

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA,
MANAGUA UNAN MANAGUA**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD
POLISAL
DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN**



**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
NUTRICIÓN**

**TEMA: FACTORES QUE LIMITAN LA ALIMENTACIÓN CON LECHE
MATERNA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL
INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA (LA MASCOTA),
NOVIEMBRE 2014**

AUTOR:

Bra. Derlyn Suhey Martínez Benavides.

TUTOR:

Msc. Ana María Gutiérrez Carcache
Nutricionista y Docente

Managua, Nicaragua Marzo 2015



“La lactancia es el cordón umbilical que nos mantiene unidos; es el amor y la sangre que corre por nuestro ser”, de Ailín Salguero

Contenido

Agradecimiento.....	I
Dedicatoria.....	II
Valoración del tutor.....	III
Resumen.....	IV
I INTRODUCCIÓN	1
II ANTECEDENTES	3
III JUSTIFICACIÓN.....	5
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
IV OBJETIVOS.....	7
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos	7
V MARCO TEÓRICO	8
I. Demografía y sus aspectos de interés	8
Características Sociales	8
Embarazos en Adolescentes	9
Procedencia	9
Escolaridad	10
Ocupación.....	10
Estado civil.....	11
Situación Económica.....	11
II. Estado Nutricional.....	11
Métodos para Evaluar el Estado Nutricional.....	11
Neonato	12
Lactante	12
Clasificación del Recién Nacido	12
Clasificación del estado Nutricional	13

Mal Nutrición con Fórmulas	15
III. Factores personales de la madre	15
Inicio de la Lactancia Materna	15
Producción de la Leche Materna.....	16
Causas más Frecuentes de Baja Producción	16
Bebé Insatisfecho con el Pecho Materno	17
Rechazo del bebé al pecho Materno.....	17
Succión	17
Lactancia y Anticoncepción	18
Cansancio Materno.....	18
Dolor en el Pezón	18
IV. Factores Institucionales	19
Factores asociados o con el Sistema de Salud.....	19
Sistema de Apoyo Institucional.....	19
Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna según la Organización Mundial de la Salud.....	20
Los diez pasos para la lactancia materna exitosa	22
¿Qué es la iniciativa hospitales de salud amigas de la niñez y las madres?.....	23
Tipos de Alimentación	24
Lactancia Materna según la Organización Mundial de la Salud (OMS).....	24
Leche Materna.....	24
Diferentes tipos de leche que produce la glándula mamaria:	25
Formulas Infantiles.....	30
Inconvenientes de la Alimentación con Fórmula.....	32
Alimentación del Bebé con Biberón	34
Otras técnicas de alimentación.....	35
Comité de Lactancia Materna en el hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (La Mascota).....	36
VI DISEÑO METODOLÓGICO	37
1. Tipo de Estudio.....	37
2. Área de Estudio.....	37

3. Universo y Muestra.....	37
4. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	37
5. Métodos y Técnicas para la Recolección de los Datos.....	38
Fuente de información.....	38
Instrumento y técnicas de recolección de datos	38
Clasificación Nutricional.....	38
Procedimientos para la recolección de datos.....	39
6. Recursos humanos, materiales y financieros	40
7. Plan de Tabulación y Análisis	40
8. Operacionalización de Variables	41
VII DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	47
VIII CONCLUSIONES.....	66
IX RECOMENDACIONES	68
X BIBLIOGRAFÍA	69
XI ANEXO	

Agradecimiento

Primeramente a Dios porque sin el nada hubiese sido posible que pudiera culminar con este trabajo

A la licenciada Ana María Gutiérrez Carcache, mi tutora por brindarme su apoyo incondicional guiando cada uno de mis pasos en la elaboración de mi tesis.

A la licenciada Carmen Díaz por su apoyo y sugerencias brindadas para la elaboración de la investigación.

A todas las docentes que impartieron las clases compartiendo sus conocimientos teóricos y prácticos, con paciencia amor y dedicación ya que sin ellas, no hubiera sido posible el finalizar la carrera como una profesional.

A todas aquellas personas que de una manera u otra forma aportaron un granito de arena brindándome su apoyo para poder finalizar esta investigación.

Recordar que con perseverancia se alcanzan las metas

Con Dios lo imposible no existe

“Porque todo lo puedo en cristo que me fortalece, Filípense 4:13”

Dedicatoria

A mi Padre Celestial, por estar en todos los momentos de mi vida, dándome sabiduría, fuerza y la salud para poder culminar estos 5 años de estudio.

A mi Madre Ángela Glenda Benavides Aguilera, brindándome su amor y apoyo incondicional, por lo cual estoy infinitamente agradecida con Dios por darme una madre tan especial.

A mis hijas: Darelíng Dayana y Jeanelly Naiseth, que siempre han sido el motivo para seguir adelante.

A mis hermanos: Yina, Melvín, Gilbert y Adelin, porque de un modo u otro ahí estuvieron apoyándome y brindándome su afecto y amor.

Valoración del Tutor

Es imposible realizar un trabajo de esta naturaleza sin el compromiso de un individuo, debido a todo lo que significa en tiempo y esfuerzo, en este caso: Derlyn Suhey Martínez Benavides; quien ha luchado con ahínco hasta lograr la culminación de esta tesis.

Trabajos de este tipo son de relevancia para nuestro país; es por ello que debemos dar todo.

