UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

TEMA:

Apego precoz y el inicio temprano del amamantamiento en la prevención de problemas de lactancia en recién nacidos atendidos en el Hospital General Guasmo Sur, en el periodo julio - diciembre de 2025

AUTORA:

Md. Andrea Vanesa Cifuentes Altamirano

TUTORA:

Dra. Thzuska Lorena Pico Mawyin

Guayaquil, Ecuador

septiembre 2026

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

CERTIFICACIÓN

Corresponde certificar que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Md. Andrea Vanesa Cifuentes Altamirano**, como requerimiento para la obtención del título de **Especialista en Pediatría.**

TUTORA

f. _____

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
THZUSKA LORENA PICO MAWYIN

Dra. Thzuska Lorena Pico Mawyin

COORDINADORA DEL PROGRAMA Y DE DOCENCIA

f._____

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MERCEDES MARGARITA CHIMBO JIMENEZ

Dra. Mercedes Margarita Chimbo Jiménez

DIRECTOR DEL PROGRAMA

f. _____

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ANTONIO MARIA AGUILAR GUZMAN

Dr. Antonio María Aguilar Guzmán

Guayaquil, septiembre 2026

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Md. Andrea Vanesa Cifuentes Altamirano

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Apego precoz y el inicio temprano del amamantamiento en la prevención de problemas de lactancia en recién nacidos atendidos en el Hospital General Guasmo Sur, en el periodo julio - diciembre de 2025,** previo a la obtención del título de Especialista en Pediatría, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias bibliográficas. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, septiembre 2026

La AUTORA



f. _____

Md. Andrea Vanesa Cifuentes Altamirano

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

AUTORIZACIÓN

Andrea Vanesa Cifuentes Altamirano:

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Apego precoz y el inicio temprano del amamantamiento en la prevención de problemas de lactancia en recién nacidos atendidos en el Hospital General Guasmo Sur, en el periodo julio - diciembre de 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, septiembre 2026

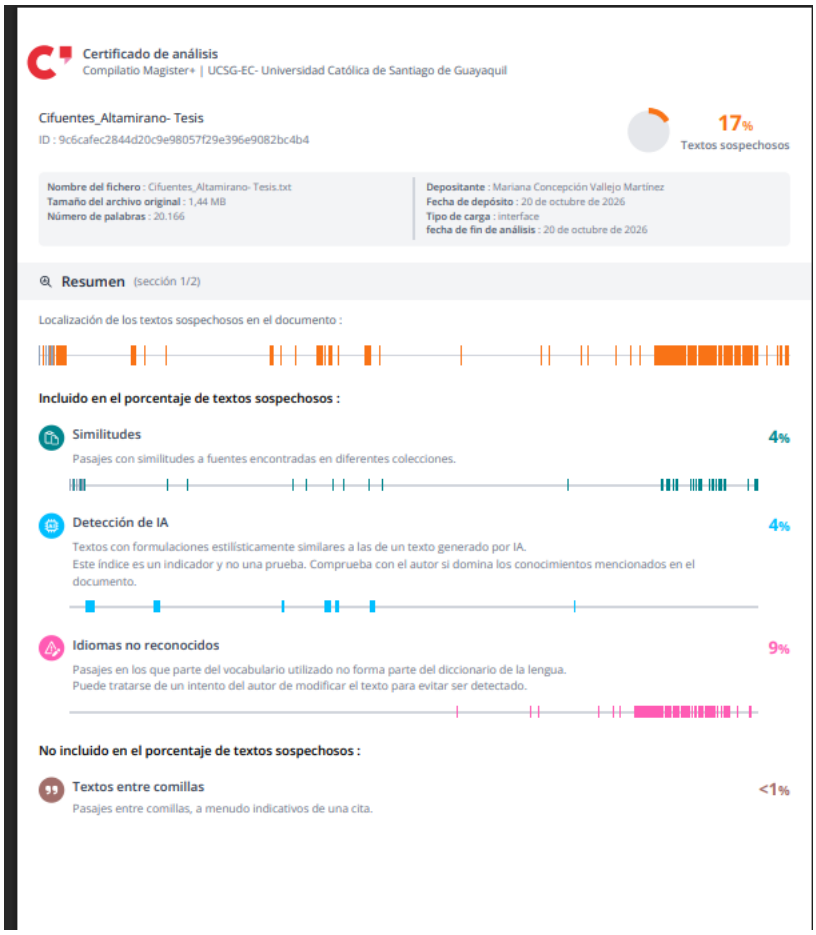
LA AUTORA:



f. _____
Md. Andrea Vanesa Cifuentes Altamirano

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO



Certificado de análisis
Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Cifuentes_Altamirano- Tesis
ID : 9c6cafec2844d20c9e98057f29e396e9082bc4b4

17%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : Cifuentes_Altamirano- Tesis.txt
Tamaño del archivo original : 1,44 MB
Número de palabras : 20.166

Depositante : Mariana Concepción Vallejo Martínez
Fecha de depósito : 20 de octubre de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 20 de octubre de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :

Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Similitudes 4%
Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.

Detección de IA 4%
Textos con formulaciones estilísticamente similares a las de un texto generado por IA.
Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.

Idiomas no reconocidos 9%
Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.
Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.

No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Textos entre comillas <1%
Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la fortaleza y sabiduría para recorrer este camino y permitirme alcanzar este sueño.

A mi esposo, por permanecer junto mi en cada paso y por motivarme a seguir adelante. Gracias por tu amor, por tu paciencia y, especialmente, por cuidar de nuestra hija durante mis ausencias y ser ese apoyo incondicional que me permitió continuar con la confianza de que todo estaría bien.

A mis padres, por su amor, confianza y sacrificio. Gracias por hacer posible este sueño y estar siempre a mi lado.

A mi familia, por acompañarme y cuidar de mi hija cuando yo no podía estar, brindándome la tranquilidad necesaria para seguir adelante.

A mis compañeros y docentes, por compartir este camino, por las enseñanzas, experiencias y momentos que quedarán para siempre como parte de esta etapa.

A mi tutora de tesis, Dra. Thzuska Pico Mawyin, por su acompañamiento, orientación y dedicación durante el desarrollo de este trabajo de titulación. Sus conocimientos, recomendaciones y disposición fueron fundamentales para fortalecer este proyecto y permitirme culminar esta etapa de mi formación profesional.

A todos ustedes, gracias por ser parte de este sueño que hoy se convierte en realidad.

Andrea Vanesa Cifuentes Altamirano

DEDICATORIA

A mi hija Abby, mi compañera desde el inicio de este camino. Cuando apenas tenías unos meses de vida, comenzamos juntas este sueño, sin imaginar cuánto tendríamos que sacrificar para alcanzarlo. Mientras mamá estaba en el hospital, a ti te tocó estar al cuidado de alguien más, crecer entre ausencias y esperarme cada día al regresar de una guardia. Me perdí momentos que jamás volverán, pero cada vez que regresaba y encontraba tu mirada, recordaba por qué debía seguir adelante. Gracias por ser mi mayor motivación, por enseñarme que el amor también puede ser fuerza y por acompañarme, aun sin saberlo, en cada paso de este camino. Este logro lleva mi nombre, pero una parte de él te pertenece para siempre.

Andrea Vanesa Cifuentes Altamirano

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN XI
ABSTRACT XII
INTRODUCCIÓN 1
CAPITULO I 2
1.1. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN 2
1.2. JUSTIFICACIÓN 3
1.3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO 3
1.4. OBJETIVO GENERAL 4
1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 4
1.6. HIPÓTESIS 4
CAPITULO II 5
2.1. ANTECEDENTES 5
2.2. MARCO TEÓRICO 11
2.2.1 LACTANCIA MATERNA 11
2.2.2 APEGO PRECOZ 12
2.2.3 CONTACTO PIEL A PIEL 13
2.2.4 INICIO TEMPRANO DEL AMAMANTAMIENTO 15
2.2.5 PROBLEMAS DE LACTANCIA 17
CAPÍTULO III 24
CAPÍTULO IV 28
RESULTADOS 28
DISCUSIÓN 37
CONCLUSIONES 50
RECOMENDACIONES 52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 53

ANEXO 60

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN 63

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Comparaciones entre apego precoz, contacto piel a piel vs. Inicio temprano 16
Tabla 2 Operacionalización de variables 25
Tabla 3 Causas de problema de lactancia en recién nacidos con apego precoz y lactancia temprana (n=226) 29
Tabla 4 Factores de riesgo maternos y neonatales asociados a problema de lactancia en el subgrupo con apego precoz y lactancia temprana (n=873) 30
Tabla 5 Factores sociodemográficos asociados a problema de lactancia en el subgrupo con apego precoz y lactancia temprana (n=873) 32
Tabla 6 Frecuencia de problemas de lactancia según exposición a apego precoz y lactancia temprana (n=1233) 33
Tabla 7 Prueba de Chi cuadrado para la comparación de frecuencias..... 34
Tabla 8 Riesgo relativo y razón de momios de presentar problema de lactancia, expuestos frente a no expuestos..... 35

RESUMEN

Introducción: el apego precoz e inicio temprano del amamantamiento se describen en la literatura como factores protectores frente a los problemas de lactancia, aunque su magnitud varía según el diseño, el tamaño muestral y el desenlace medido en cada estudio; el Hospital General Guasmo Sur aplica estas prácticas desde el periodo prenatal pero no contaba con evidencia local sobre su efectividad. **Objetivo**: evaluar la importancia del apego precoz y el inicio temprano del amamantamiento en la prevención de problemas de lactancia en recién nacidos atendidos en el Hospital General Guasmo Sur, en el periodo julio a diciembre de 2025. **Metodología**: se desarrolló un estudio observacional, prospectivo, longitudinal y analítico de cohorte, censal, con recién nacidos a término del HGGS entre julio y diciembre de 2025, sin morbilidades al nacimiento ni en sus madres. **Resultados**: la población fue de 1233 binomios madre-recién nacido, 902 (73,2 %) sin problema de lactancia; 873 estuvieron expuestos a apego precoz y lactancia temprana simultáneos, con frecuencia de problema de 25,9 % frente a 29,2 % en los 360 no expuestos, sin diferencia significativa (χ^2=1,395; p=0,2375; RR=0,888, IC95 % 0,729-1,080; OR=0,848, IC95 % 0,646-1,115). El dolor al lactar (70,4 %) y el mal agarre (36,3 %) fueron las causas más frecuentes; de catorce factores clínicos, solo pocos controles prenatales alcanzó significancia (p=0,0001; OR=0,37) en sentido inverso, hallazgo exploratorio que no debe leerse como recomendación clínica. La paridad (p=0,0001) y el nivel educativo materno (p=0,044) sí se asociaron con el problema. **Conclusión**: no se encontró evidencia significativa de que estas prácticas influyan en la prevención de problemas de lactancia en el HGGS, aunque la proporción de binomios sin problema respalda mantenerlas; el aporte principal es la evidencia local generada para una institución que carecía de ella, generalizable con cautela al sistema nacional de salud del Ecuador.

Palabras Clave: apego precoz, lactancia materna, contacto piel a piel, problemas de lactancia, recién nacido.

ABSTRACT

Introduction: early bonding and early initiation of breastfeeding are described in the literature as protective factors against breastfeeding problems, although their magnitude varies depending on the study design, sample size, and methodology. The Guasmo Sur General Hospital (HGGS) applies these practices from the prenatal period but lacked local evidence on their effectiveness. **Objective**: evaluate the importance of early attachment and the early start of breastfeeding in preventing breastfeeding problems in newborns cared for at the Guasmo Sur General Hospital from July to December 2025. **Methods**: a prospective, longitudinal, analytical, census-based, observational cohort study was conducted with full-term newborns from HGGS between July and December 2025, with no birth or maternal morbidities. **Results:** The population consisted of 1233 mother-newborn pairs, 902 (73.2%) of whom had no breastfeeding problems. 873 infants were exposed to simultaneous early attachment and early breastfeeding, with a problem rate of 25.9% compared to 29.2% in the 360 unexposed infants, a difference that was not statistically significant (χ^2=1.395; p=0.2375; RR=0.888, 95% CI 0.729-1.080; OR=0.848, 95% CI 0.646-1.115). Breastfeeding pain (70.4%) and poor latch (36.3%) were the most frequent causes. Of fourteen clinical factors, only a few prenatal checkups reached significance (p=0.0001; OR=0.37) in the opposite direction, an exploratory finding that should not be interpreted as a clinical recommendation. Parity (p=0.0001) and maternal educational level (p=0.044) were associated with the problem. **Conclusion**: no significant evidence was found that these practices influence the prevention of breastfeeding problems at HGGS, although the proportion of pairs without problems supports maintaining them; the main contribution is the local evidence generated for an institution that lacked it, which can be cautiously generalized to the national health system of Ecuador.

Keywords: early attachment, breastfeeding, skin-to-skin contact, breastfeeding problems, newborn

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el alimento que mejor se ajusta a las necesidades del recién nacido y por eso la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que comience durante la primera hora de vida, la llamada hora de oro. En ese lapso madre e hijo permanecen juntos desde el primer momento, el neonato hace sus primeras tomas y se empieza a construir el vínculo afectivo entre ambos.[1,2]

El apego precoz entre la madre y su bebé tras el nacimiento ha demostrado múltiples beneficios, tales como una mejor regulación térmica, respiratoria y glucémica del neonato, la estimulación del reflejo de succión y una mayor probabilidad de éxito en la lactancia materna. Se ha evidenciado que el 63 % de los recién nacidos que permanecen en contacto inmediato con su madre logran acoplarse correctamente al pecho, en comparación con solo el 22 % de aquellos que son separados, lo que reduce problemas comunes como la mala técnica de succión, el rechazo del pecho o el destete precoz.[3,4]

CAPITULO I

1.1. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

Los problemas de lactancia que aparecen durante el puerperio inmediato representan una de las principales causas de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.[5] Cuando el dolor al lactar, el mal agarre, la ingurgitación mamaria o la percepción de producción insuficiente de leche aparecen en los primeros días de vida del recién nacido, la respuesta habitual de muchas madres es introducir fórmula infantil o suspender la lactancia antes de los seis meses recomendados, una decisión que suele tomarse bajo presión y sin el acompañamiento adecuado del personal de salud.[2],[6]

En Ecuador, menos del 50 % de los niños menores de seis meses son alimentados exclusivamente con leche materna; por ende, se trata de un tema de salud pública que requiere atención prioritaria.[7] Las medidas que se toman durante las primeras horas de vida, particularmente el contacto piel con piel y el momento en que ocurre la primera toma al pecho, se describen en la literatura como determinantes del tipo de alimentación que recibirá el recién nacido en los meses siguientes,[8],[9] aunque la magnitud de esa influencia varía considerablemente según el contexto hospitalario donde se mida.[8],[10],[11]

En el Hospital General Guasmo Sur (HGGS) se promueven el apego precoz y la lactancia materna exclusiva desde el periodo prenatal mediante el contacto piel con piel apenas nace el bebé y el alojamiento conjunto de madre e hijo como prácticas de rutina; sin embargo, la institución desconocía si los binomios que pasaban por esas prácticas terminaban con menos problemas de lactancia.

Frente a este vacío, y considerando que los problemas de lactancia no resueltos a tiempo pueden derivar en consecuencias que van desde el destete precoz hasta el abandono completo de la lactancia materna, con el consiguiente impacto en la salud del recién nacido y en el bienestar emocional de la madre, surge la pregunta¿el apego precoz y el inicio temprano de la lactancia materna funcionan como un factor protector ante la presentación de problemas de lactancia en los recién nacidos atendidos en el Hospital General Guasmo Sur?

