

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

---

**RELACION ENTRE EL TIEMPO DE CONTACTO PRECOZ Y LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE VIDA EN EL HOSPITAL  
REGIONAL DEL CUSCO, 2024**

---

**PRESENTADO POR:**

BACH. ANA MARÍA DÍAZ CONDORI

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**ASESOR:**

DR. RONNY BREIBAT TIMPO

CUSCO - PERÚ

2024

# INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, Asesor del trabajo de investigación/tesis titulada: RELACION ENTRE EL TIEMPO DE CONTACTO PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE VIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2024

presentado por: ANA MARIA DIAZ CONDOMI con DNI Nro.: 71532660 presentado por: ..... con DNI Nro.: ..... para optar el título profesional/grado académico de MEDICO CIRUJANO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 7%.

## Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 03 de ENERO de 2025

  
Firma  
Post firma RONNY GABRIEL BATISTA

Nro. de DNI 41584936

ORCID del Asesor 0000-0001-8996-9368

### Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid: 27259:417854381

# Ana Maria Diaz Condori

## TESIS - CP Y LME- 20-12-24 jurado B.pdf

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::27259:417854381

69 Páginas

Fecha de entrega

20 dic 2024, 9:27 a.m. GMT-5

18,148 Palabras

Fecha de descarga

20 dic 2024, 9:35 a.m. GMT-5

94,647 Caracteres

Nombre de archivo

TESIS - CP Y LME- 20-12-24 jurado B.pdf

Tamaño de archivo

1.9 MB

.....  
Dr. Roydy Brodat Limpio  
MEDICO PEDIATRA  
C.M.P. 46820 - R.N.E. 91008  
.....



## 7% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

### Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

### Fuentes principales

- 6% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

#### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitan distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Dr. Rogelio Arribas López  
MÉDICO PEDIATRA  
C.M.P. 46320 - R.M.C. 27259  
Hospital General de México

## **Agradecimiento**

Agradezco a mi familia por darme la oportunidad de poder alcanzar esta carrera.

A mi mama Inés Condori Anaya por ser siempre mi inspiración de vida con su bondad y trato hacia las personas, por haberme tenido paciencia en todo mi desarrollo como persona.

A mi padre Policarpo Diaz Venero por enseñarme a que debemos aprender todo y de todos para que nuestras vidas sean más fáciles. A mis hermanos por estar siempre a mi lado y ser mis amigos incondicionales donde siempre puedo recurrir si tengo algún problema, a mis tíos, primos y amigos que siempre me brindaron motivamos para seguir adelante, a levantarme ante cada adversidad.

A los Doctores Andrea, Marco, Reimer, Luis, Heber, Abel, Ronny quienes fueron mis maestros y se volvieron mis amigos, me brindaron oportunidades en la carrera, me proporcionaron su apoyo incondicional, y enseñaron a disfrutar y amar esta profesión.

A mis amigos que siempre me brindaron motivamos para seguir adelante, a levantarme ante cada adversidad.

A mi novio Dante, por el apoyo en toda mi carrera universitaria y estar siempre a mi lado apoyándome y apoyándonos cómo un equipo.

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo de investigación a mis padres Policarpo e Ines, a mis hermanos Flor, Vladimir y Alina, a mis sobrinas Sheyla y Arid quienes siempre me brindaron su apoyo, al igual que mis primos Mirian, Cinthia, Martha, Ninfa, Wagner. A mi amiga Lucero y mis amigos Yuleisi, David, Celia, Brandon, José, Eduardo, Rodrigo, Luz Magaly; Luz Anais, Alan, Omar, Juan, Pedro, Nuria, David, Berny y Milagros y Rafo siempre los llevo en alta estima y saben que cuenta con mi apoyo incondicional.

A la Dr. Ronny Breibat por su comprensión y asesoramiento, por el apoyo que siempre me brinda, y las oportunidades que me ofrece, gracias por siempre inspirar y no invalidar.

A mis jurados de tesis, quienes me apoyaron para que este trabajo puede ser posible, por los consejos, la paciencia que me tuvieron, aprendí mucho en este proceso.

## CONTENIDO

<b>CONTENIDO</b> .....	3
<b>INTRODUCCION</b> .....	5
<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>1. CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION</b> .....	9
1.1 Fundamentación del problema.....	9
1.2 Antecedentes teóricos .....	10
1.3 Formulación del problema.....	15
1.3.1 Problema general .....	15
1.3.2 Problemas específicos.....	16
1.4 Objetivos de la investigación.....	16
1.4.1 Objetivo general.....	16
1.3.3 Objetivos específicos .....	16
1.5 Justificación de la investigación .....	16
1.6 Limitaciones de la investigación.....	17
1.7 Aspectos éticos.....	18
<b>2 CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b> .....	20
2.1. Marco teórico .....	20
2.1.1. Lactancia materna exclusiva.....	20
2.1.2. Contacto piel a piel .....	24
2.1.3. Contacto piel a piel y lactancia materna exclusiva .....	28
2.1.4 Estado del arte .....	30
2.2. Definición de términos básicos.....	32
2.5. Definiciones operacionales .....	34

<b>3</b>	<b>CAPITULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>38</b>
3.1.	Tipo de investigación	38
3.2.	Diseño de investigación	38
3.3.	Población y muestra	38
3.3.1.	Descripción de la población	38
3.3.2.	Criterios de inclusión y exclusión	39
3.3.3.	Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo	40
3.4.	Técnica, instrumentos y técnica de recolección de datos	41
3.5.	Plan de análisis de datos	42
	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>43</b>
	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>44</b>
<b>4.</b>	<b>CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>47</b>
4.1.	Resultados	47
4.2.	Discusión	52
4.3.	Conclusiones	54
4.4.	Sugerencias	54
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>56</b>
	<b>ANEXOS:</b>	<b>62</b>
	ANEXO 1.- Matriz de consistencia	62
	ANEXO 2.- Instrumento de investigación	64
	ANEXO 3.- Consentimiento informado	66
	ANEXO 4.- Autorización del Hospital Regional del Cusco	67



## INTRODUCCION

La lactancia materna exclusiva definida como la forma de alimentar al bebé únicamente con leche materna hasta los 6 meses de vida, es una práctica que proporciona muchos beneficios tanto al bebé como a la madre y tiene mayor impacto sobre la prevención de la mortalidad infantil. Sin embargo, la prevalencia sigue siendo baja en muchos países. En todo el mundo solo el 38% reciben lactancia materna exclusiva (1). En Perú solo el 65.9% de niños y niñas reciben la lactancia materna en los primeros seis meses de vida y es menor en las zonas urbanas (61.4%) que en las zonas rurales (76.7%) (2).

El contacto piel a piel es una práctica que implica colocar al bebe sobre el abdomen o el pecho donde las superficies de contacto tienen que estar desnudo o directamente piel con piel, esta práctica debe ser inmediatamente o Menos de 10 minutos después del nacimiento, y debe durar al menos una hora (3). Se debe realizar tanto en partos eutócicos como partos por cesárea donde él bebe y la madre estén estables (4). Esta práctica tiene múltiples beneficios tanto para la madre como para él bebe y se ha demostrado que puede regular el estado emocional y fisiológico del bebe así como la lactancia materna, aumentando las probabilidades de amamantamiento exitoso y prolongado (3).

A pesar de las recomendaciones de la OMS, la separación del binomio bebé-madre después del parto es algo común en los hospitales con la excusa de colocar las vacunas o atención al recién nacido, las investigaciones demuestra que separar incluso por un corto tiempo, puede producir efectos negativos en él bebe, como estrés y el aumento del llanto esto generar más consumo de energía lo que hace que reduzcan las habilidades de succión, la lactancia materna efectiva y la duración de la lactancia materna (5). Aunque hay estudios que sugieren que hay una relación positiva entre el contacto piel a piel y la lactancia materna, la evidencia es limitada y no hay acuerdo sobre la magnitud de los beneficios, también hay resultados contradictorios con respecto a la duración del contacto piel a piel necesaria para los efectos positivos en la lactancia materna (6). Por lo tanto, éste estudio busca investigar la asociación entre el tiempo de contacto precoz y la lactancia materna

exclusiva hasta los 6 meses de vida en el Hospital Regional del Cusco, con el fin fortalecer y promover estrategias efectivas para aumenten las prácticas de contacto piel a piel, considerándolo como una herramienta esencial para fomentar la lactancia materna exclusiva.

.

**RESUMEN**  
**RELACION ENTRE EL TIEMPO DE CONTACTO PRECOZ Y LACTANCIA**  
**MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE VIDA EN EL HOSPITAL**  
**REGIONAL DEL CUSCO, 2024**

**Díaz AM, Breibat R.**

**Objetivo:** Determinar la relación entre el tiempo de contacto precoz y lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida en el Hospital Regional del Cusco

**Métodos:** Estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva.

**Resultados:** El 76.42% de los encuestados recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, la mediana del tiempo de contacto precoz fue de 60 minutos, solo el 50% de los neonatos alcanzaron esta duración. A una menor duración del contacto precoz se incrementa el riesgo de no alcanzar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, el riesgo se triplica para tiempos de 10 a 29 minutos (RR ajustado: 3.00; IC 95%: 1.51–5.96;  $p = 0.002$ ) y se duplica para tiempos de 30 a 59 minutos (RR ajustado: 2.50; IC 95%: 1.50–4.18;  $p < 0.001$ ). por otro lado, los lactantes que tuvieron un parto por cesárea tienen más riesgo de no mantener lactancia materna exclusiva (RR: 1.60; IC 95%: 1.09-2.38;  $p = 0.017$ ). se hizo un análisis entre el tiempo de contacto precoz con el tipo de parto donde se obtuvo un  $p < 0.001$ .

**Conclusiones:** A menor duración del contacto precoz incrementa significativamente el riesgo de no lograr la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Además, los partos por cesárea aumentan el riesgo de no alcanzar la lactancia materna exclusiva.

**Palabras clave:** Contacto precoz, lactancia materna exclusiva.

## ABSTRACT

### RELATIONSHIP BETWEEN EARLY CONTACT TIME AND EXCLUSIVE BREASTFEEDING UP TO 6 MONTHS OF LIFE AT THE REGIONAL HOSPITAL OF CUSCO, 2024

Diaz AM, Breibat R.

**Objective:** To determine the relationship between early contact time and exclusive breastfeeding up to 6 months of life in the Regional Hospital of Cusco.

**Methods:** Analytical observational retrospective cohort study.

**Results:** 76.42% of respondents received exclusive breastfeeding until 6 months of age, the median early contact time was 60 minutes, only 50% of neonates reached this duration. A shorter duration of early contact increases the risk of not achieving exclusive breastfeeding until 6 months of age, the risk triples for times of 10 to 29 minutes (adjusted RR: 3.00; 95% CI: 1.51–5.96;  $p = 0.002$ ) and doubles for times from 30 to 59 minutes (adjusted RR: 2.50; 95% CI: 1.50–4.18;  $p < 0.001$ ). On the other hand, infants who had a cesarean delivery have a higher risk of not maintaining exclusive breastfeeding (RR: 1.60; 95% CI: 1.09-2.38;  $p = 0.017$ ). An analysis was carried out between the time of early contact with the type of delivery where a  $p < 0.001$  was obtained.

**Conclusions:** A shorter duration of early contact significantly increases the risk of not achieving exclusive breastfeeding up to 6 months. In addition, cesarean deliveries increase the risk of not achieving exclusive breastfeeding.

**Key words:** early contact, exclusive breastfeeding.

## 1. CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

### 1.1 Fundamentación del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la lactancia materna exclusiva tiene mayor impacto sobre la prevención de la mortalidad infantil, esta práctica que lo define como alimentar al lactante solo con leche materna sin otros agregados como agua o sucedáneos durante 6 meses (3). es la mejor forma de alimentarlos porque les proporciona los nutrientes necesarios, así como también les da protección contra enfermedades (7).

A nivel mundial solo el 38% recibe lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, cuando esta práctica no es exclusiva puede contribuir a la mortalidad en los niños menores de 5 años hasta un 11,6%, para mejorar estas brechas se ha establecido metas mundiales, pretendiendo incrementar hasta un 50% para el 2025 (1). En América Latina y el Caribe el 43% reciben lactancia materna exclusiva y el 55% de los bebés reciben lactancia materna dentro de la primera hora de vida (7). En Perú solo el 65.9% reciben lactancia materna exclusiva y es menor en las zonas urbanas (61.4%) que en las zonas rurales (76.7%) (2). Para el año 2022 ENDES Región Cusco reporta que el 72.5% de niños y niñas menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva y el 2021 se tiene el mismo porcentaje (8).

Según la OMS en apoyo de la UNICEF definen el contacto piel a piel (CPP) como la práctica de colocar al bebé desnudo sobre el abdomen o el pecho desnudo de la madre y tiene que ser inmediatamente o Menos de 10 minutos después del parto, teniendo una duración de al menos una hora (3). En Perú, el CPP durante la primera hora de vida es un procedimiento sumamente importante y está estipulado dentro de la Norma Técnica de Atención Inmediata al Recién Nacido (RN) del Ministerio de Salud (MINSa). Este protocolo establece que debe aplicarse sin excepción alguna, tanto en parto eutócicos como partos por cesárea, siempre y cuando la madre y el RN se encuentren en buen estado de salud, y especifica que el tiempo es de al menos 60 minutos y puede prolongarse hasta el inicio de la lactancia materna (4). A pesar de las recomendaciones esta práctica es muy variado en todo el mundo, en

América Latina es de 34-42% (9). A nivel nacional el CPP entre las madres y sus RN a término no se está aplicando en un 100%, y cuando se aplica, el tiempo es insuficiente. En el 96% de las pacientes, el tiempo de permanencia del RN en el pecho materno es menor de 15 minutos y, lo que limita la obtención de los beneficios científicamente comprobados (10). Entre las principales barreras está la falta de personal especializado, falta de tiempo, dificultad de elegibilidad para el CPP, problemas de seguridad, dificultades entre departamentos y con mayor notoriedad la interferencia de procedimientos de rutina que involucran a la madre y al neonato (11). En una tesis realizada el 2018 en los hospitales del Cusco se observa que el contacto piel a piel dura en promedio 16.62 minutos, y se realiza adecuadamente tanto en técnica como en tiempo en un 1.5% (12).

El contacto piel a piel inmediato y continuo tras el nacimiento promueve un funcionamiento emocional saludable, reduce el estrés, refuerza el apego seguro y facilita los circuitos hormonales y neuronales. También fortalece el vínculo materno, disminuyendo el maltrato y abandono, y favorece el inicio temprano y exitoso de la lactancia materna (3). Separar brevemente al bebé de la madre puede causar mayor estrés, llanto, y un aumento en el consumo de energía, lo que afecta negativamente las habilidades de succión y la duración de la lactancia (5). Aunque hay estudios que sugieren que hay una relación positiva entre el contacto piel a piel y la lactancia materna, la evidencia es limitada y no hay acuerdo sobre la magnitud de los beneficios, también hay resultados contradictorios con respecto a la duración del contacto piel a piel necesaria para los efectos positivos en la lactancia materna (6). Por esta razón este estudio se realiza con el objetivo de determinar la relación entre el tiempo de contacto precoz con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida en el Hospital Regional del Cusco.

