



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



**EFFECTOS DE LA EDUCACIÓN EN LACTANCIA MATERNA PARA LA
RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DE LOS RECIÉN NACIDOS: DIRIGIDA
A LAS MADRES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL IAHULA.**

www.bdigital.ula.ve

Autoras:

Nazareth Fanchesca Vielma Vielma
Fabiana Gabriela Araque Moreno

Tutor:

Esp. José Angel Vargas

Cotutor:

Esp. Nancy Vielma

Mérida, 2022



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



**EFFECTOS DE LA EDUCACIÓN EN LACTANCIA MATERNA PARA LA
RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DE LOS RECIÉN NACIDOS: DIRIGIDA
A LAS MADRES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL IAHULA.**

Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Licenciadas en Nutrición y Dietética

Autoras:

Nazareth Franchesca Vielma Vielma

C.I:24.064.386

Fabiana Gabriela Araque Moreno

C.I:25.790.275

Tutor:

Esp. José Angel Vargas

Cotutor:

Esp. Nancy Vielma

Mérida, 2022

Agradecimientos

Lograr ver los resultados de este proyecto solo hacen que de mí salga una palabra: Gracias!

A Dios en primer lugar, por ser mi guía, mi roca, mi escudo en todo momento.

A mis Padres, quienes me han dado la vida, el apoyo y el ejemplo de superación.

A mis Hermanos, seres llenos de luz, amor e incondicionalidad para conmigo.

A mi compañera de tesis, amiga y hermana que la Universidad me regaló.

A nuestro tutor, por guiarnos en este camino.

A las profesoras: Iraíma y Carmen Janeth personas bondadosas, de buen corazón, humildes y preocupadas por el logro de este objetivo.

A mis tías por darme palabras de aliento.

A mi Pareja y su Familia quienes también me apoyaron para lograr esto.

A todas las madres que decidieron participar junto con sus bebés en esta investigación.

Al personal del Servicio de Neonatología del IAHULA por su receptividad

A ellos y cada una de las personas que han contribuido con este logro, Gracias!

Nazareth Fanchesca Vielma Vielma

Agradecimientos

A Dios en primer lugar, por estar siempre a mi lado, por cuidarme, por orientar mis decisiones y por enviar personas maravillosas a mi vida.

A mis abuelos por su amor incondicional, por sus cuidados, por sus consejos, por su apoyo en cada momento.

A mis hermanos por enseñarme el amor de hermana mayor, por su cariño e inocencia.

A mi padre por darme la vida y por ser parte de mí.

A mi compañera de tesis, por ser mi amiga y hermana que me regaló la Universidad y, por darme una hermosa sobrina.

A Luz Adriana Durán, por ser una gran amiga, por sus consejos, cariño y apoyo. A su familia, por hacerme sentir parte de ellos.

A Juan Diego Morón Flores, por ser mi compañero de aventuras y enseñarme que ningún soñador es pequeño y ningún sueño es demasiado grande.

A María Eugenia Pernía, por ser mi guía espiritual terrenal.

A la familia Vielma Vielma, por darme cobijo, alimento y cariño, cuando más lo necesitaba.

A mis tíos, tías, primos y primas. Gracias por apoyarme, alentarme y darme su amor a pesar de la distancia.

A mi tutor, por orientarnos en la recta final de este gran sueño.

A mis profesoras, Iraíma D' Jesús y Carmen Janeth Mora, por su entrega total hasta el último momento de la carrera, por su humildad y cariño.

A las madres y sus hijos que fueron parte de esta investigación.

A todo el personal del Servicio de Neonatología del IAHULA.

Fabiana Gabriela Araque Moreno

Dedicatoria

Dedico este trabajo especial de grado a Dios mi proveedor en todo momento.

*A mis padres Carmen Vielma y Francisco Vielma
A mi hija Nicolette Franchesca, la luz que ilumina mi camino, y quien
dio sentido a mi vida.*

Nazareth Franchesca Vielma Vielma

www.bdigital.ula.ve

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios por ser el guía de mi vida.

A los grandes amores y maestros de mi vida, mi mamita hermosa Deisy Josefina Moreno Suárez, mi abuela Gloria Josefina Suárez Peña y mi abuelo José Nicolás Moreno. Por darme un hermoso hogar, por darme todo su amor, por su entrega total para hacerme feliz y darme lo mejor, por apoyarme en mis proyectos y sueños, por estar siempre a mi lado, por alentarme en la distancia, por la educación y valores. Gracias. Los Amo.

Fabiana Gabriela Araque Moreno

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE GENERAL

	Pp
Agradecimientos	iii
Dedicatoria	v
Índice general	vii
Índice de Cuadros	viii
Índice de tablas	ix
Índice de graficas	x
Resumen	xi
Introducción	1
CAPÍTULOS	
I. EL PROBLEMA	3
Planteamiento del Problema	3
Objetivos de la Investigación	6
General	6
Específicos	6
Justificación de la Investigación	7
Alcances y limitaciones	9
II. MARCO TEÓRICO	10
Antecedentes de la Investigación	10
Bases teóricas	14
Bases legales que fundamentan el estudio	23
Definición de términos básicos	26
III MARCO METODOLÓGICO	30
Nivel de la Investigación	30
Diseño de la Investigación	30
Población y muestra	31
Criterios de inclusión y exclusión	31
Consideraciones Bioeticas	32
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	33

Procedimientos para la recolección de datos	34
Diseño de las intervenciones educativas	36
Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	37
IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
V COCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
Conclusiones	54
Recomendaciones	57
REFERENCIAS	58
ANEXOS	59

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Los diez pasos para una lactancia exitosa	14
Cuadro 2. Clasificación del recién nacido según la edad gestacional y peso	17
Cuadro 3. Causas del bajo peso al nacimiento	18
Cuadro 4. Causas del bajo peso al nacimiento	19
Cuadro 5. Reflejos según semanas de gestación	20
Cuadro 6. Ritmo de crecimiento óptimo en el Recién Nacido	20
Cuadro 7. Planificación de la Sesión Educativa	43

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diagnóstico Nutricional Fase 1 según Género del Recién Nacido	38
Tabla 2. Efectos de la educación en lactancia materna en el diagnóstico nutricional de los recién nacidos.	44
Tabla 3. Tabla de contingencia. Efectos de la educación en lactancia materna en el tipo de alimentación inicial (Fase 1) y final (Fase 2) de los Recién nacidos.	49

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Observación de una toma al pecho: Postura de la Madre y del Bebé en la Fase 1	39
Gráfico 2. Observación de una toma al pecho: Signos de Agarre del Bebé en la Fase 1	40
Gráfico 3. Observación de una toma al pecho: Signos de Transferencia eficaz de leche en la Fase 1	41
Gráfico 4. Ganancia de Peso diaria de los recién nacidos durante la fase 1 y la fase 2	44
Gráfico 5. Efectos de la educación en lactancia materna sobre las habilidades de las madres de los recién nacidos en la Fase 1 y la Fase 2. Observación de una toma al pecho: Postura de la Madre y del Bebé	46
Gráfico 6. Efectos de la educación en lactancia materna sobre las habilidades de las madres de los recién nacidos en la Fase 1 y la Fase 2. Observación de una toma al pecho: signos de agarre del recién nacido	47
Gráfico 7. Efectos de la educación en lactancia materna sobre las habilidades de las madres de los recién nacidos en la Fase 1 y la Fase 2. Observación de una toma al pecho: signos de transferencia eficaz de leche	48
Gráfico 8. Promedio del número de tomas en cada fase del estudio según su tipo.	52



EPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



EFFECTOS DE LA EDUCACIÓN EN LACTANCIA MATERNA PARA LA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DE LOS RECIÉN NACIDOS: DIRIGIDA A LAS MADRES DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL IAHULA.

Autor: Nazareth F. Vielma V

Fabiana G. Araque M

Tutor: Esp. José Angel Vargas

Cotutor: Esp. Nancy Vielma

Fecha: 27 de Septiembre de 2022

Resumen

La educación en lactancia materna resulta fundamental para que las madres e hijos inicien su camino, promoviendo el vínculo afectivo y garantizando el derecho a la alimentación. En este sentido, la investigación tuvo por objetivo: Evaluar el efecto de la educación en lactancia materna para la recuperación nutricional de recién nacidos dirigida a las madres del servicio de neonatología del IAHULA. Se concibió como una investigación de tipo mixta, bajo un nivel descriptivo correlacional con un diseño de campo. La muestra estuvo constituida por 11 recién nacidos y sus madres, quienes firmaron el consentimiento informado. Como técnica se empleó la observación y evaluación antropométrica y como instrumento se utilizó la lista de cotejo y la ficha de recolección de datos. Obteniendo como resultado cambios en la ganancia de peso de los recién nacidos, donde en la fase 1 previa a la intervención educativa era un promedio de ganancia general de 9 g/día y luego de las intervenciones fue de 20,2 g/día a pesar de no presentar modificaciones en el diagnóstico nutricional; en cuanto a las habilidades de las madres durante una toma al pecho se observó deficiencias en las técnicas de agarre, posturas y signos de transferencia pero, luego de las intervenciones aproximadamente el 100% mejoraron sus destrezas, de igual modo, los recién nacidos recibían alimentación de tipo mixta y posterior a las intervenciones 7 recién nacidos se fueron de alta alimentados con lactancia materna exclusiva. Se concluye que las intervenciones educativas dirigida a las madres durante su estancia hospitalaria tiene efectos positivos.

Palabras claves: Educación nutricional, lactancia materna, recuperación nutricional, recién nacidos, madres, neonatología.



**BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSITY OF LOS ANDES
FACULTY OF MEDICINE
SCHOOL OF NUTRITION AND DIETETICS**



**EFFECTS OF BREASTFEEDING EDUCATION ON THE NUTRITIONAL RECOVERY
OF NEWBORNS: DIRECTED TO THE MOTHERS OF THE NEONATOLOGY
SERVICE OF THE IAHULA**

Author: Nazareth F. Vielma V
Fabiana G. Araque M
Tutor: Spc. José Angel Vargas
Co-tutor: Spc. Nancy Vielma
Date: October, 2022

ABSTRACT

Breastfeeding education is essential for mothers and children to start their path, promoting the affective bond and guaranteeing the right to food. In this sense, the research aimed to: Evaluate the effect of breastfeeding education on the recovery of newborns directed to mothers of the IAHULA neonatology service. It was conceived as a mixed-type research, under a correlational descriptive level and a field design. The sample consisted of 11 newborns and their mothers, who signed the informed consent. Anthropometric observation and evaluation were used as technique, checklist and data collection form were applied as instrument. Obtaining as result changes in the weight gain of newborns, where there was an average general gain of 9 g/day in phase 1 prior to the educational intervention and after the interventions it was 20.2 g/day, despite the fact of not presenting changes in the nutritional diagnosis; concerning the skills of the mothers during breastfeeding session, deficiencies were observed in the latching on techniques, postures and transfer signs, but after the interventions approximately 100% improved their skills, the newborns received mixed feeding likewise and after the interventions 7 newborns were discharged exclusively breastfed. It is concluded that educational interventions aimed at mothers during their hospital stay have positive effects.

Keywords: Nutritional education, breastfeeding, nutritional recovery, newborns, mothers, neonatology.

INTRODUCCIÓN

El éxito de la lactancia materna se alcanza al superar complejas particularidades y a la entrega total por parte de la madre, quien, con todo su amor, paciencia y dedicación; pero sobre todo confianza, pueda ser capaz de amamantar a su hijo; consciente de que éste es un acto a libre demanda, es decir, cuando y donde el bebé lo solicite. Al respecto, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2022) resalta que no es únicamente un proceso alimentario sino un vínculo afectivo al generar protección y seguridad en los primeros años de vida.

En este sentido, la leche materna es superior a cualquier otro alimento (leche de fórmula artificial), para la nutrición y desarrollo del recién nacido (RN), así lo establece la Asociación Española de Pediatría (AEP, 2012) donde los niños no amamantados tienen mayor riesgo de muerte súbita del lactante y de muerte durante el primer año de vida, así como de padecer infecciones gastrointestinales, respiratorias y urinarias; resaltando que las consecuencias se pueden presentar a largo plazo, inclusive en la edad adulta como la presencia de obesidad, cáncer, esclerosis múltiple, hiperactividad, depresión, ansiedad, entre otros. En este orden de ideas, la lactancia materna también protege a las madres, la Organización Mundial de la Salud (2021) indica que, las que amamantan de manera exclusiva tienen un 32% menos de riesgo de tener diabetes tipo 2, un 26% menos de riesgo de tener cáncer de mama y un 37% menos riesgo de tener cáncer de ovarios, en comparación con mujeres que no amamantan o que amamantan menos.

Un aspecto importante a considerar sobre los beneficios que otorga la leche materna tiene que ver con la llamada ventana de oportunidad y que tiene que ver con la forma que adquirimos nuestra microbiota en los primeros tres años de vida y va a estar influenciada principalmente por la alimentación y el entorno. Esta primera ventana de oportunidad condicionará lo que será nuestro sistema inmunitario, de allí que la exposición a microorganismos claves sea la que en realidad necesitamos.

Dicho esto, el trabajo se inserta bajo una investigación de nivel descriptivo correlacional con un diseño de campo, el cual se desarrolló en tres fases Diagnóstico de los recién nacidos e

identificación de habilidades de las madres, Implementación de las intervenciones educativas y relación de los efectos, todo esto estructurado bajo el siguiente esquema:

Capítulo I, contiene el problema en estudio, objetivos (generales y específicos), la justificación, alcances y limitaciones.

Capítulo II, muestra el marco teórico que fundamentó el estudio permitiendo situar a las investigadoras en cuanto a las variables a analizar, de igual manera se esquematizan investigaciones anteriores que se relacionan con la investigación planteada.

Capítulo III, describe la metodología desarrollada para la recolección, organización y análisis de la información, en este caso en particular se define el tipo y diseño de la investigación, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Capítulo IV, se presentan los resultados obtenidos y discusión de los mismos, donde se presentan los datos en tablas y gráficos para su análisis correspondiente.

Capítulo V, muestra las conclusiones y recomendaciones propuestas por las investigadoras Y, por último, se presentan las referencias consultadas y anexos.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La lactancia materna (LM) es un acto de amor y de garantía para la perpetuación de la especie humana. La leche materna se convierte en el primer insumo o alimento a ser digerido y tolerado por el neonato. Otro aspecto importante a ser considerado, como lo indica Galindo et al. (2019) es el hecho, de que no solo contiene los nutrientes esenciales en las cantidades correctas, sino, que aporta enzimas, inmunoglobulinas, hormonas, leucocitos, agua; todos ellos vitales para la nutrición, crecimiento y desarrollo del recién nacido, complementándose durante el proceso de la lactancia materna el apego y el vínculo madre-hijo.

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) ha señalado que, la lactancia materna es la forma óptima de alimentar a los bebés, ya que proporciona los nutrientes que necesitan de forma equilibrada, al tiempo que protege frente a la morbilidad y la mortalidad debido a enfermedades infecciosas. El no amamantar podría ser justificado por causas de fuerza mayor, como lo indica la Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN, 2020) en el caso de la madre, si ésta se encuentra en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o por incapacidad en la producción debido a malformaciones en las glándulas mamarias, por desequilibrios hormonales, problemas psiquiátricos, entre otros. Y, en el caso del bebé, cuando se presentan situaciones como intolerancia a la vía oral, incapacidad de ser alimentados debido a malformaciones orofaciales, condiciones gastrointestinales, errores innatos del metabolismo, entre otros.

Dicho lo anterior, existen otras causas que motivan la decisión de no amamantar, como lo indica Vargas et al. (2020) relacionado con el dolor que sienten algunas madres al momento de amamantar, las creencias y costumbres. Pero también, la falta de educación en cuanto a la importancia de la lactancia y los beneficios que esta proporciona expresado por Téllez Pérez (2020) lo que pudiera afectar directamente la alimentación del recién nacido; y convertirse en un problema de salud pública y de responsabilidad social, que afecta directamente la integridad del bebé y

violentando su derecho humano a la vida, a la salud, a la protección, establecidos en las Leyes venezolanas dedicadas a esta materia. En este sentido, el abandono de la lactancia materna trae como consecuencia “vulnerabilidad” en el niño, ante enfermedades infecciosas, debilidad en el sistema inmunológico, malnutrición, retraso en el crecimiento e inclusive la muerte, manifestado por Minchala et al. (2020).

Dicho lo anterior, la OPS (2022) señala que en América Latina y el Caribe 255 bebés fallecen cada día antes de cumplir el primer mes, razón por la cual a través de su Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), lanzó a principios del año 2022 una campaña para generar conciencia y promover el cuidado de calidad del neonato, tiempo en el que corren mayor riesgo de morir. De manera simultánea, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) determina que se debe impulsar la lactancia materna apoyando y educando, ya que el incremento de esta práctica puede evitar 20.000 muertes maternas por año, 823.000 muertes infantiles por año y 302.000 millones de dólares en pérdidas económicas anuales.

Así mismo, en los primeros días de vida, se debe garantizar una nutrición óptima para dar lugar a un crecimiento y desarrollo normal, tal como lo establece Angulo y García (2021) quien indica que el objetivo de la nutrición debe ser conseguir un crecimiento posnatal adecuado a la edad gestacional, definido no sólo por los parámetros antropométricos, sino también por la variación de la composición corporal y retención de los diferentes nutrientes. No obstante, para el cumplimiento de este objetivo cada Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) existentes en Venezuela debería contar con los recursos suficientes en cuanto a equipos tecnológicos, espacios y de manera especial el talento humano que garantice la educación y formación en lactancia materna tal como lo concibe la Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna (2007) al establecer que los centros de salud públicos y privados deben:

Asegurar que todo el personal de los centros de salud públicos y privados responsables del cuidado y atención de las madres, los padres y sus hijos e hijas, así como a las comunidades organizadas, cuenten con la formación y capacitación adecuada sobre los principios y beneficios de la lactancia materna. (p.3)

Ahora bien, en el estado Mérida, específicamente en el IAHULA Hernández y Salinas (2003) analizaron las características que rodean la lactancia materna y su relación con el estado nutricional, así como las causas que motivan el destete materno, concluyendo que las madres ofrecen lactancia materna regularmente hasta el tercer mes ya que desconocen las ventajas de la misma y añaden que, las causas de abandono de la lactancia materna se deben a la falta de educación.