1.2. JUSTIFICACIÓN

El estudio se justifica porque el apego precoz y el inicio oportuno de la lactancia materna favorecen la lactancia exclusiva y reducen complicaciones en el binomio madre e hijo. En el Hospital General Guasmo Sur (HGGS) se aplican prácticas a favor del apego precoz y de la lactancia materna exclusiva antes, durante y después del parto. Generar evidencia local permitirá implementar mejoras en los protocolos de atención y fortalecer la promoción de la lactancia materna como prioridad de salud pública, y en el HGGS ese vacío existe, porque no hay estudios que demuestren la efectividad de las prácticas intrahospitalarias.

Por un lado, generar evidencia local permite respaldar con datos propios del hospital las decisiones que ya se toman en la práctica clínica diaria y por otro lado identificar con precisión en qué causas y factores de riesgo específicos de esta población debería concentrarse el personal de salud, en vez de aplicar de forma genérica recomendaciones pensadas para otros contextos.

Desde una perspectiva de salud pública, prevenir los problemas de lactancia mediante intervenciones que ya forman parte de la rutina hospitalaria, como el contacto piel con piel y el inicio temprano del amamantamiento, representa una estrategia de bajo costo frente a las consecuencias de una lactancia interrumpida tempranamente, entre ellas el mayor gasto en fórmulas infantiles, el incremento de consultas por problemas digestivos o infecciosos del lactante, y la carga emocional que representa para la madre no lograr sostener la lactancia que se había propuesto. Los hallazgos de este estudio, al provenir de una institución pública de alta demanda como el HGGS, pueden orientar de forma más amplia la manera en que otros hospitales del sistema nacional de salud del Ecuador organizan su atención materno e infantil durante las primeras horas posparto.

1.3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

El presente estudio es aplicable en nuestra población debido a que el HGGS es una casa de salud donde se brinda atención a mujeres puérperas y sus recién nacidos ofreciendo a las madres consejerías y apoyo en lactancia materna desde el periodo prenatal, natal y posnatal, promoviendo el apego precoz y lactancia

materna exclusiva desde los primeros minutos de vida. Los resultados serán de gran utilidad ya que permitirán identificar si el apego precoz y el inicio temprano de la lactancia materna reducen efectivamente los problemas de lactancia en recién nacidos, evitando el abandono temprano la misma; lo que se refleja en mejores resultados en salud pública y en la calidad de vida del binomio madre e hijo.

1.4. OBJETIVO GENERAL

Analizar la importancia del apego precoz y el inicio temprano del amamantamiento en la prevención de problemas de lactancia en recién nacidos atendidos en el Hospital General Guasmo Sur, en el periodo julio a diciembre de 2025.

1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Identificar las causas y factores de riesgo asociados con los problemas de lactancia en recién nacidos que recibieron apego precoz y lactancia temprana.
2.- Comparar la frecuencia de dificultades de lactancia entre recién nacidos que recibieron y no recibieron apego precoz y lactancia temprana.
3.- Evaluar el riesgo relativo de presentar problemas de lactancia entre los recién nacidos que recibieron apego precoz y lactancia materna en comparación con aquellos que no la recibieron.

1.6. HIPÓTESIS

Ho: El apego precoz y el inicio temprano de la lactancia materna no influye en la prevención de problemas de lactancia de recién nacidos atendidos en el HGGS.
H1: El apego precoz y el inicio temprano de la lactancia materna influye en la prevención de problemas de lactancia de recién nacidos atendidos en el HGGS.
El criterio de decisión será:

- Si la probabilidad obtenida del p-valor es < a 0,05 se rechaza la Ho.
- Si la probabilidad obtenida del p-valor es > a 0,05 se acepta la Ho.

CAPITULO II

2.1. ANTECEDENTES

En lo que respecta a la salud infantil, la OMS aconseja iniciar la lactancia durante la primera hora de vida y mantenerla como único alimento hasta los seis meses; pasado ese tiempo se sigue con el pecho junto a otros alimentos hasta los dos años o más. La lactancia le entrega al recién nacido los nutrientes esenciales para crecer y desarrollarse mientras que los anticuerpos y otros componentes inmunológicos que vienen en el calostro y en la leche lo protegen de enfermedades infecciosas y crónicas.[6]

En la práctica clínica y hospitalaria varios factores han limitado el cumplimiento de estas recomendaciones, y el inicio tardío de la lactancia materna es de los más críticos. Detrás suele haber intervenciones médicas que no eran necesarias o la separación del binomio madre e hijo; el personal sanitario sin capacitación pesa también, y hay instituciones con una cultura que prioriza las rutinas sobre el bienestar emocional y biológico del recién nacido.[12]

Con el contacto piel con piel apenas nace el bebé (apego precoz), la madre libera oxitocina que interviene en la salida de la leche y en que el útero se contraiga, por su parte el neonato activa el reflejo de búsqueda y succión.[13,14] En la revisión de Moore et al.[8] con 69 ensayos y 7290 binomios, las madres que tuvieron contacto piel a piel mantuvieron más la lactancia exclusiva que las que recibieron el cuidado habitual, con un RR de 1,36 (IC95 % 1,19-1,56) hasta el primer mes y de 1,38 (IC95 % 1,09-1,74) entre las seis semanas y los seis meses.

El inicio temprano del amamantamiento dentro de la primera hora de vida se considera un marcador crítico del éxito de la lactancia materna, si la primera toma se retrasa, el riesgo de dificultades como el mal agarre y el dolor mamario son o las grietas en el pezón aumenta, la producción insuficiente de leche termina llevando a que la lactancia se interrumpa antes de tiempo.[9,15]

La ansiedad materna y la frustración por no lograr una lactancia efectiva pesan bastante, y la presión social o familiar puede llevar a que la madre perciba de forma negativa su capacidad de amamantar, lo cual aumenta las tasas de

abandono precoz.[16] La UNICEF y la OPS plantean el inicio inmediato de la lactancia, junto con el apego precoz como una práctica que los servicios de salud pueden aplicar de forma sistemática desde la sala de partos.[12]

En Ecuador y la región latinoamericana, las cesáreas sin una indicación clara y el parto muy medicalizado cambian la forma en que madre e hijo se encuentran después del nacimiento. A eso se suma la separación del recién nacido por rutinas del hospital, además de que el personal no siempre recibe formación continua en parto humanizado, lo que afecta sobre todo las primeras horas de lactancia.[17–19] Por esta razón el estudio se centra en el contacto piel con piel inmediato y en la succión precoz, dos prácticas que forman parte de los programas de humanización del parto y que se aplican en el HGGS.[15]

Bedford et al.[10] trabajaron en Canadá cruzando la base perinatal de la provincia con los registros de atención primaria; la cohorte fue de 56 459 recién nacidos a término y solo 256 pudieron seguirse hasta los 4 meses. El contacto piel a piel tuvo un OR de 3,81 (IC95 % 3,64-3,99) para lactancia exclusiva al alta y de 4,14 (IC95 % 1,89-9,25) a los 4 meses, este último con un intervalo bastante más amplio por el número de casos. Al separar por año de nacimiento, el OR al alta bajó de 4,35 en los nacidos entre 2008 y 2011 a 1,89 en los de 2016 a 2019.

Sampieri et al. trabajaron con los datos de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica de México (ENADID 2018), más de 26 mil binomios. El contacto piel a piel se relacionó con varios desenlaces de lactancia, pero no todos con el mismo peso mientras que la asociación con recibir orientación sobre cómo amamantar fue muy marcada (OR 6,46), la asociación con sostener la lactancia 6 meses o más resultó bastante más modesta (OR 1,16; IC95 % 1,08-1,25).[20]

Hong et al.[21] siguieron a 3210 binomios con prematuros moderados, de 32 a 34,9 semanas, en un hospital terciario de China, y definieron fallo temprano de lactancia como no haber logrado un agarre documentado y tampoco 5 ml de leche extraída en las primeras 72 horas. Por cada 10 minutos adicionales de contacto al día la probabilidad de ese fallo fue menor (aOR 0,92; IC95 % 0,87-0,97), mientras que la cesárea la aumentó (aOR 1,42; IC95 % 1,15-1,75).

En Colombia, Agudelo et al. compararon el contacto piel a piel en dos momentos, de inicio inmediato frente a una hora después del parto en 150 binomios de dos hospitales. La lactancia efectiva medida con el instrumento IBFAT no mostró diferencia entre ambos grupos, ni al alta (RR 1,01; IC99% 0,94-1,10) ni a la semana de vida (RR 0,97; IC99 % 0,88-1,08).[22]

Contreras Mora et al., siguieron a 114 madres de recién nacidos sanos en la Clínica Santa Bárbara de Quito durante el confinamiento por COVID-19, buscando factores asociados a la lactancia exclusiva mediante Odds ratio. La consejería prenatal apareció como protectora (OR 0,458; IC95 % 0,216-0,97; p=0,045); el uso de sucedáneos al alta (OR 2,46; IC95 % 1,12-5,42; p=0,025) y los problemas médicos del lactante (OR 5,92; IC95 % 2,62-13,37; p<0,0001) se comportaron como factores de riesgo para el abandono.[23]

Tapia et al., analizaron de forma transversal los datos de una encuesta nacional peruana, con la intención de identificar factores asociados a la interrupción de la lactancia materna exclusiva. Con respecto a las variables sociodemográficas, las madres con educación secundaria (razón de prevalencias ajustada, RPa 1,56) o superior (RPa 1,55) interrumpieron más la lactancia exclusiva que las analfabetas. Vivir en la costa también, puesto que en la sierra (RPa 0,63) y en la selva (RPa 0,77) se interrumpió menos. Con el índice de riqueza familiar pasó algo parecido, con un RPa de 1,18 para medio y de 1,13 para rico frente a pobre. Haber recibido capacitación sobre lactancia materna bajó la probabilidad de interrumpirla (RPa 0,88), igual que tener seguro de salud (RPa 0,91). Los lactantes hijos únicos la interrumpieron un poco más que los que tenían hermanos mayores (RPa 1,10).[24]

Mena-Tudela y su equipo[11] revisaron de forma retrospectiva 342 binomios del Hospital Universitario La Ribera, atendidos entre 2018 y 2019, y compararon el momento de inicio de la lactancia con el puntaje LATCH tomado al alta. El inicio dentro de la primera hora no se relacionó de forma significativa con el mantenimiento de la lactancia exclusiva a los 6 meses, lo que sí quedó asociado fue un puntaje LATCH bajo al alta, con un riesgo relativo de 1,4 (IC95 % 1,2-1,7) de abandonar la lactancia exclusiva frente a los puntajes de 9 o 10; la paridad

también se relacionó con un inicio más temprano de la lactancia, las madres con más partos previos llegaban antes a la primera toma.

Juan et al.[25] incluyeron a 679 binomios de cesárea electiva de cuatro hospitales de China y midieron el contacto piel a piel por los minutos que duró. Entre quienes lo mantuvieron 90 minutos o más, el 74,5 % inició la lactancia de forma temprana, frente al 27,2 % de quienes no lo tuvieron (OR 8,53; IC95 % 4,94-14,72); la lactancia exclusiva al alta, en cambio, dejó de asociarse con la duración al corregir por comparaciones múltiples (p ajustado 0,12).

Martínez et al.[26] encuestaron a 1200 puérperas en España para ver qué seguía asociado a la lactancia exclusiva después del alta. El inicio temprano tuvo un OR ajustado de 2,47 (IC95 % 1,77-3,45), igual que el apoyo percibido de la pareja y haber amamantado antes a otros hijos. Con el parto inducido, el ingreso del neonato a cuidados intensivos y la anestesia epidural pasó lo contrario, y se hizo más difícil sostenerla.

Erazo et al.[27] describieron cómo se aplicó el apego precoz en el Hospital Metropolitano de Quito entre agosto de 2022 y agosto de 2023 con 567 nacimientos registrados. El apego precoz lo recibió el 83 % de los nacidos por cesárea y el 90 % de los de parto vaginal; en la cesárea el contacto duró entre 15 y 30 minutos en el 96,37 % de los casos, un tiempo que los autores calificaron de regular. Entre los recién nacidos con apego precoz mantuvo lactancia exclusiva el 65 % de los de cesárea y el 75 % de los de parto vaginal. Los autores proponen que la recuperación posanestésica permita seguir con el contacto, porque entre esa unidad y el reencuentro con el niño en neonatología pasan unas 2 horas.

Lee y Kim, usando datos de un panel nacional coreano y el tipo de parto como variable instrumental para evitar el sesgo de que las madres más motivadas sean también las que más buscan el contacto piel a piel, encontraron que el contacto inmediato aumentaba en 36,3 % la probabilidad de lactancia exclusiva al mes postparto (IC95 % 11,8-60,7 en el modelo ajustado) y siguió siendo significativo a los 2 y 3 meses, aunque con esa estrategia de análisis, el enfoque

observacional simple no mostró asociación significativa en el mismo grupo de mujeres.[28]

Zorrilla y Espinoza[29] analizaron la ENDES de 2021 y 2022 con 4951 niños menores de dos años. No haber recibido contacto piel a piel precoz se asoció con una lactancia de 0 a 6 meses (RPa 1,19; IC95 % 1,02-1,39), y las madres adolescentes tuvieron mayor probabilidad de no pasar de ese tiempo (RPa 2,49). Vivir en zona rural y percibir menores ingresos se asociaron con una lactancia más prolongada.

En Portoviejo, Dueñas et al.[30] siguieron a 363 binomios de centros de salud urbanos durante una mediana de 125 días y analizaron con curvas de supervivencia cuánto tardaban en abandonar la lactancia exclusiva. El contacto piel a piel inmediato fue el factor que más protegió (HR 0,1; IC95 % 0,06-0,30); la consejería prenatal tuvo un HR de 0,7 (IC95 % 0,5-0,9) por cada sesión adicional y la cantidad de leche que la madre percibía producir, un HR de 0,43 (IC95 % 0,31-0,59) por cada aumento en esa percepción.

Carrera et al.[31] dentro del estudio LAyDI español siguieron a 203 madres lactantes durante los primeros cuatro meses postparto para caracterizar el dolor al amamantar. El 68,5 % sufrió dolor en algún momento, la mayoría durante los primeros quince días, y en un 46 % de los casos el dolor se mantuvo de forma prolongada, incluso más de dos meses en el 17,3 %; casi un tercio llegó a plantearse el abandono de la lactancia por dolor intenso o mantenido, y de las variables sociodemográficas y clínicas analizadas ninguna se asoció de forma estadísticamente significativa con la aparición del dolor, lo que los autores atribuyen a que las causas del dolor persistente probablemente no están bien capturadas todavía por los factores de riesgo clásicos.