## 1.2 Antecedentes teóricos

### INTERNACIONALES

Sampieri CL, Fragoso KG, Córdoba-Suárez D, Zenteno-Cuevas R, Montero H. (México, 2022) en su estudio **“Influencia del contacto piel con piel en la lactancia materna: resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de**

**México, 2018**” cuyo objetivo fue determinar la asociación del contacto piel con piel entre madres y sus recién nacidos inmediatamente después del nacimiento, con el inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida, una duración de la lactancia materna  $\geq 6$  meses y la introducción de sucedáneos de la leche materna. Método: descriptivo. Muestra: 26.587 pares madre-bebé. Resultado: El contacto piel con piel fue descrito por el 78,7% de las madres y se asoció con recibir una explicación sobre cómo dar leche materna o el pecho al bebé inmediatamente después del nacimiento [ OR 6,46; IC del 95% (6,02, 6,97)], iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida (OR 2,01; IC del 95% (1,84, 2,18) y una duración de la lactancia materna  $\geq 6$  meses (OR 1,16; IC del 95% 1,08, 1,25). Conclusión: La duración de la lactancia materna, en días, fue mayor en el grupo con contacto piel con piel que en el grupo sin contacto piel (13).

Juan J, Zhang X, Wang X, Liu J, Cao Y, Tan L, Gao Y, Qiu Y, Yang H. (China, 2022) en su estudio **“Asociación entre la duración del contacto piel con piel después de una cesárea y los resultados de la lactancia materna”** cuyo objetivo fue explorar la asociación entre la duración del contacto piel con piel después de las cesáreas y los resultados de la lactancia materna. Método: estudio prospectivo. Muestra: 679 participantes. Resultados: Las duraciones del contacto piel con piel de al menos 90 min, 60–89 min y 30–59 min se asociaron significativamente con 8,53 veces (OR=8,53, IC del 95%: 4,94–14,72, P adj < 0,001), 8,04 veces (IC del 95%: 4,68–13,80, P adj < 0,001) y 6,28 veces (IC del 95%: 3,75–10,51, P adj<0,001), respectivamente, tasas de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria en comparación con aquellos sin contacto piel a piel inmediato. Conclusión: El contacto piel a piel es importante para la lactancia materna exclusiva, se recomienda brindar contacto piel a piel con una duración más prolongada; si no es posible, un mínimo de 30 minutos podría lograr una mejor lactancia materna exclusiva al alta (14).

Bedford R, Piccinini-Vallis H, Woolcott C. (Canadá, 2022) en su estudio **“Relación entre el contacto piel con piel y las tasas de lactancia materna exclusiva a los cuatro meses en un grupo de madres de Nueva Escocia”** cuyo objetivo fue examinar la asociación entre el CPP inmediatamente después del nacimiento y la

lactancia materna exclusiva a los 4 meses. Método: cohorte retrospectiva. Muestra: 256 pares de mujer-bebé. Resultados: Las probabilidades de lactancia materna exclusiva a los 4 meses fueron 4,14 (IC del 95%: 1,89-9,25) veces mayores entre las que tuvieron contacto piel a piel que entre las que no lo tuvieron. La asociación entre el contacto piel a piel y la lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria fue heterogénea según el año de nacimiento (OR 4,35; IC 4,07-4,65 en 2008-2011; OR 2,81; IC 2,57-3,07 en 2012-2015; OR 1,89; IC 1,63-2,10 en 2016-2019). Conclusión: El contacto piel con piel parece estar asociado con mayores probabilidades de lactancia materna exclusiva al momento del alta y a los 4 meses del parto (15).

Giang HTN, Duy DTT, Vuong NL, Ngoc NTT, Pham TT, Tuan LQ, Oai L, Do Thuc Anh P, Khanh TT, Thi NTA, Luu MN, Nga TTT, Hieu LTM, Huy NT. (Vietnam, 2022) en su estudio **“Prevalencia del contacto piel con piel precoz y su impacto en la lactancia materna exclusiva durante la hospitalización materna”** cuyo objetivo fue investigar la práctica actual del contacto piel a piel y su efecto sobre la lactancia materna exclusiva durante la hospitalización. Método: Transversal multicéntrico. Muestra: 1812 madres. Resultados: El 88,7% de las madres experimentaron contacto piel a piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento, de estos el 18,8% de los bebés recibieron más de 90 minutos de CPP y completaron la primera lactancia materna durante el tiempo de CPP. La prevalencia de lactancia materna exclusiva fue mayor en los bebés que experimentaron CPP durante 15-90 minutos (aOR, IC del 95% [95%-IC]: 2,62 [1,61-4,27]) y más de 90 minutos (aOR [95%-IC]: 5,98 [3,48-10,28]). El haber completado la primera lactancia materna durante el contacto piel a piel (ORa [IC del 95%]: 4,24 [3,28-5,47]) y haber nacido en hospitales de distrito (ORa [IC del 95%]: 2,35 [1,79-3,09]) se asociaron con una mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva durante la estancia hospitalaria. Conclusión: hay una fuerte relación dosis-respuesta entre la duración del contacto piel a piel y la lactancia materna exclusiva en el hospital (16).

Dueñas I, León A, Alava A, Ayala J, Figueroa K, Loor V, Loor W, Menéndez M, Menéndez D, Moreira E, Segovia R, Vincés J. (Ecuador, 2021) en su estudio **“Educación sobre lactancia materna, contacto temprano piel con piel y otros**



**determinantes importantes de la lactancia materna exclusiva en una población urbana”** cuyo objetivo fue demostrar asociaciones independientes entre intervenciones sociales, educativas y de prácticas de salud como determinantes de la lactancia materna exclusiva en una población urbana ecuatoriana. Método: Análisis prospectivos de supervivencia. Muestra: 363 madre-bebé. Resultados: los tres determinantes protectores más significativos de la lactancia materna exclusiva fueron (a) sesiones de educación prenatal sobre lactancia materna con un HR de 0,7 (IC del 95%:0,5 a 0,9) por cada sesión extra, (b) autopercepción de la producción de leche, con un HR de 0,4 (IC del 95%:0,3 a 0,6) por cada aumento en la cantidad percibida de producción de leche y (c) recibir contacto piel con piel temprano con un HR de 0,1 (IC del 95%: <0,1 a 0,3) en comparación con las que no recibieron dicho contacto, inmediatamente después del nacimiento. Conclusión: El contacto temprano piel con piel parecen ser fuertes protectores de la lactancia materna exclusiva (17).

Agudelo SI, Molina CF, Gamboa OA, Acuña E. (Colombia, 2021) en su estudio **“Ensayo clínico aleatorizado sobre el efecto del momento de inicio del contacto piel con piel al nacer, inmediato comparado con temprano, sobre la duración de la lactancia materna en recién nacidos a término”** cuyo objetivo fue determinar el efecto del contacto piel a piel inmediato comparado con el contacto piel a piel temprano en la duración de la lactancia materna exclusiva. Método: ensayo clínico paralelo, aleatorizado, multicéntrico. Muestra: 297 neonatos. Resultados: 49,8% (n = 148) en el grupo de contacto piel a piel inmediato y 50,2% (n=149) en el grupo de contacto piel a piel temprano. No hubo diferencias entre los grupos en el porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 6 meses (riesgo relativo [RR] 1,06, IC 95% 0,72, 1,58) ni en la duración de la lactancia materna exclusiva (cociente de riesgos [HR] 0,98, IC 95% 0,74, 1,28). Conclusión: El porcentaje de lactantes y la duración de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad fueron iguales entre los dos grupos de intervenciones de contacto piel a piel (18).

Karimi FZ, Miri HH, Khadivzadeh T, Maleki-Saghooni N. (Iran, 2020) en su estudio **“El efecto del contacto piel con piel entre madre e hijo inmediatamente después del nacimiento sobre la lactancia materna exclusiva”** cuyo objetivo fue investigar los efectos del CPI entre madre e hijo en la tasa de lactancia materna exclusiva. Método: revisión sistemática y metanálisis. Muestra: 12 ensayos, 5 estudios de Irán, 3 en la India y los otros 4 en Pakistán, Italia, Estados Unidos y España. Resultados: Los resultados del análisis de subgrupos en el grupo de parto vaginal normal incluyeron  $OR=2,45$  [IC del 95%: (1,76-3,35);  $p<0,001$ ], para el grupo de parto por cesárea los resultados fueron  $OR=1,44$  [IC 95%: (0,78-2,65);  $p=0,24$ ], los resultados para la duración de la lactancia materna exclusiva a partir del momento del alta hasta los 3 meses fueron  $OR=2,47$  [IC 95%: (1,76-3,48);  $p<0,001$ ], y los resultados para los 3 a 6 meses de lactancia materna exclusiva fueron  $OR=1,71$  [IC 95%:(1,05-2,78);  $p=0,030$ ]. Conclusión: Los resultados del estudio mostraron que el contacto piel a piel madre-hijo aumentó la tasa de lactancia materna exclusiva (5).

Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. (Iran, 2019) en su estudio **“El efecto del contacto piel con piel entre madre e hijo sobre el éxito y la duración de la primera lactancia materna”** cuyo objetivo fue determinar el efecto del contacto piel a piel madre-hijo inmediatamente después del nacimiento sobre la tasa de éxito y la duración de la primera lactancia materna. Método: metanálisis. Muestra: nueve artículos publicados entre 2001 y 2015. Resultados: 597 participantes forman el grupo de intervención y 553 el grupo de comparación. El análisis cuantitativo basado en las diferencias de medias o la razón de probabilidades mostró que el contacto piel a piel entre madre e hijo tuvo un efecto significativamente positivo en el éxito en la primera lactancia materna (MD:1,90, 95%; IC 0,958-2,856;  $p=0,00$ , OR: 2,771 95%; IC 1,587-4,838;  $p=0,00$ ) y la duración de la primera lactancia materna (MD: 26,627 95%; IC 1,070-52,184;  $p=0,041$ ). Conclusión: El contacto piel a piel entre madre e hijo después del nacimiento tiene efectos beneficiosos sobre la lactancia materna y puede aumentar la tasa de éxito y la duración de la primera lactancia (19).

García PK, Coronado IA, Valencia C, Nuñez JC. (México, 2018) en su estudio **“Contacto piel a piel al nacimiento”** cuyo objetivo fue conocer el efecto del Contacto piel a piel en la lactancia materna. Método: Cohorte Prospectivo. Muestra: 1883 pacientes. Resultados: Se realizó el CPP en 78.91%RN. La duración fue en promedio 60 min. La mayoría de los pacientes que fueron alimentados al seno materno (78.7%) habían tenido contacto piel con piel. Asimismo, se observó que el CPP favorecía significativamente la lactancia al seno materno (RR= 143.28; IC 95%:75.5-271.7). Conclusión: debe realizar el CPP en los RN a término sanos para incrementar las tasas de LM hospitalarias (20).

## NACIONALES

Miñano EG, Cisneros LH. (Trujillo, 2024) en su estudio **“Contacto piel a piel como factor protector de lactancia materna exclusiva en el Hospital Belén de Trujillo”** cuyo objetivo fue determinar si el contacto piel a piel por 60 minutos es un factor protector de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de los niños nacidos en el Hospital Belén de Trujillo-Perú. Método: observacional de casos y controles retrospectivo. Muestra: 206 pacientes. Resultados: 103 de ellos lactaron exclusivamente leche materna hasta los 6 meses de edad. Dentro de este grupo el 91.3% experimentaron contacto piel a piel al nacer. De los 103 niños que no recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad 86.2% no experimentaron el contacto piel a piel al nacer (OR=79.044; IC 95%: 27.372-161.062). Las razones más frecuentes del abandono fueron: poca producción de leche materna (34%), motivos laborales (17%), motivos académicos (12%), entre otras. Conclusión: El contacto piel a piel por 60 minutos es un factor protector de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida (21).

### 1.3 Formulación del problema

#### 1.3.1 Problema general

- ¿Cuál es la relación entre el tiempo de contacto precoz y lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida en el Hospital Regional del Cusco, 2024?

### 1.3.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es el porcentaje de lactancia materna exclusiva en el Hospital Regional del Cusco, 2024?
- ¿Cuál es el tiempo del contacto precoz en los lactantes del Hospital Regional del Cusco, 2024?

## 1.4 Objetivos de la investigación

### 1.4.1 Objetivo general

- Determinar la relación entre el tiempo de contacto precoz y lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida en el Hospital Regional del Cusco, 2024

### 1.3.3 Objetivos específicos

- Estimar el porcentaje de lactancia materna exclusiva en el Hospital Regional del Cusco, 2024
- Valorar el tiempo del contacto precoz en los lactantes del Hospital Regional del Cusco, 2024

## 1.5 Justificación de la investigación

- **Trascendencia:** La mortalidad neonatal puede prevenirse mediante la lactancia exclusiva durante un máximo de seis meses; el contacto piel a piel reduce la mortalidad neonatal en un 40%, la hipotermia en un 70% y las complicaciones graves en un 65%. Los Institutos Nacionales de Salud afirman que el estudio de la salud materna, perinatal y neonatal es un tema de alta prioridad nacional para la investigación sanitaria de 2018 a 2023. La salud neonatal también se considera una prioridad de investigación en nuestra ciudad. Según el Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud, Cusco ocupa el décimo lugar entre los departamentos con mayores tasas de mortalidad perinatal para los años 2021 y 2022.
- **Relevancia social:** Si comprendemos mejor las ventajas del contacto precoz y la lactancia materna exclusiva, podremos atender mejor a los recién nacidos y evitar que se vulneren sus derechos, su bienestar y su salud. Así se reduce el riesgo de problemas nutricionales como la anemia, la desnutrición crónica y la morbilidad y mortalidad de madres y lactantes.

- Implicaciones prácticas: El recién nacido no puede beneficiarse plenamente de este método si se interrumpe el contacto directo piel a piel. Una parte importante de las interrupciones que se producen en nuestro país están causadas por las vacunas o los cuidados neonatales. Demostrando las ventajas de la lactancia materna exclusiva, será posible aumentar la comprensión de los profesionales sanitarios y ofrecer mejores cuidados.
- Valor teórico. Aunque los resultados relativos a la lactancia materna exclusiva a los seis meses son discutibles, existen pruebas de que el contacto piel con piel durante la primera hora de vida es beneficioso tanto para el inicio satisfactorio de la lactancia materna como para la continuación de la lactancia materna exclusiva. Lo positivo es que nos da una idea de la relación en la vida real. Se prevé que el hallazgo de una correlación favorable fomente el hábito del contacto piel con piel. El estudio también nos permite plantear nuevos temas de investigación, como las razones por las que la gente deja de tener contacto piel con piel y cuánto tardan los neonatos en seguir los nueve pasos naturales del contacto piel con piel en nuestro entorno.