Bajo las consideraciones anteriores, la educación nutricional en lactancia materna a madres de recién nacidos del Servicio de Neonatología del IAHULA como trabajo de investigación se orienta bajo estos principios, pues de estas depende la vida de los bebés tal como se menciona al inicio del capítulo. De igual manera, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2011) recomienda en cuanto a la educación en materia de nutrición que la misma debe estar enfocada en actividades de aprendizaje cuyo objeto sea facilitar la adopción voluntaria de comportamientos alimentarios y de otro tipo relacionados, que fomenten la salud y el bienestar.

Sin pretender hacer un análisis comparado al respecto, la UNICEF (2015) desarrolló un estudio en los estados Táchira, Zulia, Lara, Monagas, Anzoátegui, Aragua, Miranda, Distrito Capital, Carabobo, Bolívar con el propósito de analizar la situación de la práctica de lactancia materna en los servicios de maternidad y proponer recomendaciones de políticas para proteger, promover y apoyar la lactancia materna, como una intervención clave en el marco del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Neonatal de la República Bolivariana de Venezuela; destacando que en el caso de las áreas de cuidados neonatal sólo un 27% de las madres recibieron ayuda con la lactancia materna por parte del personal y que las unidades de neonatología que cuentan con salas de lactancia no poseen el personal apropiado para realizar las orientaciones o consejería a las madres.

Para finalizar, la OMS (2022) resalta la importancia del acompañamiento de las madres durante el periodo prenatal, para facilitar el proceso de lactancia desde el primer día de vida del recién nacido, sobre todo cuando el bebé es ingresado en la UCIN donde requiere mejor alimentación para acelerar su proceso de recuperación. Este acompañamiento es una problemática

que se vive actualmente en el IAHULA al no contar con el equipo de salud capacitado y necesario en las diferentes áreas que atienden a mujeres embarazadas o en el periodo posterior al parto. Toda esta situación, ha provocado en las autoras el planteamiento de diversas interrogantes:

¿Cuál será el estado nutricional de los recién nacidos del Servicio de Neonatología?

¿Cuáles serán las habilidades en lactancia materna de las madres de los recién nacidos del Servicio de Neonatología del IAHULA?

¿Es posible implementar las intervenciones educativas en lactancia materna dirigidas a las madres de los recién nacidos del Servicio de Neonatología del IAHULA?

¿Cuáles serán los efectos de la educación en lactancia materna en la recuperación nutricional de los recién nacidos del Servicio de Neonatología del IAHULA?

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Evaluar el efecto de la educación en lactancia materna para la recuperación nutricional de recién nacidos dirigida a las madres del Servicio de Neonatología del IAHULA.

Objetivos Específicos

Diagnosticar el estado nutricional de los recién nacidos del Servicio de Neonatología del IAHULA.

Identificar las habilidades en lactancia materna de las madres de los recién nacidos del Servicio de Neonatología del IAHULA.

Implementar intervenciones educativas en lactancia materna las madres de recién nacidos del Servicio de Neonatología del IAHULA.

Relacionar el efecto de las intervenciones educativas en lactancia materna con la recuperación nutricional de los recién nacidos del Servicio de Neonatología del IAHULA.

Justificación

Gran parte de las causas de una nutrición deficiente son las actitudes y prácticas que la educación puede modificar. La FAO (2011) reconoce el valor de la educación nutricional como un catalizador esencial de la repercusión de la nutrición en la seguridad alimentaria, la nutrición

comunitaria y las intervenciones en materia de salud. De igual modo, expresa que está demostrada la capacidad de mejorar por sí sola el comportamiento dietético y el estado nutricional de niños, teniendo efectos a largo plazo en la actuación independiente de los progenitores y, por medio de estos, en la salud de sus hijos. Además, agrega que resulta económica, viable y sostenible.

Considerando que la lactancia materna aporta beneficios tanto para la madre como para el bebé, Fernández Pulido (2020) resalta que en los niños disminuye el número y gravedad de las enfermedades infecciosas, los protege de alergias y de enfermedad inflamatoria intestinal, reduce el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, entre otros; y para la mujer promueve el vínculo afectivo con su hijo, favorece la involución uterina y disminuye el riesgo de hemorragia postparto, reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario, entre otros

Por otra parte, el trabajo resulta de gran importancia porque la educación en lactancia materna le permitirá a las madres del Servicio de Neonatología superar diversas situaciones durante su estancia en el ambiente hospitalario aumentando su confianza en el proceso de amamantamiento y cuidado del recién nacido.

A su vez, la presencia del profesional en el área de nutrición y alimentación resulta vital ya que con sus conocimientos debe ser garante del cumplimiento de los derechos del niño tal como lo establece la Ley Orgánica para la Protección del Niño Niña y Adolescente (LOPNNA, 1998):

Artículo 44. El Estado debe proteger la maternidad, garantizar a todas las mujeres servicios y programas de atención, gratuitos y de la más alta calidad, durante el embarazo, el parto y la fase post natal. Así como asegurar programas de atención dirigidos específicamente a la orientación y protección del vínculo materno-filial de todas las niñas y adolescentes embarazadas o madres (p.12)

En relación a lo anteriormente comentado, UNICEF (2015) al evaluar 14 hospitales en Venezuela concluye que existen importantes desafíos en la práctica de la lactancia en las áreas de cuidado neonatal, por lo tanto, el Servicio de Neonatología del IAHULA pudiera presentar las mismas carencias con respecto a la orientación sobre la lactancia materna, sobre todo porque cuenta con poco personal disponible para atender la demanda que existe en la actualidad, además

de que no cuenta con un área dispuesta específicamente para este tema: lactario, banco de leche, sala de extracción de leche materna, entre otros.

Por otra parte, la lactancia materna salva vidas, así lo expresa M. Lizano (Comunicación personal, 17 de agosto, 2022) indicando que, en su labor en el Hospital Cayetano Heredia, gracias a la recolección en el primer semestre del año, de más de 270 litros de leche materna han logrado recuperar nutricionalmente a más de 110 recién nacidos, atendidos en UCIN, Intermedios, Atención Inmediata, Alojamiento conjunto, y Neo Covid-19.

En este sentido, las UCIN deben buscar alternativas para la implantación de determinadas medidas de apoyo a la lactancia materna, como lo establece Alonso Díaz et al. (2019) incluyendo todo el personal de salud encargado de los cuidados neonatales, para promover la recuperación de los recién nacidos con diferentes patologías o condiciones y para evitar complicaciones posteriores al alta. Bajo esta concepción, se pretende tomar y aplicar, de los diez pasos para proteger, promover y apoyar la lactancia materna publicados por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia para Unidades Neonatales (IHAN, 2017) los siguientes: 1) Fomentar el contacto piel con piel precoz, continuo y prolongado entre la madre y el recién nacido, Cuidado Madre Canguro (CMC), 2) Mostrar a las madres cómo iniciar y mantener la lactancia, 3) Fomentar la lactancia materna a demanda o, cuando sea necesario, a semi-demanda como estrategia de transición para los recién nacidos prematuros y enfermos y 4) Preparar a los padres para la continuación de la lactancia materna tras el alta hospitalaria.

Por otra parte, la ausencia del Nutricionistas y Dietista en los diferentes servicios del IAHULA y la precariedad de recursos para desarrollar educación nutricional desde la etapa preconcepcional hasta el puerperio y posparto, conllevan a la disminución de las habilidades y conocimientos sobre lactancia materna en las madres, enfrentando el reto de ver a sus hijos en la UCIN y además, sentirse incapaces de poder alimentarlos.

En base a lo antes expuesto, la investigación colabora con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente en el Objetivo N°3 relacionado con la salud y bienestar el cual plantea: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, donde en su

apartado 3.2 se relaciona con la importancia de la lactancia materna que indica como meta para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos” (Organización de las Naciones Unidas, 2022, p.2)

Destacando lo comentado, la presente investigación se justifica porque puede brindar información precisa y profesional sobre la lactancia materna a las madres del servicio de neonatología al considerar su leche como el alimento óptimo para sus hijos e hijas. De igual modo, este tipo de estudio permite ahondar en aspectos teóricos partiendo de la propia praxis y con ello determinar el camino metodológico que permita subsanar la problemática existente.

Alcances

La investigación abarca únicamente a las madres que puedan alimentar a su bebé al seno materno. A fin de explorar los conocimientos y habilidades en lactancia materna que tengan los sujetos de investigación.

Limitaciones

Disposición y colaboración de las Madres en el área de neonatología. Tiempo disponible para la recolección y sistematización de la información. Fallas en el servicio eléctrico y conectividad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de investigación

Achicanoy (2021) ejecutó un trabajo en Colombia titulado: Efecto de la educación nutricional en mujeres en período de lactancia sobre el estado nutricional de los niños lactantes: revisión narrativa. Tuvo como metodología la revisión narrativa con búsqueda sistemática de la literatura siguiendo las recomendaciones del PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses). Se revisaron 14 estudios realizados en: Filipinas, India, Burkina FASO, África Occidental, Brasil, Bangladesh, Perú y Colombia. Estos estudios fueron heterogéneos en relación con: el tipo de intervención aplicada y el tamaño de muestra. En cuanto a los resultados, se obtuvieron 3 estudios en los cuales no encontraron diferencia significativa en la ganancia de peso entre el grupo que recibió consejería y los que no. Por otra parte, encontraron 7 estudios donde se observa una mayor ganancia de peso en los bebés cuyas madres recibieron algún tipo de intervención educativa nutricional. Y, hallaron 4 estudios que demuestran el incremento de los conocimientos en las madres sobre la lactancia materna posterior a las intervenciones, mejorando su estado nutricional e incrementando la práctica de amamantar. La investigadora, a partir de esta revisión concluye que surge la necesidad de diseñar una propuesta de estrategia de comunicación dirigida tanto a madres lactantes como al personal que atiende mujeres en periodo de gestación y en periodo de lactancia que permita no sólo mejorar sus hábitos alimentarios si no que tenga un impacto sobre la salud materno infantil y el estado nutricional de los niños, así mismo planteó ampliar la investigación de los efectos de los programas educativos en nutrición, no sólo en las madres gestantes, sino en las madres en el período de lactancia.

Dicho trabajo, es citado debido a la similitud en las variables de estudio en cuanto a lactancia materna, además, la autora concluye destacando la necesidad de investigaciones relacionadas con la educación nutricional dirigida a madres en periodo de lactancia.

Por otro lado, Ortega Trillos (2021) realizó una investigación titulada: Evaluación de la técnica de lactancia materna en puerperio inmediato en el Hospital San Juan de Dios Floridablanca, Colombia. Con este se buscó conocer las características sociodemográficas y las condiciones individuales de madres y recién nacidos que pueden afectar la forma de instauración del amamantamiento, así como describir la técnica de lactancia materna empleada por las madres. Fue una investigación de tipo descriptivo y observacional, de corte transversal, en la cual se revisaron las historias clínicas de 1201 mujeres en puerperio inmediato que fueron valoradas por médica familiar consultora de lactancia (IBCLC), entre febrero de 2018 y junio de 2019. La mayoría de las mujeres atendidas corresponden a mujeres adultas de 20 a 28 años, con educación básica media, procedencia urbana, amas de casa, quienes tuvieron su parto por vía cesárea. En los resultados obtenidos en cuanto a la técnica de lactancia materna, se determinó que el 77% de las diadas valoradas presentaban una técnica no adecuada. Por lo tanto, la autora concluye reflejando la importancia de enriquecer la educación en lactancia para las mujeres y sus familias desde la gestación, así como fortalecer las actividades organizadas en las instituciones de salud, con el fin de promover, apoyar y proteger la lactancia materna, contando con profesionales con el debido entrenamiento en medicina de la lactancia.

El trabajo objeto de estudio se vincula con el citado ya que el objetivo se basó en la valoración de la técnica de una toma al pecho, así como el presente.

En este orden de ideas, Olivari Curi (2021) publicó un trabajo titulado: Factores de riesgo de inadecuada técnica de lactancia materna en puérperas que acuden a consultorio externo del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo, en Perú. Que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo de inadecuada técnica de lactancia materna en puérperas que acuden a consultorio externo del Servicio de Neonatología. Como metodología se aplicó un diseño observacional, retrospectivo, longitudinal, analítico y correlacional. La investigadora aplicó una ficha de recolección de datos y observación de técnica de lactancia materna a 104 puérperas participantes. Dentro de los resultados se destaca, la edad materna y la falta de educación superior como un factor de riesgo para la inadecuada técnica, también se halló que el ser madre soltera y la falta de inicio temprano de lactancia materna son igualmente factores de riesgo. La autora concluyó que los factores relacionados con la inadecuada técnica de lactancia materna se agrupan en distintas

categorías siendo los más resaltantes los factores de riesgo sociodemográficos, dentro de estos la edad materna, el nivel educativo y el ser madre soltera; y los factores de riesgo obstétricos, dentro de estos la falta de inicio temprano de lactancia materna.

Considerando el diseño de investigación, el ambiente de elaboración del estudio y el tipo de muestra, se toma como antecedente del trabajo objeto de estudio ya que muestra cierta similitud.

Por otra parte, Suarez Villanueva (2020) realizó un estudio titulado: Tipos de alimentación y ganancia de peso en neonatos. Hospital “La Caleta”, Chimbote, Perú que tuvo como objetivo: Determinar la relación que existe entre el tipo de alimentación y la ganancia de peso en neonatos de la UCIN. La metodología de la investigación fue cuantitativa, descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 30 neonatos. Los instrumentos utilizados fueron la “Ficha de registro del tipo de alimentación y ganancia de peso del recién nacido pre término y a término”, Curva de crecimiento intrauterino Fenton 2013 para sexo masculino y femenino. Para el análisis estadístico se aplicó el test de independencia de criterios (chi cuadrado). Se obtuvieron las siguientes conclusiones: el 36,7% de los neonatos tuvieron como alimentación la fórmula láctea, el 30%, la leche humana exclusiva, el 23,3% de neonatos, leche mixta y solo el 10% consumió leche humana fortificada. El 63,3% de neonatos presentaron una adecuada ganancia de peso y el 36,7%, inadecuada ganancia de peso, demostrando que existe relación significativa entre el tipo de alimentación y la ganancia de peso, $p < 0,05$.

El trabajo descrito en líneas anteriores se vincula con el presente estudio debido a que la metodología aplicada para la recolección de la información las variables en estudio son semejantes.

Briseño Sahagún (2019) realizó un trabajo titulado: Efecto de una intervención nutricional en recién nacidos de bajo peso mediante monitoreo del crecimiento posnatal en México, el cual tuvo como objetivo: evaluar el efecto de una intervención nutricional con un modelo educativo en recién nacidos de bajo peso mediante el monitoreo del crecimiento posnatal por medio de las gráficas desarrolladas por el Proyecto Intergrowth 21st. La metodología se enfocó en un diseño analítico experimental con muestreo no probabilístico; resultando un total de 33 pacientes. Aplicó un modelo educativo a madres de recién nacidos prematuros con peso adecuado para edad

gestacional pero menores de 2 kg, para fomentar lactancia materna y la realización del Método Mamá canguro por medio de sesiones individuales durante su estancia hospitalaria. Dentro de los resultados obtuvieron que los recién nacidos del grupo intervención recibieron con mayor frecuencia lactancia materna, iniciaron el método Mamá Canguro de manera más temprana, mostraron una menor pérdida de peso inicial, tuvieron una duración hospitalaria más corta, una ganancia ponderal postnatal constante, menor frecuencia de crecimiento rápido de recuperación y de restricción del crecimiento posnatal.

Finalmente, concluyen la intervención por medio del modelo ecológico social logró reducir la frecuencia de restricción del crecimiento en un 40% y del crecimiento rápido de recuperación en un 90%. El trabajo de investigación se relaciona con el presente estudio, pues aplicó diversas intervenciones educativas para conocer el efecto en la ganancia de peso de los recién nacidos.

Por último, Capitán Monyano (2019) realizó un trabajo de investigación titulado: Experiencia de lactancia materna de padres y madres de prematuros durante la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos y medios neonatales. El mismo tuvo como propósito conocer la experiencia de lactancia materna para padres y madres de prematuros que han estado ingresados en estas unidades. Fue un estudio con una metodología cualitativa desde un paradigma interpretativo y un diseño etnometodológico. La población de estudio consistió en padres y madres de Recién Nacidos pretérmino que estuvieran ingresados en UCIN en el Hospital Universitario Son Espases de Mallorca, España. Las técnicas de recogida de datos fueron la entrevista semiestructurada y el grupo focal. Para comprender mejor las prácticas que rodean a la lactancia materna durante la hospitalización, el estudio se enmarcó desde el modelo de Cuidados Integrando a la Familia o FICare, y el modelo de activos en salud.

Este trabajo se asemeja a la investigación objeto de estudio debido a que el entorno donde se lleva a cabo y la población es similar (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), toman en consideración cómo el proceso de lactancia se lleva a cabo en estos espacios.

Martínez, et al (2015), realizó una investigación titulada: Valoración clínica del estado nutricional fetal al nacer mediante el Clinical Assessment of Nutritional Status score. El objetivo

de este trabajo es detectar la incidencia MF mediante el Clinical Assessment of Nutritional Status score (CANS score), y comparar los resultados con los parámetros antropométricos clásicos. Fue un estudio retrospectivo poblacional de recién nacidos a término entre 2003 y 2014 (n=14.477). Se clasificaron en recién nacidos de peso adecuado, pequeño y grande para la edad gestacional. Se realizó el CANS score y se calculó el índice ponderal (IP) a todos los recién nacidos incluidos, considerándose Malnutrición Fetal (MF) los puntos de corte: CANS score <25 e IP<2,2g/cm³. Los autores concluyen que es conveniente identificar todos aquellos recién nacidos con MF por los riesgos que pueden presentar a corto y largo plazo. La valoración mediante CANS score permite una mejor identificación del estado nutricional de los recién nacidos que empleando únicamente las curvas de peso según la edad gestacional.