Barbera-Pérez et al. siguieron de forma prospectiva las frenotomías realizadas en la maternidad de un hospital acreditado como amigo del niño durante siete meses. De 33 recién nacidos intervenidos por anquiloglosia, 29 presentaban dolor con las tomas antes de la frenotomía, 18 dificultad en el agarre y 18 grietas en el pezón, prácticamente la misma tríada de causas que describe este trabajo; al mes de la frenotomía mejoraron de forma significativa tanto el dolor como su

intensidad, la presencia de grietas y el agarre al pecho, lo que sitúa a la anquiloglosia como un desencadenante identificable y corregible dentro de esa cadena de causas.[32]

Ortiz y Loayza[33] analizaron la ENDES peruana de 2020 con 8088 madres. El contacto piel a piel tuvo un ORa de 2,15 (IC95 % 1,72-2,70) para el inicio temprano. Haber tenido dos hijos previos (ORa 1,43), vivir en sierra o selva en lugar de costa y un peso al nacer de 2500 gramos o más también se asociaron con iniciar dentro de la primera hora; no haber tenido cesárea pesó mucho más (OR crudo 17,9, ajustado 9,21). El nivel educativo materno, el número de controles prenatales y el índice de riqueza perdieron significancia al ajustar por el resto de variables.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1 LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es el proceso natural de alimentación del recién nacido a través de la succión del pecho materno, que aporta una combinación de proteínas, ácidos grasos, vitaminas, hormonas y factores de crecimiento que se ajusta a las necesidades cambiantes del bebé. Por eso se considera el estándar de oro en la nutrición infantil, con efectos que van desde la salud general del niño hasta su desarrollo físico y cognitivo.[34,35]

El calostro de los primeros días trae más proteínas e inmunoglobulinas mientras que la leche madura tiene más grasa y lactosa, componentes que aportan buena parte de la energía. La composición de la leche también contiene oligosacáridos que funcionan como prebióticos y ayudan a que la microbiota intestinal se desarrolle bien y la inmunoglobulina A secretora que cuida las mucosas del recién nacido frente a infecciones respiratorias.[36]

El proceso fisiológico se divide en tres fases, la primera fase lactogénesis I empieza durante el embarazo. La segunda fase lactogénesis II arranca entre las 24 y 72 horas posparto y necesita que el recién nacido succione seguido; si ese estímulo falta, puede retrasarse y sube el riesgo de hipogalactia.[34] La disfunción metabólica materna, como la obesidad previa al embarazo y la resistencia a la insulina, también se asocia con menor producción de leche, retraso de la lactogénesis y destete precoz.[37] Con la lactancia ya instalada, la producción se mantiene gracias a la extracción frecuente de leche, esto ocurre en la fase lactogénesis III también conocida como galactopoyesis.[34]

La lactancia tiene efectos psicológicos y sobre las enfermedades crónicas, además del nutricional; por ejemplo, el niño que amamanta llega con menos riesgo de obesidad y de diabetes tipo 2 en cambio con la fórmula la microbiota intestinal cambia y se le atribuye más facilidad para las infecciones.[35] En la madre el útero vuelve antes a su sitio y se pierde menos sangre después del parto. La depresión posparto aparece menos entre las que amamantan, ellas mismas hablan de ese rato con el bebé como el momento en que se arma el vínculo.[35]

2.2.2 APEGO PRECOZ

Entre 1969 y 1988 John Bowlby estudió y desarrolló la teoría del apego, que establece que los vínculos afectivos tempranos son esenciales para el desarrollo emocional y social del ser humano, es un sistema conductual innato que busca garantizar la supervivencia del recién nacido a través de la proximidad con su figura cuidadora principal, además Mary Ainsworth en 1978 complementó esta teoría al identificar patrones de apego, destacando la importancia de la sensibilidad materna y la respuesta oportuna a las necesidades del neonato. En el contexto neonatal, el apego precoz favorece la formación de un apego seguro, caracterizado por una mayor confianza y regulación emocional.[38]

El apego precoz corresponde a la dimensión relacional de ese contacto inmediato madre e hijo, el vínculo afectivo que comienza a construirse desde el nacimiento y que se ve favorecido cuando no hay interrupciones innecesarias durante la primera hora postparto, siempre que las condiciones del binomio lo permitan.[39] La tabla 1 compara este concepto con el contacto piel con piel y el inicio temprano del amamantamiento.

Esta práctica además permite la autorregulación fisiológica del neonato, mejora su estabilidad térmica y respiratoria, y estimula su comportamiento innato de búsqueda del pecho materno.[40] Estudios como el de Moore *et al*., en 2025 muestran que los recién nacidos que tienen contacto inmediato con sus madres son más propensos a iniciar espontáneamente la lactancia, en comparación con aquellos que son separados.[8]

A nivel hospitalario, en el ámbito de la salud materno e infantil la aplicación de la teoría del apego respalda la implementación de prácticas como el contacto piel con piel inmediato y el alojamiento conjunto, además corresponde a una estrategia clave para humanizar la atención del parto y promover prácticas favorables para la lactancia materna, especialmente en instituciones públicas donde la educación en salud especialmente en los 1000 primeros días juega un papel fundamental en la atención de los pacientes pediátricos.[39]

2.2.3 CONTACTO PIEL A PIEL

2.2.3.1 Definición

Se habla de contacto piel con piel (CPP) cuando el recién nacido desnudo o con muy poca ropa queda sobre el tórax desnudo de su madre desde el nacimiento y se mantiene así durante la primera hora o hasta que termina la primera toma al pecho. Los organismos de salud lo recomiendan para la adaptación del neonato y el arranque de la lactancia.[1] Esa primera hora, conocida como la hora de oro, es un período en el que el recién nacido está en un estado de alerta tranquila que favorece conductas instintivas de búsqueda del pecho e inicio espontáneo de la lactancia.[2]

2.2.3.2 Bases fisiológicas del contacto piel con piel

Al nacer, el sistema nervioso del ser humano representa apenas el 25 % de su tamaño final, pero está preparado para las acciones necesarias al momento del nacimiento. Puesto en contacto piel a piel, el recién nacido sigue una secuencia de conductas que Widström et al. describieron al grabar en video a 28 recién nacidos a término durante la primera hora de vida. Empieza con el llanto del nacimiento y un rato de relajación, después se arrastra hacia el pecho y se familiariza con el pezón, y solo entonces succiona; al final queda dormido y tranquilo.[14,41]

Widström et al. indican que la interrupción de esa secuencia o el forzar la succión antes de que el bebé llegue solo hasta ese punto, se relacionan con dificultades para amamantar más adelante. En la madre, el contacto piel con piel incrementa la liberación de oxitocina, hormona que interviene en la eyección de leche y la contracción uterina, y reduce los niveles de cortisol y la ansiedad asociada al parto.[3] Respetar esta secuencia sin interrupciones innecesarias facilita la adaptación neonatal y aumenta las probabilidades de una lactancia exitosa.

2.2.3.3 Beneficios del contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido para el recién nacido

El contacto piel con piel inmediato aporta beneficios clínicos bien documentados para el recién nacido, mejora la termorregulación y reduce el riesgo de hipotermia

e hipoglucemia, favorece la estabilidad cardiorrespiratoria, disminuye el llanto y el estrés por separación, y estimula el apego seguro a través de circuitos hormonales y neuronales compartidos con la madre. También mejora la colonización con microbiota materna beneficiosa, y facilita el inicio espontáneo de la lactancia y su continuidad como lactancia exclusiva.[3,7] Moore et al., en una revisión Cochrane, concluyeron que los recién nacidos con contacto piel con piel inmediato tienen mayor probabilidad de establecer una lactancia efectiva y mantenerla en el tiempo frente a los que fueron separados de sus madres.[3]

2.2.3.4 Beneficios del contacto piel con piel para la madre

Para la madre, el contacto piel con piel favorece una mayor producción y eyección de leche, reduce el riesgo de hemorragia posparto por el efecto uterotónico de la oxitocina, y disminuye síntomas de ansiedad y depresión posparto, además de fortalecer el vínculo afectivo con el recién nacido.[4,5] Las madres que lo practican de forma temprana suelen mostrar mayor satisfacción con la experiencia del parto y una actitud más favorable hacia la lactancia exclusiva.[5]

2.2.3.5 Contacto piel con piel e inicio temprano de la lactancia materna

El contacto piel con piel es una de las intervenciones más efectivas para favorecer el inicio temprano del amamantamiento, porque durante esa primera hora el recién nacido despliega movimientos de búsqueda, gateo hacia el pecho y succión espontánea.[8] La OMS recomienda iniciar la lactancia dentro de esa primera hora y mantener el contacto continuo, ya que esta práctica aumenta las tasas de lactancia exclusiva y reduce las dificultades de agarre y transferencia de leche.[1]

2.2.3.6 Papel del contacto piel con piel en la prevención de problemas de lactancia

Los problemas de lactancia, entre ellos el agarre inadecuado, el dolor y traumatismo del pezón, la ingurgitación mamaria, la producción insuficiente de leche y la introducción temprana de fórmulas, figuran entre las principales causas

de abandono precoz de la lactancia. Sangay menciona que con el contacto piel con piel el bebé logra mejor coordinación entre succión, deglución y respiración y estimula la producción de leche por medio de la prolactina y la oxitocina.[3,7]

2.2.3.7 Recomendaciones internacionales del apego piel a piel

La OMS y UNICEF aconsejan que todo recién nacido sano pase a los brazos de su madre apenas termina el parto sea cual sea la vía de nacimiento y siempre que su estado clínico lo permita.[1,2] En 2022 UNICEF y el Ministerio de Salud de Argentina formaron el consenso La Primera Hora de Vida para asegurar el contacto y el inicio de la lactancia en la sala de partos y para respaldar las decisiones clínicas e institucionales que lo permiten con seguridad.[39]

La solidez de esta evidencia se puede mirar también de forma acumulada. Martínez-Hortelano y su equipo reunieron en un metaanálisis los ensayos disponibles sobre piel a piel tras cesárea, con un efecto notorio en las primeras horas, RR 4,86 para lactancia dentro de las 2 horas posteriores al parto y RR 1,69 para lactancia exclusiva al alta, que se diluye al mes de seguimiento o más, con un RR de 1,13 cuyo intervalo (IC95 % 0,73-1,54) cruza el valor nulo; el patrón describe bien lo que otros estudios individuales muestran por separado, el beneficio del contacto piel a piel se concentra en el arranque de la lactancia y pierde fuerza estadística a medida que se alarga el seguimiento.[42]

2.2.4 INICIO TEMPRANO DEL AMAMANTAMIENTO

El inicio temprano del amamantamiento hace referencia a la primera toma de leche materna dentro de la primera hora de vida del recién nacido, esta práctica es considerada un indicador de calidad en la atención neonatal y forma parte de las recomendaciones internacionales para la promoción de la lactancia materna y para el establecimiento exitoso de la misma,[43] ya que estimula el reflejo de succión y favorece la liberación de oxitocina, hormona que facilita tanto la eyección de la leche como la contracción uterina,[8] lo cual se asocia con una

recuperación más efectiva en el puerperio de la madre y la transición neonatal a la vida extrauterina.

Según datos de la OMS (2023), retrasar el inicio de la lactancia materna se asocia con un mayor riesgo de mortalidad neonatal especialmente en países en vías de desarrollo, mientras que hacerlo de forma oportuna aumenta significativamente la probabilidad de mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y menor incidencia de problemas durante el puerperio inmediato. El contacto temprano con el pecho permite además que el recién nacido reciba el calostro, que corresponde a la primera leche materna rica en inmunoglobulinas, que actúa como una vacuna natural fortaleciendo el sistema inmunológico del recién nacido.[6]

Tabla 1

Comparaciones entre apego precoz, contacto piel a piel vs. Inicio temprano

Término	Concepto	Momento	Aspectos verificados	Marco de referencia
Apego precoz	El vínculo afectivo de la madre con su hijo que arranca con el contacto inmediato tras el parto.	Apenas nace el bebé; lo ideal es que la primera hora no se interrumpa.	Contacto continuo	Teoría del apego (Bowlby, Ainsworth)
Contacto piel a piel	El recién nacido desnudo sobre el pecho	Desde el nacimiento hasta la primera toma o 60	Postura, desnudez, contacto directo y	Fisiología neonatal y neurociencia del comportamiento en mamíferos.

Término	Concepto	Momento	Aspectos verificados	Marco de referencia
	desnudo de la madre.	minutos como mínimo.	minutos registrados.	
Inicio temprano del amamantamiento	La primera vez que el bebé mama.	Dentro de la primera hora de vida.	Si esa primera mamada cayó dentro de la hora o fuera.	Recomendaciones OMS y UNICEF para lactancia

2.2.5 PROBLEMAS DE LACTANCIA

2.2.5.1 Problemas de lactancia de la madre y el niño

Los problemas de lactancia durante el puerperio son muy frecuentes y representan una de las principales causas de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva. Estudios recientes indican que la mayoría de las dificultades aparecen durante los primeros días o semanas posparto, periodo crítico en el establecimiento de la lactancia, por lo que, si no se abordan de forma adecuada y oportuna, pueden llevar al abandono temprano de la lactancia materna exclusiva.

La evidencia actual demuestra que entre siete y ocho de cada diez mujeres experimentan al menos un problema relacionado con la lactancia durante el periodo posparto y constituyen una de las principales causas de introducción temprana de fórmulas lácteas y del abandono de la lactancia materna exclusiva.[44]

Existen problemas de lactancia tanto maternos como neonatales. Entre los problemas maternos más frecuentes se encuentran dolor durante el amamantamiento, lesiones o grietas en los pezones, la ingurgitación mamaria, percepción de producción insuficiente de leche, estrés, ansiedad, depresión posparto y baja confianza para amamantar. Mientras que entre los problemas

neonatales destacan, el agarre ineficaz, anquiloglosia, succión débil o descoordinada, somnolencia excesiva, irritabilidad o llanto persistente.

Estas dificultades suelen estar relacionadas con prácticas hospitalarias inadecuadas, como la separación temprana madre e hijo, el retraso en el inicio de la lactancia y la falta de apoyo profesional durante el puerperio inmediato, así como el uso de biberones o suplementos innecesarios contribuyendo significativamente a la aparición de estos problemas.[45]

Sobre el mecanismo concreto que conecta la anquiloglosia con estas dificultades hay una revisión que conviene traer aquí. Cárdenas Vidal, Criollo Chalco y Loja Arpi revisaron 28 artículos publicados entre 2018 y 2023 en Pubmed, Scopus y Scielo sobre anquiloglosia y lactancia materna. Describen que la anquiloglosia dificulta el sellado adecuado del pecho durante la succión, lo que lleva al lactante a compensar aferrándose al pezón con la encía; esto genera dolor materno, irritación y grietas en el pezón, y termina configurando un cuadro de mal agarre y succión ineficaz que favorece el destete precoz, una cadena que ayuda a entender por qué estas causas suelen presentarse juntas y no como hallazgos aislados.[46]

2.2.5.2 Apego precoz e inicio temprano del amamantamiento como factores protectores frente a los problemas de lactancia

Diversos estudios han demostrado que la implementación del contacto piel con piel inmediato y el inicio de la lactancia dentro de la primera hora de vida disminuyen la incidencia de problemas de lactancia al favorecer un agarre correcto, una transferencia eficaz de leche y una adecuada estimulación de la lactogénesis.

El apego precoz y el inicio temprano de la lactancia se consideran protectores frente a los problemas de lactancia, ambos están entre las prácticas que recomienda la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) que impulsan la OMS y UNICEF.[47]

El contacto piel con piel estimula en el neonato una serie de reflejos primitivos que lo conducen de manera espontánea al pecho materno, promoviendo un

agarre correcto.[14] La succión precoz libera prolactina y oxitocina, las hormonas necesarias para la producción y la eyección de la leche. Con eso baja la probabilidad de ingurgitación mamaria. El dolor y las grietas son también menos probables, y la madre gana confianza en su capacidad de alimentar a su hijo.[48]

El inicio temprano del amamantamiento actúa como factor protector porque refuerza la confianza materna y mejora la percepción que la madre tiene de su capacidad para amamantar. Las madres que inician la lactancia dentro de la primera hora de vida presentan menores niveles de ansiedad, mayor seguridad en la técnica de amamantamiento y una mayor probabilidad de mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.[15]

En el recién nacido, el apego precoz y el inicio temprano del amamantamiento favorecen la adaptación a la vida extrauterina, promueven la estabilidad térmica, metabólica y cardiorrespiratoria, disminuyen la necesidad de intervenciones médicas innecesarias y de suplementación con fórmulas artificiales, y protegen la instauración de una lactancia exitosa.

El apego precoz y el inicio temprano del amamantamiento son intervenciones de bajo costo, respaldadas científicamente desde una perspectiva de atención neonatal humanizada. Pueden evitar problemas debilitantes de lactancia materna y mejorar indicadores de salud neonatal. En el Hospital General Guasmo Sur estas prácticas se aplican de forma sistemática, y apuntan a la promoción de la lactancia materna y a la prevencion las complicaciones asociadas a su inicio tardío.

