

Nutrición Hospitalaria



**Prevalencia del inicio precoz de
la lactancia materna**

**Prevalence of the early onset of
maternal breastfeeding**

10.20960/nh.02510

OR 2510 PEDIATRÍA

Prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna

Prevalence of the early onset of maternal breastfeeding

Antonio Herrera-Gómez^{1,2}, Javier Ramos-Torrecillas^{2,3}, Concepción Ruiz^{2,3,4}, Francisco Manuel Ocaña-Peinado⁵, Elvira De Luna-Bertos^{2,3} y Olga García-Martínez^{2,3}

¹Hospital Universitario "San Cecilio". Granada. Sistema Sanitario Público Andaluz. Junta de Andalucía. ²Grupo de Investigación Biosanitario BIO277. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. Granada. ³Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.GRANADA. Universidad de Granada. Granada. ⁴Instituto de Neurociencias. Universidad de Granada. Granada. ⁵Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada

Recibido: 18/01/2019

Aceptado: 26/04/2019

Correspondencia: Elvira De Luna Bertos. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Av. de la Ilustración, 60. 18016 Granada
e-mail: elviradlb@ugr.es

Financiación: Este estudio recibió financiación y fue apoyado por la subvención CEI2014-MP_BS_7 de CEI-BIOTIC (Ministerio de Ciencia e Innovación). Grupo de Investigación BIO277 (Junta de Andalucía). Departamento de Enfermería (Universidad de Granada).

RESUMEN

Introducción: el momento en que el recién nacido recibe la primera toma no ha sido estudiado de modo explícito y se necesitan investigaciones para evaluar las medidas de apoyo a la lactancia. Nuestro objetivo fue

determinar la prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna (IPLM) y analizar su relación con distintos factores maternos y del recién nacido.

Métodos: estudio descriptivo transversal realizado durante tres años en un hospital público. La base de datos utilizada para el estudio procedió de un registro clínico electrónico. Se realizó un análisis univariado descriptivo de todas las variables y se analizó la relación existente entre el IPLM con distintos parámetros maternos y del recién nacido mediante el test de Fisher.

Resultados: nuestros resultados mostraron que la prevalencia de un IPLM fue de un 88,4%, de un total de 2.683 nacimientos incluidos en el estudio. Además, se encontró asociación significativa entre este IPLM y distintos factores maternos, como la paridad ($p = 0,05$) y las semanas de gestación ($p = 0,047$), excepto con la edad ($p = 0,522$). Igualmente, se encontró una asociación fuerte con todos los factores del niño ($p = 0,000$), como el peso, el color del líquido amniótico, el test de Apgar al minuto y a los cinco minutos, el tipo de reanimación que precisaba o la necesidad de ingreso en la unidad neonatal.

Conclusiones: la tasa de IPLM en nuestro ámbito de estudio es alta y está influenciada por distintos factores maternos y del recién nacido.

Palabras clave: Lactancia materna. Inicio precoz. Prevalencia. Madre. Recién nacido.

ABSTRACT

Introduction: the situation with maternal breastfeeding is difficult to describe with any certainty, given the absence of any data gathered in maternity hospitals, and the timing of its onset has not been explicitly evaluated. Further research is needed to evaluate breastfeeding support measures. The objective of the present study was to determine the prevalence of early onset of maternal breastfeeding (EOMB) and to analyze the relationship with different maternal and newborn factors.

Methods: a descriptive study was performed of births in a public hospital over a three-year period. The database used for the study derived from an

electronic clinical record system designed by professionals. Descriptive and univariate analyses were performed. The association of early onset of maternal breastfeeding with other parameters from mother and newborn was analyzed by the Fisher's test.

Results: the prevalence of EOMB was 88.4%. A total of 2,683 births were included in the study. Significant associations were found between this EOMB and different maternal factors, such as parity ($p = 0.05$) and weeks of gestation ($p = 0.047$), but not with age ($p = 0.522$). A strong association was also found with all the factors of the child ($p = 0.000$), such as weight, color of the amniotic fluid, the Apgar test at one and five minutes, the type of resuscitation required or the need for admission in the neonatal unit.

Conclusions: There has been a high rate of (EOMB) in our setting.

Key words: Breastfeeding. Early initiation. Prevalence. Mother. Newborn.