#### 1.6 Limitaciones de la investigación

Las limitaciones de esta investigación incluyen:

- Al ser un estudio retrospectivo podemos tener sesgo de registro ya que la forma en que los profesionales de salud documentan puede no ser consistente o estandarizada
- En las preguntas vía telefónica puede haber sesgo de recuerdo ya que las madres podrían no recordar con precisión el tiempo exacto de la lactancia materna, esto puede influir en la exactitud de la variable dependiente (duración de la lactancia). También podemos tener desviación en las respuestas, las participantes podrían ofrecer respuestas deseables o sobrestimar la duración de la lactancia materna (sesgo de respuesta).
- Pérdida de seguimiento al haber dificultad en contactar a las participantes podrían no ser localizadas por teléfono debido a cambios de número, mudanzas o falta de disponibilidad.

- Otra limitación de este estudio es que no se consideró otros factores que interviene en la lactancia materna como la educación de la madre sobre el conocimiento de la lactancia materna, si cuentan con trabajo o no las madres.

### 1.7 Aspectos éticos

Se tomará en cuenta los principios éticos aplicables en seres humanos.

Según la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, que fue revisada en su 64ª Asamblea General en Fortaleza, Brasil, en 2013 y comprende 37 artículos, algunos de los cuales tratan sobre el consentimiento informado, sobre “Principios éticos para la investigación médica en seres humanos”. El 5 de mayo de 2015, el Secretariado de la AMM los examinó. Esta investigación cumple con las normas éticas porque: todos los participantes en el estudio sólo serán incluidos después de dar su consentimiento informado vía telefónica; todos los datos recopilados serán utilizados para los fines del estudio; beneficencia, ya que los riesgos de la investigación son pequeños en relación con los beneficios y se asegurará el bienestar de los participantes; no maleficencia, ya que el estudio no causa daño a los participantes y, como es un estudio de observación, no habrá manipulación de los participantes; y justicia, ya que el estudio ayuda a los participantes a mejorar las políticas de salud para su propio beneficio (22).

Los tres principios establecidos por el informe Belmont de 1978 como la autonomía de los participantes durante el consentimiento informado; beneficencia, ya que los participantes pueden beneficiarse de la mejora de las políticas sanitarias; y justicia, ya que el estudio se realiza con la intención de beneficiar a los participantes, son defendidos por esta investigación (23).

Este estudio respeta los códigos éticos de Nuremberg publicados en 1947 porque los participantes dan su consentimiento informado, la investigación presenta antecedentes previos que justifican la investigación, este estudio es observacional por lo tanto no realiza experimentos ni presenta riesgo de muerte, sufrimiento físico o mental, el grado de riesgo no es superado por la importancia del estudio porque este estudio presenta beneficios para los participantes, el estudio es realizado por

personas calificadas para realizar una investigación científica, los participantes pueden retirarse del estudio en cualquier momento (24).

El Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC) publicó el nuevo Código Nacional de Integridad Científica publicado el 2024, este documento brinda definiciones importantes que no se establecen en ninguna normativa, el presente estudio cumple con los principios como honestidad por que se comunica la verdad, no se hace manipulación de variables; la rigurosidad por que la estructura, el diseño y el análisis se realizara con rigurosidad científica proporcionando una la máxima calidad posible del estudio; la imparcialidad porque todas las fases de la investigación se aplica la objetividad; la transparencia porque se pretende presentar todos los resultados ya sean negativos y se declarar los conflictos de interés existentes; el respeto hacia al personal de salud con el que se investiga al ambiente y a la sociedad, la responsabilidad se asumirá los actos y decisiones tomadas en las fases de la investigación. El Código también establece obligaciones para los investigadores, grupos de investigación e instituciones dedicadas a la investigación y el desarrollo (I+D), así como buenas prácticas en las distintas fases de la actividad científica y el proceso editorial (25).

## **2 CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **2.1. Marco teórico**

#### **2.1.1. Lactancia materna exclusiva**

Según la OMS en apoyo con la UNICEF definen la lactancia materna exclusiva como la práctica de alimentar al bebe solo con leche materna sin darle ningún otro alimento ni agua durante los primeros 6 meses de vida, esta práctica tiene mayor relevancia en la prevención de la mortalidad infantil. La lactancia materna exclusiva proporciona los nutrientes esenciales e insustituibles que necesita él bebe para el crecimiento y desarrollo. Es la mejor forma de alimentar porque les protege frente a infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y otras dolencias potencialmente mortales al funcionar como la primera inmunización del lactante. También les protege contra la obesidad y algunas enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida (1).

#### **Diez pasos hacia una feliz lactancia natural**

Existe evidencias de que el apoyo en la lactancia materna en las primeras horas y los primeros días de vida de un recién nacido tienen mayor importancia, lamentablemente este apoyo no siempre se proporciona, por esa razón se ha enfatizado en mejorar esta práctica y abordar en las brechas que impiden el éxito de la lactancia materna exclusiva. En 1989, la OMS junto con la UNICEF publicaron el documento “Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural. Para 1990 en los establecimientos de salud que tienen servicios de maternidad y neonatología se pidió a todos los gobiernos que estos establecimientos tienen que cumplir en su totalidad los Diez Pasos. En 1991 se ejecutó la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) donde se establecía el cumplimiento de los 10 pasos. Con el objetivo principal de que los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología cumplan con los 10 paso, estos son (3):

#### **Procedimientos de gestión fundamentales**

1. Aplicar plenamente las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.



Adoptar una política escrita de alimentación del recién nacido y distribuirla metódicamente entre los padres y los profesionales médicos.

Establecer sistemas de gestión de datos y de seguimiento continuo.

2. Comprobar que el personal dispone de la información, las capacidades y los conocimientos necesarios para garantizar el apoyo a la lactancia materna (3).

### **Prácticas clínicas esenciales**

3. Educar a las futuras madres y a sus familias sobre los beneficios de la lactancia materna y cómo hacerlo.
4. Promover el contacto piel con piel ininterrumpido e instantáneo entre la madre y su recién nacido, y ayudar a las mamás a iniciar la lactancia tan pronto como sea factible tras el parto.
5. Apoyar a las mamás para que superen los retos más comunes e inicien y continúen la lactancia materna.
6. Salvo prescripción médica específica, evite dar a los neonatos cualquier alimento líquido que no sea leche materna.
7. Facilitar que la madre y el recién nacido permanezcan juntos y se alojen en la misma habitación las 24 horas del día.
8. Ayudar a las madres a identificar los indicios de hambre del recién nacido y a tomar las medidas oportunas.
9. Informar a las mamás sobre los peligros y el uso adecuado de chupetes, biberones y tetinas.
10. Organizar un alta hospitalaria que permita a los padres y al recién nacido seguir recibiendo cuidados y apoyo cuando sea necesario (3).

Está demostrado que la lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de infecciones respiratorias y gastrointestinales en los lactantes, así como su morbilidad y mortalidad. Según las investigaciones, puede detener hasta el 12% de las muertes de niños menores de cinco años. Sin embargo, la lactancia materna no siempre es la mejor opción, tanto en los países de renta alta como en los de renta baja. En el Plan Integral de Aplicación sobre Nutrición de la Madre, el Lactante y el Niño

Pequeño que aceptó la OMS se esbozaron seis objetivos. Estos objetivos pretenden reducir la mortalidad y la mortalidad relacionada con la nutrición. Uno de estos objetivos era aumentar al 50% el porcentaje de lactantes alimentados exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida. Esto demuestra lo importante que es mejorar esta práctica y educar a los profesionales médicos sobre sus muchas ventajas, estos beneficios son (26):

### **Duración de la lactancia materna exclusiva**

La OMS y la Unicef recomiendan mantener la LME durante los primeros seis meses de vida, sin embargo, en el Perú, la duración promedio de la lactancia materna exclusiva (LME) es preocupante, especialmente en zonas urbanas. Según la UNICEF, solo el 64% de los menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva a nivel nacional, reduciéndose al 58% en áreas urbanas (27). El inicio precoz de la lactancia materna, durante la primera hora de vida, tiene beneficios importantes para la salud del recién nacido, ya que le permite recibir el calostro, que fortalece el sistema inmunológico y fomenta un mayor apego entre madre e hijo. Sin embargo, en Perú, solo el 49,2% de los niños inicia la lactancia en la primera hora (28).

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Endes) muestra que la duración mediana de la LME es de 3,4 meses, variando según el nivel educativo de la madre y el área de residencia. Las madres sin educación amamantan en promedio 5,1 meses, mientras que aquellas con educación superior apenas 0,7 meses. Asimismo, la duración es mayor en áreas rurales (4,9 meses) que en urbanas (3,4 meses), siendo las regiones de Huánuco, Huancavelica y Cusco las que presentan los promedios más altos (5,6 a 5,7 meses) (28)

### **Beneficios de la lactancia materna exclusiva para el neonato:**

- Favorece el crecimiento emocional y físico del bebé.
- Protege contra las infecciones y la muerte.
- Genera un mayor coeficiente intelectual.
- promueve vínculos madre-hijo más fuertes.

- Previene el desarrollo de anemia precoz.
- Favorece el desarrollo saludable del habla y la dentición.
- Reduce la probabilidad de alergias, intolerancia a la leche, desnutrición e infecciones.
- Reduce la probabilidad de obesidad y algunas enfermedades crónicas (29).

### **Beneficio de la lactancia materna exclusiva para la madre:**

- Favorece una mayor satisfacción y refuerza el sentido de sí misma de la madre.
- Favorece una mejor recuperación fisiológica tras el parto.
- Reduce la probabilidad de obesidad y ayuda a perder peso.
- Reduce el riesgo de osteoporosis, cáncer de mama y cáncer de ovario.
- Disminuye la probabilidad embarazado.
- Facilita proporcionar alimentos aceptables, naturales, asequibles y ecológicos.
- Minimiza el tiempo que la madre debe ausentarse del trabajo (29).

Los beneficios de la leche materna se explican por sus componentes, que incluyen probióticos, inmunoglobulina A (IgA), lactoferrina, oligosacáridos prebióticos, linfocitos, leucocitos, probióticos y otras células inmunitarias y bacterias útiles. Según los estudios, la IgA previene las infecciones bloqueando la adhesión de bacterias y virus a las células epiteliales de la mucosa. Además, ofrece defensa contra bacterias como Giardia y Campylobacter que pueden provocar enfermedades gastrointestinales. La lactoferrina es una sustancia adicional que se encuentra en la leche humana y que actúa como agente antibacteriano para destruir infecciones. Los oligosacáridos bloquean la unión de los patógenos a la mucosa, dificultando la producción de infecciones respiratorias y gastrointestinales. Además, está demostrado que la lactancia materna disminuye el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, más frecuente en bebés de entre dos y cuatro meses. Muchos de estos ingredientes están ausentes en las leches de fórmula. La leche materna se adapta mejor a las exigencias cambiantes del bebé en desarrollo que la leche de fórmula (26).

## **Abandono de la lactancia materna**

Se recomienda que la lactancia materna exclusiva sea hasta los 6 meses de vida y luego será complementada con otro tipo de alimentación hasta los dos años de edad. Estas recomendaciones se basan en todos los beneficios que brinda esta práctica tanto para la madre como para el bebé. A pesar de las recomendaciones, no se alcanza los objetivos planteados y la incidencia continúa siendo baja. Muchos estudios han tratado de buscar los factores que conllevan al abandono de esta práctica, se han encontrado factores que influyen como los siguientes: de forma individual las razones del abandono dependen de la historia biológica y la personalidad de la madre, así como con las personas de su entorno y la comunidad y también se vio como factores el nivel social y cultural de la madre. Algunos autores mencionan que existen momentos críticos que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva. el más crítico para el abandono es a partir de los 12 días de vida del lactante, al momento del alta hospitalaria, y otros momentos que coinciden con periodos de crecimiento del lactante, en general entre el mes y medio y los tres meses de vida (30).

Otro estudio divide el abandono en tres periodos siendo el primer periodo donde hay mayor riesgo de abandono, este periodo va desde el alta hospitalaria hasta el día 15 de vida del recién nacido. En el segundo periodo es hasta el primer mes, donde los factores que intervienen siguen siendo los mismos. En el tercer periodo se extiende hasta los tres meses del nacimiento, aquí intervienen otros factores, como el sexo del lactante y la seguridad y el apoyo externo de la madre. Los factores que incrementan el abandono de la lactancia materna exclusiva fueron: la percepción de tener leche de mala calidad (HR=11,6; IC95% 3,6-37,5) y el uso del chupete (HR=1,9; IC95% 1,2-3,3) (31).

### **2.1.2. Contacto piel a piel**

El contacto piel a piel (CPP) Es el cuarto de los diez pasos para una lactancia materna satisfactoria que la OMS ha propuesto con el apoyo de UNICEF y lo define como colocar al bebé desnudo sobre el abdomen o el pecho desnudo de la madre inmediatamente o menos de 10 minutos después del nacimiento, durante al menos

una hora (3). Este procedimiento se realiza cuando la madre está estable y el recién nacido está vigoroso y se realiza tanto en nacimientos de partos eutócicos como partos por cesárea. tiene una duración de 60 minutos, que se prolonga hasta el inicio de la lactancia materna. El equipo de neonatología debe retirar el primer campo precalentado y cubrir al recién nacido con el segundo campo precalentado (NO retirar todo el vórnix), evitar secar ambas manos del recién nacido (para preservar el olor del líquido amniótico que le sirve de guía para llegar al pecho de la madre) (4).

### **Evolución del contacto piel a piel**

En los primeros años de la historia de esta intervención, investigadores de Ohio (Estados Unidos) examinaron los efectos del "contacto adicional" entre las nuevas madres y sus bebés. Tan pronto como fuera posible después del parto, la madre colocaba a su recién nacido en contacto piel con piel sobre su pecho desnudo, una práctica conocida como "contacto adicional". Mientras asistían a una conferencia en un entorno rural a mediados de los años 70, Rey y Martínez de Bogotá (Colombia) vieron a una mujer de un pueblo con una enorme masa en el pecho durante una caminata matutina. Creyendo que el bulto era un tumor, se pusieron en contacto con la mujer para obtener más información. Cuando le hicieron preguntas, la mujer se presentó orgullosamente como la nodriza del pueblo y dijo que estaba acunando a un recién nacido contra su pecho. También sostuvo que todos los bebés que cuidaba prosperaban y crecían hasta convertirse en adultos sanos. Mostró a los médicos un bebé pequeño, piel con piel, sobre su pecho. Eligieron utilizar este método en los bebés del Instituto Materno Infantil de Bogotá, haciendo contacto piel con piel y pecho con pecho. Para reflejar la forma en que los canguros cubrían a sus bebés extremadamente prematuros, se les ocurrió el nombre de "método mama canguro". Los bebés fueron alimentados únicamente con leche materna hasta que tuvieron la edad y la madurez suficientes, y lo hicieron arrastrándose dentro de la bolsa y pegándose a un pezón con sus vientres contra las superficies ventrales de sus madres. Los bebés prematuros parecían requerir algunos componentes clave para una adaptación y un crecimiento efectivos, y estos componentes conforman el

Programa de Madre Canguro. La madre, el afecto y el calor fueron los tres componentes esenciales al principio (32).