Bases teóricas

Educación nutricional

Para Garófalo et. al (2020), la educación nutricional es una herramienta que promueve la creación de hábitos alimentarios saludables para toda la vida, permitiendo al individuo recibir conocimiento sólido para seleccionar, preparar y conservar alimentos de alto valor nutritivo, así como experimentar con productos alimenticios emergentes y comparar sus experiencias con familiares y otros miembros de la comunidad.

En este sentido, Al-Alí y Arriaga (2016), definen el término de educación nutricional, como la combinación de distintas estrategias educativas que, junto con el apoyo del ambiente, ayudan a adoptar ciertas elecciones y conductas tanto nutricionales como alimentarias que conducen a mejorar el estado de salud. Además, agregan que la educación nutricional es un elemento clave en la seguridad alimentaria y en la nutrición comunitaria que ayuda a mejorar los hábitos alimentarios, el estado nutricional y el estado de salud a largo plazo.

Educación nutricional en Lactancia Materna

En los últimos tiempos, la lactancia se ha convertido en tema de interés para los gobiernos del mundo y la comunidad científica por las implicaciones que esta tiene desde el punto de vista alimentario y sanitario. De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española (2022) la lactancia es el acto de amamantar, también la considera como un sistema de alimentación exclusivamente de leche; siendo el primer alimento de los mamíferos en los primeros meses de vida.

Por tal razón y luego de varias décadas en continuo desacuerdo, la OMS y UNICEF (citados por Paricio, 2020) realizan en el año 1989 una declaración conjunta sobre protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, destacando la función especial de los servicios de maternidad e instando a todos los sectores de la sociedad especialmente madre y padre a que tengan acceso a educación sobre lactancia materna y reciban apoyo para ponerla en práctica (sección 3, párrafo 3). Ahora bien y a pesar de los avances científicos y tecnológicos en las últimas décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) continúa promoviendo los 10 pasos para una lactancia exitosa publicados a finales de los ochenta (Cuadro 1).

Cuadro 1.

Los diez pasos para una lactancia exitosa

1. *Disponer de una política*
 2. *Capacitar al personal y a las madres gestantes sobre lactancia materna*
 3. *Iniciar la lactancia durante la hora siguiente al parto (apego precoz)*
 4. *Enseñar a las madres técnicas para la lactancia*
 5. *Enseñar a las madres como mantener la lactancia*
 6. *Amamantar de forma exclusiva al recién nacido*
 7. *Facilitar el alojamiento conjunto*
 8. *Fomentar la lactancia a libre demanda*
 9. *No dar a los niños y niñas teteros y chupones*
 10. *Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo*
-

Fuente. Organización Mundial de la Salud (OMS)

Para Gimeno Triviño (2018), la lactancia materna no es una cuestión exclusivamente biológica, sino que es también una práctica política. Añade que a partir de la segunda mitad del siglo XX la práctica de la lactancia se convirtió en un acto complejo, que atrajo el interés de políticos, y de grupos feministas, que buscan resignificarla positivamente, confrontando a su vez a madres que no desean dar de mamar.

Actualmente es la madre quien decide cómo y cuánto tiempo va a amamantar al bebé. De ahí la importancia de contar con programas adecuados referidos a la educación nutricional en lactancia materna. Pues, para Lucchini et. al (2018) esta favorece en la madre el desarrollo de habilidades y destrezas en cuanto al manejo de las técnicas de amamantamiento. De su adecuada aplicación dependerá el desarrollo y crecimiento del bebé, como ya se hizo mención. Ciertamente, mientras más y mejor preparada esté la madre, mayor conciencia se generará en ella. Porque, solo a través de la información obtenida logrará conocer las ventajas que ofrece la lactancia materna, y en consecuencia mayor serán los resultados a corto y largo plazo (Niños saludables, seguros, hábiles, inteligentes, ágiles, con habilidades en el lenguaje y la interacción, menos propensos a enfermedades).

Recién nacido

Para Rodríguez Bonito (2012), Se considera un recién nacido (RN) al producto vivo de la concepción que tiene 37 a 42 semanas de gestación y que está en condiciones óptimas para adaptarse al nuevo ambiente extrauterino. A su vez, refiere que el RN normal posee capacidades de percepción motrices y de relación con el ambiente social. Sin embargo, es altamente vulnerable y necesita de cuidados especiales para sobrevivir. Se encuentra completando muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para su vida extrauterina.

Clasificación del Recién Nacido

1. Según el peso al nacer OMS (2008)

- Peso extremadamente bajo al nacer: Menor a 1000g
- Muy bajo peso al nacer: 1000g a 1499g
- Peso bajo al nacer: 1500g a 2499g
- Peso normal al nacer: 2500g - 3500g
- Macrosómico: Mayor a 4000g

2. Según la edad gestacional y peso al nacer en relación con los percentiles 10 y 90

Rodríguez Bonito (2012) manifiesta que esta clasificación tiene utilidad clínica inmediata ya que la evolución clínica, el curso posterior y los problemas que se pueden presentar son distintos en cada uno de los grupos. Aunque no existen grupos homogéneos en cuanto a causas, que pueden ser muy variadas y extensas; lo importante en este caso es disponer de una historia clínica completa, con antecedentes, que orienten al clínico a buscar las causas determinantes para que el neonato se ubique dentro de una sección y así él pueda orientar su evaluación a los problemas más frecuentes inherentes a su grupo. Se puede clasificar al recién nacido según:

Cuadro 2

La edad gestacional	El peso al nacer, en relación con los percentiles 10 y 90
a) Pretérmino: menor de 37 semanas.	a) Pequeño para edad gestacional (PEG).
b) A Término: entre 37 y 42 semanas.	b) Adecuado para edad gestacional (AEG).
c) Postérmino: mayor de 42 semanas.	c) Grande para edad gestacional (GEG).

Fuente: Rodríguez Bonito (2012)

Retardo del Crecimiento Intrauterino

El Manual de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría (2021) considera bajo peso al nacimiento a aquellos recién nacidos con un peso inferior a 2500 gramos. Por otro lado, Rodríguez Bonito (2012) considera neonato con Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU) a

todo aquel con peso inferior al percentil 10, al margen de la edad gestacional y con signos clínicos de malnutrición en útero (in utero).

El retardo del crecimiento intrauterino trae consigo un aumento sustancial de la mortalidad perinatal hasta 8 o 10 veces en relación con el neonato eutrófico. Y cuentan con determinantes de morbilidad específica, tanto en el periodo neonatal (mayor riesgo de ingreso, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, policitemia) como en edades posteriores (síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares, trastornos neurocognitivos, talla baja), por lo que es necesario conocer dichos problemas y anticiparse para su correcto manejo.

Las causas del bajo peso al nacimiento pueden ser fetales, maternas, placentarias y ambientales. (Ver cuadro 3).

Cuadro 3

Fetales	Maternas	Placentarias	Ambientales
Cromosopatías	Edades extremas	Defecto de implantación	Altitud
Defectos genéticos	Talla y peso bajos	Anomalías placentarias	Fármacos
Malformaciones congénitas	Malformaciones uterinas	Desprendimiento de placenta	Tabaco
Gestación múltiple	Nulíparas	Insuficiencia placentaria	Opioides
	Gran múltipara		Alcohol
	Intervalo menor a 6 meses entre gestaciones		Infecciones prenatales
	Otros hijos PEG		
	Malnutrición		
	Infecciones crónicas		
	Hipertensión arterial		
	Preeclampsia		
	Anemia		

Fuente: PAC 2016

El retardo en el crecimiento intrauterino o se puede clasificar de dos maneras según PAC (2016)

- 1. RCIU Simétrico:** Ocurre en etapa temprana de la gestación, más o menos antes de la semana 28. El resultado es un producto con cabeza y cuerpo de talla proporcionados. Sus causas principales son una enfermedad vascular, como hipertensión, o una anomalía

cromosómica, así como enfermedades virales, toxinas y exposición a fármacos o alcohol. Representa de 30 a 40% de RCIU y es de mayor riesgo neonatal. Se ubican cuando el peso, longitud y perímetro cefálico son menores del Percentil 10.

2. **RCIU Asimétrico:** Se presenta después de la semana 28 de gestación. Origina una desproporción corporal, la cabeza es más grande en relación con el cuerpo, son de índice ponderal bajo. Se asocia con hipertensión crónica, preeclampsia antes de la semana 37, enfermedad renal materna, trastornos de la colágena, diabetes y desnutrición materna. Estos fetos corren alto riesgo de hipoglucemia, muerte intrauterina o asfixia perinatal. Se ubican cuando el peso se encuentra por debajo del Percentil 10, pero la longitud y el perímetro cefálico se encuentran mayor del Percentil 10.

Es importante resaltar que la alimentación con Leche Materna (LM) en estos niños debe ser precoz, de forma ideal en los primeros 30 minutos de vida, considerando que se debe ofrecer por métodos de succión directa al seno, o bien, con cucharita o vaso en caso de que las condiciones del niño dificulten la toma del pecho. Se ha visto que, aunque la LM permite alcanzar un crecimiento adecuado en estos niños que tienen un riesgo metabólico y de desarrollo lamentablemente corren el riesgo de recibir LM con menos probabilidad, ya que tanto los padres como los profesionales intentan que el lactante alcance una ganancia ponderal rápida mediante la introducción innecesaria, de alimentación con fórmula artificial. (Manual de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría, 2021)

Fisiología de la alimentación del Prematuro

La Organización Mundial de la Salud define a un bebé prematuro como aquel nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Por su parte, Rodríguez Bonito (2012) agrega que estos niños presentan constantes desventajas anatómicas, constitucionales y funcionales siempre en dependencia de la edad gestacional al nacer. Partiendo de esto, los dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

1. Prematuro extremo: Menor a 28 semanas de gestación
2. Muy prematuro 28 – 31,6 semanas de gestación
3. Prematuro moderado 32 – 33,6 semanas de gestación
4. Prematuro tardío 34 -37 semanas de gestación

Ahora bien, el momento en que el niño prematuro podrá alimentarse por vía oral dependerá de múltiples factores, siendo necesaria una mirada integral del equipo que atienda a esta población para iniciar el proceso. (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia).

De acuerdo con esto, el Grupo de Nutrición de la SENEo plantea que antes de las 34 semanas de gestación van apareciendo reflejos necesarios para que la alimentación al pecho se logre, no es sino hasta las 33-34 semanas que los prematuros están lo suficientemente maduros para succionar, tragar y respirar coordinadamente. En este momento de la maduración, los prematuros, son capaces de mantener una sincronización que les permita una nutrición oral satisfactoria.

Cuadro 4.

Reflejos según semanas de gestación

Reflejo	Semanas de Gestación
Succión	7-8 Semanas Gestación
Estimulación de la boca	8 Semanas Gestación
Deglución	11-16 Semanas Gestación
Succión completa	18-24 Semanas Gestación
Cierre de la glotis	25-27 Semanas Gestación
Coordinación del Esófago	32 Semanas Gestación
Deglución, coordinación del esófago, respiración coordinada.	33-34 Semanas Gestación

Fuente: Grupo de Nutrición de la SENEo 2013

Se debe tener en cuenta que muchos prematuros con estas semanas postconcepcionales, presentan problemas para obtener la leche del pecho materno. Algunos, de hecho, no lo consiguen hasta la semana 38-39. Pueden presentar los reflejos, pero les falta el vigor, la potencia para realizar succiones efectivas y, además, se cansan. Pero, esta situación no afecta negativamente la ganancia de peso como se creía anteriormente, al contrario, el incremento ponderal resulta más rápido que cuando se opta por la sonda orogástrica; de hecho, los neonatos se vuelven más capaces de

coordinar la succión, deglución y respiración. Y, por ende, esto permite acortar el tiempo de internamiento y los costos para la institución (Rodríguez Bonito, 2012)

Cuadro 5.

Ritmo de crecimiento optimo en el Recién Nacido

Edad	Ritmo de crecimiento Optimo		
	Peso (g/día)	Longitud (cm/semana)	Perímetro cefálico (cm/semana)
0-3 meses	25 a 35	0,7 a 1	0,4
3-12 meses	10 a 20	0,2 a 0,6	0,2

Fuente: Grupo de Nutrición de la SENEo. 2013

Pérdida de peso en el recién nacido.

El Manual de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría (2021), refiere que todos los recién nacidos experimentan durante los primeros 2-3 días de vida una pérdida de peso fisiológica, que supone entre el 5% y el 10% de su peso al nacimiento. A partir del tercer día de vida, se suele iniciar la ganancia de peso y se recupera el peso al nacimiento entre los 7 y los 10 días de vida.

Sin embargo, si el recién nacido pierde más del 7% del peso al nacimiento al alta (48-72 horas de vida) o no presenta inicio de ganancia de peso al 5.º día de vida, se deben tomar las siguientes medidas:

- Exploración física del bebé para descartar problemas que justifiquen la pérdida de peso.
- Historia clínica de lactancia y observación de una toma en busca de dificultades que puedan corregirse.
- Reevaluación del bebé en 24 horas y, en caso de persistir la pérdida de peso a pesar de las medidas empleadas, valorar la suplementación de las tomas, preferiblemente con leche materna extraída, evitando la administración en biberón (vasito, cuchara, dedo-jeringa).
- Asegurar el control clínico del recién nacido a las 48 h del alta de maternidad.

Recuperación nutricional del recién nacido

Según el Sistema Nacional para el desarrollo integral de la Familia (DIF, 2020) la recuperación nutricional es aquella que se logra con un régimen dietético que corrija las deficiencias y satisfaga las necesidades nutricionales del niño de acuerdo a su edad y sexo, al tiempo que se le trata todo proceso patológico que le afecte. De igual manera su objetivo se dirige a reestablecer la salud evitando la mortalidad por complicaciones asociadas a la desnutrición.

En este sentido, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2015) indica que la recuperación nutricional del recién nacido se relaciona con el tipo de alimentación que reciba, donde el objetivo nutricional debe consistir en promover la alimentación con leche humana, minimizar las deficiencias de nutrientes, abordar con prontitud dichas deficiencias una vez identificadas y promover la aceleración del crecimiento posnatal una vez que se han corregido las deficiencias de nutrientes. Por otra parte, resaltan que si el crecimiento del niño prematuro es normal, se debe relacionar con la alimentación, ya que si recibe lactancia materna exclusiva se asume que la alimentación es la adecuada, de lo contrario, si recibe alimentación mixta o de fórmula, se debe descartar una sobrealimentación.

Aunque el crecimiento óptimo para los recién nacidos prematuros aún no ha sido definido, la recomendación del Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría es que la tasa de crecimiento y la composición de la ganancia de peso deben ser similares a la del feto de la misma edad gestacional, por lo que requieren una velocidad de crecimiento entre 20 y 30 g/kg/día para volver al percentil de su peso al nacer y, cuanto menor es la edad gestacional, será mayor la velocidad de crecimiento que debe lograrse para re-encaminar el crecimiento.

Toma al pecho adecuada

Dentro de los aspectos que describen una toma normal sin dificultades se tiene que la madre debe proporcionar estabilidad al cuerpo del recién nacido, sin separación entre ambos y frente a ella. De este modo, todo el cuerpo del recién nacido está en contacto con la madre y pueden activarse todos los reflejos neonatales primitivos necesarios para buscar y agarrar la mama. Esto

es lo que se conoce como crianza biológica (Fernández Pulido, 2020). Otro aspecto a destacar es que al inicio de la toma, cuando el flujo de leche es lento, las succiones son rápidas y los movimientos mandibulares superficiales, una vez que el reflejo de eyección se hace presente, el flujo de leche es más rápido y las succiones son más lentas y profundas, el lactante, mientras traga, tiene los ojos abiertos y según va satisfaciendo su hambre, se va relajando y acaba cerrando los ojos al final de la toma con una expresión facial relajada soltando el pecho espontáneamente.

Pero, también nos podemos encontrar ante lactantes que se duermen al inicio de la toma sin soltar el pecho y pueden aparentar estar satisfechos sin estar tomando suficiente leche. En este caso, al retirarlos, se despiertan enseguida o vuelven a succionar rápidamente, y la toma no parece acabar nunca. Otras veces, los lactantes más impacientes, ante un flujo de leche lento, no se duermen y muestran una expresión facial de preocupación o desconcierto, con el ceño fruncido; mantienen los puños cerrados cerca de la cara, empujan y tiran del pecho, o lo amasan con sus manos para, de forma instintiva, estimular otro reflejo de eyección pareciendo nerviosos hasta que la leche fluye rápido otra vez. También, hay lactantes que se retiran del pecho, se arquean, lloran y se niegan a agarrarlo de nuevo, aunque este comportamiento se puede interpretar como que no le gusta mamar, en realidad no es así, los recién nacidos están biológicamente preparados para mamar, lo que les frustra es no ser capaz de conseguir que la leche fluya de forma más rápida.

Partiendo de las situaciones antes mencionadas, resulta imperante no solo observar la toma al pecho de la madre, sino corregir cualquier dificultad e inquietud que presenten tanto la madre como el niño, para poder establecer y garantizar una lactancia exitosa.

Bases legales que sustentan el estudio

De acuerdo a la naturaleza del trabajo objeto de estudio, resulta necesario e importante sustentarlo con el conjunto de leyes que norman la temática planteada: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Ley orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente, Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna

Declaración Universal de los Derechos Humanos

Artículo 25

Parágrafo 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

Artículo 76. La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o del padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos o hijas que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el

derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

LOPNNA

Artículo 44 (1998). Protección de la Maternidad. El Estado debe proteger la maternidad. A tal efecto, debe garantizar a todas las mujeres servicios y programas de atención, gratuitos y de la más alta calidad, durante el embarazo, el parto y la fase post natal. Adicionalmente, debe asegurar programas de atención dirigidos específicamente a la orientación y protección del vínculo materno-filial de todas las niñas y adolescentes embarazadas o madres.