2.2.5.3 Rol del personal de la salud para la promoción del apego precoz y el establecimiento exitoso de la lactancia materna

El personal de salud desempeña un papel esencial en la promoción del apego precoz y el establecimiento exitoso de la lactancia materna. La evidencia científica demuestra que las intervenciones realizadas durante la primera hora de vida influyen significativamente en la duración de la lactancia exclusiva y en

la disminución de las complicaciones maternas y neonatales relacionadas con la alimentación al pecho.[44,49]

Durante la primera hora de vida, el personal de salud debe evitar separar al binomio sin necesidad y dejar que la lactancia arranque por sí sola.[50] Entre las principales responsabilidades del equipo de salud se encuentran la evaluación de la técnica de amamantamiento, la identificación precoz de dificultades en la succión o el agarre, la corrección oportuna de estas alteraciones y la educación de la madre sobre los signos de una lactancia eficaz. Además, el equipo orienta a la madre sobre cómo funciona la lactancia y sobre la forma de extraer y conservar la leche, cuando aparecen las complicaciones más frecuentes le corresponde también darle las primeras indicaciones para manejarlas.[51,52]

El acompañamiento profesional durante el puerperio se asocia con menos problemas en la madre como el dolor al amamantar y las grietas del pezón; la ingurgitación y la mastitis también aparecen con menor frecuencia. En el recién nacido disminuye la aparición de complicaciones neonatales como agarre ineficaz, succión inadecuada, pérdida excesiva de peso, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia asociada a una ingesta insuficiente y deshidratación.[51,53]

La implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña (IHAN/BFHI) fortalece estas acciones mediante el cumplimiento de los Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa, estrategia que ha demostrado incrementar las tasas de lactancia materna exclusiva y reducir el abandono temprano de esta práctica.[47,49]

Por lo tanto, el personal de salud no solo cumple una función asistencial, sino también educativa y preventiva. La capacitación continua del equipo multidisciplinario y la aplicación sistemática de protocolos basados en evidencia favorecen el apego precoz, fortalecen el vínculo madre e hijo y disminuyen la incidencia de problemas de lactancia, contribuyendo a mejores resultados en la salud materna y neonatal.[44,52]

2.2.5.4 Comparación de frecuencias y medidas de asociación en estudios de cohorte

En un estudio de cohorte como éste donde se sigue a un grupo expuesto a una práctica o intervención frente a un grupo no expuesto, la forma más directa de valorar el efecto de la exposición es comparar la frecuencia con la que aparece el desenlace de interés en cada grupo mediante una diferencia de porcentajes y una prueba de Chi cuadrado para establecer si la diferencia es casual.

Más allá de la significancia estadística, el cálculo del riesgo relativo (RR) sale de dividir el riesgo del grupo expuesto entre el del no expuesto y dice cuántas veces más o menos probable fue el desenlace en uno que en otro. Un RR de 1 indica ausencia de efecto, un valor por debajo de 1 sugiere un efecto protector de la exposición, y un valor por encima de 1 sugiere un efecto de riesgo. La razón de momios u Odds ratio (OR) sigue una lógica parecida pero compara las probabilidades (Odds) en vez de los riesgos directos, y suele preferirse cuando el diseño no permite calcular un riesgo verdadero, como en los estudios de casos y controles; en un estudio de cohorte como este, RR y OR tienden a acercarse en su valor cuando el desenlace es poco frecuente, y a separarse más cuanto más frecuente es, algo relevante para el 26.8 % de problema de lactancia hallado en este trabajo, una frecuencia que ya no puede considerarse rara.

Tanto el RR como el OR se acompañan de un intervalo de confianza, habitualmente al 95 %, que expresa el rango de valores compatibles con los datos observados. Cuando ese intervalo incluye el valor nulo, que es 1, no puede descartarse que la asociación observada se deba al azar, sin importar cuál sea el valor puntual del RR o el OR obtenido. Esta lógica es la que sostiene la comparación de frecuencias entre apego precoz y lactancia temprana frente a problema de lactancia que se desarrolla en el objetivo 2 de este trabajo, y el cálculo del riesgo relativo y la razón de momios del objetivo 3.

El objetivo 1 pedía identificar factores de riesgo dentro del subgrupo, y para eso se fue factor por factor, catorce en total. Cada uno se cruzó con el desenlace en una tabla 2x2. Cuando todas las celdas tenían una frecuencia esperada de 5

casos o más se aplicó el Chi cuadrado de Pearson; si alguna quedaba por debajo, se recurrió a la prueba exacta de Fisher.

2.2.5.5 Manejo clínico de los problemas de lactancia más frecuentes

El manejo adecuado de los problemas de lactancia más frecuentes requiere protocolos claros dentro de la institución. Para el dolor y las grietas del pezón, la Academia de Medicina de la Lactancia Materna recomienda revisar primero la técnica de agarre y posición antes de recurrir a cremas o pezoneras, ya que la causa más común es un agarre superficial que se corrige reposicionando al binomio.[51] La ingurgitación mamaria, cuando no se resuelve con la succión frecuente del recién nacido, puede requerir extracción manual o con bomba para aliviar la presión y mantener la producción de leche sin que el cuadro avance hacia una mastitis.

La mastitis, cuando se presenta, se entiende como parte de un espectro que va desde la congestión simple hasta la infección franca con fiebre y malestar general, y su manejo prioriza mantener el vaciamiento frecuente del pecho afectado y la analgesia, reservando los antibióticos para cuando hay signos claros de infección, evitando en todo momento el destete abrupto que puede agravar el cuadro.[53] La Academia Americana de Pediatría, en su política sobre lactancia materna, refuerza que el apoyo profesional temprano ante cualquiera de estos problemas, antes de que la madre recurra por su cuenta a fórmula o suplementos, resulta determinante para que la dificultad no termine en un abandono precoz de la lactancia exclusiva.[52]

Para el agarre ineficaz o la succión débil, causas que en este trabajo aparecieron entre las más relevantes de problema de lactancia, la evaluación por personal capacitado dentro de las primeras 24 a 48 horas permite identificar a tiempo alteraciones anatómicas del recién nacido, como la anquiloglosia, o corregir posiciones inadecuadas antes de que se instaure un círculo de dolor materno y rechazo del pecho.

El tamizaje temprano de estos problemas dentro de las primeras horas de vida, antes del alta hospitalaria, es en último término lo que permite clasificar a un binomio como con o sin problema de lactancia para efectos de un estudio como este. Sin un protocolo de tamizaje sistemático, aplicado de forma consistente por el personal de salud, buena parte de estos casos pasarían inadvertidos hasta que la dificultad ya esté instaurada y sea más difícil de revertir, lo que retrasaría además el registro que hace posible medir su frecuencia real dentro de una institución como el HGGS.

CAPÍTULO III

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo de Investigación

- Según la intervención del investigador: Observacional
- Según la planificación de la toma de los datos: Prospectivo
- Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio: Longitudinal
- Según el número de variables analíticas: Analítico

3.1.2 Nivel de Investigación: Explicativo.

3.1.3 Diseño de Investigación: Estudio de cohorte

3.2 Población de estudio

El Hospital General Guasmo Sur o HGGS cuenta con una amplia cartera de servicios médicos y quirúrgicos, destacando especialmente su atención pediátrica y neonatal, tanto en consulta externa como hospitalización. La población de este estudio se enfoca en pacientes hospitalizados en sala de alojamiento conjunto del HGGS donde diariamente se atienden aproximadamente a 30 neonatos y sus madres en etapa de postparto, en un periodo comprendido entre julio – diciembre del 2025, que además cumplan con los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio.

3.3 Criterios de inclusión

Entraron al estudio los recién nacidos atendidos en el Hospital General Guasmo Sur entre julio y diciembre de 2025, nacidos a término (≥37 semanas de gestación), sin morbilidades al nacimiento. Sus madres tampoco podían tener morbilidades en el postparto. La sala de alojamiento conjunto atiende unos 30 neonatos al día, así que de ahí salió el grueso de la población.

3.4 Criterios de exclusión

Se excluyeron los pacientes nacidos fuera de la institución y los recién nacidos de madres con morbilidades que impidieran la lactancia materna. Quedaron

fuera también los neonatos con patologías que impidieran el apego o la lactancia, y los gemelares o de embarazos múltiples.

3.5 Técnica de muestreo

El muestreo aplicado fue no probabilístico, de tipo censal. Se incluyó a la totalidad de binomios madre-recién nacido atendidos en la sala de alojamiento conjunto del HGGS durante julio a diciembre del 2025, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión ya descritos, sin sorteo ni selección aleatoria dentro de ese periodo. La cantidad diaria de neonatos atendidos, alrededor de 30, hace manejable trabajar con el universo completo dentro de los seis meses del estudio, y evita el sesgo de selección que podría introducir elegir solo una parte de los casos.

3.6 Tamaño de la muestra

No se calculó un tamaño muestral previo mediante fórmula estadística. Al tratarse de un muestreo censal la muestra no se extrae de un universo mayor, es directamente la población de casos elegibles dentro del periodo definido, de modo que ese cálculo previo pierde el sentido que tendría en un muestreo probabilístico. La base final, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión sobre los 1381 registros iniciales de la encuesta de apego y lactancia, quedó en 1233 binomios madre-recién nacido, como se detalla en el flujograma del Anexo A. Ese tamaño resultó importante para las comparaciones de los objetivos 2 y 3, la tabla de contingencia entre expuestos y no expuestos alcanzó una frecuencia esperada mínima de 96,6 casos por celda, bastante por encima del mínimo de 5 que exige la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

3.7 Operacionalización de variables

Tabla 2

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala
Apego precoz	Contacto piel con piel entre la madre y el	Registro de contacto piel con piel iniciado dentro	Dicotómica ▪ Sí

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala
	recién nacido inmediatamente después del parto.	de la primera hora de vida.	▪ No
Lactancia temprana	Primera toma del recién nacido al pecho materno.	Registro de la primera toma ocurrida dentro de la primera hora de vida.	Dicotómica ▪ Sí ▪ No
Problema de lactancia	Dificultad materna o neonatal que interfiere con el inicio o el mantenimiento de la lactancia.	Bastaba con que constara una causa, podía ser dolor al lactar, mal agarre, lesión de pezón o poca fuerza de succión del neonato; también la percepción materna de producción insuficiente, la mala psicometría materna, etc.	Dicotómica ▪ Con problema de lactancia ▪ Sin problema de lactancia
Factores de riesgo clínicos maternos y neonatales	Condiciones obstétricas o biométricas de la madre o del recién nacido que se evaluaron por su posible relación con el desenlace de lactancia.	Registro de presencia o ausencia de cada uno de los catorce factores evaluados en la Tabla 4.	Dicotómica para cada factor ▪ Presente ▪ Ausente
Edad materna	Años cumplidos de la madre al momento del parto.	Registro en años, agrupado según los rangos de la Tabla 5.	Categórica ordinal
Nivel educativo materno	Grado de instrucción formal alcanzado por la madre.	Primaria, secundaria o tercer nivel y superior.	Categórica ordinal
Paridad	Número de partos previos de la madre.	Multípara, primigesta, primigesta añosa o primigesta juvenil, según los grupos de la Tabla 5.	Categórica nominal
Forma de nacimiento	Vía por la que finalizó el parto.	Cesárea o parto vaginal.	Dicotómica

3.8 Instrumento y técnica de recolección de datos

La información se recolectó mediante dos encuestas aplicadas de forma rutinaria por el personal del HGGS durante la atención del binomio, el primer instrumento vinculado con el apego y lactancia registró el contacto piel con piel y el momento de la primera toma en la sala de alojamiento conjunto. El segundo instrumento relacionado a problemas de lactancia se aplicó después a un subgrupo de las

mismas pacientes. Para unir ambos se usó el número de historia clínica tal como se ve en el flujograma del Anexo A, porque el apellido materno estaba escrito de distinta forma en cada encuesta y no se podían cruzar los registros de forma directa.

3.9 Plan de análisis estadístico

El análisis descriptivo se trabajó con frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para comparar la frecuencia de problema de lactancia entre expuestos y no expuestos se usó el Chi cuadrado de Pearson. En los factores como pretérmino tardío e hipoglicemia, se cambió a la prueba exacta de Fisher. El riesgo relativo y la razón de momios se calcularon con un intervalo de confianza al 95 % y método log-normal, se tomó como significativo cualquier p menor a 0.05.

3.10 Aspectos éticos

Se trabajó a partir de información clínica registrada de forma rutinaria durante la atención del binomio madre-recién nacido en el HGGS, sin modificar ni intervenir en las prácticas de apego, lactancia o cuidado que ya forman parte del protocolo institucional. En la base de datos cada binomio quedó identificado solo por su número de historia clínica y no se mostró ningún dato que permitiera reconocer a las pacientes. Como el estudio fue observacional y la atención de madres y recién nacidos siguió igual que siempre, el riesgo de participar fue mínimo y tuvo que ver con la confidencialidad de la información; el consentimiento informado se verificó en cada expediente clínico.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

De los 1381 registros recolectados en la encuesta inicial de apego y lactancia, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión la base combinada quedó conformada por 1233 binomios madre-recién nacido. Sobre esa base se realizó adicionalmente un proceso de reconciliación con la encuesta específica de problemas de lactancia (464 registros), utilizando el número de historia clínica como llave de enlace en lugar del apellido de la madre, dado que este último presentaba variaciones de escritura entre ambas encuestas.

De esos 464 registros, 397 registros correspondían efectivamente a un problema de lactancia documentado mientras que los 67 restantes correspondían a registros de tamizaje cuyo resultado fue negativo o a datos de paridad sin problema asociado, por lo que se excluyeron del conteo. De esos 397 registros, 18 se excluyeron de la base de 1233 por no cumplir los criterios de inclusión del estudio y 54 registros adicionales quedaron sin poder verificarse por no contar con una historia clínica válida en ninguna de las dos encuestas; en total 72 registros quedaron fuera del análisis que se presenta a continuación.

4.1.2 Determinación de causas y factores de riesgo asociados a los problemas de lactancia en recién nacidos con apego precoz y lactancia temprana

Para este objetivo, se definió como apego precoz el contacto piel con piel establecido dentro de la primera hora de vida, y como lactancia temprana la primera mamada ocurrida también dentro de esa primera hora. De los 1233 casos, 873 casos cumplieron ambas condiciones de forma simultánea y conformaron el subgrupo sobre el cual se analizaron las causas y factores de riesgo. De esos 873 casos, 226 casos presentaron algún problema de lactancia, equivalente al 25.9 %.

El dolor al lactar que agrupa los casos atribuidos a anquiloglosia y a prelesión por su relación directa con esta sensación, fue la causa más frecuente presente en 159 de los 226 casos con problema (70.4 %), seguido del mal agarre con 82

casos (36.3 %). La percepción materna, categoría que reúne la producción insuficiente de leche referida por la madre y la ausencia de evidencia de calostro, apareció en 54 casos (23.9 %), en una proporción cercana a la lesión de pezón con 52 casos (23.0 %). Las causas menos frecuentes fueron la poca fuerza de succión del neonato (22 casos, 9.7 %), la mala psicometría materna (11 casos, 4.9 %) y la pérdida de peso mayor al 10 % (1 caso, 0.4 %). Cabe aclarar que una misma madre pudo reportar más de una causa a la vez, por lo que los porcentajes de la tabla 1 no suman 100 %.