El término "método canguro" (MC) se refiere a la investigación que Rey y Martínez de Bogotá, Colombia, llevaron a cabo sobre el mismo régimen de cuidados. Los bebés se sostienen derechos y se colocan contra el pecho desnudo de sus madres, piel con piel. El MC, a veces denominado contacto piel con piel o método madre canguro, se ha estudiado por su posible impacto en una variedad de resultados para las madres, los bebés y las familias. En esta segunda década del siglo XXI, se han realizado estudios sobre una variedad de temas. Por ejemplo, el manejo del dolor, los resultados fisiológicos y de desarrollo, el apego y la lactancia materna. Como antes, otros nuevos campos de estudio incluyen el síndrome de abstinencia del recién nacido y la atención de anomalías cardíacas congénitas. También se tuvo en cuenta la microbiota del bebé. La forma en que ahora entendemos los beneficios del MC ha tenido un impacto significativo en la forma en que se cuida a los recién nacidos, especialmente a los que están en riesgo (32).

### **Tiempo de duración del contacto piel a piel**

En apoyo de UNICEF, la OMS afirma que el contacto piel con piel se realiza inmediatamente o menos de 10 minutos después del nacimiento y continúa durante al menos una hora (3). La norma técnica del MINSA menciona que se realiza tanto en partos eutócicos como cesáreas y tiene una duración de sesenta minutos que se puede prolongar hasta que se inicie la lactancia materna (4).

Todos los recién nacidos estables y vigorosos, nacidos tanto por vía vaginal como por cesárea, deben ser colocados en contacto piel a piel inmediato durante al menos la primera hora de vida o hasta que finalice la primera lactancia. Se debe fomentar el contacto piel a piel ininterrumpido durante este tiempo, y si se desea, se puede extender al período posparto. Las prácticas de atención rutinaria (como pesar y medir al bebé) deben retrasarse hasta que se complete la primera sesión de contacto piel a piel. Además, se debe alentar a los padres de recién nacidos clínicamente estables a tener contacto piel a piel frecuente e ininterrumpido mientras estén en el hospital y después del alta (33).

Dependiendo del momento en que se coloque al bebé con su madre se puede categorizar como inmediato, comenzando en los primeros 10 min después del nacimiento, y como temprano, comenzando en la primera hora de vida. Sin embargo, el momento de inicio es muy heterogéneo en los estudios sobre contacto piel a piel, lo que dificulta la interpretación de los resultados y la estandarización de la intervención. Además, no existen estudios que comparen el efecto del inicio en los primeros 10 min versus en la primera hora. Por lo tanto, es necesario estandarizar la técnica con respecto al momento de inicio y la duración (3)

En este trabajo se usará la definición de contacto precoz establecido por el MINSA, donde define que es inmediatamente después del parto sin hacer aclaraciones de cuál es el tiempo exacto de inmediato, pero si nos dice que debe tener una duración de 60 minutos. La decisión de usar esta definición para el estudio es porque los datos obtenidos serán de la historia clínica del Hospital Regional del Cusco, y el hospital se basa a las definiciones de la norma técnica del MINSA.

### **Beneficios del contacto piel a piel**

Se puede lograr un mejor inicio y duración de la lactancia materna permitiendo que la madre y el bebé tengan contacto piel con piel inmediatamente después del parto. Se recomienda que el CPI se facilite inmediatamente después del nacimiento, ya que este es el momento en el que es más probable que el recién nacido siga sus instintos naturales de encontrar y agarrarse al pecho y luego amamantar (14).

Dado que la mayoría de las madres y sus recién nacidos están sanos y permanecen alertas y receptivos bajo anestesia raquídea o epidural, la Guía de implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño de la OMS/UNICEF recomienda que el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido sea posible después de las cesáreas con anestesia epidural (3).

### **Beneficios para el recién nacido**

- Reduce los niveles de estrés posparto
- Mejora la termorregulación y disminuye el llanto
- Promueve la lactancia materna exclusiva y temprana (34)

## **Beneficios para la madre**

- Promueve la eliminación temprana de la placenta
- Menos hemorragia posparto
- Disminuye los niveles de estrés materno
- La primera hora de vida es cuando aumentan los niveles de oxitocina, lo que fomenta el amor, el cuidado, el vínculo y el apego de la madre (34).

## **Procedimiento del contacto piel a piel**

El contacto piel con piel forma parte de los cuidados de la primera hora de vida según la norma técnica del MINSA para la atención urgente del recién nacido. Este método, que se realiza tanto en partos eutócicos como por cesárea cuando la mujer está estable y el lactante fuerte, consiste en colocar al bebé boca abajo y en posición longitudinal sobre el vientre y el pecho desnudo de la madre (4).

- Utilice un paño calentado previamente para secar al bebé; no seque las dos manos del bebé para retener el olor del líquido amniótico, que actúa como una guía hacia el pecho de la madre. A continuación, retire el primer paño húmedo y coloque el segundo paño calentado previamente sobre el bebé (NO retire todo el vérnix).
- Durante todo el contacto piel con piel, vigile de cerca al bebé.
- Si la madre o el niño presentan algún síntoma de advertencia, detenga el contacto piel con piel y cuídelos bajo una fuente de calor radiante.
- El contacto piel con piel dura sesenta minutos o hasta que comience la lactancia (4).

### **2.1.3. Contacto piel a piel y lactancia materna exclusiva**

Según investigaciones anteriores, la duración del período de lactancia está influida por la política del hospital, las acciones realizadas durante el embarazo y después del parto, y las condiciones de vida de los bebés antes, durante y poco después del nacimiento. Las primeras horas después del nacimiento son el momento más ideal para que un bebé comience a realizar comportamientos nutricionales, como buscar y succionar, por lo que estos factores deben tenerse en cuenta, ya que pueden



afectar los comportamientos primarios de succión del neonato y el mecanismo de lactancia materna, lo que resulta en la interrupción de la lactancia materna y una disminución en la tasa de lactancia materna exclusiva. La mayoría de los bebés responden al tacto, el calor y el olor durante este tiempo, y también aprenden a succionar, lo que les permite comenzar a recibir leche materna. Por esta razón, el desarrollo y el mantenimiento de la lactancia materna dependen en gran medida de las primeras horas posteriores al parto. Los estudios han indicado que separar a un bebé de su madre al nacer, incluso por un breve período de tiempo, para tareas como inyecciones de vitamina K, evaluación infantil y la reparación de una episiotomía o lesiones perineales, puede tener efectos fisiológicos perjudiciales para el niño, como estrés y aumento del llanto. Debido a esto, el neonato tiene menos probabilidades de iniciar con éxito conductas nutricionales cuando utiliza energía almacenada, lo que afecta las señales y reacciones necesarias para el desarrollo de habilidades de succión, una lactancia exitosa y la duración de la lactancia materna (5).

Según el estudio de DiGirolamo et al., el principal factor de riesgo para el cese prematuro de la lactancia materna fue un retraso en el inicio de la lactancia materna. Para fomentar la lactancia materna, se recomienda el contacto piel con piel entre la madre y el niño en los primeros minutos posteriores al parto. Un recién nacido desnudo se coloca en posición prona sobre el pecho desnudo de la madre, ya sea justo después del nacimiento o dentro de las primeras veinticuatro horas de vida. El CPP madre-infante mejora la interacción entre la madre y el niño, lo que aumenta la reactividad del neonato a la estimulación física de la madre y fomenta el desarrollo de conductas de crianza del bebé (5).

Investigaciones anteriores han demostrado que el entorno de vida del bebé antes, durante e inmediatamente después del nacimiento, las medidas adoptadas durante el embarazo y después del nacimiento, y la política hospitalaria afectan la lactancia materna de los neonatos y son fuertes factores predictivos de la duración de la lactancia materna exclusiva. Una de las intervenciones de partería en los hospitales es la separación de la madre del bebé por razones médicas, inmediatamente

después del nacimiento. Las razones citadas por los hospitales para aislar a la madre del bebé incluyen monitorear al bebé rápidamente después del nacimiento para estabilizar sus condiciones físicas y médicas, prevenir la transmisión de infecciones de madre a bebé, brindar más tiempo para el sueño y la comodidad de la madre, y evaluar al bebé médicamente. La investigación en este campo mostró que la separación de la madre del neonato después del nacimiento podría ejercer efectos adversos sobre la madre y el bebé; Esto podría resultar en una reducción de la interacción entre la madre y el bebé, haciendo que el bebé no muestre conductas nutricionales, causando retrasos en la lactancia, reduciendo la autoestima y autoeficacia de la madre en relación con la lactancia materna, perjudicando la lactancia materna, reduciendo la duración de la lactancia materna y finalmente llevando al uso de otros alimentos (5).

#### 2.1.4 Estado del arte

El tiempo transcurrido de contacto piel a piel con la lactancia materna exclusiva tienen una fuerte asociación dosis-respuesta. Los bebés que tuvieron contacto piel con piel durante 15-90 minutos (aOR [95%-IC]: 2,62 [1,61–4,27]) o más de 90 minutos (aOR [95%-IC]: 5,98 [3,48–10,28]) tenían más probabilidades de amamantar exclusivamente. Una tasa más alta de lactancia materna exclusiva se asoció con haber nacido en un hospital de distrito (aOR [95%-IC]: 2,35 [1,79–3,09]) y haber terminado la primera lactancia durante el contacto piel con piel (aOR [95%-IC]: 4,24 [3,28–5,47]) (16).

Según un estudio realizado en México en 2022, el 78.7% de las madres reportaron tener contacto piel con piel, lo cual se asoció con amamantar al menos durante seis meses (OR 1.16; IC 95% 1.08, 1.25), iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida (OR 2.01; IC 95% 1.84, 2.18) y recibir instrucciones sobre cómo amamantar al bebé inmediatamente después del nacimiento (OR 6.46; IC 95% 6.02, 6.97) (13). Un estudio chino encontró una correlación considerable entre el aumento de las tasas de lactancia materna exclusiva ( $p < 0,001$ ) y lactancia materna exclusiva después del alta hospitalaria ( $p = 0,002$ ) en 2022 inmediatamente después de la CES y el IPC inmediato. Al comparar las tasas de lactancia materna exclusiva

en el momento del alta hospitalaria con las de quienes no recibieron contacto piel a piel inmediato, se encontró que las duraciones del contacto piel a piel de al menos 90 minutos, 60-89 minutos y 30-59 minutos estaban significativamente asociadas con estas tasas 8,53 veces (OR = 8,53, IC del 95 %: 4,94-14,72, P ajustado < 0,001), 8,04 veces (IC del 95 %: 4,68-13,80, P ajustado < 0,001) y 6,28 veces (IC del 95 %: 3,75-10,51, P ajustado < 0,001), respectivamente (14). Según un estudio canadiense, la probabilidad de lactancia materna exclusiva a los cuatro meses fue 4,14 (IC del 95 %: 1,89-9,25) veces mayor para los participantes que tuvieron contacto piel con piel que para los que no participaron. Según el año de nacimiento, hubo variación en la relación entre el contacto piel con piel y la lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria (OR 4,35; IC 4,07-4,65 en 2008-2011; OR 2,81; IC 2,57-3,07 en 2012-2015; OR 1,89; IC 1,63-2,10 en 2016-2019) (15). Según una investigación adicional, el 88,7 % de las madres tuvieron contacto piel a piel con sus recién nacidos dentro de la primera hora de vida, y el 18,8 % de estos bebés recibieron más de 90 minutos de CPP y terminaron su lactancia inicial dentro de este período. Los bebés que tuvieron CPP durante 15-90 minutos (aOR, IC del 95 % [IC del 95 %]: 2,62 [1,61-4,27]) o más de 90 minutos (aOR [IC del 95 %]: 5,98 [3,48-10,28]) tenían más probabilidades de amamantar exclusivamente. Una mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva durante la estancia hospitalaria se asoció con haber terminado la primera lactancia durante el contacto piel con piel (aOR [IC del 95 %]: 4,24 [3,28-5,47]) y haber nacido en hospitales de distrito (aOR [IC del 95 %]: 2,35 [1,79-3,09] (16). Además, los tres factores protectores más importantes para la lactancia materna exclusiva fueron: (a) contacto piel con piel precoz (HR de 0,1 (IC 95%: <0,1 a 0,3) respecto a quienes no lo recibieron, (b) producción de leche autopercibida (HR de 0,4 (IC 95%: 0,3 a 0,6) por cada incremento en la producción de leche percibida, y (c) sesiones de educación prenatal en lactancia materna (HR de 0,7 (IC 95%: 0,5 a 0,9) por cada sesión adicional (17). En una encuesta nacional, se encontró que el 91,3% de los 103 bebés que fueron amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de sus vidas tuvieron contacto piel con piel. El 86,2% de los 103 bebés que no fueron amamantados exclusivamente hasta los seis meses de edad (OR=79,044;

IC del 95%: 27,372-161,062) no tuvieron contacto piel con piel al nacer. La baja producción de leche materna (34%) fue la causa más común de abandono del niño, seguida por el trabajo (17%) y las preocupaciones académicas (12%) (21).

## 2.2. Definición de términos básicos

**Lactancia materna exclusiva:** Consiste en alimentar al lactante exclusivamente con leche materna, sin agregar ningún otro alimento sólido o líquido complementario durante los primeros 6 meses de vida (1).

**Contacto precoz:** Colocar al bebe desnudo sobre el abdomen o el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del parto, tanto en partos eutócicos como partos por cesárea y tiene una duración de 60 minutos (3,4).

**Edad materna:** Tiempo en años de la madre en el embarazo (35).

**Procedencia:** Casa donde vive o reside (36).

**Grado de instrucción:** Logro educativo o nivel de educación de un individuo (37).

**Tipo de parto:** Vía por la cual el feto y la placenta abandonan el útero. Los partos pueden implicar intervenciones físicas, psicológicas, médicas o quirúrgicas (38).

**Edad gestacional:** edad del recién nacido calculada en semanas de gestación según el examen físico a través del método Capurro (39).