Artículo 46. Lactancia Materna. El Estado, las instituciones privadas y los empleadores proporcionarán condiciones adecuadas que permitan la lactancia materna, incluso para aquellos hijos cuyas madres estén sometidas a medidas privativas de libertad

Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna

Artículo 2. Todos los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna en condiciones adecuadas que garanticen su vida, salud y desarrollo integral. Asimismo, las madres tienen derecho a amamantar a sus hijos e hijas, con el apoyo y colaboración de los padres. Los padres y demás integrantes de la familia deben alentar y brindar todo el apoyo necesario para que las madres puedan ejercer el derecho humano previsto en este artículo en beneficio de sus hijos e hijas.

Artículo 6. El Sistema Público Nacional de Salud debe desarrollar políticas y planes dirigidos a la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, de conformidad con lo establecido en esta Ley. El sistema de educación deberá incorporar en los planes y programas de educación, desde la educación inicial hasta la educación superior, contenidos sobre los principios y beneficios de la lactancia materna.

Artículo 7. El personal de los centros de salud públicos y privados responsable del cuidado y atención de las madres, los padres y sus hijos e hijas lactantes debe:

1. Promover la lactancia materna exclusiva y óptima, en cumplimiento de esta Ley y de las políticas y planes del Sistema Público Nacional de Salud. A tal efecto, deben brindar una información oportuna, veraz y comprensible sobre los principios y beneficios de la lactancia materna a las madres, los padres y sus familias.
2. Alentar y ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna inmediatamente en la primera media hora después del parto.
3. Fomentar la lactancia materna a libre demanda, sin restricciones en la frecuencia y duración de la misma.
4. Educar a las madres, padres y sus familias a amamantar adecuadamente a sus hijos e hijas.
5. Abstenerse de dar a los niños y niñas lactantes menores de seis meses de edad, bebidas o alimentos distintos a la leche materna, salvo en caso de indicación médica especial.
6. Garantizar que los hijos e hijas lactantes permanezcan al lado de su madre en alojamiento conjunto durante las veinticuatro horas del día después del parto y en cualquier caso de hospitalización de un niño o niña lactante, salvo indicación médica especial, caso en el cual deberá favorecerse hasta el máximo posible el contacto directo de la madre con su hijo o hija.
7. Cumplir con las obligaciones adicionales que establezca el ministerio con competencia en materia de salud, mediante resolución, a los fines de promover y proteger la lactancia materna.

Por este motivo la información suministrada debe ser multididáctica donde se evalúe no solamente la comprensión del tema sino también las habilidades y destrezas que son capaces de desarrollar las madres.

Definición de términos básicos

Neonato

Según Rodríguez Bonito (2012), un neonato es un recién nacido que cumple un periodo desde el nacimiento hasta los 28 días de vida. Este periodo se puede dividir también en Periodo neonatal temprano: de 0 a 8 días de vida y Periodo Neonatal Tardío de los días 8 al 28.

Intergrowth 21

El proyecto International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century (INTERGROWTH) es un proyecto multicéntrico, multiétnico, basado en la población y llevado a cabo entre 2009 y 2014 en ocho áreas urbanas definidas. Su principal objetivo fue estudiar la salud, nutrición, crecimiento y neurodesarrollo desde las 14 semanas de gestación hasta los dos años de vida. Utilizando el mismo marco conceptual del estudio multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud sobre el patrón de crecimiento para así generar estándares internacionales prescriptivos para la fecha de embarazo, ganancia de peso durante el embarazo el crecimiento fetal, el tamaño del recién nacido, el crecimiento postnatal de prematuros y el desarrollo cognitivo a los dos años de vida. Puede usarse con aplicación para computadoras y teléfonos móviles, sin la necesidad del Internet para monitorear y evaluar el bienestar materno y del feto así como la salud y nutrición en niños y niñas a nivel individual y de la población. En este, se ubica el valor del peso, la talla y la circunferencia cefálica en dos escalas: Percentiles y Desviaciones Estándar (Z-score), para realizar el Diagnóstico Nutricional.

Variación de la composición de la leche humana

La leche materna varía desde el nacimiento y se adapta de acuerdo a las necesidades del bebé. Según la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2015), se presentan diversas fases con sus características; dentro de ellas el calostro, producido por las mujeres hasta el quinto a séptimo día postparto, de amarillento o de color claro y espeso, con abundante cantidad de inmunoglobulinas. La leche de transición es la que se produce aproximadamente entre el 4° y el 15° día postparto, va variando hasta alcanzar las características de la leche madura y por último la leche madura se observan variaciones de composición entre madres y también dentro de una misma mujer, las cuales están relacionadas con las necesidades del niño. Al comienzo de la lactancia proporciona mayor cantidad de proteínas y lactosa, y al final más grasa.

Postura

Para Torras (2021) es la forma en que se coloca la madre para amamantar. Existen diversas, todas funcionan y la elección de una u otra dependerá del lugar, las circunstancias o las preferencias de cada madre.

Posición

Torras (2021) la define como la forma en que es colocado el bebé para que mame. Al igual que la postura se encuentran varias formas y todas pueden servir, aunque en función de las circunstancias unas pueden ser más eficaces que otras. Lo importante es que nunca ha de doler.

Agarre del pecho

García, Guerrero, Hernández (2017) determinan que es la manera en la que el bebé toma el seno materno para poder succionar y alimentarse, el cual se considera correcto cuando la boca se encuentra bien abierta, los labios evertidos, la lengua debajo del pezón y con nariz y barbilla tocando el pecho.

Técnicas de Lactancia Materna

Según la Asociación Española de Pediatría (AEP) Una buena técnica de lactancia permite mantener la producción de leche y evita la aparición de grietas y dolor. Además, resalta que no existe una única posición adecuada para amamantar, lo importante es que la madre esté cómoda, que el bebé esté enfrentado y pegado al cuerpo de la madre y que se agarre bien al pecho. Por lo cual señalan diferentes posiciones:

Lactario

UNICEF (2016). Se considera lactarios, al área delimitada en la que se extrae, la leche natural de las madres para su debida recepción y conservación bajo determinados parámetros, que

beneficien a los neonatos cuyas madres no puedan proporcionar la leche materna humana. La diferencia fundamental entre los Lactarios Institucionales y los BLH se encuentra en el aspecto funcional, ya que los lactarios poseen un sistema más sencillo en cuanto al tratamiento de leche materna, sólo congelan o refrigeran, mientras que en los bancos se pasteuriza y realizan otras determinaciones (físico-química, bacteriológica, entre otras), razón por la cual son servicios más complejos. s/p

Banco de leche humana

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2016). Los Bancos de Leche Materna (BLM) o Bancos de Leche Humana, se constituyen en el mecanismo sanitario encargado de la recolección de leche materna humana donada, a fin de conservarla y distribuirla entre los neonatos que la necesiten, manteniendo todas las garantías sanitarias; pues, es donde se puede obtener y procesar la leche materna donada de manera fiable. s/p

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En el siguiente apartado se hace una breve descripción de los procedimientos metodológicos utilizados en la investigación que permitieron el acopio, registro y análisis de los datos obtenidos en el servicio de neonatología del IAHULA. Todo esto sujeto al Tipo de Investigación, Diseño de Investigación, y Procedimiento de Recolección de datos.

Nivel de la investigación

De acuerdo a la naturaleza del estudio, este se sustentó bajo un nivel correlacional. Hernandez, Fernandez y Baptista (2014) establecen que la investigación correlacional asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. Así mismo, manifiestan que este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. Para efectos de este trabajo se pretende: Evaluar el efecto de la educación en lactancia materna para la recuperación nutricional de recién nacidos dirigida a las madres del Servicio de Neonatología del IAHULA.

Diseño de la investigación

La investigación presente es de tipo mixta (cualitativa-cuantitativa). En relación al diseño de la investigación, Arias (2010) lo considera como la estrategia que adopta el investigador para responder a un problema planteado. (p.26). Del mismo modo Hernández, Fernández y Baptista (2014) expresan que el diseño es un plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación y responder al planteamiento. Partiendo de estas consideraciones, la investigación se centra en un diseño descriptivo correlacional, donde se describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento

determinado, ya sea en términos correlacionales, o en función de la relación causa-efecto. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Todo esto, apoyado en la modalidad de campo, caracterizada por la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (Arias 2010) en este sentido, se obtuvieron los datos directamente de las madres e hijos recién nacidos ubicados en el Servicio de Neonatología del IAHULA, entre el mes de agosto y septiembre.

Población y Muestra

La población según Arias (2010), es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. En este caso, la población viene dada por 11 recién nacidos y sus madres, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y accedieron a participar en el estudio previo consentimiento informado (Anexo A), ubicados en el Servicio de Neonatología Dr. José de Jesús Avendaño del IAHULA entre el mes de agosto y septiembre.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: Madres que firmaron el consentimiento informado y se encontraron amamantando a sus recién nacidos (Pretérmino tardío y a término) ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Servicio de Neonatología del IAHULA con más de 3 días de vida y tolerando la vía oral.

Criterios de exclusión: Recién nacidos ingresados al servicio de neonatología, prematuros moderados y muy prematuros, recién nacidos con menos de 3 días de vida, que no se encontraban al pecho materno o que cursaban con patologías condicionantes de la vía oral. Madres que no deseen recibir educación nutricional (en lactancia materna) y no hayan firmado el consentimiento informado.

Consideraciones Bioéticas

La Declaración de Helsinki, adoptada en la capital finlandesa por la Asamblea General de 1964 de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association, WMA), es el documento internacional más importante de regulación de la investigación en seres humanos. Dicha asociación, ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

Partiendo de lo descrito anteriormente, la presente investigación se desarrolló bajo los siguientes principios éticos:

a) En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

b) Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente.

c) La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.

La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

d) La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

e) La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

f) Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

g) Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad.

h) En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador.

i) Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente.

j) Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de los Datos

De acuerdo con Arias (2010) la técnica, es “el procedimiento o forma particular de obtener datos o información” (p.67). En este estudio se aplicó la observación directa para identificar las habilidades en lactancia materna de una toma al pecho. En el caso de la recolección de datos para el diagnóstico nutricional de los recién nacidos se empleó la valoración antropométrica con sus respectivas técnicas para peso, longitud y circunferencia cefálica.

En cuanto a los instrumentos utilizados, Arias (2010) considera que son los materiales empleados para recoger y almacenar información. En esta oportunidad se aplicó la lista de cotejo para evaluar la técnica de amamantamiento de las madres de los recién nacidos del Servicio de Neonatología del IAHULA (Anexo B) y la Ficha de Recolección de datos de Control Antropométrico y de Alimentación del Recién Nacido (Anexo C).

Lista de cotejo para evaluar la técnica de amamantamiento (Observación de una toma a pecho): Para comprobar que la lactancia se instaura adecuadamente es necesario observar y valorar las tomas durante la estancia en el hospital. Generalmente, esta observación se realiza de forma no sistematizada, por lo que se utilizan criterios subjetivos con una amplia variabilidad entre observadores, lo que dificulta el diagnóstico de los posibles problemas y, por tanto, su adecuado tratamiento. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2017).

Existen diversas herramientas que permiten valorar una toma al pecho, como la escala LACHT, la escala propuesta por la OMS, UNICEF o la de la UNION EUROPEA: instrumentos que a diferencia de otras escalas han sido más validados y utilizados. Sin embargo, la ficha para la observación de la toma propuesta por la Unión Europea en el año 2006 resulta ser una de las herramientas más recomendadas ya que con esta se puede observar la postura, agarre del bebé, succión y si hay signos de transferencia eficaz de leche, por tal motivo, es la utilizada en el presente estudio.

Procedimientos para la recolección de datos

Para la recolección de datos el grupo investigador solicitó el consentimiento informado a las madres de los recién nacidos que cumplieran con los criterios de inclusión. Vale resaltar que los datos se obtuvieron durante 8 días para cada diada, aplicando las mismas técnicas y procedimientos descritas a continuación:

Fase 1:

1. Se aplicó la ficha de recolección de datos de control antropométrico y de alimentación a los recién nacidos, además de la observación de una toma al pecho que se registró en la lista de cotejo.
2. Se diagnosticó el estado nutricional de los recién nacidos con la evaluación antropométrica y se indicó el tipo de alimentación.
3. Se realizó el control de peso diario y el tipo de tomas durante los 4 días de la fase 1.
4. Al 4to día se aplicaron las sesiones educativas dirigidas a las madres de los recién nacidos.

Fase 2:

5. Se inicia a partir del 5to día, dando continuidad al control de peso diario y el tipo de tomas durante 4 días consecutivos.
6. Al cuarto día de esta fase se repite la valoración antropométrica y evaluación del tipo de alimentación, a fin de obtener el diagnóstico nutricional y con ello dar respuesta al objetivo de la investigación.

Ahora bien, para efectos de la valoración antropométrica fue necesario aplicar las siguientes técnicas:

1. **Técnica de medición de Peso:** consiste colocar al niño desnudo y sin pañales, de manera cuidadosa sobre el centro de la báscula, anotando el peso indicado en la pantalla. Para ello se utilizó un infantómetro digital calibrado, marca Smart Scale Olimpyc (Anexo D) en una superficie plana.
2. **Técnica de medición de Longitud corporal:** consiste en colocar al niño en decúbito supino en el infantómetro asegurando que la cabeza estuviera en el plano de Frankfurt y en contacto con la parte superior del instrumento, procurando la presencia de un ayudante quien debe colocar la palma de su mano sobre ambas rodillas del niño, con la finalidad de evitar su separación y flexión. La medición se tomó al inicio de la fase 1, y al final de la fase 2, tomando en consideración que la longitud del niño debe evaluarse de forma semanal.
3. **Técnica de medición del perímetro cefálico:** Se realizó con una cinta métrica inextensible, con escala en milímetros. Se quitaron gorros o cualquier objeto o dispositivo que dificultaba la medición. Se sostuvo la cinta pasando sobre el arco superciliar y la protuberancia occipital. Una vez colocada la cinta correctamente la lectura se realizaba al último milímetro completo, vale recalcar que esta medición se efectuó al inicio de la fase 1 previo a la intervención educativa y al final de la fase 2 para la obtención del diagnóstico nutricional tomando en cuenta que el perímetro cefálico del niño debe evaluarse de forma semanal.

Una vez obtenidos los datos antropométricos, el grupo investigador procedió a establecer el diagnóstico nutricional utilizando para ello el programa **Intergrowth 21st**, en el cual se ubica el valor del peso, la talla y la circunferencia cefálica sobre graficas en dos escalas: Percentiles y Desviaciones Estándar (Z-score), para realizar el Diagnóstico Nutricional. En este caso se utilizaron las escalas de Percentiles (P), indicando como adecuado los datos ubicados entre el P10 y P90, tal como lo establece la Dirección Nacional De Maternidad e Infancia (2015).

Diseño de las intervenciones educativas

Para el Observatorio Venezolano de la Violencia (OVV), citado por Vargas Arzola (2021) las cifras de defunciones de los niños menores a un año fueron alarmantes entre 2017-2018, aumentando de 287 a 298 casos, situación que se asocia a causas como la prematuridad y la desnutrición severa. Si bien se ha señalado que la lactancia materna es un acto voluntario cuyas implicaciones afectarán la vida del niño, el Servicio de Neonatología del IAHULA debe encargarse de ofrecer no solo la atención debida al recién nacido, sino también a la madre, como lo establece la OMS (2018), promoviendo y protegiendo la lactancia materna y cada uno de los aspectos que pueden influir en la práctica, inocuidad e integridad de la misma; el cual va desde enseñar las técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento de la leche, capacitar al personal, ofrecer información prenatal, así como ofrecer un ambiente adecuado para dicho proceso, hasta impartir conocimientos sobre alimentación materna y suplementación.

De allí la necesidad de ofrecer atención adecuada durante este periodo de vida; ofreciéndoles mayores probabilidades de supervivencia a los recién nacidos, a la vez que se cimienten las bases para una vida saludable.

En este orden de ideas, para el diseño de las intervenciones educativas se consideraron los resultados obtenidos en la observación de una toma al pecho durante la fase 1 y temas que abordan diferentes organizaciones internacionales (UNICEF, OMS, AEP) en relación a la lactancia materna como son: Posiciones, técnicas de agarre, obstrucciones y congestiones mamarias, mastitis, extracción de leche materna, entre otros. Todo esto con el objetivo de asegurar un adecuado amamantamiento y promover el alta médica de los recién nacidos, empoderar a las madres con diferentes técnicas para amamantar y conocimientos que dieran respuesta ante cualquier eventualidad durante el proceso.

Partiendo de las consideraciones descritas, los temas abordados en las intervenciones educativas se desarrollaron de forma tanto grupal como individual, utilizando los siguientes recursos y materiales:

1. Recursos Humanos: dos tesistas de Nutrición y Dietética, un especialista en Nutrición Clínica.
2. Recursos Materiales: computadora, extractores manuales, teléfono inteligente.
3. Material didáctico: diapositivas, muñeco, videos, simulador de seno materno.

Técnicas de procesamiento y análisis de datos

De acuerdo a la naturaleza del estudio, se procedió a analizar los datos recolectados empleando herramientas estadísticas con el objeto de observar el comportamiento de las variables, por ello se aplicó el paquete estadístico para las Ciencias Sociales SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows V25.0 y el Microsoft Excel 2019. Una vez obtenidos los datos estos se vaciaron en el SPSS para la ejecución de las tablas que dieran respuesta a los objetivos planteados.

Vale destacar que la prueba estadística utilizada para relacionar el efecto de las intervenciones educativas fue la prueba Q de Cochran para muestras relacionadas de campos categóricos con solo dos variables dicotómicas. El valor de significancia de esta prueba fue de $p=0,05$.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tomando en cuenta los criterios de inclusión para la selección de la población, el trabajo objeto de estudio estuvo conformado por: 11 recién nacidos tanto femeninos como masculinos, con sus respectivas madres, durante un periodo de 8 días continuos para cada diada, en el mes de agosto y septiembre del 2022. A los recién nacidos se les determinó el Diagnóstico Nutricional según su edad gestacional, se registraron los pesos diarios y el tipo de alimentación. Al mismo tiempo se identificaron las habilidades en lactancia materna de las madres antes y después de las intervenciones educativas. Todo esto con el propósito de evaluar el efecto de la educación en lactancia materna para la recuperación nutricional de los recién nacidos. Una vez recabada la información y analizada estadísticamente se dio respuesta a los objetivos planteados, mostrando los siguientes resultados y su discusión:

Tabla 1.