Tabla 3

Causas de problema de lactancia en recién nacidos con apego precoz y lactancia temprana (n=226)

Tipo de problema	n	%
Dolor al lactar (incluye anquiloglosia con dolor y prelesión)	159	70,4
Mal agarre	82	36,3
Percepción materna de poca producción de leche (incluye ausencia de evidencia de calostro)	54	23,9
Lesión de pezón	52	23,0
Poca fuerza de succión del neonato	22	9,7
Mala psicometría materna	11	4,9
Pérdida de peso >10 %	1	0,4

Para identificar los factores de riesgo, se cruzó cada factor materno y neonatal registrado en la ficha contra la presencia o ausencia de problema de lactancia, dentro del mismo subgrupo de 873 expuestos. En los factores pretérmino e hipoglicemia la cantidad de casos con el factor presente fue tan baja (13 en cada uno) que las tablas de contingencia resultantes tenían celdas con frecuencia esperada por debajo de 5, por lo que se utilizó la prueba exacta de Fisher en lugar del Chi cuadrado para esos dos factores específicamente; el resto de los

factores sí cumplió el supuesto de frecuencia esperada mínima de 5 y se evaluó con Chi cuadrado de Pearson.

De los catorce factores clínicos evaluados, únicamente pocos controles prenatales (menos de 5) alcanzó significancia estadística (p=0.0001), aunque en sentido inverso al que clínicamente se esperaría, las madres con menos de 5 controles prenatales presentaron menos problemas de lactancia (12.6 %) que las que tuvieron 5 o más (28.3 %), con un OR de 0.37. Las madres multíparas, que en general acuden a menos controles por experiencia previa, presentaron también menos problemas de lactancia.

Ningún otro factor materno ni neonatal como biometría con neutrofilia, primigesta juvenil, incompatibilidad ABO, pretérmino, hipoxia intrauterina previa al parto, mal apego, pequeño para edad gestacional, RPM, infecciones urinarias, problema de psicometría materna, fiebre materna e hipoglicemia, mostró una asociación estadísticamente significativa con la presencia de problema de lactancia dentro de este subgrupo.

Tabla 4

Factores de riesgo maternos y neonatales asociados a problema de lactancia en el subgrupo con apego precoz y lactancia temprana (n=873)

Factor de riesgo	n con factor	% con problema (factor presente)	% con problema (factor ausente)	Prueba	p	OR
Pocos controles prenatales (<5)	135	12.6	28.3	Chi²	0.0001*	0.37
Biometría materna con neutrofilia	156	19.9	27.2	Chi²	0.058	0.66
Primigesta juvenil	86	33.7	25.0	Chi²	0.081	1.52
Incompatibilidad ABO	27	14.8	26.2	Chi²	0.182	0.49
Pretérmino	13	7.7	26.2	Fisher	0.202	0.24

Factor de riesgo	n con factor	% con problema (factor presente)	% con problema (factor ausente)	Prueba	p	OR
Hipoxia intrauterina previa al parto	38	34.2	25.5	Chi²	0.231	1.52
Primigesta (no juvenil)	177	29.4	25.0	Chi²	0.235	1.25
Mal apego	137	22.6	26.5	Chi²	0.343	0.81
Pequeño para edad gestacional	21	19.0	26.1	Chi²	0.469	0.67
RPM (>18h)	47	29.8	25.7	Chi²	0.530	1.23
Infecciones urinarias/flujos no curados	251	24.7	26.4	Chi²	0.611	0.92
Problema de psicometría materna	49	28.6	25.7	Chi²	0.659	1.16
Fiebre materna	43	25.6	25.9	Chi²	0.963	0.98
Hipoglicemia	13	23.1	25.9	Fisher	1.000	0.86

Nota. OR calculado como (a×d)/(b×c) de la tabla 2×2 de cada factor. Nivel de significancia p<0.05.

Con la paridad sí hubo asociación (p=0.0001), dentro del mismo subgrupo de 873 expuestos el 35.8 % de las primigestas juveniles y el 32.3 % de las no juveniles tuvieron problema de lactancia, frente al 20.6 % de las multíparas. Las primigestas añosas fueron apenas 5 y 3 de ellas presentaron problema. El nivel educativo materno también se asoció significativamente (p=0.044) una vez agrupada la categoría cuarto nivel que tenía un solo caso dentro de tercer nivel o superior para evitar una celda con frecuencia esperada inválida: las madres con educación primaria presentaron problema de lactancia en el 35.4 % de los casos, frente a 24.7 % en secundaria y 22.9 % en tercer nivel o superior. Ni la

edad materna (p=0.136) ni la forma de nacimiento (p=0.245) alcanzaron significancia estadística dentro de este subgrupo.

Tabla 5

Factores sociodemográficos asociados a problema de lactancia en el subgrupo con apego precoz y lactancia temprana (n=873)

Variable	Categoría	n	% con problema	p (Chi²)
Edad materna	15 a menos de 19 años	112	35.7	0.136
	19 a menos de 25 años	330	25.8	
	25 a menos de 35 años	367	23.4	
	Más de 35 años	60	23.3	
	Menos de 15 años	4	25.0	
Nivel educativo materno	Primaria	113	35.4	0.044*
	Secundaria	677	24.7	
	Tercer nivel o superior	83	22.9	
Paridad	Multípara (2 o más hijos)	524	20.6	0.0001*
	Primigesta	235	32.3	
	Primigesta añosa	5	60.0	
	Primigesta juvenil (primípara)	109	35.8	
Forma de nacimiento	Cesárea	448	27.7	0.245
	Parto vaginal	425	24.0	

Nota. Estadísticamente significativo (p<0.05). En Nivel educativo materno se agrupó la categoría cuarto nivel (n=1) dentro de tercer nivel o superior para evitar frecuencias esperadas inválidas.

4.1.2 Comparación de la frecuencia de dificultades de lactancia según exposición a apego precoz y lactancia temprana

De los 1233 recién nacidos de la base combinada, 873 recibieron apego precoz y lactancia temprana de forma simultánea (grupo expuesto) y 360 no cumplieron ambas condiciones (grupo no expuesto). La frecuencia de problema de lactancia fue de 25.9% en el grupo expuesto (226 de 873) y de 29.2 % en el grupo no expuesto (105 de 360), una diferencia de 3.3 puntos porcentuales a favor del grupo que recibió la práctica.

Para comparar ambos grupos se aplicó la prueba de Chi cuadrado de Pearson, dado que la tabla de contingencia 2×2 cumplió el supuesto de frecuencia esperada mínima de 5 en todas sus celdas (frecuencia esperada mínima de 96.6). El resultado no mostró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (χ^2=1.395; gl=1; p=0.2375); aplicando la corrección de continuidad de Yates, recomendada para tablas 2×2 el resultado se mantuvo en la misma dirección (χ^2=1.234; p=0.2667).

Tabla 6

Frecuencia de problemas de lactancia según exposición a apego precoz y lactancia temprana (n=1233)

Grupo	Con problema	Sin problema	Total	% con problema
Expuestos (apego precoz + lactancia temprana)	226	647	873	25.9
No expuestos	105	255	360	29.2
Total	331	902	1233	26.8

Tabla 7

Prueba de Chi cuadrado para la comparación de frecuencias

Estadístico	Valor
Chi cuadrado de Pearson	1.395
Grados de libertad	1
Valor p	0.2375
Chi cuadrado con corrección de Yates	1.234
Valor p (corrección de Yates)	0.2667
Frecuencia esperada mínima	96.6

Aunque la frecuencia observada de problemas de lactancia fue menor en el grupo expuesto, la diferencia entre ambos grupos no alcanzó significancia estadística con el tamaño de muestra disponible, por lo que no puede afirmarse con estos datos que exista una diferencia real entre recién nacidos que recibieron apego precoz y lactancia temprana y los que no la recibieron.

Dentro del grupo de 360 recién nacidos que no cumplieron ambas condiciones de forma simultánea, conviene precisar cómo se distribuyó la exposición a cada práctica por separado. De esos 360 casos, 238 recibieron apego precoz sin lactancia temprana y presentaron problema de lactancia en el 28.2 % (67 de 238); 47 recibieron lactancia temprana sin apego precoz y presentaron problema en el 29.8 % (14 de 47); y los 75 restantes no recibieron ninguna de las dos prácticas dentro de la primera hora, con una frecuencia de problema de lactancia de 32.0 % (24 de 75). La frecuencia de problema de lactancia desciende de forma progresiva conforme aumenta la exposición a estas prácticas, del 32.0 % sin apego ni lactancia temprana al 28.2 % con apego precoz solamente y al 25.9 % cuando ambas prácticas coincidieron dentro de la primera hora, lo que sugiere que el apego precoz por sí solo, incluso sin lactancia temprana simultánea, se asocia con una menor frecuencia de problema de lactancia frente a no recibir ninguna de las dos prácticas.

Estos subgrupos son considerablemente más pequeños que el grupo expuesto completo, en particular el de lactancia temprana sin apego precoz con apenas 47 casos, por lo que estas cifras se presentan como una aproximación descriptiva y no se sometieron a una prueba de hipótesis independiente.

4.1.3 Riesgo relativo de presentar problemas de lactancia según exposición a apego precoz y lactancia temprana

Sobre la misma tabla de contingencia del apartado anterior se calculó el riesgo relativo (RR) del grupo expuesto frente al no expuesto, y de forma complementaria el odds ratio (OR), ambos con su intervalo de confianza al 95% calculado por el método log-normal.

Tabla 8

Riesgo relativo y razón de momios de presentar problema de lactancia, expuestos frente a no expuestos

Medida	Valor	IC95%	Interpretación
Riesgo relativo (RR)	0.888	0.729 – 1.080	El IC95 % incluye el 1: no significativo
Odds ratio (OR)	0.848	0.646 – 1.115	El IC95 % incluye el 1: no significativo

En términos puntuales, el RR de 0.888 sugiere una reducción aproximada del 11.2% en el riesgo de presentar problema de lactancia entre los recién nacidos expuestos respecto a los no expuestos; sin embargo, el intervalo de confianza al 95% va de 0.729 a 1.080 e incluye el valor nulo (1) lo que significa que con el tamaño de muestra disponible no puede descartarse que la diferencia observada se deba al azar. El OR de 0.848 (IC95% 0.646–1.115) confirma la misma conclusión.

4.1.4 Comprobación de hipótesis

Se planteó como hipótesis nula (Ho) que el apego precoz y el inicio temprano de la lactancia materna no influye en la prevención de problemas de lactancia de

recién nacidos atendidos en el HGGS; como hipótesis alterna (H1) se planteó que sí influye. El criterio de decisión establecido fue rechazar Ho si el valor p obtenido era menor a 0.05, y aceptarla si era mayor.

El valor p obtenido en la prueba de Chi cuadrado del objetivo 2 fue de 0.2375, por encima del umbral de 0.05, esto es consistente con los intervalos de confianza del RR (0.729–1.080) y del OR (0.646–1.115) calculados en el objetivo 3, ambos incluyendo el valor nulo. Con esta evidencia, no se rechaza la hipótesis nula (Ho) no existe evidencia estadísticamente significativa de que el apego precoz y el inicio temprano de la lactancia materna influyan en la prevención de problemas de lactancia en los recién nacidos atendidos en el HGGS.

Esto no equivale a decir que el apego precoz y la lactancia temprana no tengan ninguna relación con los problemas de lactancia; de hecho, la dirección del efecto observado (menor frecuencia de problemas en el grupo expuesto) va en el sentido que la literatura describe. Lo que indica el resultado es que con el número de casos disponible en esta muestra, esa diferencia no alcanza a distinguirse de una variación producida por el azar. Cabe señalar que las variables sociodemográficas paridad y nivel educativo materno sí mostraron una asociación estadísticamente significativa con los problemas de lactancia; sin embargo, estas no forman parte de la hipótesis general planteada para este estudio que se refiere específicamente al apego precoz y al inicio temprano de la lactancia materna como factor protector.

DISCUSIÓN

En el subgrupo de 873 recién nacidos con apego precoz y lactancia temprana simultáneos, la frecuencia de problema de lactancia fue de 25.9 % (226 casos), frente a 29.2 % (105 de 360) entre los no expuestos, una diferencia de apenas 3.3 puntos porcentuales que la prueba de Chi cuadrado no logró distinguir de una variación por azar (χ^2=1.395; p=0.2375). El riesgo relativo calculado sobre esa misma tabla fue de 0.888 (IC95% 0.729-1.080) y el Odds ratio de 0.848 (IC95% 0.646-1.115), ambos con un intervalo que atraviesa el valor nulo. La dirección del efecto coincidió con lo que reportan los cinco antecedentes contrastados en este apartado, todos favorables al contacto piel a piel.

Comparado con cifras de prevalencia reportadas en la literatura internacional, el 26.8% de problema de lactancia hallado en la muestra combinada del HGGS, y el 25.9% dentro del subgrupo expuesto, se ubican notablemente por debajo del 80% de dificultades de lactancia reportado por Giannì *et al*., en una cohorte de 273 madres primerizas italianas seguidas hasta los tres meses posparto.[54] La comparación debe leerse con cautela dado que ambos estudios definieron el problema de lactancia de forma distinta, mientras que el presente trabajo registró causas puntuales identificadas por el personal de salud dentro de las primeras horas o días de vida del recién nacido, el estudio italiano recogió la percepción subjetiva de dificultad reportada por la propia madre a los tres meses de seguimiento, un periodo de observación bastante más extenso.

Aún con esa diferencia metodológica, la magnitud de la brecha entre ambas cifras es considerable y resulta consistente con las prácticas de apego precoz e inicio temprano de la lactancia implementadas de forma sistemática en el HGGS durante el periodo de parto, las mismas que constituyen el objeto de este estudio.

Visto en términos absolutos, de los 1233 binomios de la base final, 902 (73,2 %) no presentaron ningún problema de lactancia documentado mientras que 331 (26,8 %) sí lo presentaron; es decir casi tres de cada cuatro binomios atendidos en el HGGS tuvieron un desenlace favorable en lactancia. La comparación entre el grupo expuesto y el no expuesto no alcanzó significancia de modo que esa proporción describe lo observado en el HGGS donde 873 de los 1233 binomios estuvieron expuestos al apego precoz y al inicio temprano de la lactancia.

Bedford et al.,[10] trabajaron con una base perinatal de más de 48 mil binomios en Nueva Escocia y hallaron un OR de 3.44 (IC95 % 3.23-3.62) para lactancia exclusiva al alta hospitalaria. Esa cifra se ubica muy por encima del OR de 0.848 obtenido en el presente estudio pues mientras el antecedente canadiense encontró una asociación fuerte y claramente significativa, la de este trabajo no alcanzó a distinguirse del azar con los 1233 casos disponibles. La diferencia en el tamaño muestral entre ambos estudios es considerable 48119 frente a 1233 y puede explicar buena parte de esa disparidad en la precisión de la estimación.

El mismo antecedente aportó otro hallazgo que ayuda a leer esta comparación, el efecto del contacto piel a piel se fue debilitando año tras año a medida que el sistema de salud canadiense incorporaba otras medidas de apoyo a la lactancia,[10] lo que apunta a que la fuerza de esta asociación no es fija sino que depende del contexto institucional en el que se mide, algo que también podría estar ocurriendo en el HGGS con las 873 mujeres expuestas de este estudio.

Sampieri et al. con los datos de la ENADID 2018 sobre más de 26 mil binomios mexicanos, encontraron que el contacto piel a piel se asoció con distintos desenlaces de lactancia en magnitudes muy desiguales entre sí; el vínculo con sostener la lactancia seis meses o más fue de apenas OR 1.16 (IC95 % 1.08-1.25), bastante más modesto que el OR 6.46 hallado para recibir orientación sobre cómo amamantar.[20] Ese OR de 1.16 resulta más cercano en magnitud al 0.848 de este trabajo que el hallazgo de Bedford et al.,[10] aunque sigue señalando en la dirección contraria, ya que en la muestra mexicana el intervalo de confianza no cruza el 1 mientras que en la muestra del HGGS sí lo hace. La comparación entre ambos coincide en algo puntual, la asociación entre contacto piel a piel y desenlaces de continuidad de la lactancia tiende a ser numéricamente más débil que la asociación con desenlaces más inmediatos como el inicio o la orientación recibida, un patrón que ya se insinúa en los propios datos de Sampieri et al. y que este estudio no puede contradecir ni confirmar del todo por la amplitud de su intervalo.