**APGAR:** Método desarrollado para evaluar la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina (40).

## 2.3. Hipótesis

### 2.3.1 Hipótesis general

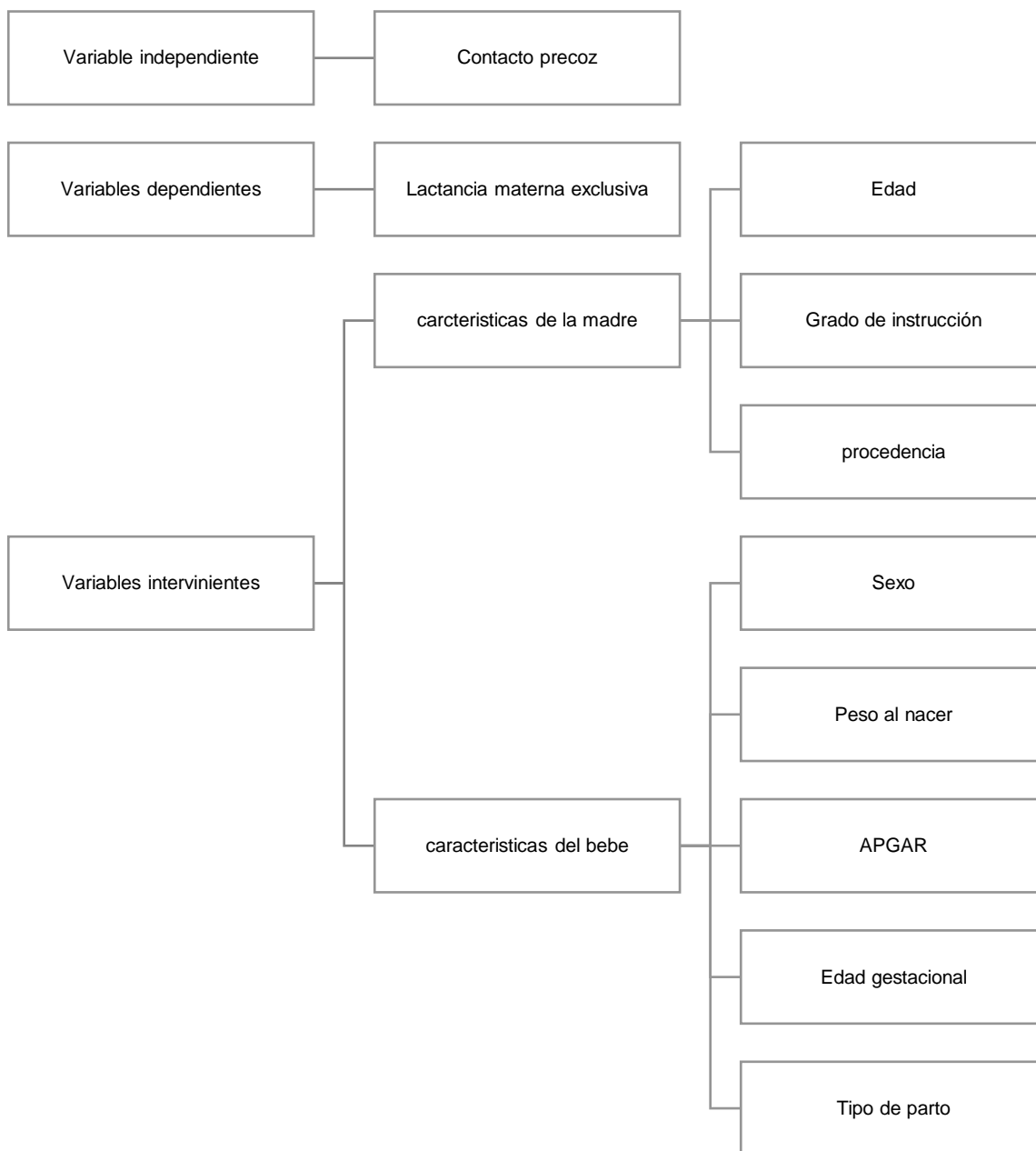
- El tiempo de contacto precoz está asociado con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida en el Hospital Regional del Cusco, 2024

### 2.3.2 Hipótesis específicas

- El 72.5% reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida en el Hospital Regional del Cusco, 2024

- El tiempo de contacto precoz en promedio es de 30 minutos en el Hospital Regional del Cusco, 2024

## 2.4. Variables



## 2.5. Definiciones operacionales

Variable		Defunción conceptual	Tipo de variable	Forma de medición de la variable	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Definición operacional de la variable
Variable dependiente	Lactancia materna exclusiva	Consiste en alimentar al lactante exclusivamente con leche materna, sin agregar ningún otro alimento sólido o líquido complementario durante los primeros 6 meses de vida (1).	Cuantitativo	Indirecto	Si: 6 meses de lactancia materna exclusiva No: menos de 6 meses de lactancia materna exclusiva	Nominal dicotómica	Si no	meses	Se definirá como el tiempo en meses durante el cual él bebe se alimentó únicamente con leche materna sin darle ningún otro alimento ni agua a excepción de vitaminas o medicamentos, hasta los 6 meses de vida
	Contacto precoz	Colocar al bebe desnudo sobre el abdomen o el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del parto, tanto en partos eutócicos como partos por cesárea y tiene una duración de 60 minutos (3,4).	Cuantitativa	Indirecto	10-29 min 30-59 min 60 min a mas	Nominal categorica	Ficha de recolección de datos: mediante entrevista a la madre	minutos	Se define como el tiempo de contacto precoz registrado en el cuaderno de contacto piel a piel del servicio de neonatología del Hospital Regional del Cusco.

## Variables intervinientes

Características generales de la madre								
Variable	Defunción conceptual	Tipo de variable	Forma de medición de la variable	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Definición operacional de la variable
Edad	Tiempo en años de la madre en el embarazo (35).	cualitativa	indirecta	Edad en años cumplidos de la madre	De razón	Ficha de recolección de datos: entrevista a la madre	___ años	Se define como los años cumplidos al momento del parto de su bebe
procedencia	Casa donde vive o reside (41).	cualitativa	indirecta	Lugar de procedencia	Nominal dicotómica	Ficha de recolección de datos: entrevista a la madre	Rural / urbano	Se define como la distribución de la población mediante los criterios de localización por parte del censos del INEI (42).
Grado de instrucción	Logro educativo o nivel de educación de un individuo (37).	cualitativa	Indirecta	Ultimo grado de instrucción alcanzado	Ordinal	Ficha de recolección de datos	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Se define como el ultimo grado educativo alcanzado por la madre

Características generales del bebe								
Variable	Defunción conceptual	Tipo de variable	Forma de medición de la variable	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Definición operacional de la variable
Sexo	Conjunto de características de la estructura reproductiva, fenotipo y genotipo, que diferencian al organismo masculino del femenino (43).	Cualitativa	indirecta	Presencia de genitales masculinos femeninos	Nominal, dicotómica	Ficha de recolección de datos	Femenino masculino	Se definirá la variable "sexo" como la condición femenina o masculina registrada en su cartilla de recién nacido
Tipo de parto	Vía por la cual el feto y la placenta abandonan el útero. Los partos pueden implicar intervenciones físicas, psicológicas, médicas o quirúrgicas (38)	cualitativa	indirecta	Vía vaginal o cesárea	Nominal dicotómica	Ficha de recolección de datos	Vaginal Cesárea	Se define como la vía de parto registrado en la cartilla del recién nacido
Peso al nacer	masa o cantidad de peso de un individuo al nacimiento (44)	Cuantitativa	Indirecta	Gramos	Categórica	Ficha de recolección de datos	<2500gr 2500-4000gr >4000gr	Se definirá como el peso registrado en gramos en su nacimiento, agrupada en bajo peso, peso normal, macrosómico



APGAR	Método desarrollado para evaluar la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina (40).	cuantitativo	indirecta	Score de APGAR al minuto y 5 minutos	De razón	Ficha de recolección de datos	<p>1'</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 7</li> <li>• 8</li> <li>• 9</li> <li>• 10</li> </ul> <p>5'</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 7</li> <li>• 8</li> <li>• 9</li> <li>• 10</li> </ul>	Se define como el registro en la historia clínica del recién nacido al minuto y a los 5 minutos donde se evalúa 5 elementos siendo una puntuación de 7 a 10 la ausencia de dificultad para adaptarse a la vida extrauterina.
Edad gestacional	edad del recién nacido calculada en semanas de gestación según el examen físico a través del método Capurro (39)	Cuantitativa	Indirecta	Cantidad de semanas de gestación	De razón	Ficha de recolección de datos	Semanas	Edad por Capurro registrado en la cartilla del recién nacido, ya que solo serán recién nacidos a término la edad gestacional será de 37 a 41 semanas

### 3 CAPITULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo analítico (45), ya que se pretende analizar la asociación existente entre el tiempo del contacto precoz con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida en el Hospital Regional del Cusco

#### 3.2. Diseño de investigación

El diseño de la investigación pertenece a un estudio observacional o no experimental, de tipo cohorte retrospectivo.

**Observacional:** Este estudio es observacional, es decir el investigador no tomará parte ni manipulará las variables, se observará la asociación del tiempo de contacto precoz y la lactancia materna exclusiva en el Hospital Regional del Cusco.

**Cohorte:** Porque se busca evaluar la relación entre una exposición (tiempo de contacto precoz madre-bebe) y un resultado (lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida).

**Retrospectivo:** Se seleccionan sujetos basados en una exposición o característica registrada en el pasado y se observa un resultado que ha ocurrido en un punto posterior en el tiempo

#### 3.3. Población y muestra

##### 3.3.1. Descripción de la población

Constituida por los lactantes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Regional del Cusco en el periodo de enero a mayo del 2024

Los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional de enero a junio del 2024 es de 1348 neonatos. Esta información fue obtenida de la sala situacional del Hospital Regional del Cusco.

Teniendo en promedio 1123 neonatos en el periodo enero a mayo

### 3.3.2. Ámbito de estudio

El Hospital Regional Del Cusco es un establecimiento de salud, con categoría nivel III-1 de acuerdo a la Resolución Directoral RD-N.º 508-2005-DRSC-DEGDRRHH. Es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud Cusco.

Se obtiene certificación como establecimiento de salud “Amigo de la Madre, la Niña y el Niño”, con vigencia del 21 de diciembre del 2022 al 20 de diciembre del 2025.

El 2023 se implementa el registro de contacto precoz en el servicio de neonatología

### 3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Para la madre
  - Madres mayores de 18 años
  - Madres en buen estado clínico al momento del parto
- Para el bebe
  - Recién nacidos a términos (37 - 41 semanas por Capurro)
  - Puntuación de Apgar 7 -10 al primer minuto y a los 5 minutos

Criterios de exclusión:

- Madres que no acepten participar en el estudio
- Madres y neonatos que presentaron complicaciones que este indicado la interrupción del contacto piel a piel

### 3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

La fórmula para el tamaño muestra ( $n$ ) en una población finita es:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Donde:

$Z$  es el valor correspondiente al nivel de confianza deseado  $p$  es la proporción esperada (probabilidad de que el evento de interés ocurra en la población).

$N$  es el tamaño de la población.

$E$  es el margen de error.

Con nuestros datos:

Población total ( $N$ ): 1123 personas.

Nivel de confianza ( $Z$ ): 95% ( $Z = 1.96$ ).

Margen de error ( $E$ ): 5% (0.05).

Proporción esperada ( $p$ ): 0.5.

El tamaño muestra necesario para este estudio de cohorte, es aproximadamente 287 personas.

Al ser un estudio de cohorte calculamos la pérdida de seguimiento del 10% para el tamaño muestral de 287 con la formula

$$n_{\text{corregido}} = \frac{n}{1 - \text{pérdida\_seguimiento}}$$

$$n_{\text{corregido}} = \frac{287}{1 - 0.10} = \frac{287}{0.90} = 318$$

Por lo tanto, el tamaño muestral ajustado por la pérdida de seguimiento del 10% es de **318 personas**.

#### 3.4. Técnica, instrumentos y técnica de recolección de datos

Técnica: Se solicitó permiso a la oficina correspondiente del Hospital Regional del Cusco, se accede a las historias clínicas para los datos generales de la madre y del bebé, se solicita consentimiento informado por medio de llamada telefónica y por este mismo medio se culmina con la entrevista para recolección de datos.

Instrumento: Se realizó uso de una ficha para la recolección de datos, previamente haya aceptado participar en el estudio. La ficha consta de dos partes: la primera datos obtenidos por la historia clínica y la segunda datos obtenidos vía telefónica.

El instrumento al presentar datos objetivos no requiere validación por expertos sin embargo el contenido de la estructura y la semántica de la ficha de recolección de datos requiere una evaluación por este motivo se realizó una prueba pilotos del cuestionario original con 10 madres que cumplían los criterios de inclusión. se recogieron comentarios, sugerencias y

preguntas de las madres y preguntaron sobre la extensión del cuestionario y si el lenguaje utilizado era comprensible. y se utilizó la versión final del cuestionario para recopilar datos.

Recolección de datos: Los procedimientos para obtener los datos son:

1. Autorización: se obtuvo los permisos por el establecimiento de salud con la finalidad de realizar el presente trabajo y obtener los datos necesarios y un consentimiento informado por parte de la madre de los lactantes que vayan a cumplir con los criterios de inclusión y exclusión.
2. Aplicación del instrumento: La recolección de datos generales de la madre y del bebé, así como del tiempo de contacto precoz se realizó en el establecimiento de salud, se realizó de lunes a viernes. Posteriormente se completa el cuestionario con respecto a la lactancia materna vía telefónica, se llama en horarios de 9 a 6pm de lunes a sábado.

### 3.5. Plan de análisis de datos

Para el análisis estadístico se empleó el software Stata. En el análisis descriptivo se describirán las características sociodemográficas y clínicas de la cohorte, para las variables cuantitativas se utilizó medidas de tendencia central (media y mediana) y dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico) y para las variables categóricas se presentan en frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

En la comparación bivariada se realizó una comparación entre el tiempo de contacto precoz dividido en tres grupos (10-29 minutos, 30-59 minutos y  $\geq 60$  minutos) y la lactancia materna exclusiva (LME) a los 6 meses de vida si se comparan dos variables cualitativas se aplicarán pruebas de Chi-cuadrado o de Fisher dependiendo de los grados de libertad esperado. Para comparar variables cuantitativas y cualitativas usamos t de Student o U Mann-Whitney.

Por último, para cuantificar la asociación entre el tiempo de contacto precoz y la LME se calculó la Razón de Riesgos (RR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ . Para ajustar posibles factores de confusión, se realizó un análisis multivariado mediante el modelo de regresión de Poisson, métodos apropiados para estimar RR en estudios de cohorte.

