Concepción. Fono:56-41-2722745

Página 1

ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120, N° 19.628, N° 20.584 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION



ACTA DE EVALUACION/APROBACION COMITE ETICO CIENTIFICO
COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN EXENTA N°2444
DE FECHA 14/08/2012.

CONCEPCION, 22 de Mayo de 2015

Sra
Yolanda Contreras Garcia
Investigador Responsable
Presente.

Estimada Sra. Contreras:

Ref: "Efectos de la oxitocina sintética, utilizada durante el trabajo de parto y parto, en el neurodesarrollo y comportamiento del niño(a) durante el primer año de vida".

Junto con saludarle, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, en reunión del 14 de Mayo de 2015, tomó conocimiento y aprueba el estado de desarrollo del estudio de la referencia y los fundamentos de su solicitud de extensión de plazo.

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la sesión del 14 de Mayo de 2015

Q: 6 / 10

Nombre y apellidos	Profesión/Institución	Cargo actual
M ^o Antonia Bidegain S.	Médico Nefrólogo/HGGB	Integrante permanente / Presidenta CEC
Mirta Méndez B.	Enfermera Universitaria / HGGB	Integrante permanente
Irma Alarcón Q.	Químico Farmacéutico /HGGB	Integrante permanente
María Cristalina Fellay	Bióloga	Integrante permanente representante de la comunidad
Juan Munizaga M.	Ingeniero Informático /HGGB	Integrante permanente
Juan Ricardo Saldías C.	Ingeniero Comercial /HGGB	Integrante permanente / Secretario CEC

Excusas: Sra. Mónica Zúñiga; Dra. Sylvia Asenjo; AB.Felipe León; Dr.Nelson Pérez T.

Conclusión:

En atención a lo anteriormente establecido, el protocolo "Efectos de la oxitocina sintética, utilizada durante el trabajo de parto y parto, en el neurodesarrollo y comportamiento del niño(a) durante el primer año de vida", es re - aprobado para el próximo período anual.

Atentamente


Ing. Ricardo Saldías Cerda
Secretario CEC




Dra. M. Antonia Bidegain S.
Presidenta CEC

Distribución

- La indicada
- Director Centro de Investigación
- Archivo CEC

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 1

ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION

12.3. ANEXO N°3: Hoja informativa y consentimiento informado

Información a la participante y consentimiento de participación.

Título del proyecto: *“Efectos de la oxitocina sintética, utilizada durante el trabajo de parto y parto, en el neurodesarrollo y comportamiento del niño(a) durante el primer año de vida.”*

Investigador responsable: Yolanda Contreras García (ycontre@udec.cl)

Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina.

Universidad de Concepción

Teléfonos: 2204592-2204837-2204928

Co- Investigadores: Heriberto Araneda C, José Miguel Brito V, Maryory Martínez.

Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina

Universidad de Concepción

Teléfonos: 2204592-2204837

Tutor clínico H.G.G.B: Yanella Vallejos G (yvallejos@ssconcepcion.cl)

Administración del Cuidado de Matronería- HGGB

San Martín n° 1436, Concepción.

Teléfono: 41-2722718.

Invitación a participar: Estimada señora, le estamos invitando a participar

en un proyecto de investigación denominado “Efectos de la oxitocina sintética, utilizada durante el trabajo de parto y parto, en el neurodesarrollo y comportamiento del niño(a) durante el primer año de vida”. La oxitocina es una hormona que se libera normalmente en las embarazadas durante el trabajo de parto y parto estimulando las contracciones uterinas y la salida del bebé. Esta sustancia existe también como un medicamento que se utiliza en ocasiones cuando se ha cumplido la fecha de parto y no se ha iniciado en forma espontánea el trabajo de parto de manera de ayudar al nacimiento. El conocimiento actual indica que esta hormona también estaría siendo parte del comportamiento social, situación que está por determinarse en estudios que son deseables se implementen para identificar esta acción, si la tiene.

El estudio incluirá a un número aproximado de 300 mujeres embarazadas, que se atienden en los centros de salud familiar de la comuna de Concepción, Chiguayante y San Pedro, que tendrán su parto en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción y de la comuna de Talcahuano que atienden sus partos en el Hospital Las Higueras.

Procedimientos: Ud., será contactada en su CESFAM por la investigadora o un miembro del equipo investigador durante el tercer trimestre de su gestación. Si usted acepta participar de este estudio, un profesional Matrona/ón o una alumna de cuarto año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Concepción, debe acceder a sus antecedentes clínicos en el CESFAM identificando su carne de control con un sello que da cuenta de su aceptación para luego poder hacer el seguimiento en el Hospital donde usted concurra a tener a su hijo(a).

En el CESFAM se traspasarán a un cuestionario especialmente diseñado todos los datos de su ficha clínica de control prenatal y control postnatal realizado a Ud., durante los primeros dos meses postparto y desde la ficha clínica de su hijo(a) todos los datos de los controles realizados a su hijo desde la primera semana de vida hasta cumplir el año de vida. En el Hospital, se registrarán en un cuestionario todos los datos de su ficha clínica que involucran su trabajo de parto, parto y periodo de postparto hasta el momento de su alta. Como procedimiento especial, durante el parto, al momento del cortar el cordón umbilical, se tomará una muestra de sangre desde el lado del cordón que queda unido a la placenta para determinar el nivel de oxitocina presente en ese momento con la finalidad de tener una cifra objetiva de esta hormona presente al momento del nacimiento.