INTRODUCCIÓN

La importancia de la lactancia materna para la salud del lactante y las madres está bien documentada. Al lactante le aporta una nutrición óptima, favorece un desarrollo y crecimiento adecuados y disminuye el riesgo de padecer algunas enfermedades como otitis, diarrea e infecciones respiratorias, obesidad, hipercolesterolemia y diabetes, entre otras (1-3). Por otro lado, a la madre le aporta beneficios importantes, como una disminución del riesgo de cáncer de mama y ovario, menores tasas de obesidad y diabetes tipo 2 y reducción de las hemorragias postparto (1,4,5).

Sin embargo, la prevalencia y duración de la lactancia materna en la mayoría de los países desarrollados está muy por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y la complementaria con otro tipo de alimentos hasta los dos años o más de edad (6).

Un comienzo precoz de la lactancia materna favorece un mayor apego entre la madre y su hijo y una mayor duración de la lactancia materna

(7,8). Igualmente, se ha descrito que este inicio precoz ayuda a establecer la lactancia materna exclusiva (9). Además, hay estudios recientes que demuestran que este inicio precoz conlleva una colonización del intestino del recién nacido por bacterias maternas, lo cual le ayudará a combatir algunas enfermedades y regular su sistema inmunológico (10). Por otro lado, se ha descrito también que los componentes de la lactancia, como la lactoferrina, las prostaglandinas, los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (n-3), el colesterol y los oligosacáridos no digeribles, en los primeros días de vida pueden influir en la expresión de determinados genes, contrarrestando la predisposición genética a la obesidad o a otras enfermedades crónicas (11). Es sin duda un mecanismo potencial de salud y se considera que es un indicador de excelencia de la lactancia (12), por lo que los documentos publicados por la OMS y UNICEF recomiendan el contacto piel con piel y el apoyo a la lactancia en la primera hora después del parto (5,13). Sin embargo, el momento en que el recién nacido recibe la primera toma no ha sido evaluado de modo explícito y la situación de la lactancia es difícil de describir con certeza, dada la ausencia de datos recogidos en las maternidades, ya que no se dispone de datos oficiales sobre este aspecto y se desconoce cómo de implantada está esta recomendación (8). No obstante, para evaluar las medidas de promoción y apoyo a la lactancia materna se recomienda la recogida periódica de datos actualizados y fiables. Por estas razones, las guías de práctica clínica nacionales e internacionales sobre lactancia materna recomiendan la realización de registros e investigaciones al respecto (8,14).

Por todo lo expuesto, y dada la importancia que tiene la lactancia materna para la salud del recién nacido y de la madre, consideramos que era necesario conocer más e investigar sobre el inicio precoz de la lactancia materna. Por ello, nos planteamos en el presente estudio determinar la prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna (inicio de la lactancia en la primera hora de vida). También se analizó la relación de este inicio precoz de la lactancia con distintos factores maternos y del recién nacido. Los factores maternos que estudiamos, fueron la edad materna, la paridad y las semanas de gestación, y con respecto al recién nacido, estudiamos el

peso, el color del líquido amniótico, el test de Apgar al minuto y a los cinco minutos, el tipo de reanimación que precisa o la necesidad de ingreso en la unidad neonatal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal de todos los partos en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, en Jaén (España), entre marzo de 2010 y marzo de 2013. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la provincia de Jaén. Solo se incluyeron las gestaciones a término y de inicio espontáneo o estimulado. Como criterios de exclusión se establecieron: inicio de parto inducido por patología médica u obstétrica, la cesárea electiva o la presencia de algún factor de riesgo importante, como la hipertensión, la diabetes, la enfermedad materna grave, la toxemia, el crecimiento intrauterino retardado, el embarazo cronológicamente prolongado, la rotura prematura de membranas mayor de 24 horas, el oligoamnios y el polihidramnios. La forma de muestreo fue de tipo no probabilístico y consecutivo, atendiendo a los citados criterios de inclusión y exclusión.

Variables

Se recogieron los datos sobre el IPLM, al igual que se valoraron otras variables relacionadas con la madre, como la edad materna (≤ 35 años o > 35 años), la paridad (primípara o multípara) y las semanas de gestación (≤ 40 o > 40), y con el recién nacido, como el peso ($\leq 2,5$ kg o $> 2,5$ kg), el color del líquido amniótico (claro o teñido), el test de Apgar al minuto (≤ 7 o > 7) y a los cinco minutos (≤ 7 o > 7), el tipo de reanimación que precisa (sí o no) o la necesidad de ingreso en la unidad neonatal (sí o no). Esta agrupación de datos se consideró atendiendo a la edad materna y al riesgo obstétrico (> 35 años), a la fecha probable de parto (40 semanas de gestación), al bajo peso al nacer del recién nacido ($\leq 2,5$ kg), a una adecuada adaptación extrauterina en el nacimiento (test de Apgar > 7) y a la presencia o no de líquido amniótico con meconio del recién nacido

(líquido teñido).