### PRESUPUESTO

ACTIVIDAD	DESCRIPCION DEL REQUERIMIENTO	DETALLE DEL COSTO	PRESUPUESTO
Impresión del proyecto de tesis	06 unidades impresas para asesor y dictaminantes	4 unidades x 15 S/.	S/ 60.00
Impresión de ficha de recolección de datos y permisos a Centros de Salud	202 encuestas impresas x 6 hojas de permisos	202 x 0.1 S/.	S/ 20.2
Trámites Administrativos para inscripción de tesis	Pago por Nombramiento de Asesor e inscripción de Tema de Tesis o Trabajo de Investigación	30 S/.	S/ 30.00
	Pago por Nombramiento de Dictaminadores de Tesis	28 S/.	S/ 28.00
	Pago por Aprobación de Dictamen de Tesis	25 S/.	S/ 25.00
Aplicación de encuestas	Movilidad para recolectar los datos	1 personales x 30 días x 1.5 S/.	S/ 45.00

	entrevista vía telefónica	Plan de llamada ilimitada claro 31.90 S/.	S/ 31.90
Trámite Administrativo para sustentación de tesis	Pago por Calificación de Expediente para Optar al Título Profesional: Modalidad de Sustentación de Tesis	434 S/.	S/ 434.00
	Pago para el análisis estadístico	1000 S/.	S/ 1000
	Pago por Determinación de Fecha, Hora y Lugar para Sustentación de Tesis	30 S/.	S/ 30.00
	Pago por Rotulado de Diploma de Título Profesional	102 S/.	S/ 102.00
Sustentación de tesis	5 ejemplares para sustentación de tesis y 2 CDs serigrafados	5 unidades x 20 S/. y 2 CDs x 5 S/.	S/ 110.00
<b>TOTAL</b>			S/ 1 820.2

*Financiamiento:*

El presupuesto total será S/. 1 820.20, los cuales serán financiados por el propio investigador.

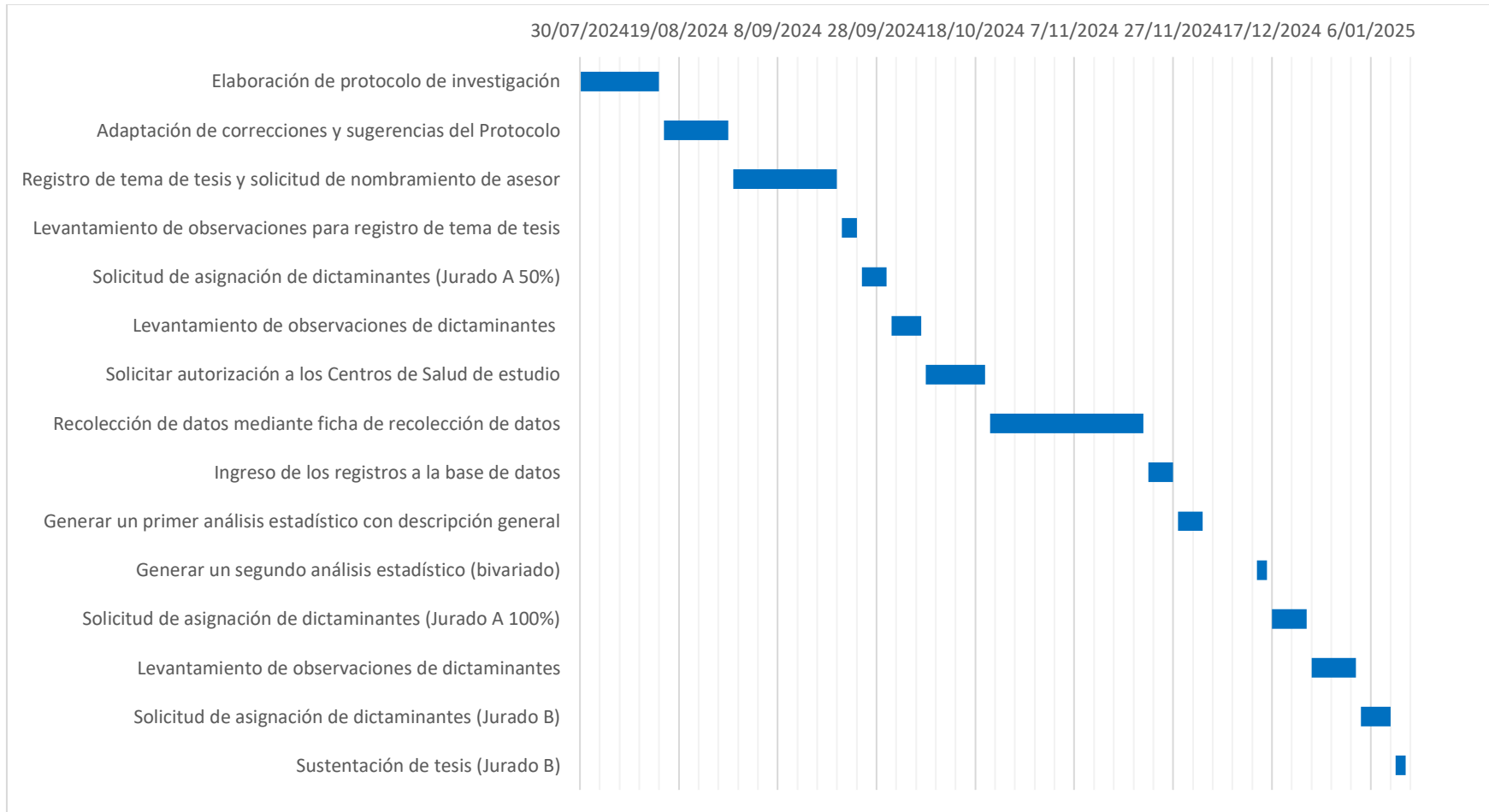
**CRONOGRAMA**

Tarea y/o Actividad	Fecha de inicio	Fecha final
Elaboración de protocolo de investigación	30/07/2024	15/08/2024
Adaptación de correcciones y sugerencias del Protocolo	16/08/2024	29/08/2024
Registro de tema de tesis y solicitud de nombramiento de asesor	30/08/2024	20/09/2024



Levantamiento de observaciones para registro de tema de tesis	21/09/2024	24/09/2024
Solicitud de asignación de dictaminantes (Jurado A 50%)	25/09/2024	30/09/2024
Levantamiento de observaciones de dictaminantes	1/10/2024	7/10/2024
Solicitar autorización a los Centros de Salud de estudio	8/10/2024	20/10/2024
Recolección de datos mediante ficha de recolección de datos	21/10/2024	21/11/2024
Ingreso de los registros a la base de datos	22/11/2024	27/11/2024
Generar un primer análisis estadístico con descripción general	28/11/2024	3/12/2024
Generar un segundo análisis estadístico (bivariado)	14/12/2024	16/12/2024
Solicitud de asignación de dictaminantes (Jurado A 100%)	17/12/2024	24/12/2024
Levantamiento de observaciones de dictaminantes	25/12/2024	3/01/2025
Solicitud de asignación de dictaminantes (Jurado B)	4/01/2025	10/01/2025
Sustentación de tesis (Jurado B)	11/01/2025	13/01/2025

## Cronograma



## 4. CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### 4.1. Resultados

Durante el período de estudio, de enero a mayo, se registraron 1161 partos en el Hospital Regional del Cusco. De estos, 575 cumplían con los criterios de inclusión. Tras excluir los casos que cumplían con los criterios de exclusión, se analizaron finalmente un total de 318 lactantes.

En la tabla 1, se muestra las características generales de la madre, teniendo la mediana de edad de 28 años (con un RIQ 23-33), con respecto al grado de instrucción 12.58% (40/318) cursaron la primaria, 59.43% (189/318) cuentan con secundaria y 27.99% (89/318) cuentan con estudios superiores, más de la mitad de las madres proceden de zonas urbanas 67.92% (216/318). Los neonatos estuvieron compuesto equitativamente por sexos, con un 50.31% de recién nacidos femeninos y un 49.69% masculinos. Más de la mitad fueron de parto vaginal 64.78% (206/318). En cuanto al peso al nacer se observa que la mayoría se encuentra en peso normal con un 94.65% (301/318). El APGAR al minuto tuvo una mediana de 8 puntos y los 5 minutos la mediana fue de 9 puntos. La edad gestacional por CAPURRO tiene una media de 39 semanas (con un RIQ 38-39). En el tiempo de contacto precoz registrado en el cuaderno de contacto piel a piel del servicio de neonatología del Hospital Regional del Cusco, teniendo la mediana del tiempo de 60 minutos (con un RIQ 30-60). Estos datos se agruparon en 3: Grupo 1 de 10-29 minutos con un 14.78% (47/318); grupo 2 de 30-59 minutos con un 34.59% (110/318) y el grupo 3 de  $\geq 60$  minutos con el 50.63% (161/318). Con respecto a la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida es de 76.42% (243/318), mantuvieron la lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses el 17.30% (55/318), hasta los 4 meses 5.35% (17/318), hasta los 3 meses 0.94% (3/318) y los que no tuvieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida son de 23.58% (75/318) de estos mayormente el alimento que se le ofreció fue caldos y sopas con 49.33% (37/75) y el motivo más frecuente del abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida fue la persistencia de hambre con 40% (30/75).

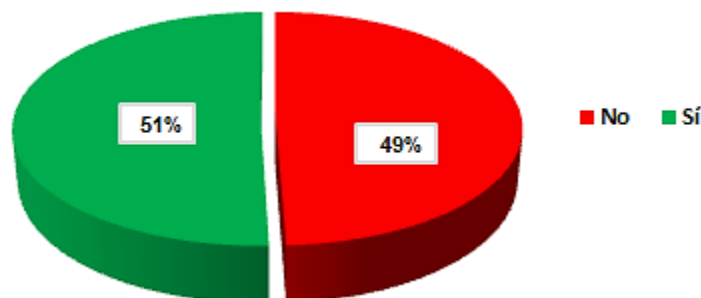
Tabla 1. Características generales de la madre, del neonato, contacto precoz y lactancia materna exclusiva en el Hospital Regional del Cusco, 2024

		Total n	%
<b>Características generales de la madre</b>			
Edad	<i>mediana (RIQ)</i>	28 (23-33)	
Grado de instrucción	Primaria	40	12.58
	Secundaria	189	59.43
	Superior	89	27.99
Procedencia	urbano	216	67.92
	rural	102	32.08
<b>Características generales del neonato</b>			
Sexo	Femenino	160	50.31
	Masculino	158	49.69
Tipo de parto	Vaginal	206	64.78
	Cesárea	112	35.22
Peso al nacer	<i>media (DS)</i>	3294 ± 391	
	< 2500	4	1.26
	2500-4000	301	95.65
	> 4000	13	4.09
APGAR al 1° minuto	<i>mediana (RIQ)</i>	8 (8-9)	
	7 puntos	15	4.72
	8 puntos	266	83.65
	9 puntos	37	11.64
APGAR al 5° minuto	<i>mediana (RIQ)</i>	9 (9-10)	
	8 puntos	5	1.57
	9 puntos	293	92.14
	10 puntos	20	6.29
Edad gestacional	<i>mediana (RIQ)</i>	39 (38-39)	
<b>Contacto precoz</b>			
Tiempo de contacto precoz	<i>mediana (RIQ)</i>	60 (30-60)	
	10-29 min	47	14.78
	30-59 min	110	34.59
	≥ 60 min	162	50.63
<b>Lactancia materna exclusiva</b>			
Si, LME hasta los 6 meses de vida		243	76.42
No, menos de 6 meses		75	23.58
• Alimento ofrecido antes de los 6 meses de vida además de LM <sup>a</sup>	Formula infantil	13	17.33
	Sopa/caldos	37	49.33
	Papillas	17	22.67
	Jugos	8	10.67
• Motivos de uso de alimento y/o bebida antes de los 6 meses <sup>a</sup>	Persistencia de hambre	30	40.00
	Poca producción de LM	5	6.67
	Recomendación de la familia	23	30.67
	Motivos laborales	14	18.67

	Recomendación (personal de salud)	3	4.00
Tiempo de lactancia materna exclusiva	mediana (RIQ)	6 (5-6)	
	3 meses	3	0.94
	4 meses	17	5.35
	5 meses	55	17.30
	6 meses	243	76.42

<sup>a</sup> Porcentaje calculado en función del total de pacientes que NO tuvieron LME (75)

Grafica 1. Prevalencia de contacto precoz según el tiempo definido por la OMS



En la gráfica 1. Se considera como “sí” al tiempo de contacto de 60 minutos a más como el tiempo adecuado según la OMS y se define como “no” a aquellos con un tiempo de contacto precoz menor a 60 minutos, por ende, en el Hospital Regional del Cusco la mitad de los neonatos reciben un tiempo de contacto precoz de 60 minutos a más recomendado por la OMS.

En la tabla 2. nos muestra el análisis bivariado de las características generales maternas, neonatales y el contacto precoz con la lactancia materna exclusiva. Al asociar el sexo con la lactancia materna exclusiva nos da un valor de  $p = 0.164$  que es mayor al nivel de significancia común ( $p > 0.05$ ), esto indica que no hay suficiente evidencia estadística para afirmar que existe una asociación significativa entre el sexo y la lactancia materna exclusiva. En la asociación del tipo de parto y lactancia materna exclusiva observamos que el valor  $p = 0.018$  es menor al nivel de significancia estándar ( $p < 0.05$ ), Por lo tanto, existe evidencia estadística que sugiere que el tipo de parto está relacionado con la lactancia materna, el 80.58% (166/318) de los bebés que tuvieron parto vaginal mantuvieron una lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida. Con respecto al peso al nacer y la edad gestacional se tiene valor de  $p > 0.05$  por lo tanto nos indica que no existe una

asociación con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida. En la asociación del APGAR al minuto no existe asociación significativa, sin embargo, si vemos una asociación con el APGAR a los 5 minutos con un valor de  $p = 0.03$ , al categorizarlo en grupos por puntaje del APGAR el  $p = 0.046$  la significancia disminuye. En el análisis bivariado del tiempo de contacto precoz categorizado en 3 grupo y la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, el 86.34% (139/318) de los bebés que tuvieron un tiempo de contacto precoz de 60 minutos a más mantuvieron su lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida con un valor  $p < 0.001$  al ser este valor mucho menor al nivel de significancia estándar, nos indica que se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de contacto precoz y la lactancia materna exclusiva.