Diagnóstico Nutricional Fase 1 según Género del Recién Nacido

Diagnóstico Nutricional Fase 1	Género del Recién Nacido				Total	
	Femeninos		Masculinos		No.	%
	No.	%	No.	%		
PED/TBEG/PCAEG	--	--	1	9,1	1	9,1
PEG /TAEG /Microcefalia	1	9,1	--	--	1	9,1
PEG /TBEG /Microcefalia	1	9,1	1	9,1	2	18,2
PEG /TAEG /PCAEG	1	9,1	--	--	1	9,1
PAEG /TAEG /PCAEG	3	27,3	3	27,3	6	54,5
Total	6	54,5	5	45,5	11	100,0

Nota: TAEG: Talla adecuada para la edad gestacional. TBEG: Talla baja para la edad gestacional. PAEG: Peso adecuado para la edad gestacional. PEG: Pequeño para la edad gestacional. PCAEG: perímetro cefálico adecuado para la edad gestacional. M: Microcefalia.

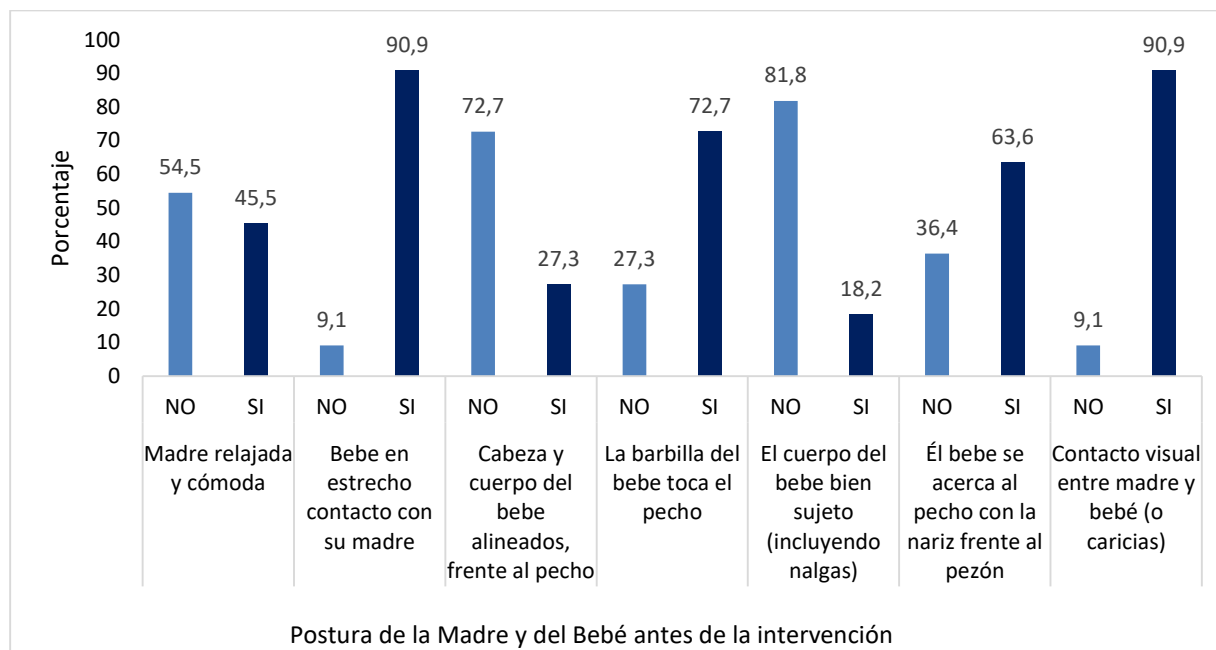
Fuente: Ficha de recolección de datos de control Antropométrico y de Alimentación del Recién Nacido

En la tabla 7 se observan 11 recién nacidos, de los cuales 6 (54,5%) son femeninos y 5 (45,5%) masculinos. De esta población 6 (54,5%) tienen un diagnóstico nutricional Adecuado para la Edad Gestacional (PAEG /TAEG /PCAEG); mientras que, 2 (18,2%) de los recién nacidos son diagnosticados con Pequeño para la Edad Gestacional, Talla Baja para la Edad Gestacional y riesgo de microcefalia (PEG /TBEG /Riesgo Microcefalia).

Para Martínez Nadal (2015), la clasificación del peso según la edad gestacional es habitualmente utilizada en la gran mayoría de hospitales o maternidades, mediante la cual se deciden las intervenciones a realizar. No obstante, no se considera el potencial de crecimiento fetal (peso que habría alcanzado el recién nacido en condiciones de adecuada nutrición fetal), pudiendo clasificar como PEG a RN sin Malnutrición Fetal (MNF) y, por otro lado, otros ser clasificados como AEG y presentar signos clínicos de MNF. En este estudio se pudo observar que un 7,37% presentó un diagnóstico de PEG, pero de los recién nacidos catalogados como AEG, el 4,67% presentaron signos clínicos de MNF, por lo que si se usaran las curvas de peso según la edad gestacional, se infradiagnosticarían una proporción de recién nacidos con Malnutrición Fetal en los que, probablemente, una intervención dirigida en este aspecto podría ser beneficiosa, tanto a corto como a largo plazo.

Gráfico 1.

Observación de una toma al pecho: Postura de la Madre y del Bebé en la Fase 1



Fuente: Lista de Cotejo para Evaluar la técnica de amamantamiento de madres de recién nacidos del Servicio De Neonatología del IAHULA.

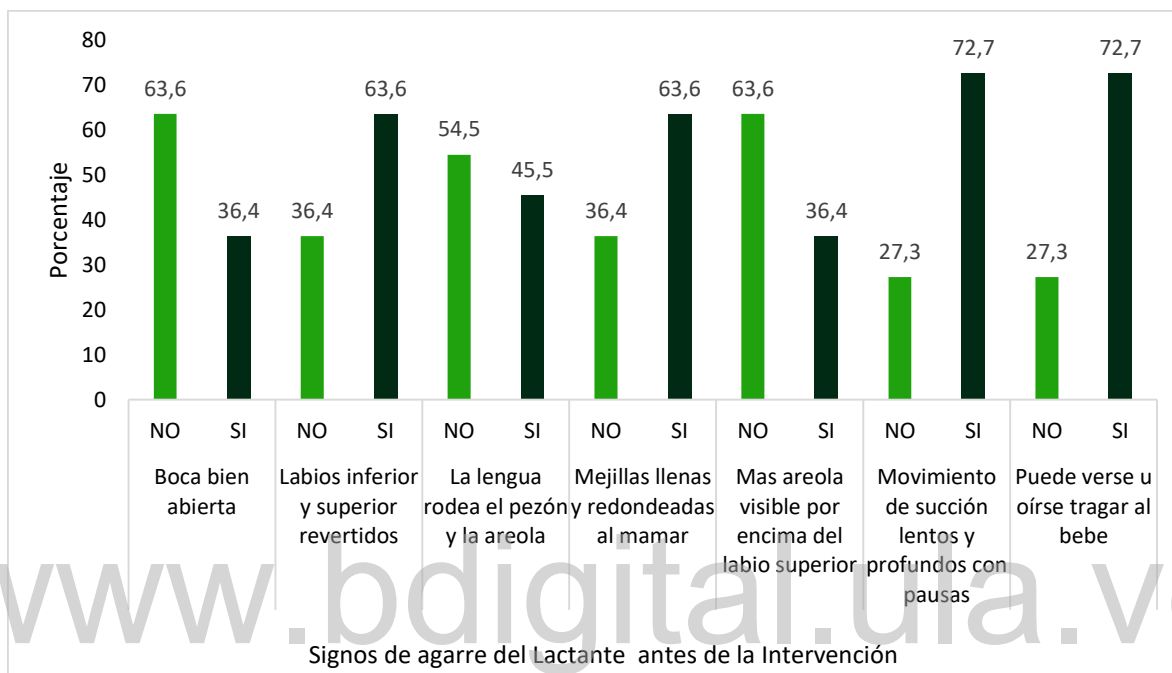
En el gráfico1 (Anexo E) se evalúa la Postura de la Madre y del Bebé durante una toma al pecho antes de la intervención, se observa que la mayor parte de las madres el 90,9% se mantiene en estrecho contacto con su bebé y conservan contacto visual y caricias. 72,7% de los recién nacidos tocan la barbilla al pecho y 63,6% de los recién nacidos se acercan al pecho con la nariz frente al pezón. Sin embargo, 54,5% de las madres no utilizan una postura cómoda durante las tomas al pecho; 72,7% de la cabeza y el cuerpo de los RN no se encuentran alineados y 81,8% de los recién nacidos permanecen bien sujetos durante las tomas.

Estos datos coinciden con los resultados obtenidos por Ortega Trillos (2021), quien en su estudio encontró que respecto a la postura de la madre sólo la mitad tenían una postura relajada y cómoda, y en casi la mitad de las madres seleccionadas presentaron dificultad para lograr la alineación adecuada entre la cabeza y el cuerpo del recién nacido; generando en la mayoría de los casos dificultades posteriores en el establecimiento de la lactancia, reflejando la importancia de enriquecer la educación en lactancia materna, así como fortalecer las actividades organizadas en

las instituciones de salud, con el fin de promover, apoyar y proteger la lactancia materna, contando con profesionales con la debida capacitación.

Gráfico 2.

Observación de una toma al pecho: Signos de Agarre del Bebé en la Fase I



Fuente: Lista de Cotejo para Evaluar la técnica de amamantamiento de madres de recién nacidos del Servicio De Neonatología del IAHULA.

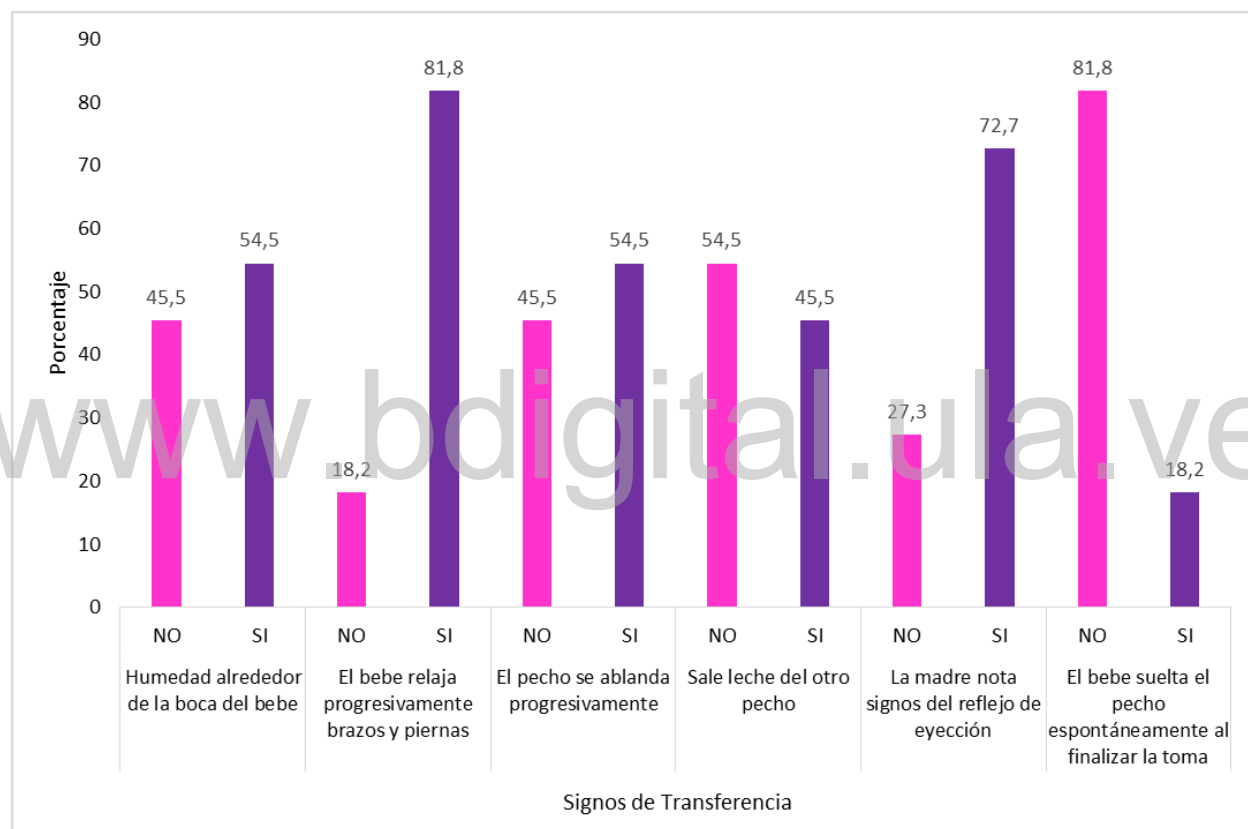
El gráfico 2 (Anexo E) referido a los signos de agarre del bebé durante una toma al pecho antes de la intervención, muestra que la mayor parte de los recién nacidos (63,6%) no presentan la boca bien abierta, no tienen la lengua rodeando el pezón (54,5%) y no presentan areola visible por encima del labio superior (63,6%). Y solo (63,6%) presentan labios evertidos durante la toma y mejillas llenas y redondeadas, mientras que un (72,7%) muestran movimientos de succión lenta y profunda y también se les pudo ver u oírse tragar. Estos datos se asemejan a los de Ortega Trillos (2021) quien durante la observación de la toma encontró que casi una cuarta parte de los neonatos tuvo problemas de agarre al ser superficial en un 37%.

En este sentido, la AEP refiere que no existe una única posición adecuada para amamantar, lo importante es que la madre esté cómoda, que el bebé esté enfrentado y pegado al cuerpo de la

madre y que se agarre bien al pecho, introduciendo gran parte de la areola en su boca, para que al mover la lengua no lesione el pezón. Considerando que los signos que nos indicarán un buen agarre son: el mentón del bebé toca el pecho, la boca está bien abierta y abarca gran parte de la areola, los labios están hacia fuera (evertidos) y las mejillas están redondas (no hundidas) cuando succiona.

Gráfico 3.

Observación de una toma al pecho: Signos de Transferencia eficaz de leche en la Fase 1



Fuente: Lista de Cotejo para Evaluar la técnica de amamantamiento de madres de recién nacidos del Servicio De Neonatología del IAHULA.

El gráfico 3 (Anexo E) muestra los resultados observados sobre los signos de transferencia eficaz de leche durante la toma al pecho antes de la intervención. En esta se pudo evidenciar que el 81,8% de los recién nacidos no culminaban la toma de forma espontánea, un 27,3% de las madres no notan los signos de reflejo de eyección y a un 54,5% no le sale leche del otro pecho mientras amamantan. Pero 81,8% de los RN se relajaban de forma progresiva durante la toma, se

comprobó la humedad alrededor de la boca en la mitad de los RN y, a más de la mitad de las madres se le ablanda el pecho progresivamente (54,5%) durante la toma.

Es de hacer notar que el reflejo expulsor puede condicionarse, cuando la madre se quita la ropa para ofrecer el pecho al lactante, cuando este llora por falta de alimento o mediante una inyección de oxitocina para la liberación de la leche. O bien, se puede inhibir con la adrenalina, la preocupación o el temor. Cuando se presenta el reflejo expulsor en ocasiones la madre siente un calambre en el bajo vientre debido a las contracciones uterinas que causa la oxitocina; ese reflejo se acompaña de un efecto antidiurético. Conviene mencionar que el hecho de que una madre tenga a su RN en una UCIN resulta en una situación de alarma, estresante y agotadora hecho que puede condicionar la poca salida de la leche o del reflejo de eyección. (Rodríguez Bonito, 2012)

Intervenciones educativas

Las intervenciones educativas sobre lactancia materna dirigidas a las madres del Servicio de Neonatología se realizaron a partir del cuarto día de la fase 1 del control antropométrico, para iniciar con la fase 2. Las mismas se implementaron de forma grupal e individual, fortaleciendo cada día los diferentes conceptos, técnicas y prácticas con los recién nacidos.

En la intervención grupal se abordó el concepto, beneficios y producción de la leche materna, así como el significado, ventajas y técnicas de extracción de la misma. También, se explicó las diferentes posturas de las madres y posiciones del bebe finalizando con las características del agarre y signos de buena succión.

De manera individual, se aplicaron los métodos de extracción para crear un lactario en casa, se corrigió la técnica de amamantamiento con el recién nacido y se demostraron los pasos a seguir al presentar obstrucciones mamarias.

Cuadro 7.*Planificación de la Sesión Educativa***Tema:** Lactancia Materna**Audiencia:** Madres del Servicio de Neonatología José de Jesús Avendaño del IAHULA**Lugar:** Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes**Objetivo General:** Las madres del Servicio de Neonatología del IAHULA conocerán la importancia de la lactancia materna, incluyendo las técnicas adecuadas para realizar un lactario y amamantar.