Fuente de datos

La base de datos utilizada para el estudio procedió de un registro clínico electrónico diseñado por el equipo de Ginecología/Obstetricia de nuestro hospital y fue completo.

Procedimiento de información

El equipo de matronas de la Unidad de Partos y el resto del personal de enfermería es el encargado de favorecer la vinculación materna-filial y la aparición de conductas instintivas que facilitan el comienzo de la lactancia materna mediante el contacto piel con piel. Se asegura este contacto inmediato, sin prisas, entre la madre y el recién nacido sin envolver, inmediatamente después del nacimiento. Dicho personal es el encargado de vigilar la primera toma y el estado del recién nacido y de la madre, además de asesorar e informar en todo el proceso.

Análisis estadístico

El software SPSS v 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) se usó para el análisis estadístico. Se realizó un análisis univariado descriptivo para las variables, utilizando una tabla resumen o figura, donde se incluyeron las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y la media junto a la desviación estándar para las variables cuantitativas. La posible relación existente entre el inicio precoz de la lactancia materna con los distintos parámetros maternos y del recién nacido se analizó mediante el test de Fisher. Asimismo, se estimó para la muestra analizada la OR, junto con un intervalo de confianza al 95% para dicha estimación. En todos los test estadísticos realizados el nivel de significación se fijó en $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

Un total de 2.683 nacimientos fueron asistidos, atendiendo a los criterios de inclusión, en la Unidad de Partos de un Hospital público en España, entre 2010 y 2013, y la prevalencia de un inicio precoz de la lactancia

materna durante la primera hora de vida del recién nacido fue del 88,4% (n = 2.372), frente al 11,6% (n = 311) de los recién nacidos que no la iniciaron de una forma precoz. Las características de las madres y de los recién nacidos se pueden observar en la tabla I.

Asociación entre el IPLM y factores maternos

No se encontró asociación entre la edad materna y el IPLM ($p = 0,522$), como podemos observar en la tabla II. Sin embargo, nuestros resultados muestran que hubo una asociación significativa entre el inicio precoz de la lactancia materna y las semanas de gestación. Las mujeres de ≤ 40 semanas de gestación iniciaron la lactancia en un 89,1%, frente a un 86% que la inició con más de 40 semanas ($p = 0,047$), con una OR de 1,325 (IC 95%: 1,009 -1,742), (Tabla II).

Igualmente, se detectó que hay una asociación significativa entre la paridad y el inicio precoz de la lactancia materna ($p = 0,05$), estimándose la OR en 1,416 con un IC del 95% (1,111-1,806) (Tabla II).

Asociación entre el IPML y factores del recién nacido

El análisis estadístico del IPLM con los factores del recién nacido se muestra en la tabla III, donde podemos observar una asociación estadísticamente significativa fuerte entre dicho inicio precoz de la lactancia y todos los factores del recién nacido estudiados ($p = 0,000$).

En relación al test de Apgar al minuto, se observó que el 56,7% de los recién nacidos con una puntuación ≤ 7 iniciaron precozmente la lactancia materna, frente al 89,5% que la inició con una puntuación > 7 , estimándose una OR de 6,538 (IC 95%: 4,288-9,969). Con respecto al test de Apgar a los cinco minutos, se obtuvo una asociación significativa más fuerte aún que al minuto, estimándose una OR de 13,498 (IC 95%: 3,928-46,388).

El porcentaje de recién nacidos con peso ≤ 2.500 gramos que iniciaron la lactancia fue del 68,1% frente al 88,8% de niños con un peso > 2.500 gramos, estimándose una OR de 3,703 (IC 95%: 1,981-6,921). Los datos acerca de la necesidad o no de reanimación del niño muestran un

porcentaje de un 69,4% de recién nacidos que iniciaron la lactancia cuando sí precisaron algún tipo de reanimación, frente a un 93% que la iniciaron cuando no hubo necesidad de reanimar. La OR estimada fue de 5,848 (IC 95%: 4,503-7,954). Esta OR fue estimada en 19,398 (IC 95%: 13,150-28,615) en relación a la necesidad o no de ingreso en la unidad neonatal. Igualmente, nuestros datos muestran que hay una asociación significativa entre el IPLM y el color del líquido amniótico por presencia o no de meconio del niño en el mismo. Como podemos observar en la tabla III, el 90,9% de los recién nacidos la iniciaron cuando el líquido era claro, estimándose una OR de 2,880 (IC 95%: 2,216-3,744).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio muestra una alta prevalencia de IPLM y una fuerte asociación entre este parámetro y distintos factores de la madre (semanas de gestación y paridad) y del recién nacido (peso, color del líquido amniótico, test de Apgar, tipo de reanimación requerida y necesidad de ingreso en la unidad neonatal), con una OR mayor a 2.