Tabla 2. Análisis bivariado de las características generales de la madre, neonato y contacto precoz con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida en el Hospital Regional del Cusco, 2024

		Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida		
		Si (%)	No (%)	Valor "p"
<b>Características generales de la madre</b>				
Edad	<i>mediana (RIQ)</i>	29 (23-32)	27 (24-34)	0.61 <sup>a</sup>
Grado de instrucción	Primaria	31 (77.50)	9 (22.50)	0.952 <sup>b</sup>
	Secundaria	145 (76.72)	44 (23.28)	
	Superior	67 (75.28)	22 (24.72)	
Procedencia	Urbano	160 (74.07)	56 (25.93)	0.152 <sup>b</sup>
	Rural	83 (81.37)	19 (18.63)	
<b>Características generales del neonato</b>				
Sexo	Femenino	117 (73.13)	43 (26.88)	0.164 <sup>b</sup>
	Masculino	126 (79.75)	32 (20.25)	
Tipo de parto	Vaginal	166 (80.58)	40 (19.42)	0.018 <sup>b</sup>
	Cesárea	77 (68.75)	35 (31.25)	
Peso al nacer	< 2500	1 (25.00)	3 (75.00)	0.08 <sup>c</sup>
	2500-4000	232 (77.08)	69 (22.92)	
	> 4000	10 (76.92)	3 (23.08)	
APGAR al 1° minuto	<i>mediana (RIQ)</i>	8 (8-9)	8 (8-9)	0.6946 <sup>d</sup>
	7 puntos	10 (66.67)	5 (33.33)	0.649 <sup>b</sup>
	8 puntos	205 (77.07)	61 (22.93)	
	9 puntos	28 (75.68)	9 (24.32)	
APGAR al 5° minuto	<i>mediana (RIQ)</i>	9 (9-10)	9 (8-9)	0.03 <sup>a</sup>
	8 puntos	3 (60.00)	2 (40.00)	0.046 <sup>c</sup>
	9 puntos	221 (75.43)	72 (24.57)	

	10 puntos	19 (95.00)	1 (5.00)	
Edad gestacional	<i>mediana (RIQ)</i>	39 (38-40)	39 (38-39)	0.1212 <sup>a</sup>
<b>Contacto precoz</b>				
Tiempo de contacto precoz	10-29 min	30 (63.83)	17 (36.17)	p<0.001 <sup>b</sup>
	30-59 min	74 (67.27)	36 (32.73)	
	≥ 60 min	39 (86.34)	22 (13.66)	

<sup>a</sup> Valor de "p" calculado mediante la Prueba de U de Mann-Whitney

<sup>b</sup> Valor de "p" calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

<sup>c</sup> Valor de "p" calculado mediante la Prueba Exacta de Fisher

<sup>d</sup> Valor de "p" calculado mediante la Prueba de T de Student

En la tabla 3, se observa el tiempo de contacto precoz con respecto al tipo de parto, en el grupo con menor tiempo de contacto precoz (10-29min) la mayoría fueron partos por cesárea, y de los que tuvieron mayor tiempo de contacto precoz (≥60min) el 93% fueron por parto vaginal, la relación es estadísticamente significativo con un  $p < 0.001$ .

Tabla 3. Análisis bivariado entre el tiempo de contacto precoz y el tipo de parto

CARACTERISTICAS DE CONTACTO PIEL A PIEL	TIPO DE PARTO		Valor "p"	
	VAGINAL (%)	CESAREA (%)		
Tiempo de contacto precoz	10-29 min	4 (8.51)	43 (91.49)	p<0.001 <sup>a</sup>
	30-59 min	52 (47.27)	58 (52.73)	
	≥ 60 min	150 (93.17)	11 (6.83)	

<sup>a</sup> Valor de "p" calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos-HRC

En la tabla 4, se muestra el análisis multivariado mediante el modelo de regresión de Poisson. Los lactantes que tuvieron un parto por cesárea tienen un 60% más riesgo de no mantener lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, en comparación con aquellas que tuvieron un parto vaginal con resultados estadísticamente significativos (IC 95%: 1.09-2.38;  $p = 0.017$ ), sin embargo, Después de ajustar por posibles factores de confusión, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y la lactancia materna exclusiva (RR ajustado: 0.89; IC 95%: 0.55-1.45;  $p = 0.655$ ). Esto sugiere que el tipo de parto no influye de manera significativa en la probabilidad de mantener la LME tras considerar otros factores. En la asociación del tiempo de contacto precoz y la LME, el grupo de tiempo de contacto precoz de 30 a 59 minutos tienen 1,4 veces más riesgo de no mantener la LME en comparación con los que tuvieron un tiempo de contacto precoz de 60 minutos a más con resultados estadísticamente

significativos (IC 95%: 1.49-3.84;  $p < 0.001$ ), el grupo de tiempo de contacto precoz de 10 a 29 minutos tiene 1.65 veces más riesgo de no mantener la LME en comparación con los que tuvieron un tiempo de contacto precoz de 60 minutos a más con resultados estadísticamente significativos (IC 95%: 1.54-4.56;  $p < 0.001$ ), Después de ajustar por posibles factores de confusión, El valor  $p$  sigue siendo muy bajo, lo que refuerza la idea de que la asociación entre el tiempo de contacto precoz y la lactancia materna exclusiva es estadísticamente significativa incluso después del ajuste. En el análisis del APGAR a los 5 minutos con la lactancia materna exclusiva no se encuentra asociación estadísticamente significativa ya que el valor de  $p$  es mayor a 0.05.

Tabla 4. Análisis multivariado entre el tiempo de contacto precoz y lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida en el Hospital regional del Cusco, 2024

FACTORES DE RIESGO		RR crudo (IC95%)	Valor "p" crudo	RR ajustado* (IC95%)	Valor "p" ajustado
Tipo de parto	Vaginal	Ref.	-	Ref.	-
	Cesárea	1.60 [1.09-2.38]	0.017	0.94 [0.59-1.52]	0.812
APGAR al 5° minuto	8 puntos	8.00 [0.89-71.57]	0.063	-	-
	9 puntos	4.91 [0.72-33.55]	0.104	-	-
	10 puntos	Ref.	-	-	-
Tiempo de contacto precoz	10-29 min	2.65 [1.54-4.56]	$p < 0.001$	2.77 [1.41-5.44]	0.003
	30-59 min	2.40 [1.49-3.84]	$p < 0.001$	2.46 [1.47-4.11]	0.001
	$\geq 60$ min	Ref.	-	Ref.	-

RR: Riesgo relativo

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

Ref.: Referencia

RR ajustado para las variables

\*Para el modelo ajustado se cumplieron criterios de Multicolinealidad y Factor de Inflación de Varianza (VIF)

## 4.2. Discusión

En este estudio, demostramos que una menor duración del contacto precoz incrementa significativamente el riesgo de no lograr la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, en comparación con un contacto precoz de 60 minutos. El riesgo aumenta notablemente tanto para tiempos de 10 a 29 minutos (RR ajustado: 3.00; IC 95%: 1.51–5.96;  $p = 0.002$ ) como para tiempos de 30 a 59 minutos (RR ajustado: 2.50; IC 95%: 1.50–4.18;  $p < 0.001$ ). Estos hallazgos son consistentes con estudios previos. Por ejemplo, Juan J y colaboradores observaron que una



mayor duración del contacto piel a piel impacta positivamente en las tasas de lactancia materna exclusiva, siendo 30 minutos suficientes para marcar una diferencia significativa (14). Por su parte, García PK y col. concluyeron que el contacto precoz favorece de manera significativa la lactancia materna (RR = 143.28; IC 95%: 75.5–271.7), resaltando una asociación altamente significativa (20). Asimismo, Miñano EG y col. evidenciaron que el contacto piel a piel durante 60 minutos actúa como un factor protector de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses (OR = 79.044; IC 95%: 27.372–161.062) (21). La evidencia sugiere que la implementación adecuada de un contacto piel a piel de al menos 60 minutos tras el nacimiento es fundamental para promover y mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y que a menos tiempo de contacto piel a piel aumenta el riesgo de no completar la lactancia materna hasta los 6 meses de vida.

En nuestro estudio encontramos que los que recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida es de 76.42% (243/318) en nuestro estudio fue mayor que prevalencia regional 72.5% (1,8,27). Sin embargo, esta diferencia puede deberse a que la prevalencia regional está dada por toda la población nivel regional en cambio la población de estudio tiene características específicas como se a término y estar todos en condiciones maternas y neonatales de realizar en contacto precoz. Nuestro hallazgo también tiene un patrón similar de comportamiento de lactancia materna. El principal motivo de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida fue la persistencia de hambre con 40% (30/75) y el alimento que mayormente se le dio a parte de leche materna fue caldos y sopas con 49.33% (37/75). El dato que llama la atención es que el abandono de la lactancia materna exclusiva a causa de recomendación de algún personal de salud es de 4% (3/75) ya que esto no coincide con las recomendaciones de la OMS, sin embargo, se desconoce que personal de salud, en qué condiciones médicas y cuáles fueron las indicaciones exactas para esta recomendación ya que el estudio no tiene el objetivo de indagar este aspecto.

A pesar de las recomendaciones de la OMS y el MINSA sobre el tiempo de contacto precoz de 60 minutos como mínimo, en nuestro estudio solo el 50% cumplieron con este tiempo recomendado y es baja en comparación con un estudio nacional de Miñano EG y col. Donde el 91.3% de los recién nacidos experimentaron contacto piel a piel por 60 minutos al nacer (21). Por otra parte, en nuestro estudio la mediana del tiempo de contacto precoz fue de 60 minutos (con un RIQ 30-60). Estos datos son similares al estudio de Giang HTN y col. Donde la duración más común del contacto piel a piel fue de 15 a 90 minutos (45,4%) (16)

Otros factores que tienen una asociación significativa con la lactancia materna exclusiva es el tipo de parto, los lactantes que tuvieron un parto por cesárea tienen más riesgo de no mantener lactancia materna exclusiva en comparación con aquellas que tuvieron un parto vaginal (RR: 1.60; IC 95%: 1.09-2.38;  $p = 0.017$ ), sin embargo, Después de ajustar por posibles factores de confusión, no se encontró una asociación estadísticamente significativa (RR ajustado: 0.89; IC 95%: 0.55-1.45;  $p = 0.655$ ). similar al estudio de Karim FZ y col. en su análisis de los subgrupos realizado en función del tipo de parto y la duración de la lactancia materna exclusiva, se determinó que el contacto piel a piel entre madre e hijo tuvo un efecto estadísticamente significativo sobre la lactancia materna exclusiva OR = 2,45 [IC del 95%: (1,76-3,35);  $p < 0,001$ ] (5).

#### 4.3. Conclusiones

- Una menor duración del contacto precoz incrementa significativamente el riesgo de no alcanzar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, en comparación con un contacto precoz de 60 minutos. Específicamente, el riesgo se triplica para tiempos de 10 a 29 minutos y se duplica para tiempos de 30 a 59 minutos.
- El 76.42% recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, un valor superior al reportado en otros estudios similares.
- Solo el 50% recibió un tiempo de contacto precoz de 60 minutos

#### 4.4. Sugerencias

El contacto precoz esta normado mediante la Resolución Ministerial N.º 828-2013-MINSA en la "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal" recomendamos al personal de salud sobre todo al personal de enfermería que se cumpla con esta norma en los establecimientos de salud, para que todos los neonatos de parto vaginal y cesárea reciban un contacto precoz de al menos 60 minutos, así como el cumplimiento de los 10 pasos hacia una feliz lactancia.

Asimismo, se debe continuar promoviendo y manteniendo las estrategias efectivas que favorecen la lactancia materna exclusiva. Como los programas educativos dirigidos a las madres y familias sobre los beneficios de la lactancia materna, así como la continuación de campañas de sensibilización en la comunidad.

Para futuras investigaciones, sugerimos realizar estudios prospectivos que permitan evaluar si el contacto precoz se está realizando de manera adecuada y analizar las razones detrás de la interrupción de esta práctica. Estos estudios serán clave para identificar áreas de mejora y optimizar el tiempo de contacto precoz en el futuro.

Recomendamos que en otros Hospitales se implemente el control y registro del contacto precoz como lo hace el Hospital Regional del Cusco, para así mejorar los resultados de lactancia materna exclusiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna [Internet]. [citado 11 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>
2. “El Perú debe reforzar la lactancia materna frente a la crisis alimentaria global” [Internet]. [citado 11 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/peru-debe-reforzar-lactancia-materna-frente-crisis-alimentaria-global>
3. OMS y UNICEF. Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la iniciativa hospitales amigos del niño 2018 [Internet]. [citado 31 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513807>
4. Resolución Ministerial N.º 372-2024-MINSA [Internet]. [citado 9 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5617451-372-2024-minsa>
5. 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.* marzo de 2020;21(1):46-56.
6. Goudard MJF, Lamy ZC, Marba STM, Lima GM de S, Santos AMD, Vale MS do, et al. The role of skin-to-skin contact in exclusive breastfeeding: a cohort study. *Rev Saude Publica.* 2022;56:71.
7. Lactancia materna y alimentación complementaria - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>

8. Gerencia Regional de Salud Cusco. Informe anual del cumplimiento de compromiso de mejora: Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna [Internet]. 2022 dic [citado 18 de septiembre de 2024]. Report No.: 1682. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/>
9. Abdulghani N, Edvardsson K, Amir LH. Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. *PLoS One*. 2018;13(10):e0205696.
10. Guzmán Vela FP. Calidad del contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido a término vigoroso atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del año 2015. 2015.
11. Gonzales EO. Beneficios del Contacto Precoz Piel a Piel. *Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 26 de julio de 2019 [citado 23 de octubre de 2024]; Disponible en: <http://www.revcog.org/index.php/revcog/article/view/785>
12. Castillo Cabello IP. Cumplimiento del clampaje tardío de cordón umbilical, el contacto precoz e inicio de la lactancia materna en los hospitales de Cusco, febrero de 2018. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco [Internet]. 2018 [citado 16 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/4913>
13. Sampieri CL, Fragoso KG, 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*. 7 de julio de 2022;17:49.
14. Juan J, Zhang X, Wang X, Liu J, Cao Y, Tan L, et al. Association between Skin-to-Skin Contact Duration after Caesarean Section and Breastfeeding Outcomes. *Children (Basel)*. 12 de noviembre de 2022;9(11):1742.

15. 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*. 1 de abril de 2022;113(4):589-97.
16. Giang HTN, Duy DTT, Vuong NL, Ngoc NTT, Pham TT, Tuan LQ, et al. Prevalence of early skin-to-skin contact and its impact on exclusive breastfeeding during the maternity hospitalization. *BMC Pediatr*. 7 de julio de 2022;22(1):395.
17. Dueñas-Espín I, León Cáceres Á, Álava A, Ayala J, Figueroa K, Loor V, et al. Breastfeeding education, early skin-to-skin contact and other strong determinants of exclusive breastfeeding in an urban population: a prospective study. *BMJ Open*. 18 de marzo de 2021;11(3):e041625.
18. Agudelo SI, Gamboa OA, Acuña E, Aguirre L, Bastidas S, Guijarro J, et al. Randomized clinical trial of the effect of the onset time of skin-to-skin contact at birth, immediate compared to early, on the duration of breastfeeding in full term newborns. *Int Breastfeed J*. 13 de abril de 2021;16:33.
19. Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 de enero de 2019;58(1):1-9.
20. Garcia May PK, Zarco IA, Contreras C, Enríquez JC. Contacto piel a piel al nacimiento. *Perinatología y Reproducción Humana*. 1 de abril de 2018;31.
21. Adrianzen EM, Infantas LHC. Contacto piel a piel como factor protector de lactancia materna exclusiva en el Hospital Belén de Trujillo. *Revista Peruana de Pediatría*. 30 de abril de 2024;2a1-10.
22. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies->

post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

23. Protections (OHRP) O for HR. The Belmont Report [Internet]. 2010 [citado 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
24. Código de Núremberg | Biblioteca [Internet]. [citado 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.defensachubut.gov.ar/biblioteca/node/2937>
25. Concytec oficializa nuevo Código Nacional de Integridad Científica [Internet]. [citado 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/concytec/noticias/917273-concytec-oficializa-nuevo-codigo-nacional-de-integridad-cientifica>
26. Hossain S, Mhrshahi S. Exclusive Breastfeeding and Childhood Morbidity: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 10 de noviembre de 2022;19(22):14804.
27. UNICEF alerta que lactancia materna exclusiva está disminuyendo en áreas urbanas y en sectores con mejores ingresos económicos [Internet]. [citado 24 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/unicef-alerta-que-lactancia-materna-exclusiva-esta-disminuyendo-en-areas-urbanas>
28. Aseguremos la lactancia materna [Internet]. [citado 24 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/174829-aseguremos-la-lactancia-materna>
29. Guía técnica para la consejería en lactancia materna [Internet]. [citado 13 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/393877-guia-tecnica-para-la-consejeria-en-lactancia-materna>
30. Santacruz-Salas E, Segura-Fragoso A, Cobo-Cuenca AI, Carmona-Torres JM, Pozuelo-Carrascosa DP, Laredo-Aguilera JA. Factors Associated with the

Abandonment of Exclusive Breastfeeding before Three Months. *Children*. diciembre de 2020;7(12):298.