En total se estarán obteniendo los datos de usted y de su hijo(a) hasta que él o ella cumpla un año de edad.

Costos: Este proyecto es sin costo alguno para Ud., ya que cada información es obtenida desde sus evaluaciones clínicas y no considera tiempos agregados a su estadía en la maternidad ni en sus controles de la atención habitual que Ud., y su hijo(a) reciben en su centro de salud.

Beneficios y riesgos derivados de su participación: Este estudio tiene como beneficio el progreso del conocimiento y el mejor tratamiento de futuras madres y sus hijos(as). Este estudio no considera riesgos para su salud o la de su hijo(a) pues no incorpora ningún tratamiento u opción de tratamiento distinta de la que sea necesaria identificada por su equipo médico tratante.

Compensación: Ud., no recibirá ninguna compensación económica por su participación en este estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estrictamente confidencial. Los datos a los que usted nos permitirá tener acceso de sus antecedentes clínicos y de los de sus hijos(as) quedaran archivados en el Dpto. de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Concepción, en soporte de papel y digital. Usted podrá ejercer su derecho a acceso, oposición, cancelación y rectificación de los mismos dirigiéndose a los investigadores del estudio en los teléfonos y dirección que se le facilitan en esta hoja de información. Todos los datos son absolutamente confidenciales y ellos solo podrá acceder el equipo investigador y los miembros de servicios regulatorios (ISP, Comité ético científico), por lo que todas las personas vinculadas con la investigación están obligados a mantener la confidencialidad de la información. Tampoco se revelará su identidad si se publican los resultados del estudio. En caso que decida retirar su participación, la información generada hasta ese momento podrá ser utilizada para los fines y objetivos del estudio, no generándose información adicional

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento, sin dar explicaciones y sin ninguna repercusión en su atención en salud.

Derechos de las participantes: Ud., mantiene todos los derechos en su atención según sea considerado por el equipo médico que la atiende, no se modificará en ningún momento la atención habitual que usted recibirá tanto en su centro de salud como en la maternidad.

Contacto: La investigadora y los miembros del equipo investigador responderán cualquier pregunta que usted desee realizar respecto de este estudio. Para ello usted puede contactarse llamado al número de teléfono señalado en la página uno de este formulario de consentimiento.

Si tiene preguntar relacionadas con sus derechos como sujeto de investigación, o quejas relacionadas con este estudio de investigación, puede contactarse con la Dra. María Antonia Bidegain S., Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, ubicado en San Martín n°1436, Concepción, teléfono 41-2722745.

Antes de firmar este formulario, realice todas las preguntas que pueda tener sobre este estudio o sobre este documento. La persona que la está contactando como miembro del equipo investigador intentará responder completamente cualquier pregunta que usted pueda tener antes o después del estudio, o mientras este se lleva a cabo.

En cumplimiento de la Ley 20.584, acepto y autorizo que la información de mis antecedentes clínicos y de la de mi hijo(a) por nacer y durante su primer año de vida puedan ser revisados por la investigadora Yolanda Contreras García, su equipo de investigación.

FIRME ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE SI TODOS LOS SIGUIENTES

ENUNCIADOS SON VERDADEROS:

a) Mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción y considero

que comprendo toda la información proporcionada acerca de este estudio.

b) Acepto que mi información médica y la de mi hijo(a) será recopilada hasta cumplir un año de vida, utilizada y divulgada conforme a lo descrito en esta información por escrito a la participante y formulario de consentimiento informado.

c) **He decidido participar de este estudio de investigación.**

d) **Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este documento.**



HOJA DE FIRMAS DOCUMENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: *“Efectos de la oxitocina sintética, utilizada durante el trabajo de parto y parto, en el neurodesarrollo y comportamiento del niño(a) durante el primer año de vida.”*

Versión y fecha del protocolo: _____

Centro de investigación: Dpto. de Obstetricia y Puericultura – Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

Yo, la que suscribe, he leído la información del documento de información a la participante. He tenido suficiente tiempo para comprender la finalidad y los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios del estudio. Tengo la libertad de retirarme de este estudio en cualquier momento y por cualquier razón, y esta decisión de dejar de participar no afectará mi atención médica futura. Acepto hacerme parte de este estudio de seguimiento para mí y mi hijo(a), hasta que él o ella cumpla un año de edad, autorizando el uso de los antecedentes clínicos que están registrados desde el embarazo hasta el primer año de vida. Al firmar este documento no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Nombre de la participante en letra imprenta

Firma de la participante

Fecha de la firma: (dd/mm/aa)

Yo, la que suscribe, investigador/miembro del equipo investigador, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio.

Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y otras leyes nacionales e internacionales vigentes

Se le proporcionará al paciente una copia de esta información escrita para el participante y formulario de consentimiento firmado.

Nombre de la persona que solicita
el consentimiento informado

Firma del o la solicitante

en letra imprenta

Fecha de la firma: (dd/mm/aa)



Nombre del director de la institución (delegado)

Firma

del

Director(delegado) en letra imprenta

Fecha de la firma (dd/mm/aa)