Objetivos Educativos	Contenido	Estrategia de Facilitación	Recursos	Evaluación
Las madres definirán el concepto de Lactancia Materna	Concepto, Beneficios ¿Cómo se produce la leche materna?	Diapositivas de PowerPoint Video de YouTube		
Las madres conocerán el concepto de Lactario	Concepto, Beneficios Técnicas de extracción de Leche Materna			Retroalimentación
Las madres conocerán las técnicas correctas para amamantar	Postura de la madre, Posiciones del bebe, Agarre del bebé Signos de buena succión		Computadora Programa PowerPoint	
Las madres descubrirán cómo hacer un lactario	Tipos de envase Manipulación Higiénica Almacenamiento, Durabilidad	Diapositivas de PowerPoint		
Las madres practicarán las técnicas de extracción de leche materna	Métodos y equipos de extracción de Leche Materna e Identificación y rotulado de los envases. ¿Qué hacer en caso de obstrucciones?			Se observan las técnicas aplicadas
Las madres aplicarán las técnicas correctas para amamantar	Se practica junto al recién nacido las técnicas descritas	Demostración	Madre e hijo	Se observan las técnicas aplicadas
Las madres recibirán el material de las intervenciones educativas	Reciben todo el material de diapositivas utilizadas en las intervenciones	Material realizado en PowerPoint en formato PDF con conceptos e ilustraciones	Celular Correo electrónico	Se conversa sobre la experiencia

Nota: Araque Moreno y Vielma Vielma (2022)

Tabla 2.*Efectos de la educación en lactancia materna en el diagnóstico nutricional de los recién nacidos.*

Diagnostico Nutricional Fase 1	Diagnostico Nutricional Fase 2										Total	
	PEG/TBEG/ PCAEG		PEG/TAEG/ Microcefalia		PEG/TBEG/ Microcefalia		PEG/TAEG / PCAEG		PAEG/TAEG / PCAEG		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
PEG /TBEG /PAEG	1	9,1									1	9,1
PEG /TAEG /Microcefalia			1	9,1							1	9,1
PEG /TBEG / RM			1	9,1	1	9,1					2	18,2
PEG /TAEG /PCAEG							1	9,1			1	9,1
PAEG /TAEG /PCAEG									6	54,5	6	54,5
Total	1	9,1	2	18,2	1	9,1	1	9,1	6	54,5	11	100,0

Nota: TAEG: Talla adecuada para la edad gestacional. TBEG: Talla baja para la edad gestacional. PAEG: Peso adecuado para la edad gestacional. PEG: Pequeño para la edad gestacional. PCAEG: perímetro cefálico adecuado para la edad gestacional. M: Microcefalia

Fuente: Ficha de recolección de datos de control Antropométrico y de Alimentación del Recién Nacido

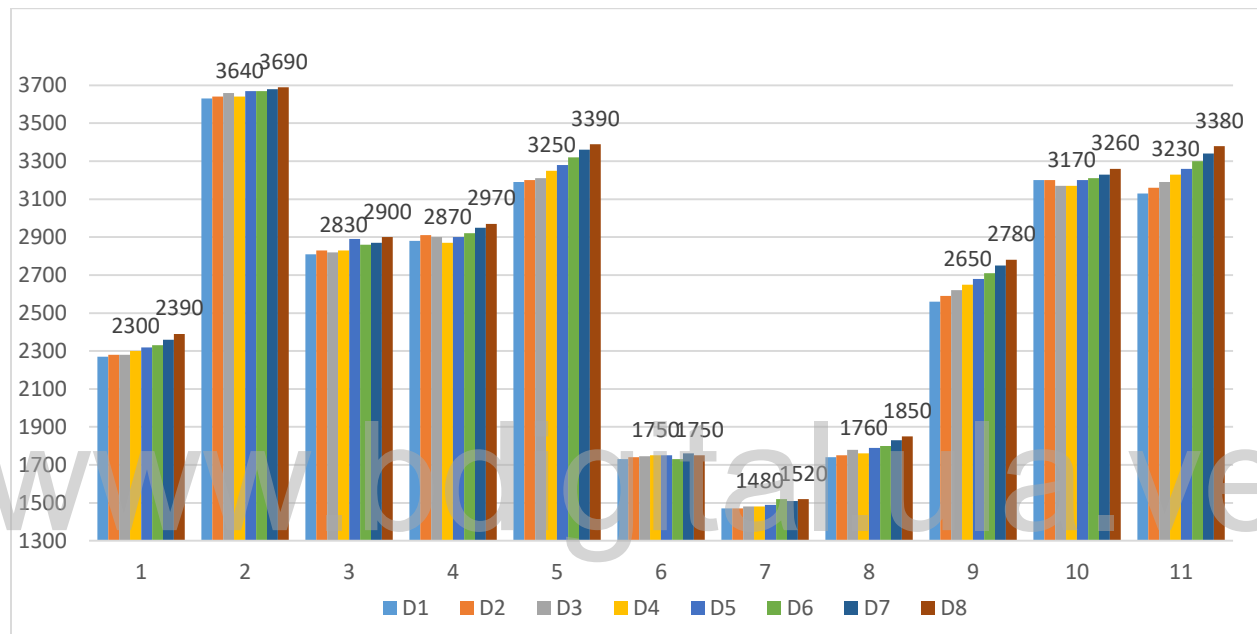
En la tabla 2 se puede evidenciar que de los 11 recién nacidos estudiados, casi la totalidad mantuvo su mismo estado nutricional inicial, excepto uno de los recién nacidos quien en la fase 1 presentó un diagnóstico nutricional de: pequeño para la edad gestacional, talla baja y microcefalia (PEG /TBEG /M). Mientras que posterior a la fase 2 presentó un diagnóstico de pequeño para la edad gestacional, talla adecuada y microcefalia (PEG /TAEG /M), este cambio en el diagnóstico de la talla fue por un incremento de 1cm ya que la misma se encontraba en el borde superior entre talla baja y adecuada.

La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2015) indica que la recuperación nutricional del recién nacido se relaciona con el tipo de alimentación que reciba, donde el objetivo nutricional debe consistir en promover la alimentación con leche humana y minimizar las deficiencias de nutrientes. Aunque el crecimiento óptimo para los recién nacidos prematuros aún no ha sido definido, la recomendación del Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría es que la tasa de crecimiento y la composición de la ganancia de peso deben ser similares a la del feto de la misma edad gestacional, por lo que requieren una velocidad de crecimiento entre 20 y 30 g/kg/día para volver al percentil de su peso al nacer.

De igual manera, el Grupo de Nutrición de la SENEo (2013), establece que el ritmo de crecimiento óptimo para niños de 0-3 meses es de: 25-35 g/día para el Peso, 0,7-1 cm/semana para la longitud y 0,4 cm/semana de perímetro cefálico, situación que respalda el poco cambio en el estado nutricional de los recién nacidos que se encontraban por debajo de la norma en el estudio.

Grafica 4.

Ganancia de Peso diaria de los recién nacidos durante la fase 1 y la fase 2



Fuente: Ficha de recolección de datos: Control Antropométrico y de Alimentación del Recién Nacido

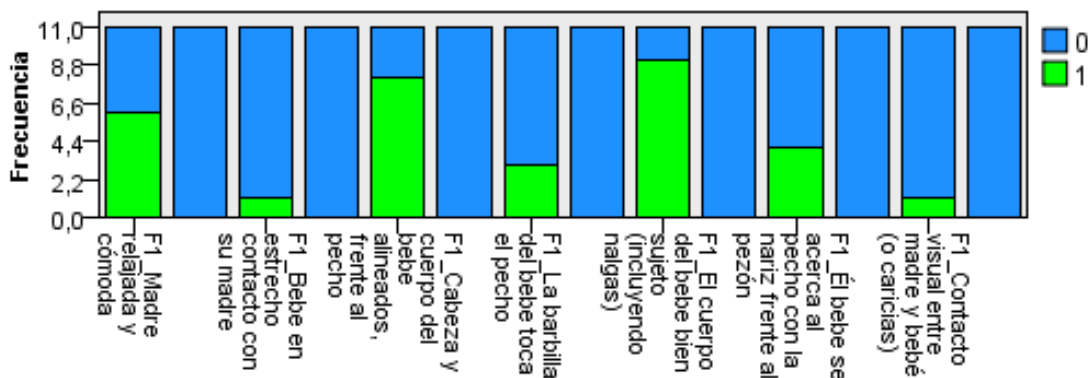
En el gráfico 4 se observa el comportamiento del peso de los 11 recién nacidos durante la fase 1 (D1-D4) y la fase 2 (D5-D8), así como los pesos en gramos desde 1300 hasta 3700. Los resultados obtenidos permiten detallar el cambio de la tendencia del peso en casi todos los RN a partir del día 5, posterior a la intervención nutricional. En este sentido, el RN 1 previo a la intervención tiene un peso de 2300 g y luego de la intervención un peso de 2390 g, el RN 2 previo a la intervención tiene un peso de 3640 g y luego de la intervención un peso de 3690 g, el RN 3 previo a la intervención tiene un peso de 2830 g y luego de la intervención un peso de 2900 g, el RN 4 previo a la intervención tiene un peso de 2870 g y luego de la intervención un peso de 2970 g, el RN 5 previo a la intervención tiene un peso de 3250 g y luego de la intervención un peso de

3390 g, el RN 7 previo a la intervención tiene un peso de 1480 g y luego de la intervención un peso de 1520 g, el RN 8 previo a la intervención tiene un peso de 1760 g y luego de la intervención un peso de 1850 g, el RN 9 previo a la intervención tiene un peso de 2650 g y luego de la intervención un peso de 2780 g, el RN 10 previo a la intervención tiene un peso de 3170 g y luego de la intervención un peso de 3260 g, el RN 11 previo a la intervención tiene un peso de 3230 g y luego de la intervención un peso de 3380 g. Solamente el RN 5 previo a la intervención tiene un peso de 1750 g y luego de la intervención mantiene el mismo peso.

En atención a la descrito y de acuerdo a los resultados obtenidos, se puede decir que el promedio en la ganancia general de peso de los recién nacidos durante la fase 1 fue de 9 g/día y luego de las intervenciones se obtuvo un promedio de 20,2 g/día correspondiente a la fase 2. Apoyando estos resultados, Briseño Sahagún (2019) en su estudio obtiene que el grupo control sin intervención educativa tuvo un promedio de ganancia ponderal de 13,12g/día mientras que el grupo de intervención presentó un promedio de ganancia de 16,41 g/día, evidenciándose una curva de incremento ponderal predominantemente positiva, demostrando el efecto de la educación en lactancia materna.

Grafica 5.

Efectos de la educación en lactancia materna sobre las habilidades de las madres de los recién nacidos en la Fase 1 y la Fase 2. Observación de una toma al pecho: Postura de la Madre y del Bebé.



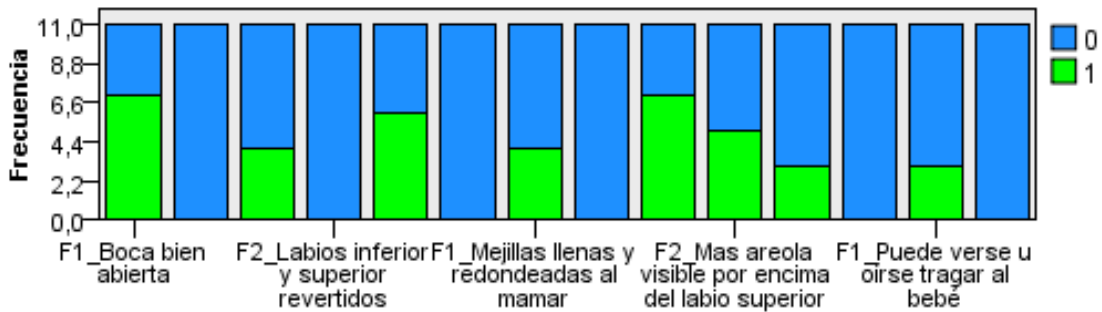
Fuente: 1= No. 0= Sí. p= 0,000. Nivel de significancia p menor 0,05. Lista de Cotejo para Evaluar la técnica de amamantamiento de madres de recién nacidos del Servicio de Neonatología del IAHULA. Prueba Q de Cochran de muestras relacionadas.

En el gráfico 5 (Anexo F) se observan los resultados obtenidos en la evaluación de una toma al pecho en la fase 1 y la fase 2 del estudio. En el primer ítem de la fase 1 se destaca que más de la mitad de las madres no se encontraban relajadas y cómodas mientras que en la fase 2 la totalidad de las madres si lo estaba; en relación al siguiente ítem casi la totalidad de los bebés se encontraban en estrecho contacto con sus madres y posterior a la intervención la situación cambió en su totalidad. Para el siguiente ítem donde se indica si la cabeza y cuerpo del bebé se encontraban alineados frente al pecho, la mayoría de los recién nacidos no estaban alineados, al igual que no se encontraban bien sujetos por sus madres, estos aspectos cambiaron de forma positiva posterior a la intervención educativa. Con respecto a la barbilla del bebé y si éste toca con su nariz el pezón se evidencia que en gran parte de los bebés se cumplía, igualmente en el caso del contacto visual entre madre e hijo.

Dado el valor de $p < 0,05$ hay diferencia estadísticamente significativa entre la fase 1 y la fase 2, Es decir, hubo cambios después de la intervención, la totalidad de las madres modificaron su actitud ante su postura y la posición del bebé. De forma similar Peña y Haro (2017) demostraron la eficacia del taller educativo dirigido a madres gestantes y lactantes demostrando un aumento del conocimiento y uso de técnicas en aquellas madres que habían recibido la intervención concluyendo que existió eficacia del taller educativo tanto en el nivel de conocimiento como en el uso de técnicas de lactancia materna.

Grafica 6.

Efectos de la educación en lactancia materna sobre las habilidades de las madres de los recién nacidos en la Fase 1 y la Fase 2. Observación de una toma al pecho: signos de agarre del recién nacido



Fuente: 1= No. 0= Sí. $p=0,000$. Nivel de significancia p menor $0,05$. Lista de Cotejo para Evaluar la técnica de amamantamiento de madres de recién nacidos del Servicio De Neonatología del IAHULA. Prueba Q de Cochran de muestras relacionadas.

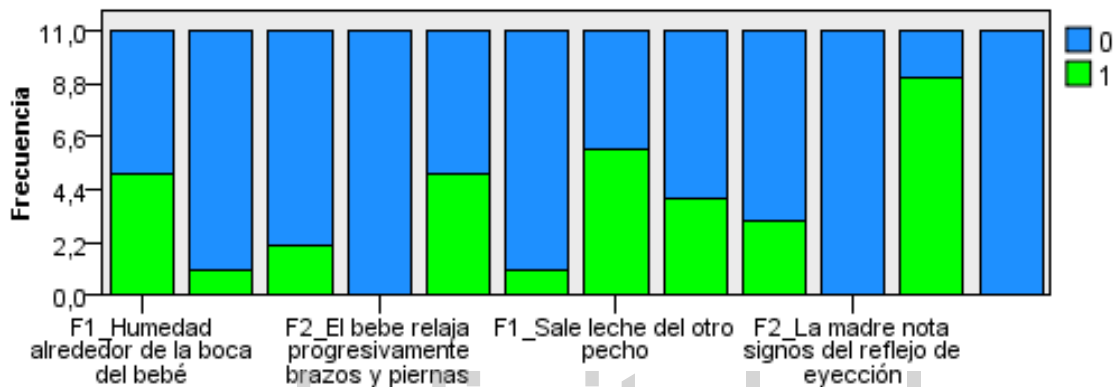
En el gráfico 6 (Anexo F) se observan los resultados obtenidos en la evaluación de una toma al pecho. Se evidencia que, más de la mitad de los bebés no se encontraban con la boca bien abierta en la fase 1 mientras que en la fase 2 posterior a la intervención educativa modificaron la apertura de la boca en su totalidad; en relación a la lengua alrededor del pezón menos de la mitad de los recién nacidos presentaban una adecuada posición de la lengua en la fase 1 y posterior a la intervención todos ubicaron la lengua correctamente. Para el siguiente ítem donde se indica si se observa más areola por encima del labio superior, en casi la mitad no se observó en la fase 1 y luego de las intervenciones en la fase 2 se observó en casi todos los bebés. Con respecto a la posición de los labios, mejillas llenas y redondeadas, movimientos lentos y profundos y el ítem sobre ver u oír tragar al RN se evidenció que gran parte lo cumplía.

Dado el valor de p $0,05$ hay diferencia estadísticamente significativa entre la fase 1 y la fase 2, Es decir, hubo cambios después de la intervención, la mayoría de los bebés modificaron el agarre del pecho. En este sentido, García, Guerrero, Hernández (2017) determinan que el agarre al pecho se considera correcto solo cuando la boca se encuentra bien abierta, los labios evertidos, la

lengua debajo del pezón y con nariz y barbilla tocando el pecho. Logrando apreciar estas características luego de ejecutadas las intervenciones.

Grafica 7.

Efectos de la educación en lactancia materna sobre las habilidades de las madres de los recién nacidos en la Fase 1 y la Fase 2. Observación de una toma al pecho: signos de transferencia eficaz de leche



www.bdigital.ula.ve

Fuente: 1= No. 0= Sí. p= 0,000. Nivel de significancia p menor 0,05. Lista de Cotejo para Evaluar la técnica de amamantamiento de madres de recién nacidos del Servicio De Neonatología del IAHULA. Prueba Q de Cochran de muestras relacionadas.

En el gráfico 7 (Anexo F) se observan los resultados obtenidos en la evaluación de una toma al pecho. Se evidencia que durante la fase 1 no todos los recién nacidos presentan humedad alrededor de la boca y posterior a la intervención en la mayoría si se observó, en relación al relajamiento progresivo del bebé en la fase 1 algunos RN no lograban relajarse y en la fase 2 la totalidad cumplía dicha característica, en el siguiente ítem casi todas las madres indicaban sentir que el pecho ablandaba progresivamente durante la fase 1 pero luego de las intervenciones todas las madres lo presentaban, en relación a los signos del reflejo de eyección en la fase 1 la mayoría no los identificaba y en la fase 2 todas las madres lograron identificarlos, al mismo tiempo más de la mitad de las madres no evidenciaron salida de leche por el otro pecho en la fase 1 y luego de las intervenciones más de la mitad presentaban salida de leche, en el último ítem casi la totalidad de

los bebés no soltaban espontáneamente el pecho al finalizar la toma en la fase 1 característica que se modificó en todos los RN en la fase 2.