Hong *et al.,* con una cohorte de 3210 binomios de prematuros moderados en un hospital chino, definieron el fallo temprano de lactancia de forma distinta a como se definió el problema de lactancia en este trabajo, como ausencia de agarre

documentado o menos de 5 ml de leche extraída en las primeras 72 horas, y encontraron que cada 10 minutos adicionales de contacto piel a piel diario reducía ese riesgo (aOR 0.92; IC95 % 0.87-0.97).[21] Ese hallazgo trata el contacto piel a piel como variable continua, en minutos, mientras que en el presente estudio la exposición se definió de forma binaria, apego precoz y lactancia temprana presentes o ausentes dentro de la primera hora.

La diferencia metodológica limita la comparación directa de las cifras, pero la dirección coincide con el RR de 0.888 obtenido aquí, y el mismo antecedente aporta un dato relevante para la discusión de los factores de riesgo de este estudio, la cesárea casi duplicó el riesgo de fallo de lactancia en la cohorte china (aOR 1.42),[49] mientras que en el presente trabajo la forma de nacimiento no alcanzó significancia estadística (p=0.245) dentro del subgrupo de 873 expuestos.

Juan *et al*., en un estudio prospectivo con 679 binomios tras cesárea electiva en cuatro hospitales chinos, encontraron que un contacto piel a piel más prolongado favorecía el inicio temprano de la lactancia, con un OR de 8.53 para 90 minutos o más de contacto frente a la ausencia de contacto, y también la lactancia exclusiva al alta en el análisis simple, aunque esta segunda asociación dejó de ser significativa después de corregir por comparaciones múltiples (p ajustado=0.12).[25]

Esa pérdida de significancia en el desenlace de lactancia exclusiva, una vez exigido un ajuste estadístico más estricto, tiene un paralelismo con lo que ocurre en este trabajo, el RR de 0.888 (IC95 % 0.729-1.080) obtenido en el presente estudio tampoco alcanza significancia con los 1233 binomios del HGGS. La lectura que se desprende de esta coincidencia es que el efecto del contacto piel a piel sobre desenlaces de lactancia parece perder fuerza estadística conforme se exige mayor rigor en el análisis o se extiende el tiempo de observación, ya sea porque el efecto biológico realmente se atenúa o porque otras variables no controladas empiezan a pesar más sobre el desenlace medido.

Agudelo-Pérez *et al.,* en un ensayo con 150 binomios de dos hospitales colombianos, no compararon el contacto piel a piel contra su ausencia sino dos

momentos distintos de inicio, inmediato frente a una hora después del parto, y no hallaron diferencia en la lactancia efectiva medida con el instrumento IBFAT ni al alta (RR 1.01; IC99 % 0.94-1.10) ni a la semana de vida (RR 0.97; IC99 % 0.88-1.08).[22] Esta comparación tiene una diferencia de diseño que conviene señalar antes de sacar conclusiones de ella, el antecedente colombiano compara dos formas de aplicar la práctica y no la presencia contra la ausencia de la misma, mientras que este estudio sí compara expuestos contra no expuestos.

Aun con esa diferencia, el patrón de resultado es prácticamente idéntico al de este trabajo, dos intervalos de confianza que rodean el valor 1 de manera casi simétrica y una muestra de tamaño moderado, 150 en el caso colombiano y 1233 en el caso del HGGS. Ambos estudios coinciden en algo que la sola lectura de un valor p no deja ver con la misma claridad, la ausencia de significancia estadística no equivale a la ausencia de relación entre las variables, sino que puede reflejar en los dos casos un número de eventos insuficiente para que la diferencia observada se distinga del azar.

En el subgrupo de 873 expuestos de este estudio, el dolor al lactar, que en esta reagrupación de variables incorpora los casos de anquiloglosia y de prelesión, apareció en el 70.4 % de los casos con problema, y el mal agarre en el 36.3 %, las dos causas más frecuentes con diferencia sobre el resto. Cárdenas *et al*., en su revisión de la literatura sobre anquiloglosia y lactancia materna,[46] describen que la anquiloglosia interfiere con un sellado adecuado del pecho, obligando al lactante a compensar aferrándose al pezón con la encía, lo que genera dolor materno, irritación y grietas, y termina configurando un círculo de mal agarre, succión ineficaz y riesgo de destete precoz.

La secuencia descrita a nivel fisiopatológico ofrece un marco explicativo para la concurrencia de estas tres causas en los resultados del presente estudio. Son manifestaciones interrelacionadas de una misma cadena causal, donde la limitación anatómica de la movilidad lingual funciona como desencadenante y el dolor junto con el mal agarre como sus expresiones clínicas más visibles.

Respecto al hallazgo sobre los pocos controles prenatales como único factor clínico significativo (p=0.0001; OR=0.37), en sentido inverso al esperado

clínicamente. Contreras Mora et al. encontraron que la consejería prenatal actúa como factor protector para el mantenimiento de la lactancia exclusiva (OR 0,458; IC95% 0,216-0,97; p=0,045),[23] en la dirección clínicamente esperada a mayor contacto y acompañamiento prenatal, mejor desenlace en lactancia. En cambio, un resultado p=0.0001; OR=0.37 sugiere el sentido opuesto lo que obliga a considerar explicaciones distintas a un efecto protector directo del control prenatal.

Una posibilidad es la indicación inversa, las madres con embarazos de bajo riesgo sin complicaciones que motiven controles adicionales podrían acudir con menor frecuencia a consulta prenatal, y esas mismas madres tendrían mejores condiciones basales anatómicas y obstétricas que por sí solas favorecen una lactancia sin dificultades. La salud general de base iría en el mismo sentido. Bajo ese escenario, la asociación observada vendría de una variable de confusión no medida, el nivel de riesgo obstétrico de base, que determina la frecuencia de controles y también la probabilidad de problemas de lactancia.

Por otra parte, tanto la paridad (p=0,0001) como el nivel educativo materno (p=0,044) alcanzaron significancia estadística en su asociación con el problema de lactancia, pese a que estas variables no formaban parte de la hipótesis general planteada inicialmente; este hallazgo encuentra respaldo en el trabajo de Tapia-Sequeiros et al., quienes a partir de una encuesta nacional peruana identificaron el nivel educativo materno secundario o superior y la condición de hijo único como factores sociodemográficos asociados a la interrupción de la lactancia materna exclusiva.[24] La coincidencia entre ambos estudios refuerza la idea de que estas variables aunque de naturaleza sociodemográfica, tienen un peso real en el desenlace de la lactancia; no obstante, aunque Tapia -Sequeiros *et al*., mide interrupción de la lactancia exclusiva como desenlace mientras que este estudio mide problema de lactancia, ambos hallazgos apuntan que los determinantes sociodemográficos maternos merecen mayor atención en el diseño de futuras hipótesis de investigación sobre dificultades de lactancia, más allá del enfoque predominantemente clínico u obstétrico que suele privilegiarse en este campo.

En el subgrupo expuesto de este trabajo, el riesgo relativo de presentar problema de lactancia fue de 0.888 con un intervalo que cruza el 1, un resultado que no logra distinguirse del azar. Mena-Tudela *et al*., en 342 binomios de un hospital español, tampoco encontraron relación entre el inicio de la lactancia dentro de la primera hora y el mantenimiento de la lactancia exclusiva a los 6 meses; lo que sí se asoció con el abandono fue un puntaje LATCH bajo al alta, con un riesgo relativo de 1,4.[11] La paridad apareció asociada al momento de inicio de la lactancia en ese estudio español, en un sentido parecido a como la paridad resultó significativa en este trabajo (p=0.0001), aunque para el desenlace de problema de lactancia y no para el momento de inicio.

El presente estudio no encontró diferencia significativa en problema de lactancia según la forma de nacimiento (p=0.245). Martínez-Vázquez *et al*., con una muestra española de 1200 puérperas, sí identificaron el parto inducido y el ingreso del neonato a cuidados intensivos como factores que dificultaban sostener la lactancia exclusiva después del alta, junto con un OR ajustado de 2.47 para el inicio temprano como factor protector.[26] La diferencia puede deberse a que ese estudio mide mantenimiento de la lactancia exclusiva tras el alta y este trabajo mide la presencia de un problema puntual de lactancia, dos desenlaces relacionados pero no idénticos.

Dentro del subgrupo de 873 expuestos de este trabajo, la forma de nacimiento tampoco se asoció de forma significativa con el problema de lactancia (p=0.245). Erazo et al.[27] reportaron una diferencia en la lactancia exclusiva de los binomios con apego precoz según la vía de nacimiento, 65 % tras cesárea y 75 % tras parto vaginal, señalaron como punto a corregir la interrupción de unas 2 horas del contacto después de la cesárea. En el HGGS esa diferencia no apareció, aunque lo que se midió no es lo mismo, puesto que el estudio de Quito evaluó lactancia exclusiva y el presente trabajo, problemas de lactancia.

El riesgo relativo de 0.888 obtenido en este estudio con un análisis observacional simple no alcanzó significancia estadística. Lee y Kim encontraron un patrón parecido en su cohorte coreana, el análisis observacional simple tampoco mostró asociación significativa entre el contacto piel a piel y la lactancia exclusiva dentro del mismo grupo de mujeres; solo al aplicar el tipo de parto como variable

instrumental para corregir el sesgo de que las madres más motivadas busquen más el contacto piel a piel apareció una asociación significativa, con un aumento de 36.3% en la probabilidad de lactancia exclusiva al mes.[28]

Esa observación sugiere que el diseño censal y observacional de este trabajo, sin ese tipo de corrección estadística, podría estar subestimando el efecto real del apego precoz sobre los problemas de lactancia.

El riesgo relativo hallado en el HGGS fue de 0.888, una reducción no significativa del riesgo de problema de lactancia en los expuestos. Zorrilla Cabrejo y Espinoza Rojas, con datos de la encuesta nacional peruana ENDES sobre 4951 niños, encontraron que no haber recibido contacto piel a piel precoz sí se asoció de forma significativa con una menor duración de la lactancia, con una razón de prevalencia de 1.19.[29] La diferencia en significancia entre ambos estudios puede deberse al tamaño de muestra, casi cuatro veces mayor en el estudio peruano, o al desenlace medido, duración de la lactancia en un caso y presencia de un problema puntual en el otro.

El Odds ratio de 0.848 obtenido en este trabajo, con un intervalo de confianza que incluye el valor nulo, apunta a una dirección protectora sin alcanzar significancia. Dueñas-Espín *et al*., en 363 binomios de centros de salud urbanos de Portoviejo, Ecuador, encontraron un efecto bastante más marcado, un HR de 0.1 para el contacto piel a piel inmediato como protector del abandono de la lactancia exclusiva, por delante incluso de la consejería prenatal.[30] La diferencia en magnitud entre un estudio ecuatoriano con 363 casos y este con 1233 llama la atención, y podría relacionarse con el análisis de supervivencia usado por Dueñas-Espín, que captura el tiempo hasta el abandono en vez de la sola presencia o ausencia de un problema, un desenlace más sensible a cambios pequeños que el binario usado en este trabajo.

El dolor al lactar fue la causa más frecuente de problema de lactancia en el subgrupo expuesto de este estudio, presente en 159 de los 226 casos con problema (70.4 %). Carrera Polanco *et al*., dentro del estudio español LAyDI con 203 madres, hallaron una prevalencia parecida de dolor al amamantar, 68.5 % en algún momento de los primeros cuatro meses, y señalan que ninguna de las

variables sociodemográficas o clínicas analizadas se asoció de forma significativa con su aparición.[31]

Ese mismo patrón se repite en el subgrupo de 873 expuestos de este trabajo, donde de catorce factores clínicos evaluados solo los pocos controles prenatales alcanzaron significancia, y en sentido contrario al esperado, lo que refuerza la idea de que el dolor persistente durante la lactancia responde a mecanismos que los factores de riesgo clásicos todavía no logran capturar bien.

El mal agarre apareció en el 36.3 % de los casos con problema de lactancia del subgrupo expuesto de este trabajo, la segunda causa más frecuente después del dolor al lactar. Barbera-Pérez *et al*., siguieron a 33 recién nacidos con anquiloglosia sometidos a frenotomía y encontraron, antes de la intervención, una combinación de causas parecida a la que reporta este estudio, dolor en 29 de los 33 casos, dificultad de agarre en 18 y grietas en el pezón en otros 18; al mes de la frenotomía las tres mejoraron de forma significativa.[32]

Ese hallazgo refuerza lo señalado antes sobre el mecanismo descrito por Cárdenas et al., la anquiloglosia funciona como un desencadenante corregible detrás de buena parte de los casos de dolor y mal agarre que este trabajo agrupa bajo categorías separadas.

El nivel educativo materno se asoció de forma significativa con el problema de lactancia en este trabajo (p=0.044), con mayor frecuencia de problema entre las madres con educación primaria. Ortiz-Romaní y Loayza-Alarico, con la encuesta ENDES peruana sobre 8088 madres, encontraron en cambio que el nivel educativo materno perdía su significancia una vez ajustada el modelo por el resto de las variables, aunque el contacto piel a piel se mantuvo como uno de los factores más fuertes para el inicio temprano de la lactancia, con un OR ajustado de 2.15.[33]

La diferencia puede deberse a que el modelo peruano ajustó por más variables de forma simultánea, mientras que en este trabajo el nivel educativo se analizó de forma bivariada frente al problema de lactancia, sin ese control adicional que podría estar absorbiendo parte de su efecto aparente.

La forma de nacimiento tampoco se asoció de forma significativa con el problema de lactancia en el subgrupo expuesto de este trabajo (p=0.245). Araiz *et al*., en una revisión de la literatura sobre seis artículos que comparaban parto vaginal y cesárea,[19] encontraron que la cesárea sí tiene un efecto negativo sobre el inicio de la lactancia, aunque esa diferencia no se mantiene en el mantenimiento de la lactancia más allá de los 6 meses.

Esa distinción entre inicio y mantenimiento coincide con lo ya discutido antes sobre Erazo Noguera *et al*. y Martínez-Vázquez *et al*., el efecto de la cesárea sobre la lactancia parece concentrarse en las primeras horas y diluirse con el tiempo, un patrón que el diseño de este trabajo, centrado en el desenlace más cercano al parto, no logra capturar del todo.

El patrón en los antecedentes revisados Bedford *et al*., con una muestra amplia y un efecto fuerte y significativo, Sampieri *et al*., con un efecto más contenido pero aún significativo, y Juan *et al*., junto con Agudelo-Pérez *et al*., con efectos que se diluyen o desaparecen según el rigor del ajuste estadístico o el momento de seguimiento coincide con lo señalado en el apartado de limitaciones de este estudio donde el diseño observacional transversal y el número reducido de casos en varias categorías (pretérmino, hipoglicemia, incompatibilidad ABO) se identificaron como restricciones para detectar asociaciones si estas existieran. El hallazgo de Hong *et al*., con un aOR de 0.92 por cada 10 minutos de contacto piel a piel añade la posibilidad de que la forma binaria en que se definió la exposición en este trabajo, presente o ausente dentro de la primera hora, no capture matices de duración que sí podrían tener peso sobre el desenlace medido.