Los datos obtenidos en nuestro estudio muestran una tasa de IPLM del 88,4%, lo que supone una alta prevalencia, si tenemos en cuenta el estudio de Martínez y Delgado (15), que establece que la prevalencia del IPLM oscila entre el 17% de Europa Occidental y el 50% de los países de América Latina (15); no obstante, hay estudios que encuentran tasas más altas, del orden del 74% (16) o 76% (17). De igual modo, Bystrova y cols. (18) muestran una tasa del 95%. Aun así, hay que señalar que la maternidad en la que se estudia esta prevalencia tan elevada tenía implementado el contacto piel con piel de la madre con el recién nacido como práctica habitual. Existe una fuerte evidencia de que el contacto piel con piel de la madre con el recién nacido inmediato e ininterrumpido tras el parto tiene beneficios con respecto a la lactancia (19,20). En nuestra maternidad de estudio se fomenta igualmente el contacto piel con piel, lo que podría contribuir de forma importante en el porcentaje de IPLM detectado.

La primera toma del bebé puede verse afectada por los distintos

procedimientos clínicos y por el apoyo y asesoramiento de los profesionales sanitarios en las maternidades (22), como por ejemplo la preparación al parto (15). Estudios previos han demostrado que la implementación de programas estructurados en las maternidades aumenta las tasas de lactancia materna exclusiva (25). Además, en un modelo de atención por matronas se observa una mayor probabilidad de que se inicie la lactancia materna y menores tasas de ingresos en la unidad neonatal (23,24). En este sentido, cabe señalar que nuestro estudio se ha llevado a cabo en una maternidad que trabaja en base a una guía asistencial al parto poco intervencionista, humanizada y atendida por matronas.

La lactancia es un fenómeno multifactorial y complejo y puede verse influenciada tanto por factores maternos como por factores del recién nacido (25).

Algunos autores encuentran que las primíparas tienen peores resultados en las tasas de la lactancia de una forma general (26), lo cual va en consonancia con nuestros resultados, y que las mujeres jóvenes lactan en menor medida (15), aunque otros investigadores no encuentran diferencias al respecto (26). En nuestro estudio tampoco encontramos diferencias en relación a la edad materna, pero sí que observamos que las mujeres con una edad gestacional menor a la fecha probable de parto (40 semanas de gestación) tenían más probabilidad de un IPLM. Sin embargo, Bystroba y cols. (26) observan que esta probabilidad era mayor en el caso contrario, es decir, con una edad gestacional mayor a la fecha del parto. Hay que señalar que el porcentaje de primíparas en nuestro estudio fue menor que el de multíparas y que la edad media de las mujeres fue de 31 años.

En relación al recién nacido, son distintos los factores descritos que tienen influencia sobre el IPLM (27). A la vista de nuestros resultados, el peso del recién nacido parece influir positivamente, como muestran igualmente Bystroba y cols. (18) y Lind y cols. (26) en sus estudios. Sin embargo, un test de Apgar al minuto y a los cinco minutos \leq a 7, con necesidad de reanimación o ingreso en la unidad neonatal o con presencia de líquido

teñido son factores que afectan negativamente el IPLM. Estos resultados están en consonancia con la mayoría de los autores que han estudiado estos factores del niño (27-29). Hay que destacar que en caso de necesidad de ingreso en la unidad neonatal, que en nuestro estudio fue del 5,6% del total de los partos, el principal motivo de no iniciar la lactancia en la unidad tras el parto es como consecuencia de la separación madre-hijo.

El tipo de parto es otro factor descrito que puede influir en la lactancia (26,30). Así, en los partos por cesárea los índices de lactancia materna son inferiores a los de los partos vaginales (30-32). En este sentido, Erlandsson y cols. (33) sugieren que en las cesáreas se sigan las mismas recomendaciones que en los partos vaginales, aconsejando que cuando el contacto piel con piel no sea posible con la madre, se coloque al recién nacido en contacto piel con piel con el padre o con la persona designada.