Dado el valor de $p < 0,05$ hay diferencia estadísticamente significativa entre la fase 1 y la fase 2, Es decir, hubo cambios después de la intervención, casi la totalidad de las madres presentaron los diferentes signos de transferencia de leche. Partiendo de los resultados obtenidos, Lucchini et. al (2018) considera que la Educación Nutricional dirigida a las madres promueve el desarrollo de habilidades y destrezas en cuanto al manejo de las técnicas de amamantamiento. Pues la ejecución de esta dependerá de su preparación, para crear mayor conciencia, porque solo a través de la información obtenida las madres lograrán conocer las ventajas que ofrece la lactancia materna y mayor serán los resultados a corto y largo plazo. Ahora bien, considerando lo anteriormente descrito se evidencia la modificación de la actitud y conocimientos de las madres gracias a las intervenciones educativas aumentando con ello los signos de transferencia eficaz de leche en las madres e hijos del presente estudio.

Tabla 3.

Tabla de contingencia. Efectos de la educación en lactancia materna en el tipo de alimentación inicial (Fase 1) y final (Fase 2) de los Recién nacidos.

Tipo de Alimentación Fase 1	Tipo de Alimentación Fase 2				Total	
	Mixta		Leche Materna		No.	%
	No.	%	No.	%		
Mixta	4	36,4%	7	63,6%	11	100,0%
Total	4	36,4%	7	63,6%	11	100,0%

Nota: Ficha de recolección de datos: Control Antropométrico y de Alimentación del Recién Nacido

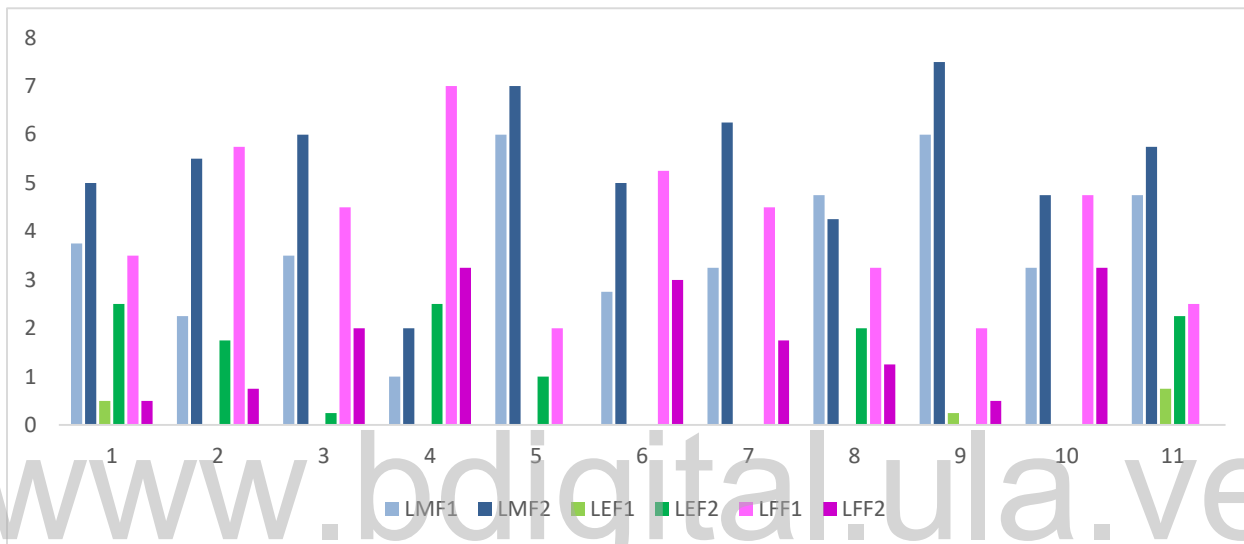
La tabla 3 indica que el 100% de los recién nacidos al inicio de la fase 1 tuvo una alimentación de tipo mixta, esto quiere decir que su alimentación se basó en leche de fórmula y lactancia materna. Y al final de la Fase 2, más de la mitad de los recién nacidos (63,6%) se dio de alta con leche materna, mientras que el 36,4% culminó el estudio con alimentación mixta.

En contraste, un estudio desarrollado por Suarez Villanueva (2020) encontró que, del total de la población de su estudio la mayor parte (36,7%) se alimentaba en primera instancia con

Formula láctea, representado el resto por lactancia materna exclusiva (30%) y la alimentación mixta (23,3%).

Grafica 8.

Promedio del número de tomas en cada fase del estudio según su tipo.



Nota: Ficha de recolección de datos de control Antropométrico y de Alimentación del Recién Nacido

En el gráfico 8 se aprecia el promedio del número de tomas en cada fase (F1 y F2) del estudio, según su tipo, ya sea lactancia materna (LM), leche extraída (LE) o leche de fórmula (LF). Se puede observar el cambio del tipo de alimentación posterior a la educación nutricional, incrementándose de forma sustancial las tomas de lactancia materna y leche extraída, al mismo tiempo que disminuyen las tomas de leche de fórmula, estando ausente en algunos recién nacidos; reflejando así el efecto de las intervenciones educativas en lactancia materna.

En este sentido, se puede corroborar cómo en el recién nacido 1 incrementaron tomas de lactancia materna en la fase 2 (barra azul) con respecto a la fase 1 (barra azul claro), así mismo las tomas de leche extraída aumentan luego de la intervención (barra verde oscuro) en relación al

periodo antes de la intervención (barra verde claro) y se evidencia la disminución de las tomas de leche de fórmula durante la fase 2 (barra violeta) en comparación con la fase 1 (barra rosa).

De igual manera, los resultados se equiparan a los obtenidos por Briseño Sahagún (2019) quien luego de su intervención educativa logró apreciar un aumento en el porcentaje de número de tomas de lactancia materna durante la estancia intrahospitalaria de los recién nacidos durante el estudio. El autor, logró comprobar que cuando las instituciones hospitalarias aplican políticas referidas a la educación y formación en lactancia materna, ocurre un incremento en el número de tomas de leche materna situación que se asemeja con los resultados obtenidos en este estudio.

En este sentido, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2015) indica que la recuperación nutricional del recién nacido se relaciona con el tipo de alimentación que reciba, donde el objetivo nutricional consiste en promover la alimentación con leche humana, constatado en esta investigación.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Conscientes de la importancia que tiene la lactancia materna para la preservación de la vida, de la especie humana, y siendo la vida un derecho humano fundamental, resulta trascendental optimizar los procesos de educación en lactancia materna. De allí que el trabajo objeto de estudio se haya centrado en evaluar el efecto de la educación en lactancia materna para la recuperación de recién nacidos dirigida a madres del Servicio de Neonatología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). La experiencia resultó significativa desde la dimensión humana, ético y profesional.

Los resultados obtenidos demuestran cuán importante resultan las intervenciones educativas para optimizar las habilidades en lactancia materna en las madres, pues de este dependerá en definitiva, tal como lo señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) la adecuada alimentación de los recién nacidos al ser, la leche materna el alimento que proporciona los nutrientes que necesitan de forma equilibrada, al tiempo que protege frente a la morbimortalidad debido a enfermedades infecciosas.

Partiendo de las interrogantes y objetivos planteados al inicio de la investigación se concluye: En cuanto al primer objetivo se encontró que de los 11 recién nacidos del Servicio de Neonatología más de la mitad presentó un diagnóstico nutricional adecuado para la edad gestacional, mientras que el resto presentó alteraciones en peso, talla y circunferencia cefálica. Además, al inicio de la investigación la totalidad de los recién nacidos recibían alimentación de tipo mixta.

En relación al segundo objetivo, vinculado con la identificación de las habilidades en lactancia materna se apreció que a pesar de mantenerse en estrecho contacto la madre y su recién nacido no se detectaron habilidades adecuadas para una toma al pecho incluyendo posturas,

alineación y signos agarre del bebé durante la toma; pero los reflejos de succión y deglución en los recién nacidos sí estuvieron presentes en casi la totalidad.

En cuanto al tercer objetivo referido a las intervenciones educativas, se pudo observar que el cumplimiento de las mismas se llevó sin inconvenientes, se impartieron de forma grupal e individual, fortaleciendo cada día los diferentes conceptos, técnicas y prácticas con los recién nacidos. En la intervención grupal se abordó el concepto, beneficios y producción de la leche materna; y de manera individual, se aplicaron los métodos de extracción para crear un lactario en casa, se corrigió la técnica de amamantamiento con el recién nacido y se demostraron los pasos a seguir al presentar obstrucciones mamarias.

Respecto al último objetivo en el que se relaciona el efecto de las intervenciones educativas en lactancia materna con la recuperación nutricional de los recién se pudo encontrar lo siguiente:

El diagnóstico nutricional de los 11 recién nacidos estudiados se mantuvo en las dos fases del estudio, a pesar de haber tenido cambios antropométricos en peso y longitud durante. Solo un recién nacido cambió su diagnóstico nutricional de: talla baja a talla adecuada es decir su longitud entró en el carril de la normalidad para su edad gestacional. De igual manera, se pudo observar que el comportamiento del peso de los recién nacidos permite establecer el efecto de las intervenciones sobre la recuperación nutricional, estableciendo un promedio de ganancia general antes de las intervenciones de 9 g/día y de 20,2 g/día posterior a las intervenciones.

Por otro lado, se modificó el tipo de alimentación de los recién nacidos al finalizar el estudio; ya que la totalidad de los recién nacidos se encontró en un primer momento con alimentación mixta y posterior a la intervención educativa más de la mitad de los niños culminó el estudio con lactancia materna exclusiva, resultados que muestran efectos positivos de las intervenciones durante la estancia hospitalaria.

Ahora bien, las circunstancias actuales obligan un cambio de paradigma en el quehacer, para continuar impulsando y fortalecer esta práctica, y con ello garantizar la vida. Tal como señalan Angulo y García (2021) quienes indican que el objetivo de la nutrición debe ser conseguir

un crecimiento posnatal adecuado a la edad gestacional, definido no sólo por los parámetros antropométricos, sino también por la variación de la composición corporal y retención de los diferentes nutrientes.

Ciertamente, nos encontramos con diversos factores que alteran la lactancia pero el sentido común de los funcionarios: gineco-obstetras, pediatras, neonatólogos, enfermeros y nutricionistas podrían determinar el éxito de la misma. La experiencia vivida indica que se pueden solventar, pero es la educación la clave para subsanar los efectos de la mal nutrición, desnutrición y alteraciones metabólicas provocadas por el tipo de alimentación durante la primera infancia.

www.bdigital.ula.ve

Recomendaciones

Desarrollar planes de articulación y seguimiento que favorezcan la obtención de recursos en el Servicio de Neonatología del IAHULA.

Habilitar espacios para impartir educación en lactancia materna a todas aquellas madres en periodo de gestación, puerperio y lactancia en el IAHULA.

Crear espacios que garanticen la comodidad y el confort de las madres durante la extracción de leche materna, amamantamiento, y descanso de las madres con recién nacidos en el Servicio de Neonatología.

Articular entre los servicios y/o departamentos de Gineco-Obstetricia, Neonatología, Pediatría y Nutrición y Dietética programas de atención en lactancia materna.

De igual modo insistir en la presencia y formación de especialistas que garanticen la educación y formación en lactancia materna en el Servicio de Neonatología del IAHULA tal como lo concibe la Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna (2007).

Destinar recursos económicos, materiales, equipos y humanos para que el IAHULA forme parte de La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN).

Promover en los hospitales o centros de atención de salud investigaciones que profundicen en temas sobre: habilidades lactancia materna, recuperación nutricional, cumplimiento del código internacional de sucedáneos de la leche materna, y efectos de intervenciones educativas sobre los mismos.

REFERENCIAS

Al-Alí, N. Arriaga Arrizabalaga, A. (2016) Los elementos de efectividad de los programas de educación nutricional infantil: la educación nutricional culinaria y sus beneficios. *Revista Española de nutrición humana y dietética* 20(1). <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.20.1.181>

Angulo Castellanos, E. García Morales, E. (2021). *PAC Neonatología*. Intersistemas. https://fnn.mx/archivos/PAC_NEONATO4_L4.pdf

Arias, F. (2010). *Proyecto Investigación*. Episteme.

Asociación Española de Pediatría (2008). Manual de Lactancia Materna. Médica Panamericana.

Asociación Española de Pediatría (2012). Recomendaciones sobre lactancia materna. [Archivo PDF]. <https://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>

Achicanoy Diaz, N. (2021). *Efecto de la educación nutricional en mujeres en período de lactancia sobre el estado nutricional de los niños lactantes: revisión narrativa* [Tesis de especialidad, Universidad CES] Repositorio CES. https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5185/1085273306_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Alonso Díaz, C. Morales Betancourt, C. De la Cruz Bertolo, J. López Maestro, M. Vázquez Román, S. Cambio en las prácticas de apoyo a la lactancia materna en unidades neonatales españolas. *Anales de Pediatría* 93(2), 123-124. Cambio en las prácticas de apoyo a la lactancia materna en unidades neonatales españolas | Anales de Pediatría (analesdepediatría.org)

Briseño Sahagún, P. (2019). *Efecto de una intervención nutricional en recién nacidos de bajo peso mediante monitoreo del crecimiento posnatal*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Baja California]. Repositorio Institucional UABC. <https://repositorioinstitucional.uabc.mx/handle/20.500.12930/2581>

Becerra, F. Rocha, L. Fonseca, D. Bermudes, L. (2016) El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 63(2), 217-227. v63n2a06.pdf (scielo.org.co)

Capitan Monyano, L. (2019) *Experiencia de lactancia materna de padres y madres de prematuros durante la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos y medios neonatales*. [Tesis de maestría, Universidad de las Islas Baleares]. Repositorio Revistas UNAL. <file:///C:/Users/User/Downloads/experiencia%20de%20lactancia%20materna%20en%20ucin.pdf>

Comité de nutrición y lactancia materna de la AEP (2021). *Manual de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría* [Archivo PDF]. Manual de Nutrición | Asociación Española de Pediatría (aeped.es)

Fernández Pulido E. (2020) Lactancia materna: cómo valorar su inicio. *Pediatría Integral* 24(2), 71–80. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-03/lactancia-materna-como-valorar-su-inicio/#:~:text=Se%20debe%20valorar%20la%20lactancia,amamantamiento%20y%20observaremos%20una%20toma.>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2015) *Análisis de la situación sobre la práctica de la lactancia materna en los servicios de maternidad en Venezuela*. Disponible en: *Análisis de la situación sobre la práctica de la lactancia materna en los servicios de maternidad en Venezuela*. [Archivo PDF].

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Bancos de leche humana y lactarios institucionales en Venezuela. Análisis de la situación sobre su funcionamiento. 2016.

Galindo, N. Contreras, N. Rojas, A. Mancilla, J. (2019) Lactancia materna y COVID-19. *Academia Nacional de Medicina de México* 157(2), 1. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000200201

García, A. Guerrero, E. Hernández, M. (2017) Guía para las madres que amamantan. [Archivo PDF]. https://www.aeped.es/sites/default/files/gpc_560_lactancia_osteba_paciente.pdf

Garófalo. M, Sifontes. Y¹, Contreras. M, Cuenca A (2020) · Educación nutricional. Un desafío en la actualidad venezolana. *Anales Venezolanos de Nutrición* 33(2), 161-168. <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2020/2/art-9/>

Gimeno Triviño, B. (2018). *La lactancia materna política e identidad*. Cátedra.

Grupo de Nutricion de la Sociedad Española de Neonatología SENEo (2013) *Nutrición enteral y parenteral en recién nacidos prematuros de muy bajo peso*. Ergon

Hernández, R. Fernández, C. Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc graw Hill. https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

Hernández, M. Salinas, P. (2003) Relación entre lactancia materna y estado nutricional. *MedULA* 9(1), 1-4. <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/21801?show=full>

Ley de promoción y protección de la lactancia materna. (2007). Gaceta Oficial N° 38.763. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura. <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/ven74592.pdf>

Ley Orgánica para la protección del niño, niña y adolescente. (2007) Gaceta oficial N°38.961. Organización de Estados Americanos. https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ven_ley_org_prot_ninos_adolc.pdf

Lizzano. M. (16 de Agosto de 2022) *Hospital logra recuperación nutricional a Recién Nacidos de Unidades Críticas con Lactancia Materna Exclusiva Nota de Prensa*. Plataforma Digital Única del Estado Peruano. <https://www.gob.pe/institucion/hospitalcayetano/noticias/641866-hospital-logra-recuperacion-nutricional-a-recien-nacidos-de-unidades-criticas-con-lactancia-materna-exclusiva>

Lucchini Raies, C. Márquez Doren, F. Rivera Martínez, M. (2018) *Yo quiero amamantar a mi hijo: Develando la experiencia de mujeres que enfrentaron dificultades en su proceso de lactancia*. *Revista Chilena de Pediatría* 88(05), 622-628. <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/98>

Martínez, S. Demestre X. Raspall, F.Álvarez, J. Sala P. (2015), Valoración clínica del estado nutricional fetal al nacer mediante el Clinical Assessment of Nutritional Status score. DOI: 10.1016/j.anpedi.2015.09.012

Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. (2022) *¿Por qué amamantar?*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ventajas-lactancia-materna-situacion-en-el-pais.aspx>

Minchala, R. Ramirez, A. Caizaguano, M. Gonzalez, M. Altamirano, L. Andrade, M. (2020). La lactancia materna como alternativa para la prevención de enfermedades materno-infantiles. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* 39(8), 941-947. <https://www.redalyc.org/journal/559/55969796017/html/>

Ortega, K. (2021). *Evaluación de la técnica de lactancia materna en puerperio inmediato en el hospital san juan de dios floridablanca*. [Tesis de especialidad, Universidad de Santander] Repositorio UDES. <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/5098/1/Evaluaci%C3%B3n%20de%20la%20T%C3%A9cnica%20de%20Lactancia%20Materna%20en%20Puerperio%20Inmediato%20en%20el%20Hospital%20San%20Juan%20de%20Dios%20Floridablanca%20Febrero%202018%20Junio2019.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2020). *Semana Mundial de la Lactancia Materna*. <https://www.paho.org/es/campanas/semana-mundial-lactancia-materna-2020#:~:text=La%20lactancia%20materna%20mejora%20la,mortalidad%20debido%20a%20enfermedades%20infecciosas>.