Entre los antecedentes contrastados, el de Juan et al. y el de Agudelo-Pérez et al. presentaron un patrón de resultado no significativo comparable en magnitud e interpretación al obtenido en este trabajo; los otros tres, con muestras considerablemente mayores o con la exposición medida en minutos en vez de como variable binaria, sí alcanzaron significancia estadística. El RR de 0.888 (IC95 % 0.729-1.080) y el OR de 0.848 (IC95% 0.646-1.115) obtenidos en la muestra de 1233 binomios del HGGS se ubican, en ese sentido, dentro de un rango de resultados que la literatura contrastada ya había documentado como

posible cuando el tamaño muestral o el tiempo de seguimiento no alcanzan a distinguir el efecto protector del azar.

4.2.1 Limitaciones del estudio

La limitación más relevante para la interpretación de estos resultados es que 54 registros de la encuesta de problemas de lactancia quedaron fuera del análisis por no haber podido verificarse su historia clínica ni por apellido ni por el número de historia clínica. Otra limitación se relaciona con el hallazgo del factor pocos controles prenatales que resultó estadísticamente significativo. Un análisis multivariado que ajuste este factor por paridad y nivel educativo materno permitiría aclarar esta relación.

El diseño empleado es de tipo observacional transversal, por lo que el Chi cuadrado, el RR y el OR calculados permiten establecer asociación entre las variables, pero no relación de causalidad. Finalmente, algunas categorías de las tablas 2 y 3 particularmente pretérmino tardio, hipoglicemia, incompatibilidad ABO y las categorías extremas de edad materna y de paridad tuvieron un número reducido de casos, lo cual limita la potencia estadística para detectar asociaciones reales si estas existieran y amplía el margen de los intervalos de confianza calculados para esas variables específicas.

4.2.2 Implicaciones de los resultados

Los resultados de este trabajo tienen algunas implicaciones prácticas para el HGGS, aun cuando la asociación central del estudio no alcanzó significancia estadística. El hecho de que 902 de los 1233 binomios, un 73.2 %, no presentaran ningún problema de lactancia documentado respalda mantener las prácticas de apego precoz e inicio temprano de la lactancia que ya forman parte del protocolo institucional, incluso si este estudio no logra demostrar de forma estadística que esas prácticas por sí solas expliquen esa proporción favorable.

El hallazgo sobre el dolor al lactar y el mal agarre como causas predominantes, sumado a lo que describen Cárdenas *et al*., y Barbera-Pérez *et al*., sobre el papel de la anquiloglosia, sugiere que protocolizar la evaluación temprana del frenillo lingual dentro de las primeras horas de vida podría tener un impacto más directo sobre los problemas de lactancia que reforzar únicamente el apego precoz, práctica que ya se aplica de forma consistente en el hospital.

La relevancia de resolver estos problemas de lactancia a tiempo no es menor. Victora et al., en su revisión de la serie del Lancet sobre lactancia materna,[15] documentan que fortalecer la lactancia a nivel poblacional podría evitar una cantidad considerable de muertes infantiles cada año, sobre todo en países de ingresos bajos y medios, y Debes *et al*., en su revisión sistemática sobre el momento de inicio,[9] encontraron que retrasar el inicio de la lactancia se asocia con mayor mortalidad y morbilidad neonatal.

Ambos hallazgos refuerzan por qué intervenir sobre el momento del inicio, más allá de solo el apego, sigue teniendo sentido para el HGGS, en línea con lo que UNICEF y OPS señalan en su informe sobre el inicio temprano como el mejor comienzo documentado para cualquier recién nacido,[12] una idea que las cifras de este trabajo, aun sin alcanzar significancia estadística, no contradicen.

En términos de política de salud, el hallazgo sobre la paridad y el nivel educativo materno como factores asociados a problema de lactancia apunta a que la consejería en lactancia debería reforzarse de forma diferenciada, priorizando a las madres primigestas y a las de menor nivel educativo, en vez de aplicar un protocolo uniforme para toda la población atendida.

El resultado inverso sobre los pocos controles prenatales, que se comportó como protector cuando clínicamente se esperaría lo contrario, amerita investigarse antes de convertirse en cualquier tipo de política de salud, tal como se señaló en las limitaciones; de ninguna manera debe leerse como una recomendación para reducir los controles prenatales.

Para investigaciones futuras, el patrón encontrado en Lee y Kim sobre la diferencia entre un análisis observacional simple y uno que corrige el sesgo de selección mediante variables instrumentales deja una pregunta pendiente para el HGGS, si el efecto del apego precoz sobre los problemas de lactancia podría ser mayor al estimado aquí una vez controlado ese sesgo. Un diseño con seguimiento más allá del alta hospitalaria, parecido al de Zorrilla Cabrejo y Espinoza Rojas o al de Dueñas-Espín *et al*., también permitiría capturar desenlaces de lactancia a mediano plazo que este estudio, limitado a los primeros días u horas de vida, no alcanza a medir.

4.3 Novedad científica

Sobre si el hallazgo de los pocos controles prenatales constituye la novedad científica central de este trabajo, conviene ser claro, no lo es. Ese hallazgo resulta interesante justamente porque va en sentido contrario a lo esperado, no porque explique el fenómeno central que se planteó investigar. La novedad de este estudio está en otro lugar, en haber generado por primera vez evidencia local en el Hospital General Guasmo Sur sobre la efectividad real de unas prácticas de apego precoz y lactancia temprana que la institución ya aplica de forma sistemática pero que hasta ahora no contaban con un respaldo estadístico propio, un vacío que la justificación de este trabajo señalaba desde el inicio.

Esa evidencia local, con más de 1200 binomios y una proporción de 73.2% sin problema de lactancia documentado, es generalizable con cautela al resto del sistema nacional de salud del Ecuador en la medida en que el HGGS comparte con otros hospitales públicos del país condiciones similares de atención materno-infantil, alta demanda, rotación de personal y protocolos basados en las mismas recomendaciones de OMS y UNICEF.

Esa lectura es consistente con lo que Rojas Rodríguez y León Bustamante describen en su revisión narrativa sobre apego precoz y lactancia exclusiva en Loja, Ecuador,[16] y con las cifras del Ministerio de Salud Pública[17] y del INEC[18] sobre lactancia materna en el país, que documentan un contexto nacional donde generalizar estos hallazgos, aunque con cautela, tiene sentido práctico.

El efecto protector del apego precoz no alcanzó significancia estadística, y el tamaño de la muestra y el diseño observacional, tal como se detalló en las limitaciones, pesan en ese resultado. Algo comparable se vio en China donde la duración del contacto piel a piel dejó de asociarse con la lactancia exclusiva al alta una vez corregidas las comparaciones múltiples.[25] Los pocos controles prenatales quedan como una señal exploratoria que pide un estudio con ajuste por el riesgo obstétrico de base.

CONCLUSIONES

- En cuanto a las causas y factores de riesgo asociados a los problemas de lactancia en los recién nacidos, el dolor al lactar que agrupa también los casos de anquiloglosia y prelesión, se ubicó como la causa más señalada por las madres, seguido del mal agarre, mientras que la percepción materna sobre la producción de leche y la lesión de pezón aparecieron con una frecuencia menor pero cercana entre sí. Al cruzar los factores clínicos maternos y neonatales con la presencia de problema de lactancia, la mayoría de ellos no mostró una asociación estadísticamente significativa, con la excepción de los pocos controles prenatales, que se comportó de forma inversa a lo que clínicamente se esperaría. Entre las variables sociodemográficas, la paridad y el nivel educativo materno sí se asociaron de forma significativa con la aparición de problemas de lactancia, no así la edad materna ni la forma de nacimiento.
- Con respecto a la comparación de la frecuencia de dificultades de lactancia entre los recién nacidos que recibieron apego precoz y lactancia temprana y los que no la recibieron, el grupo expuesto presentó una frecuencia menor de problemas de lactancia frente al grupo no expuesto. Al someter esta diferencia a la prueba de Chi cuadrado de Pearson, incluyendo la corrección de continuidad de Yates, no se logró establecer una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.
- Al evaluar el riesgo relativo de presentar problemas de lactancia entre los recién nacidos que recibieron apego precoz y lactancia temprana en comparación con los que no la recibieron, tanto el riesgo relativo como la razón de momios calculados se ubicaron por debajo de la unidad, lo que apuntó hacia una dirección protectora de estas prácticas; sin embargo, los intervalos de confianza al 95% de ambas medidas incluyeron el valor nulo, por lo que no pudo descartarse que la diferencia observada se debiera al azar. Con estos resultados, no se rechazó la hipótesis nula planteada para el estudio y se determinó que en los recién nacidos atendidos en el Hospital General Guasmo Sur, no existió evidencia estadísticamente significativa de que el apego precoz y el inicio temprano del amamantamiento influyeran en la prevención de problemas de lactancia**.**

No obstante, del total de 1233 binomios madre-recién nacido atendidos en el HGGS durante el periodo de estudio, 902 (73,2 %) no presentaron ningún problema de lactancia, frente a 331 (26,8 %) que sí lo hicieron; esta proporción sugiere que la mayoría de los binomios se vio favorecida por el conjunto de prácticas de apego precoz y lactancia temprana implementadas en la institución.

RECOMENDACIONES

- Realizar un análisis multivariado que ajuste el hallazgo sobre los pocos controles prenatales por paridad y nivel educativo materno, ya que su comportamiento resultó contrario a lo esperado clínicamente y amerita explorarse antes de interpretarlo como un efecto protector genuino. Adicionalmente, fortalecer la consejería y el acompañamiento a las madres primigestas y a aquellas con menor nivel educativo considerando que estas variables sociodemográficas sí se asociaron de forma significativa con la aparición de problemas de lactancia.

- Ampliar el tamaño de la muestra en futuros estudios sobre apego precoz y lactancia temprana, de manera que la comparación entre grupos expuestos y no expuestos cuente con mayor poder estadístico para detectar diferencias que con el número de casos disponible no lograron distinguirse del azar.

- Plantear estudios con seguimiento prospectivo o de carácter multicéntrico que permitan reunir un número mayor de binomios madre e hijo, con el fin de precisar si la asociación entre estas prácticas y la prevención de problemas de lactancia se sostiene al aumentar el tamaño muestral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. Lactancia materna [Internet]. 2025 [citado 4 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/topics/lactancia-materna

2. Franco-del Río GR, Paredes-Melesio N. Repercusiones de la alimentación temprana en la lactancia materna exclusiva. Ginecol Obstet Mex. 2022;90(7):551-8. doi: 10.24245/gom.v90i7.7682

3. Sangay Aquino E. Contacto piel a piel y el inicio precoz de lactancia materna en recién nacidos atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca-Cajamarca [tesis]. Cajamarca; 2024. Universidad Nacional de Cajamarca.

4. Salas Nina A, Salguero Campana M. Contacto piel a piel y éxito de la lactancia materna en neonatos de centros de salud del primer nivel de atención de la Red Sur, Cusco – 2023 [Internet]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2024 [citado 6 de junio de 2025]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12918/8700

5. Giugliani ERJ. Common problems during lactation and their management. J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl): S147-54. doi: 10.2223/1248

6. World Health Organization. Infant and young child feeding [Internet]. 2023 [citado 4 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding

7. Ministerio de Salud Pública. Lactancia materna [Internet]. 2012 [citado 4 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/lactancia-materna/

8. Moore ER, Brimdyr K, Blair A, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2025;10(10):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub5

9. Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13(Supl 3):S19. doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S19

10. Bedford R, Piccinini-Vallis H, Woolcott C. The relationship between skin-to-skin contact and rates of exclusive breastfeeding at four months among a

group of mothers in Nova Scotia: a retrospective cohort study. Can J Public Health. 2022;113(4):589-97. doi: 10.17269/s41997-022-00627-7

11. Mena-Tudela D, Soriano-Vidal FJ, Vila-Candel R, Quesada JA, Martínez-Porcar C, Martin-Moreno JM. Is Early Initiation of Maternal Lactation a Significant Determinant for Continuing Exclusive Breastfeeding up to 6 Months? Int J Environ Res Public Health. 2023;20(4):3184. doi: 10.3390/ijerph20043184

12. UNICEF, OPS. Capturar el momento: inicio temprano de la lactancia materna, el mejor comienzo para cada recién nacido [Internet]. 2018 [citado 23 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/informes/capturar-el-momento

13. Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, et al. Skin-to-skin contact the first hour after birth. Acta Paediatr. 2019;108(7):1192-204. doi: 10.1111/apa.14754

14. Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, et al. Newborn behavior to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. Acta Paediatr. 2011;100(1):79-85. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010. 01983.x

15. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7

16. Rojas Rodríguez A, León Bustamante C. Explorando la realidad de la lactancia materna exclusiva y el apego precoz: revisión narrativa (Loja, Ecuador). Rev Indexia. 2024;10(6):38-45. doi: 10.65183/revind.e10.06

17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prácticas integrales del parto [Internet]. Quito: MSP; 2016 [14 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/parto-respetuoso-en-libre-posicion-y-con-pertinencia-intercultural/

18. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Lactancia materna en el Ecuador: datos ENSANUT [Internet]. Quito: INEC; 2022 [7 de julio de 2025].

Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/

19. Araiz AB, Lafarga L, Faura V, Blasco S, Rodríguez P, Molero B. Influencia del tipo de parto en la lactancia materna exclusiva (parto vaginal vs. parto por cesárea). Rev Sanit Investig. 2024; 5(3). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9398563

20. Sampieri CL, Gutiérrez Fragoso K, Córdoba-Suárez D, Zenteno-Cuevas R, Montero H. Influence of skin-to-skin contact on breastfeeding: results of the Mexican National Survey of Demographic Dynamics, 2018. Int Breastfeed J. 2022; 17:49. doi: 10.1186/s13006-022-00489-2 41.

21. Hong F, Song L, Chu X, Zhu Y, Wei Y, Wang J, Zou R, Ji J. Determinants of early lactation failure in mothers of moderately preterm neonates: a multilevel analysis of survey data. Front Nutr. 2025; 12:1668778. doi: 10.3389/fnut.2025.1668778

22. Agudelo-Pérez S, Aguirre-Díaz LM, Valderrama-López MA, Jaller-Duarte MF, Buitrago-Reyes L, Gamboa-Garay Ó. Análisis interino de un ensayo clínico aleatorizado sobre contacto piel a piel temprano versus inmediato en recién nacidos de término. Rev Mex Pediatr. 2020;87(4):126-31. doi: 10.35366/95821

23. Contreras Mora E, Núñez Carrera R, Erazo C. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante el confinamiento secundario a la pandemia por COVID-19 en lactantes nacidos en la Clínica Santa Bárbara, durante el periodo de abril a junio del 2020. Rev Ecuat Pediatr. 2022;23(1):28-34. doi: 10.52011/146

24. Tapia-Sequeiros G, Velazco-Cañari A, Ramos-Calizaya N, Medina-Vicente L, Rodríguez-Flores C, Ventura-Ramírez F, Maquera-Afaray J. Factores asociados con la interrupción de la lactancia materna exclusiva: análisis transversal de una encuesta nacional peruana. Acta Pediatr Mex. 2023;44(4):263-275. doi: 10.18233/ap m. v44i4.2687

25. Juan J, Zhang X, Wang X, Liu J, Cao Y, Tan L, Gao Y, Qiu Y, Yang H. Association between Skin-to-Skin Contact Duration after Caesarean Section

and Breastfeeding Outcomes. Children. 2022;9(11):1742. doi: 10.3390/children9111742

26. Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Peinado-Molina RA, Martínez-Galiano JM. Determinants and Factors Associated with the Maintenance of Exclusive Breastfeeding after Hospital Discharge after Birth. Healthcare. 2022;10(4):733. doi: 10.3390/healthcare10040733

27. Erazo Noguera PC, Jara Muñoz EV, Morán Arias SX. Apego precoz, situación actual del Hospital Metropolitano de Quito, Ecuador. Estudio descriptivo transversal durante el período agosto de 2022 a agosto de 2023. MetroCiencia. 2024;32(2):10-21. doi: 10.47464/MetroCiencia/vol32/2/2024/10-21

28. Lee S, Kim Y. The Effect of Immediate Skin-to-Skin Contact on Exclusive Breastfeeding: An Instrumental Variable Approach. Acta Paediatr. 2025;114(9):2367-2372. doi: 10.1111/apa.70122

29. Zorrilla Cabrejo M, Espinoza Rojas R. Factores asociados a la duración de la lactancia materna en niños menores de 2 años en el Perú 2021-2022. Med Clín Soc. 2024;8(2):213-221. doi: 10.52379/mcs.v8i2.407

30. Dueñas-Espín I, León Cáceres Á, Álava A, Ayala J, Figueroa K, Loor V, Loor W, Menéndez M, Menéndez D, Moreira E, Segovia R, Vinces J. Breastfeeding education, early skin-to-skin contact and other strong determinants of exclusive breastfeeding in an urban population: a prospective study. BMJ Open. 2021;11(3):e041625. doi: 10.1136/bmjopen-2020-041625

31. Carrera Polanco M, Lorente García-Mauriño AM, Domínguez Aurrecoechea B, Red de Investigación en Pediatría de Atención Primaria (PAPenRED). Prevalencia y características de la lactancia dolorosa. Estudio prospectivo multicéntrico en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021; 23:163-173. Disponible en: https://pap.es/articulo.php?id=13393

32. Barbera-Pérez PM, et al. Prevalencia de la anquiloglosia en el recién nacido e impacto de la frenotomía en un hospital de la Iniciativa para la

Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Bol Med Hosp Infant Mex. 2021;78(5):418-423. doi: 10.24875/bmhim.20000391

33. Ortiz-Romaní KJ, Loayza-Alarico MJ. Factores asociados al inicio temprano de lactancia materna entre mujeres peruanas. Index Enferm. 2023;32(1). doi: 10.58807/indexenferm20235772

34. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 8a ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.