31. Hernández MIN, Riesco ML. Exclusive breastfeeding abandonment in adolescent mothers: a cohort study within health primary services. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30(spe):e3786.
32. Kostandy RR, Ludington-Hoe SM. The evolution of the science of kangaroo (mother) care (skin-to-skin contact). *Birth Defects Research*. 2019;111(15):1032-43.
33. Immediate and Sustained Skin-to-Skin Contact for Healthy Late Preterm and Term Newborns After Birth: AWHONN Practice Brief Number 14. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1 de noviembre de 2021;50(6):e13-5.
34. Brimdyr K, Cadwell K, Svensson K, Takahashi Y, Nissen E, Widström AM. The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Matern Child Nutr*. octubre de 2020;16(4):e13042.
35. Edad materna - MeSH - NCBI [Internet]. [citado 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68008423>
36. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 28 de agosto de 2024]. procedencia | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/procedencia>
37. Estado educativo - MeSH - NCBI [Internet]. [citado 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=EDUCATIONAL+LEVEL>
38. Parto obstétrico - MeSH - NCBI [Internet]. [citado 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68036861>



39. Gestational Age - MeSH - NCBI [Internet]. [citado 16 de septiembre de 2024].  
Disponibile en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68005865>
40. Puntuación de Apgar - MeSH - NCBI [Internet]. [citado 28 de agosto de 2024].  
Disponibile en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=apgar>
41. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario.  
[citado 28 de agosto de 2024]. residencia | Diccionario de la lengua española.  
Disponibile en: <https://dle.rae.es/residencia>
42. Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO 2024 [Internet]. 2024 [citado 28 de agosto de 2024].  
Disponibile en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/campa%C3%B1as/8600-encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2024>
43. Sexo - MeSH - NCBI [Internet]. [citado 28 de agosto de 2024]. Disponibile en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68012723>
44. Peso al nacer - MeSH - NCBI [Internet]. [citado 28 de agosto de 2024].  
Disponibile en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68001724>
45. Sampieri RH, Torres CPM. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Education; 2023. 752 p.

## ANEXOS:

### ANEXO 1.- Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA	RECOLECCION DE DATOS Y PLAN DE ANALISIS DE DATOS
<p><b>PG:</b> ¿Cuál es la relación entre el tiempo de contacto precoz y la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida en el Hospital Regional del Cusco, 2024?</p> <p><b>PE1:</b> ¿Cuál es el porcentaje de lactancia materna</p>	<p><b>OG:</b> Determinar la relación entre el tiempo de contacto precoz y la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida en el Hospital Regional del Cusco, 2024</p> <p><b>OE1:</b> Estimar el porcentaje de lactancia materna</p>	<p><b>HG:</b> El tiempo de contacto precoz está asociado con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida en el Hospital Regional del Cusco, 2024</p> <p><b>HE1:</b> El 72.5% reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida en el Hospital</p>	<p><b>Variables implicadas</b></p> <p><b>Variable dependiente</b></p> <p>Lactancia materna exclusiva</p> <p><b>Variable independiente</b></p> <p>Contacto precoz</p> <p><b>Variables intervinientes</b></p> <p>Características generales de la madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Procedencia</li> <li>• Grado de instrucción</li> </ul> <p>Características generales del recién nacido:</p>	<p><b>DISEÑO METODOLOGICO</b></p> <p><b>Tipo de investigación</b></p> <p>analítico</p> <p><b>Diseño de investigación</b></p> <p>Observacional, cohorte retrospectiva</p> <p><b>Ubicación del estudio</b></p> <p>Hospital Regional del Cusco</p> <p><b>Periodo de estudio</b></p> <p>Enero a mayo del 2024</p> <p><b>POBLACION Y MUESTRA</b></p> <p><b>Población de estudio</b></p> <p>1123 partos atendidos en el periodo de enero a mayo del 2024</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>318 participantes.</p> <p><b>Unidad de análisis</b></p> <p><b>Unidad de información</b></p> <p>Ficha de recolección de datos</p>	<p><b>Técnica e instrumento de recolección de datos</b></p> <p>Se utilizará ficha de recolección de datos.</p> <p><b>Plan de análisis de datos</b></p> <p>Para el análisis estadístico se empleará el software SPSS 27. En el análisis descriptivo se describirán las características generales, se utilizarán medidas de tendencia central (media y mediana) y dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico) para las variables cuantitativas y para las variables categóricas se presentarán frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).</p> <p>En la comparación bivariada Se realizará una comparación entre el tiempo de contacto precoz dividido en tres grupos (10-29 minutos, 30-</p>

<p>exclusiva en el Hospital Regional del Cusco, 2024? <b>PE2:</b> ¿Cuál es el tiempo del contacto precoz en los lactantes del Hospital Regional del Cusco, 2024?</p>	<p>exclusiva en el Hospital Regional del Cusco, 2024 <b>OE2:</b> Valorar el tiempo del contacto precoz en los lactantes del Hospital Regional del Cusco, 2024</p>	<p>Regional del Cusco, 2024 <b>HE2:</b> El tiempo de contacto precoz en promedio es de 30 minutos en el Hospital Regional del Cusco, 2024</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Peso al nacer</li> <li>• Edad gestacional</li> <li>• APGAR</li> </ul>	<p><b>CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION</b></p> <p><b>Inclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la madre</li> <li>• Madres mayores de 18 años</li> <li>• Madres en buen estado clínico al momento del parto</li> <li>• Recién nacidos a términos (37 - 41 semanas por Capurro)</li> <li>• Puntuación de Apgar 7 - 10 al primer minuto a los 5 minutos</li> </ul> <p><b>Exclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Madres que no acepten participar en el estudio</li> <li>• Madres y neonatos que presentaron complicaciones que este indicado la interrupción del contacto piel a piel</li> </ul>	<p>59 minutos y <math>\geq 60</math> minutos) y la lactancia materna exclusiva (LME) a los 6 meses de vida si se comparan dos variables cualitativas se aplicarán pruebas de Chi-cuadrado o de Fisher dependiendo de los grados de libertad esperado. Para comparar variables cuantitativas y cualitativas usamos t de Student o U Mann-Whitney.</p> <p>Por último, para cuantificar la asociación entre el tiempo de contacto precoz y la LME se calculará la Razón de Riesgos (RR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Se considerará estadísticamente significativo un valor de <math>p &lt; 0,05</math>.</p> <p>Para ajustar posibles factores de confusión), se realizará un análisis multivariado mediante regresión de Poisson con varianza robusta o regresión log-binomial, métodos apropiados para estimar RR en estudios de cohorte.</p>
--	---	---	--	--	--

ANEXO 2.- Instrumento de investigación

**RELACION ENTRE EL TIEMPO DE CONTACTO PRECOZ Y LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE VIDA EN EL HOSPITAL  
REGIONAL DEL CUSCO, 2024**

N° de HC del recién nacido: \_\_\_\_\_

Nombre del bebe: \_\_\_\_\_ N° celular de la madre: \_\_\_\_\_

**Datos generales de la madre**

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Grado de instrucción: \_\_\_\_\_
3. Procedencia: \_\_\_\_\_

**Datos del bebe**

4. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_
5. Edad del bebe: \_\_\_\_\_ meses
6. Tipo de parto:  
 Vaginal  
 Cesárea
7. sexo:  
 femenino  
 masculino
8. peso al nacer: \_\_\_\_\_g.
9. APGAR: \_\_\_\_1' \_\_\_\_5'
10. Edad gestacional por Capurro: \_\_\_\_\_ semanas

**Contacto piel a piel**

11. tiempo de contacto precoz registrado en el cuaderno del área de recepción del servicio de Neonatología del Hospital Regional Del Cusco  
\_\_\_\_\_ min

**Lactancia materna exclusiva (vía telefónica)**

12. ¿Alimento a su bebe solo con leche materna durante los primeros 6 meses de vida?

Sí

No

Si respondió "No" continuar con cuestionario

13. ¿Por qué motivo le dio otros alimentos o bebidas antes de los 6 meses?

Motivos laborales.

Motivos de académicos.

Recomendación de la familia.

Recomendación de los amigos.

Recomendación de algún personal de salud.

Poca producción de leche materna.

El bebé aún tenía hambre

Otros: .....

14. ¿antes de los 6 meses de vida, que alimentos le ha ofrecido aparte de la leche materna?

Agua

Fórmula infantil

Leche de vaca

Jugos

Té o infusiones

Sopa o caldos

Papillas

Otros alimentos sólidos (especificar): \_\_\_\_\_

15. ¿Cuánto tiempo le dio solo leche materna sin darle otros líquidos o alimentos?

1mes

2meses

3meses

4meses

5meses

6meses

### ANEXO 3.- Consentimiento informado

#### **PROCESO DE APLICACIÓN DE CUESTIONARIO A LA MADRE.**

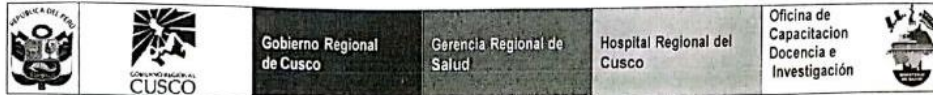
1. Me presentaré saludando, diciendo mi nombre, el motivo de la llamada y preguntándole si está de acuerdo en continuar con el cuestionario telefónico: "¡Buenos días! Me llamo Ana María Díaz Condori, soy estudiante de medicina y me comunico con usted ya que ha sido seleccionada para participar en un breve cuestionario telefónico. Este cuestionario telefónico forma parte del estudio de mi tesis titulada *RELACION ENTRE EL TIEMPO DE CONTACTO PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE VIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2024*. Le hare algunas preguntas acerca de la lactancia materna de su bebé. Antes de continuar, ¿podría confirmar el nombre de su hijo/a, y si está de acuerdo en continuar con la llamada? Además, quería asegurarle que todos los datos proporcionados en este cuestionario telefónico serán tratados de manera confidencial y se mantendrán en reserva."

2. Si la madre confirma que desea continuar con el cuestionario telefónico, procedo a realizarle las preguntas que se encuentran en la ficha de recolección de datos.

3. Una vez que he formulado todas las preguntas, agradezco sinceramente la participación de la madre y me despido cordialmente.

4. Si la madre se niega a participar del estudio, le agradezco por escucharme y atenderme.

# ANEXO 4.- Autorización del Hospital Regional del Cusco



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"  
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

Cusco, 29 de Octubre del 2024

## PROVEIDO N° 378 - 2024-GR CUSCO/GERESA-HRC-DE-OCDI.

Visto, el Expediente N° 16964 seguido por la Br.: **ANA MARIA DIAZ CONDORI**, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, solicita: Autorización para aplicación de instrumento de Investigación, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

El presente Proyecto de Investigación: "RELACIÓN ENTRE EL CONTACTO PIEL A PIEL CON LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LACTANTES DE 6 A 9 MESES EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL CUSCO, 2024", conforme al informe emitido por el Jefe del Área de Investigación de la Oficina de Capacitación Docencia e Investigación, la petición formulada por las citadas se encuentra apto para realizar la correspondiente investigación, por las características de investigación es de estudio; observacional-no experimental-transversal; se aplicara instrumento de Recolección de Datos de las Historias Clínicas del Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Cusco.

En tal sentido, esta dirección **AUTORIZA** la Aplicación de Instrumento de Investigación para lo cual se le brinde las facilidades correspondientes, exhortando a la investigadora que todo material de la aplicación del instrumento es a cuenta de las interesadas y no genere gastos al Hospital.

### RECOMENDACIÓN:

Presentación de la presente autorización, debidamente identificado con su DNI correspondiente.  
Se adjunta Recibo N° 75531.  
Al finalizar la aplicación del Instrumento, la investigadora deberá entregar una copia original del Proyecto Final de Investigación, a la Oficina de Capacitación del Hospital Regional Cusco.

Atentamente,

  
GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
Med. Carlos Enrique Gamarra Valdivia  
Director Ejecutivo  
CMP 48301 RNE 31900

  
GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
Abg. Rufino Arturo Salazar Sánchez  
JEFE DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN

Se autoriza acceso al  
Area de Archivo de historias  
Clínicas para revisión.

  
GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
LIC. Fátima Collata Cabrera  
JEFE UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA  
COESPE N° 443  
0/04/11/2024

c.c Archivo  
RASS/zph  
30/10/2024

**SOLICITO: Permiso para el acceso al cuaderno de contacto precoz, para la aplicación de proyecto de tesis**

**Doctor: Wilbert Holgado Escalante jefe del área de Neonatología**

Yo, **Ana María Díaz Condori**, identificado con DNI: **71532660**, y domicilio legal en la APV Los Reales del Bosque U-12 del distrito del San Sebastián, provincia y departamento del Cusco, ante Ud. con el debido respeto me presento para exponer.

Que siendo Bachiller en Medicina Humana actualmente realizando mi proyecto de tesis con el tema de **"RELACIÓN ENTRE EL CONTACTO PIEL A PIEL CON LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE VIDA EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL CUSCO 2024"**, debido a la demora de mi trámite documentario presentado al Hospital Regional Cusco, con código de seguimiento 016964, para los permisos correspondientes. Solicito a su persona me pueda autorizar acceso al cuaderno de contacto precoz para la aplicación de mi instrumento, con la finalidad de poder continuar con mi proyecto de tesis.

Por tanto:

Agradezco su apoyo, y espero acceda a mi petición.

  
-----  
Bach. **Ana María Díaz Condori**

DNI: 71532660

*Autorizado para el registro de contacto precoz.*

  
-----  
M.C. **Wilbert Holgado Escalante**  
MÉDICO PEDIATRA  
CMP. 16301 RNE. 23485

*c/A/XI/24*