Una limitación de nuestro estudio ha sido el hecho de no recoger información sobre la causa de no IPLM. Del mismo modo, al ser un estudio descriptivo transversal no nos posibilita identificar relaciones causales entre los factores estudiados, pero sí que nos proporciona una buena estimación de prevalencia y nos posibilita realizar hipótesis causales. En futuras investigaciones sería necesario estudiar la evolución de dicha lactancia tras el alta hospitalaria.

En conclusión, la tasa de IPLM, en una maternidad con un programa estructurado atendido por matronas y en donde se fomenta el contacto piel con piel es alta y está influenciada por distintos factores maternos y del recién nacido. Sugerimos la conveniencia de realizar un seguimiento de la lactancia a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Madrid Baños N, Mur Villar N, Expósito Ruiz M, Hermoso Rodríguez E. Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente: revisión sistemática. *Nutr Hosp* 2015;31(2):606-20.
2. Morales E, García-Esteban R, Guxens M, Guerra S, Méndez M, Moltó-

Puigmartí C, et al. Effects of prolonged breastfeeding and colostrum fatty acids on allergic manifestations and infections in infancy. *Clin Exp Allergy* 2012;42:918-28.

3. Robinson S, Fall C. Infant nutrition and later health: a review of current evidence. *Nutrients* 2012;4:859-74.

4. Aguilar Cordero MJ, González Jiménez E, Álvarez Ferre J, Padilla López CA, Mur Villar N, García López PA, et al. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Nutr Hosp* 2010;25(6):954-8.

5. Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre la lactancia materna. Consultado el 22 de junio de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/es/index.html>

6. World Health Organization (WHO). Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. 55th World Health Assembly. Geneva: WHO; 2002.

7. DiFrisco E, Goodman KE, Budin WC, Lilienthal MW, Kleinman A, Holmes B. Factors associated with exclusive breastfeeding 2 to 4 weeks following discharge from a large, urban, academic medical center striving for baby-friendly designation. *J Perinat Educ* 2011;20(1):28.

8. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Postnatal care up to 8 weeks after birth. London: NICE; 2015. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG37>

9. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD003519.

10. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387(10017):475-90.

11. Verduci E, Banderali G, Barberi S, Radaelli G, Lops A, Betti F, et al. Epigenetic effects of human breast milk. *Nutrients* 2014;6(4):1711-24.

12. Sallam SA, Babrs GM, Sadek RR, Mostafa AM. Knowledge, attitude, and practices regarding early start of breastfeeding among pregnant, lactating women and healthcare workers in El-Minia University Hospital. *Breastfeed Med* 2012;8(3):312-6.

13. American Academy of Pediatrics. Policy statement. Breastfeeding

and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.

14. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. Guías de Práctica Clínica en el SNS; 2017.

15. Martínez JM, Delgado M. Early initiation of breastfeeding is benefited by maternal education program. *Rev Assoc Med Bras* 2013;59(3):254-7.

16. Sanabria M, Coronel J, Díaz C, Salinas C, Sartori J. Breast feeding profile in 4 neonatal services. *Chilean J Pediatr* 2005;76(5):530-5.

17. Wilson MJA, MacArthur C, Cooper GM, Bick D, Moore PAS, Shennan A, on behalf of the COMET Study Group UK. Epidural analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. *Anaesthesia* 2010;65:145-53.

18. Bystrova K, Widström AM, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Welles-Nyström B, Vorontsov I, et al. Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomised trial in St. Petersburg. *Int Breastfeed J* 2007;2:9.

19. Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J Midwifery Womens Health* 2007;52(2):116-25.

20. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *J Midwifery Womens Health* 2007;52(3):262-72.

21. Belintxon-Martín M, Zaragüeña MC, Adrián MC, López-Dicastillo O. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *An Sist Sanit Navarr* 2011;34(3):409-18.

22. Hawkins SS, Stern AD, Baum CF, Gillman MW. Compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative and impact on breastfeeding rates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2014;99(2):F138-43.

23. Sandall J, Soltani H, Puertas S, Shennan A, Devane D. Midwife-led

continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;CD004667.

24. Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, Biro MA, Farrell T, Gold L, et al. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:28.

25. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalence of factors associated with the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life in the INMA birth cohort in Gipuzkoa. *Gac Sanit* 2015;29(1):4-9.