35. Purkiewicz A, Regin KJ, Mumtaz W, Pietrzak-Fiećko R. Breastfeeding: the multifaceted impact on child development and maternal well-being. Nutrients. 2025;17(8):1326. doi: 10.3390/nu17081326

36. Yi DY, Kim SY. Human breast milk composition and function in human health: from nutritional components to microbiome and microRNAs. Nutrients. 2021;13(9):3094. doi: 10.3390/nu13093094

37. Stuebe AM. Does breastfeeding prevent the metabolic syndrome, or does the metabolic syndrome prevent breastfeeding? Semin Perinatol. 2015;39(4):290-5. doi: 10.1053/j.semperi.2015.05.008

38. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.

39. UNICEF, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Consenso: la primera hora de vida [Internet]. Buenos Aires: UNICEF Argentina; 2022 [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/media/16066/file/La%20primera%20hora%20de%20vida.pdf

40. Bystrova K, Widström AM, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Welles-Nyström B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. Acta Paediatr. 2003;92(3):320-6. doi: 10.1111/j.1651-2227. 2003.tb00553.x

41. Bergman NJ. Historical background: maternal-neonate separation and neonatal care. Birth Defects Res. 2019;111(15):1081-6. doi: 10.1002/bdr2.1528

42. Martínez-Hortelano JA, Saz-Lara A, Gómez González JL, Cristóbal-Aguado S, Iglesias-Rus L, Martínez-Vizcaíno V, Garrido-Miguel M. Skin-to-skin contact and breastfeeding after caesarean section: a systematic review and meta-analysis of intervention studies. Int J Nurs Stud. 2025; 166:105038. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2025.105038 43.

43. Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol #5: peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. Breastfeed Med. 2013;8(6):469-73. doi: 10.1089/bfm.2013.9979

44. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 17 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989

45. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. Matern Child Nutr. 2016;12(3):402-17. doi: 10.1111/mcn.12294

46. Cárdenas Vidal FL, Criollo Chalco MM, Loja Arpi PA. Anquiloglosia y lactancia materna: revisión de la literatura. Rev Latinoam Ortod Odontopediatr. 2023;(1). Disponible en: https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2023/art-25

47. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: WHO; 2018. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240001459

48. Karimi FZ, Miri HH, Khadivzadeh T, Maleki-Saghooni N. The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding:

a systematic review and meta-analysis. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2020;21(1):46-56. doi: 10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0138

49. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/333686

50. Crenshaw JT. Healthy birth practice #6: keep mother and baby together—it's best for mother, baby, and breastfeeding. J Perinat Educ. 2014;23(4):211-21. doi: 10.1891/1058-1243.23.4.211

51. Hernández-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, Chapin EM. Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol #7: model maternity policy supportive of breastfeeding. Breastfeed Med. 2018;13(9):559-74. doi: 10.1089/bfm.2018.29110.mha

52. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2022;150(1):e2022057988. doi: 10.1542/peds.2022-057988

53. Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol #36: the mastitis spectrum, revised 2022. Breastfeed Med. 2022;17(5):360-76. doi: 10.1089/bfm.2022.29207.kbm

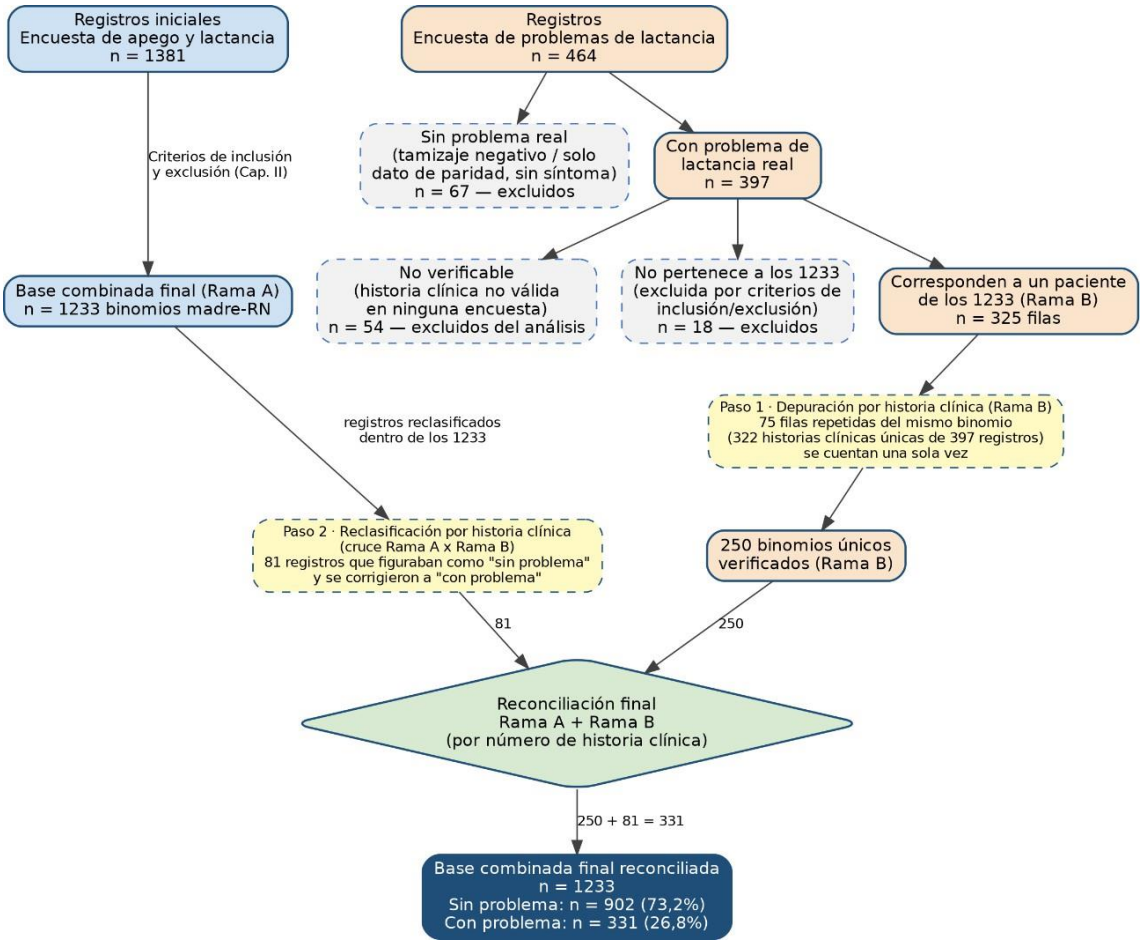
54. Giannì ML, Lanzani M, Consales A, Bestetti G, Colombo L, Bettinelli ME, Plevani L, Morniroli D, Sorrentino G, Bezze E, Zanotta L, Sannino P, Cavallaro G, Villamor E, Marchisio P, Mosca F. Exploring the emotional breastfeeding experience of first-time mothers: implications for healthcare support. Front Pediatr. 2020; 8:199. doi: 10.3389/fped.2020.00199

ANEXO

Anexo A. Flujograma de conformación de la muestra y reconciliación de las encuestas de apego/lactancia y problemas de lactancia

Figura 1

Flujo de la muestra



Fuente: encuesta de apego y lactancia (n=1381), encuesta de problemas de lactancia (n=464) y base combinada reconciliada del HGGS, julio–diciembre 2025.

Nota explicativa

El flujograma documenta dos ramas de recolección que se reconciliaron en una sola base de análisis. La Rama A corresponde a la encuesta general de apego y lactancia (1381 registros) sobre la cual se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión descritos en el Capítulo II, quedando 1233 binomios madre-recién

nacido como base combinada. La Rama B corresponde a la encuesta específica de problemas de lactancia (464 registros) aplicada como seguimiento a un subgrupo de las mismas pacientes.

De los 464 registros de la Rama B, 67 correspondían a un resultado de tamizaje negativo o a un dato exclusivo de paridad sin síntoma asociado, por lo que se excluyeron del conteo de problema real. De esos 397 registros, 18 se excluyeron de la base de 1233 por no cumplir los criterios de inclusión del estudio y 54 registros adicionales quedaron sin poder verificarse por no contar con una historia clínica válida en ninguna de las dos encuestas; en total 72 registros quedaron fuera del análisis que se presenta a continuación. Los 325 registros restantes correspondían a un paciente presente en la base de 1233, pero al usar el número de historia clínica como criterio para identificar a cada paciente se determinó que 75 de esos 325 registros correspondían a un seguimiento repetido del mismo binomio madre-recién nacido (322 historias clínicas únicas frente a 397 registros); estos registros repetidos se contaron una sola vez, quedando así 250 binomios únicos con problema de lactancia real verificado en la Rama B.

La reconciliación entre ambas ramas se realizó utilizando ese mismo número de historia clínica como llave de enlace entre la Rama A y la Rama B, este criterio permitió identificar 81 registros que en la base combinada original figuraban como sin problema pero según la encuesta específica de problemas de lactancia, sí contaban con un reporte de problema verificable, por lo que se reclasificaron como con problema en la base final. Sumando los 250 binomios únicos verificados en la Rama B con los 81 registros reclasificados a partir de la reconciliación, el resultado final es una base de 1233 casos de los cuales 331 (26,8%) quedaron registrados con problema de lactancia y 902 (73,2%) sin problema.

Resumen de la conciliación

Componente	n	Tratamiento en el análisis
Registros encuesta de problemas de lactancia	464	—

Componente	n	Tratamiento en el análisis
Sin problema real (tamizaje negativo / solo paridad)	67	Excluidos del conteo
Con problema de lactancia real	397	—
No verificables (HC no válida en ninguna encuesta)	54	Excluidos del análisis
No pertenecen a los 1233 (excluidos por criterios de inclusión/exclusión)	18	Excluidos del análisis
Corresponden a un paciente de los 1233 (con 75 duplicados internos)	325	Base para la reconciliación
Binomios únicos tras remover duplicados	250	Base verificada para reconciliación
Registros corregidos en la reconciliación (sin problema → con problema)	81	Incorporados al conteo final
Total **con problema** en la base final (n=1233)	331	Incluido en el análisis de los 3 objetivos

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo**, Andrea Vanesa Cifuentes Altamirano**, con C I # 0951749167 autora del trabajo de titulación: **Apego precoz y el inicio temprano del amamantamiento en la prevención de problemas de lactancia en recién nacidos atendidos en el Hospital General Guasmo Sur, en el periodo julio - diciembre de 2025**, previo a la obtención del título de **Especialista en Pediatría** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, septiembre de 2026

Andrea Vanesa Cifuentes Altamirano
Time Stamping Security Data

f. _____

Md. Andrea Vanesa Cifuentes Altamirano

C.I: # 0951749167

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	**Apego precoz y el inicio temprano del amamantamiento en la prevención de problemas de lactancia en recién nacidos atendidos en el Hospital General Guasmo Sur, en el periodo julio - diciembre de 2025**		
AUTORA	**Andrea Vanesa Cifuentes Altamirano**		
REVISORES/TUTOR	**Dr. Francisco Obando Freire, Dra. Mercedes Margarita Chimbo Jiménez, Dr. Antonio María Aguilar Guzmán, Dra. Thzuska Lorena Pico Mawyin**		
INSTITUCIÓN:	**Universidad Católica de Santiago de Guayaquil**		
FACULTAD:	**Escuela de Graduados en Ciencia de la Salud/Sub-Sistema de Posgrado**		
CARRERA:	**Especialización en Pediatría**		
TITULO OBTENIDO:	**Especialista en Pediatría**		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	**septiembre de 2026**	**No. DE PÁGINAS:**	**62**
ÁREAS TEMÁTICAS:	**Pediatría**		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	**apego precoz, lactancia materna, contacto piel a piel, problemas de lactancia, recién nacido**		

RESUMEN/ABSTRACT

Introducción: el apego precoz e inicio temprano del amamantamiento se describen en la literatura como factores protectores frente a los problemas de lactancia, aunque su magnitud varía según el diseño, el tamaño muestral y el desenlace medido en cada estudio; el Hospital General Guasmo Sur aplica estas prácticas desde el periodo prenatal pero no contaba con evidencia local sobre su efectividad. Objetivo: evaluar la importancia del apego precoz y el inicio temprano del amamantamiento en la prevención de problemas de lactancia en recién nacidos atendidos en el Hospital General Guasmo Sur, en el periodo julio a diciembre de 2025. Metodología: se desarrolló un estudio observacional, prospectivo, longitudinal y analítico de cohorte, censal, con recién nacidos a término del HGGS entre julio y diciembre de 2025, sin morbilidades al nacimiento ni en sus madres. Resultados: la población fue de 1233 binomios madre-recién nacido, 902 (73,2 %) sin problema de lactancia; 873 estuvieron expuestos a apego precoz y lactancia temprana simultáneos, con frecuencia de problema de 25,9 % frente a 29,2 % en los 360 no expuestos, sin diferencia significativa (χ^2=1,395; p=0,2375; RR=0,888, IC95 % 0,729-1,080; OR=0,848, IC95 % 0,646-1,115). El dolor al lactar (70,4 %) y el mal agarre (36,3 %) fueron las causas más frecuentes; de catorce factores clínicos, solo pocos controles prenatales alcanzó significancia (p=0,0001; OR=0,37) en sentido inverso, hallazgo exploratorio que no debe leerse como recomendación clínica. La paridad (p=0,0001) y el nivel educativo materno (p=0,044) sí se asociaron con el problema. Conclusión: no se encontró evidencia significativa de que estas prácticas influyan en la prevención de problemas de lactancia en el HGGS, aunque la proporción de binomios sin problema respalda mantenerlas; el aporte principal es la evidencia local generada para una institución que carecía de ella, generalizable con cautela al sistema nacional de salud del Ecuador

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	**Teléfono:** +593-	E-mail:
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (C00RDINADOR DEL PROCESO UTE):	**Nombre: Mercedes Margarita Chimbo Jiménez**	
	Teléfono: +593-985817497	
	E-mail: mercedes.chimbo@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	