Organización panamericana de la salud [@OPSOMS]. (2022, 1 de febrero). En América Latina y el Caribe, 255 bebés fallecen por día antes de cumplir el primer mes. La campaña “28 días, tiempo para cuidar y amar” busca generar conciencia y promover el cuidado de calidad del recién nacido durante los #primeros28días de vida. Twitter.

Olivar Curi, A (2021). *Factores de riesgo de inadecuada técnica de lactancia materna en puérperas que acuden a consultorio externo del servicio de neonatología del hospital nacional Dos de Mayo*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada an Juan Bautista] Repositorio UPSJB. <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/3057>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO] (2011) *La importancia de la educación nutricional*. https://pesoehblog.files.wordpress.com/2015/06/la-importancia-de-la-educacion-nutricional_fao-light.pdf

Organización para las Naciones Unidas (2022). *Los objetivos de desarrollo sostenible en Venezuela*. <https://venezuela.un.org/es/sdgs/3>

Organización Mundial de la Salud (2022) Semana de la lactancia materna 2022: Impulsemos la lactancia materna. [https://www.paho.org/es/campanas/semana-lactancia-materna-2022-impulsemos-lactancia-materna#:~:text=1%2D7%20DE%20AGOSTO%20DE,de%20Desarrollo%20Sostenible%20\(ODS\).](https://www.paho.org/es/campanas/semana-lactancia-materna-2022-impulsemos-lactancia-materna#:~:text=1%2D7%20DE%20AGOSTO%20DE,de%20Desarrollo%20Sostenible%20(ODS).)

Organización Mundial de la Salud (2021). Lactancia Materna y Alimentación Complementaria. <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria#:~:text=La%20lactancia%20materna%20tambi%C3%A9n%20protege,a%20mamantan%20o%20que%20amamantan%20menos.>

Organización Mundial de la Salud (2018). Guía para la aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa Hospital Amigo Del Niño. [Archivo PDF]. <file:///C:/Users/Fabiana/Downloads/9789243513805-spa.pdf>

Ortega Trillos, K. (2021). Evaluación de la técnica de lactancia materna en puerperio inmediato en el hospital san juan de dios Floridablanca Febrero 2018/ Junio2019. [Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de especialista en medicina familiar] <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/5098/1/>

Paricio, J.M (2020). El libro de la lactancia. Lo que las madres y la ciencia nos han enseñado sobre la lactancia. Grupo editorial España.

Peña, L. Haro, K. (2017), Eficacia de un taller educativo en el nivel de conocimiento y uso de técnicas de lactancia materna en gestantes adolescentes. Centro de salud materno infantil El Bosque 2013. [Tesis para optar el título profesional de Obstetriz] <https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/3018/1/>

Real Academia Española (2021) Lactancia, Madrid. <https://dle.rae.es/lactancia.>

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (2020). Modelo de recuperación nutricional intensiva SEDIF, Sinaloa. [Archivo PDF] <https://sitios1.dif.gob.mx/cenddif/.pdf>

Sociedad Iberoamericana de Neonatología (2020) XII Consenso Clínico: Actualización de Nutrición del Recién Nacido Sano y Enfermo. [siben_3_nutricion_rn_enfermo.pdf](#) (manuelosses.cl)

Sociedad Iberoamericana de Neonatología (2010) III Consenso Clínico: Actualización de Nutrición del Recién Nacido Enfermo. [Archivo PDF] <https://www.siben.net/educacion.php?sec=1355>

Suarez Villanueva, S. (2020) Tipos de alimentación y ganancia de peso en neonatos. Hospital “La Caleta”, Chimbote, Perú [Tesis para optar el título de segunda especialidad Profesional en enfermería]. <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/16357>

Téllez Pérez, E. (2020) Conocimiento sobre lactancia materna de mujeres puérperas que acuden al primer nivel de atención. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 27(4), 196-205. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019/eim194c.pdf>

Vargas, M. Becerra, F. Balsero, S. Meneses, Y. (2020) Lactancia materna: mitos y verdades. *Revista facultad de Medicina*. 68(4). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112020000400608

Vargas Arzola, J. (2021) *Propuesta de creación de un banco de leche humana en el servicio de neonatología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA)* [Tesis para la obtención del grado de especialista en Nutrición Clínica. Universidad de los Andes]

ANEXO A



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes se encuentran realizando un estudio el cual lleva por título: “Efecto de la educación nutricional en lactancia materna para la recuperación de recién nacidos dirigida a madres del servicio de neonatología del IAHULA”, siendo el propósito de este estudio conocer la relación que existe entre la educación nutricional y la recuperación del recién nacido.

El presente proyecto de investigación está siendo desarrollado por Fabiana Gabriela Araque Moreno y Nazareth Franchesca Vielma Vielma. Bajo la tutoría del Licenciado José Ángel Vargas, especialista en Nutrición Clínica adjunto al servicio de neonatología Dr. José de Jesús Avendaño del IAHULA.

Así mismo, accedo a que tomen información de mi hijo, la cual solo será utilizada para los propósitos del trabajo de investigación. No aparecerán los nombres en ningún documento y puedo solicitar que finalice mi participación en el momento que así lo prefiera.

Yo, _____ doy mi consentimiento para que dispongan de la información necesaria y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información verbal sobre el estudio mencionado anteriormente, y he comprendido la información y las explicaciones aportadas por el equipo investigador.

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio y como apoderado de mi hijo; firmo a continuación:

FIRMA DE CONFORMIDAD

FECHA

ANEXO B



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LA TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO DE MADRES DE RECIÉN NACIDOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL IAHULA.

El presente instrumento tiene como objetivo de investigación: Identificar las habilidades en lactancia materna a madres de recién nacidos del servicio de neonatología del IAHULA antes y después de las intervenciones educativas.

INSTRUCCIONES

- Señale si se cumple o no con lo indicado en cada ítem para evaluar la técnica de amamantamiento.

POSTURA DE LA MADRE Y DEL BEBÉ	Fase 1:Si/No	Fase 2:Si/No
1.Madre relajada y cómoda		
2.Bebé en estrecho contacto con su madre		
3.Cabeza y cuerpo del bebé alineados, frente al pecho		
4.La barbilla del bebé toca el pecho		
5.Cuerpo del bebé bien sujeto (incluyendo nalgas)		
6.El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón		
7. Contacto visual entre la madre y el bebé o caricias.		

LACTANTE	Fase 1:Si/No	Fase 2:Si/No
8. Boca bien abierta		
9.Labios superior e inferior evertidos		
10.La lengua rodea el pezón y la areola*		
11.Mejillas llenas y redondeadas al mamar		
12.Más areola visible por encima del labio superior		
13.Movimiento de succión lentos y profundos, con pausas.		
14.Puede verse u oírse tragar al bebe		

SIGNOS DE TRANSFERENCIA EFICAZ DE LECHE	Fase 1:Si/No	Fase 2:Si/No
15.Humedad alrededor de la boca del bebé		
16.El bebé relaja progresivamente brazos y piernas		
17.El pecho se ablanda progresivamente		
18.Sale leche del otro pecho		
19.La madre nota signos del reflejo de eyección**		
20.El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma		

Fuente: Evaluación de una toma al pecho. Fernández Pulido E. (2020) Lactancia materna: cómo valorar su inicio. *Pediatría Integral*



ANEXO C
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE CONTROL ANTROPOMETRICO Y DE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO

INFORMACIÓN GENERAL										
Nombre y apellido de la madre						Edad de la madre				
Procedencia:										
Apellidos y Nombres del bebé:									Sexo	
Fecha de nacimiento:			PAN:			PCAN:			TAN:	
Días de vida:		Edad gestacional:			Edad gestacional corregida:					
Motivo de consulta						Eventualidad:				
TIPO DE ALIMENTACIÓN FASE 1										
Leche materna:			Fórmula:		Mixta :		Diagnostico Nutricional			
CONTROL ANTROPOMETRICO Y DE ALIMENTACIÓN FASE 1										
Día	PESO		TALLA		PERÍMETRO CEFÁLICO		TOMAS			
	Peso	Percentil	Talla	Percentil	PC	Percentil	#T/día	Lactancia materna	LM extraída	Formula
1										
2										
3										
4										
CONTROL ANTROPOMETRICO Y DE ALIMENTACIÓN FASE 2										
Día	PESO		TALLA		PERÍMETRO CEFÁLICO		TOMAS			
	Peso	Percentil	Talla	Percentil	PC	Percentil	#T/día	Lactancia materna	LM extraída	Formula
5										
6										
7										
8										
TIPO DE ALIMENTACIÓN FASE 1										
Leche materna:			Fórmula:		Mixta :		Diagnostico Nutricional:			

Fuente: Briseño Sahagun (2019). Protocolo de Investigación. Efecto de una Intervención Nutricional en Recién Nacidos de Bajo Peso Mediante Monitoreo del Crecimiento Posnatal. Modificado por Araque y Vielma (2022).

ANEXO D



Figura 1. Portada del material para la intervención educativa

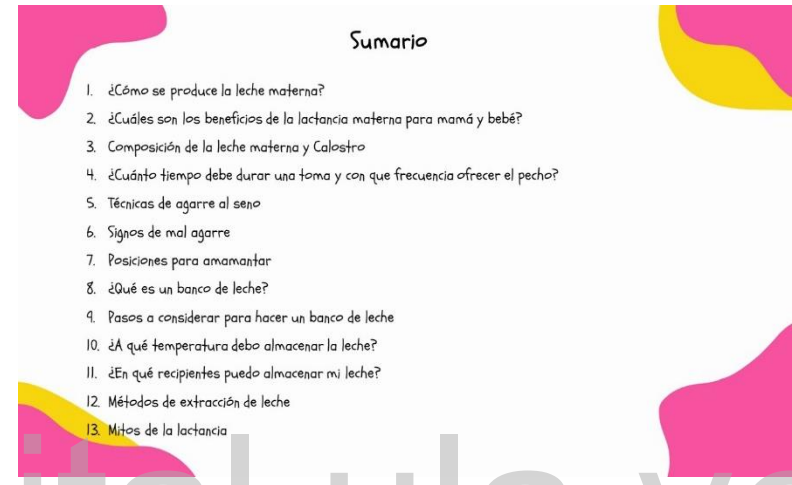


Figura 2. Índice de contenido



Figura 3. Intervención Educativa. Cómo se produce la leche.



Figura 4. Intervención Educativa. Signos de mal agarre

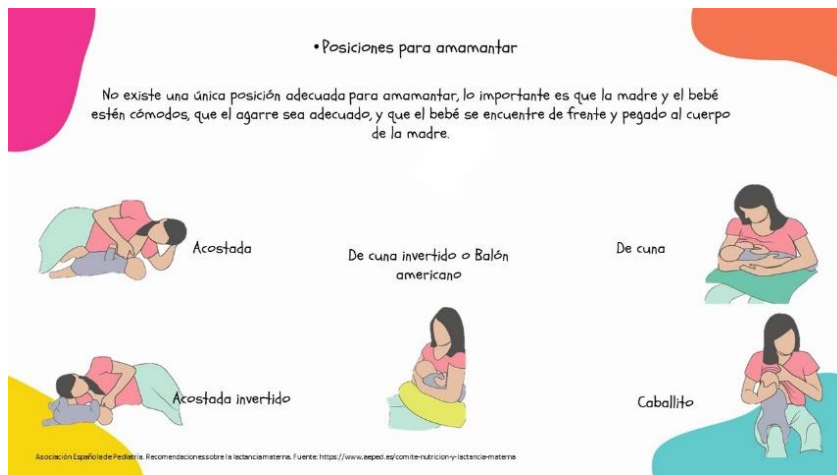


Figura 5. Intervención Educativa. Posiciones para Amamantar.



Figura 6. Intervención Educativa. Pasos para hacer un lactario



Figura 7. Intervención Educativa. Extracción manual de leche

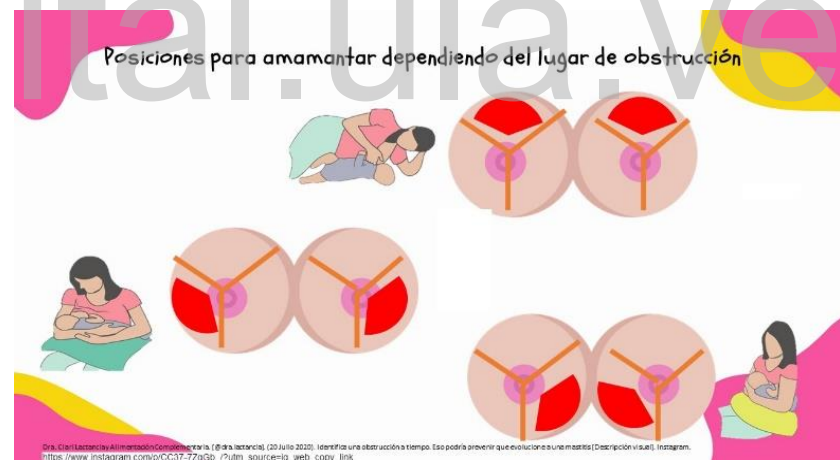


Figura 8. Intervención Educativa. Posiciones para amamantar según el lugar de la obstrucción mamaria



Figura 8. Intervención Educativa: técnica de agarre.



Figura 9. Intervención Educativa: Técnicas de Extracción de Leche Materna.





Balanza Smart Scale.

www.bdigital.ula.ve

ANEXO E

Lista de Cotejo para Evaluar la técnica de amamantamiento de madres de recién nacidos del Servicio De Neonatología del IAHULA.

Habilidades de las Madres en la Fase 1		No.	%
Madre relajada y cómoda	NO	6	54,5
	SI	5	45,5
Bebe en estrecho contacto con su madre	NO	1	9,1
	SI	10	90,9
Cabeza y cuerpo del bebe alineados, frente al pecho	NO	8	72,7
	SI	3	27,3
La barbilla del bebe toca el pecho	NO	3	27,3
	SI	8	72,7
El cuerpo del bebe bien sujeto (incluyendo nalgas)	NO	9	81,8
	SI	2	18,2
Él bebe se acerca al pecho con la nariz frente al pezón	NO	4	36,4
	SI	7	63,6
Contacto visual entre madre y bebé (o caricias)	NO	1	9,1
	SI	10	90,9
Boca bien abierta	NO	7	63,6
	SI	4	36,4
Labios inferior y superior revertidos	NO	4	36,4
	SI	7	63,6
La lengua rodea el pezón y la areola	NO	6	54,5
	SI	5	45,5
Mejillas llenas y redondeadas al mamar	NO	4	36,4
	SI	7	63,6
Mas areola visible por encima del labio superior	NO	7	63,6
	SI	4	36,4
Movimiento de succión lentos y profundos con pausas	NO	3	27,3
	SI	8	72,7
Puede verse u oírse tragar al bebe	NO	3	27,3
	SI	8	72,7
Humedad alrededor de la boca del bebe	NO	5	45,5
	SI	6	54,5
El bebe relaja progresivamente brazos y piernas	NO	2	18,2
	SI	9	81,8
El pecho se ablanda progresivamente	NO	5	45,5
	SI	6	54,5
Sale leche del otro pecho	NO	6	54,5
	SI	5	45,5
La madre nota signos del reflejo de eyección	NO	3	27,3%
	SI	8	72,7%
El bebe suelta el pecho espontáneamente al finalizar la toma	NO	9	81,8%
	SI	2	18,2%

ANEXO F

Tabla de Frecuencias. Prueba no paramétrica q de Cochran. Efectos de la educación en lactancia materna sobre las habilidades de las madres de los recién nacidos en la Fase 1 y la Fase 2 por ítem.

Ítem	Valor	
	1	2
F1_Madre relajada y cómoda	6	5
F2_Madre relajada y cómoda	0	11
F1_Bebe en estrecho contacto con su madre	1	10
F2_Bebe en estrecho contacto con su madre	0	11
F1_Cabeza y cuerpo del bebe alineados, frente al pecho	8	3
F2_Cabeza y cuerpo del bebe alineados, frente al pecho	0	11
F1_La barbilla del bebe toca el pecho	3	8
F2_La barbilla del bebe toca el pecho	0	11
F1_El cuerpo del bebe bien sujeto (incluyendo nalgas)	9	2
F2_El cuerpo del bebe bien sujeto (incluyendo nalgas)	0	11
F1_Él bebe se acerca al pecho con la nariz frente al pezón	4	7
F2_El bebe se acerca al pecho con la nariz frente al pezón	0	11
F1_Contacto visual entre madre y bebé (o caricias)	1	10
F2_Contacto visual entre madre y bebé (o caricias)	0	11

Ítem	Valor	
	1	2
F1_Boca bien abierta	7	4
F2_Boca bien abierta	0	11
F1_Labios inferior y superior revertidos	4	7
F2_Labios inferior y superior revertidos	0	11
F1_La lengua rodea el pezón y la areola	6	5
F2_La lengua rodea el pezón y la areola	0	11
F1_Mejillas llenas y redondeadas al mamar	4	7

F2_Mejillas llenas y redondeadas al mamar	0	11
F1_Mas areola visible por encima del labio superior	7	4
F2_Mas areola visible por encima del labio superior	5	6
F1_Movimiento de succión lentos y profundos con pausas	3	8
F2_Movimiento de succión lentos y profundos con pausas	0	11
F1_Puede verse u oírse tragar al bebé	3	8
F2_Puede verse u oírse tragar al bebé	0	11

Ítem	Valor	
	1	2
F1_Boca bien abierta	7	4
F2_Boca bien abierta	0	11
F1_Labios inferior y superior revertidos	4	7
F2_Labios inferior y superior revertidos	0	11
F1_La lengua rodea el pezón y la areola	6	5
F2_La lengua rodea el pezón y la areola	0	11
F1_Mejillas llenas y redondeadas al mamar	4	7
F2_Mejillas llenas y redondeadas al mamar	0	11
F1_Mas areola visible por encima del labio superior	7	4
F2_Mas areola visible por encima del labio superior	5	6
F1_Movimiento de succión lentos y profundos con pausas	3	8
F2_Movimiento de succión lentos y profundos con pausas	0	11
F1_Puede verse u oírse tragar al bebé	3	8
F2_Puede verse u oírse tragar al bebé	0	11