26. Lind JN, Perrine CG, Li R. Relationship between use of labor pain medications and delayed onset of lactation. *J Hum Lact* 2014;30(2):167-73.

27. Sharma IK, Byrne A. Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia. *Int Breastfeed J* 2016;18(11):17.

28. Craighead DV, Elswick RK Jr. The influence of early-term birth on NICU admission, length of stay, and breastfeeding initiation and duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2014;43(4):409-21.

29. Lau Y, Tha PH, Ho-Lim SST, Wong LY, Lim PI, Citra Nurfarah BZM, et al. An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. *Matern Child Nutr* 2018;14(1).

30. Gouchon S, Gregori D, Picotto A, Patrucco G, Nangeroni M, Di Giulio P. Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. *Nurs Res* 2010;59(2):78-84.

31. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr* 2001;131(11):3012S-5S.

32. Evans KC, Evans RG, Royal R, Esterman AJ, James SL. Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88(5):F380-2.

33. Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care

with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. Birth 2007;34(2):105-14.



Tabla I. Características maternas y del recién nacido

	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar (DE)</i>
<i>Características maternas</i>		
Edad materna	31	5,292
Semanas de gestación	40	1,141
	<i>n</i>	<i>%</i>
Primíparas	1.218	45,4
Múltiparas	1.465	54,6
Total	2.683	100%
<i>Características del recién nacido</i>		
Test de Apgar al minuto	9	0,63943
Test de Apgar 5 minutos	10	0,52055
Peso (g)	3.349,14	417,757
	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Tipo de reanimación</i>		
No precisa	2.152	80,2%
Básica	518	19,3%
Avanzada	13	0,5%
Ingreso Unidad Neonatal	150	5,6%
<i>Líquido amniótico</i>		
Claro	2.195	81,8%
Teñido (+)	271	10,1%
Teñido (++)	166	6,2%
Teñido (+++)	27	1%
Hemorrágico	24	0,9%
Total	2.683	100%

Tabla II. Asociación entre el inicio precoz de la lactancia materna y factores maternos

Variables	Inicio precoz de la lactancia materna		Valor de p (test de Fisher)	Odds ratio (OR)	Intervalo de confianza (IC 95% para OR)
	Sí	No			
Edad materna	≤ 35 años	88,6% (n = 1.894)	11,4% (n = 244)	0,522	1,112 (0,819-1,509)
	> 35 años	87,5% (n = 405)	12,5% (n = 58)		
Semanas de gestación (SG)	≤ 40 SG	89,1% (n = 1.801)	10,9% (n = 221)	0,047*	1,325 (1,009-1,742)
	> 40 SG	86% (n = 498)	14% (n = 81)		
Paridad	Primípara	86,6% (n = 1.021)	13,4% (n = 158)	0,005*	1,416 (1,111-1,806)
	Multípara	90,1% (n = 1.263)	9,9% (n = 138)		

*Diferencias significativas.

Tabla III. Asociación entre el inicio precoz de la lactancia materna y factores del recién nacido

Variables	Inicio precoz de la lactancia materna		Valor de p (test de Fisher)	Odds ratio (OR)	Intervalo de confianza (IC 95% para OR)
	Sí	No			
Test de Apgar al minuto	≤ 7	56,7% (n = 55)	43,3% (n = 42)	0,000*	6,538 (4,288-9,969)
	> 7	89,5% (n = 2.209)	10,5% (n = 258)		
Test de Apgar a los 5 minutos	≤ 7	36,4% (n = 4)	63,6% (n = 7)	0,000*	13,49 8 (3,928-46,388)
	> 7	88,5% (n = 2.260)	11,5% (n = 293)		
Peso (g)	≤ 2.500	68,1% (n = 32)	31,9% (n = 15)	0,000*	3,703 (1,981-6,921)
	> 2.500	88,8% (n = 2.267)	11,2% (n = 287)		
Reanimación	No precisa	93% (n = 1.803)	7% (n = 136)	0,000*	5,848 (4,503-7,594)
	Sí precisa	69,4% (n = 331)	30,6% (n = 146)		
Ingreso en la Unidad Neonatal	No	91% (n = 2.030)	9% (n = 200)	0,000*	19,39 8 (13,150-28,615)
	Sí	34,4% (n = 45)	65,6% (n = 86)		
Líquido amniótico	Claro	90,9% (n = 1.910)	9,1% (n = 191)	0,000*	2,880 (2,216-3,744)
	Teñido	77,6% (n = 368)	22,4% (n = 106)		

*Diferencias significativas.