Finalmente doy mi aval para la defensa del trabajo y mis sinceras felicitaciones a la nueva colega a quien le deseo mucho éxito en su vida futura como profesional de la nutrición.

¡Qué Dios le Bendiga!

Msc. Ana María Gutiérrez Carcache
Docente del Departamento de Nutrición

Resumen

El presente estudio es el resultado de una investigación que se realizó con el objetivo de Identificar los factores que limitan la alimentación con Leche Materna en la unidad de neonatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera.

Es un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, la muestra se tomó en Binomio (madre con su bebé). Las variables utilizadas fueron factores sociodemográficos, estado nutricional, factores personales de las madres y factores institucionales.

El método seleccionado para la recolección de los datos fue un cuestionario de preguntas y se aplicó en forma de entrevista, los resultados se procesaron a través del programa de Microsoft Excel, los principales hallazgos fueron; el 43% de las madres tenían de 15 a 21 años de edad, el 93% eran amas de casa, con un bajo nivel educativo, acompañadas y de procedencia urbana con un ingreso mensual menos de 2,000 córdobas.

Para clasificar el estado nutricional se utilizó el Índice de Masa Corporal, el 63% de los bebés eran del sexo femenino y las edades más predominante fueron de 7 – 28 días, los bebés que presentaron un estado nutricional normal en su mayoría recibían lactancia materna exclusiva, el 33% presentaron un perímetro cefálico normal y en su mayoría recibían alimentación mixta.

En los factores personales de la Madre, se encontró que las que tuvieron apego precoz fueron aquellas entre 22-30 años de edad, el 47% refirió tener poca producción de leche y en su mayoría no recibieron consejería, el 57% de los bebés no quedaba satisfecho solo con el pecho materno recibiendo alimentación mixta, en su mayoría presentaron cansancio para dar lactancia materna y sólo un 7% presentó problemas de salud y en los factores institucionales, el 30% de los bebés eran pre término y bajo peso al nacer y sólo a un 3% recibía fórmula especial y el resto recibían fórmula de inicio, el tipo de alimentación que más predominó fue mixta con un 53%, seguido por el 37% con lactancia materna exclusiva, en su mayoría los bebés eran alimentados por vía oral y el utensilio más usado era jeringa y un 7% usaba biberón.



I INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la Lactancia Materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

En el 2008 el Ministerio de Salud de Nicaragua dio a conocer que en “los últimos años la práctica de la lactancia materna ha disminuido a nivel Nacional, en toda América Latina y el Caribe, debido a diversos factores socio-económicos y culturales”. Ante esta situación el Gobierno Nicaragüense y el Ministerio de Salud en conjunto con diversas organizaciones de la sociedad civil y con el apoyo de agencias internacionales, desde hace varios años viene realizando esfuerzos para la recuperación de esta práctica, se puso en marcha la conformación de la Comisión Nacional de Lactancia Materna, de carácter multisectorial e interinstitucional, la implementación de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez y de la Madre y posteriormente la aplicación de esta estrategia en Atención Primaria. (Saavedra & Sandino L, 2008, pág. 5)

Nicaragua fue el primer país en el mundo en certificar sus unidades de salud como Hospitales Amigos de la Niñez y de la Madre, siendo el Hospital de Boaco el primero en certificarse en el país en el año 1995. Sin embargo, 18 años más tarde la mayoría de sus unidades habían perdido dicho galardón; es por ello que el Ministerio de Salud se ha planteado como meta garantizar que para el año 2015, al menos 80% de los hospitales, centros y puestos de salud sean “Recertificados” para elevar la tasa de Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros seis meses de vida del bebé y lactancia materna extendida con alimentación complementaria hasta los 24 meses de edad. (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014)

El Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (La Mascota), es una unidad de salud de referencia nacional, atendiendo solo a niños de 0-18 años de edad, recibiendo la certificación en el mes de diciembre del año 1996, dicho galardón lo perdió como en



muchas unidades de salud del país, en el mes de Septiembre del año 2013 se reactiva el comité de Lactancia Materna, con el objetivo de fomentar, proteger, mantener y re acreditar al Hospital como Amigo de la Niñez y la Madre.

Este trabajo investigativo se realizó en sala la de Neonatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (La Mascota) ubicada en el reparto santa Julia de Managua-Nicaragua, con el objetivo de analizar los factores que limitan la alimentación con Leche Materna en los bebés que son hospitalizados en dicha unidad de salud.



II ANTECEDENTES

En torno al inicio del siglo XX se inicia el mayor experimento a gran escala donde a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial: Centenares de miles de niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta. Las consecuencias, que no se previeron, han sido desastrosas en el mundo (miles de muertos por infecciones y desnutrición). (Aguayo M, 2004, pág. 9)

El primer sucedáneo de la leche materna fue vendido a mediados del decenio de 1860, y poco después Henri Nestlé, un químico que trabajaba en Frankfurt, empezó a distribuir sus productos en el mercado. Una mezcla de harina y leche de vaca en una “proporción científica correcta”, dijo en 1867, permite obtener un “alimento que aporta todo lo que puede necesitarse”. Pero Nestlé estaba equivocado, como muchas otras personas que promovieron supuestas técnicas “científicas”. (Satriano & Jasinski, 2012)

En el 2007 Quigley MA, Henderson G, y colaboradores realizaron un estudio en los Estados Unidos mediante la recopilación y análisis de datos del Grupo Cochrane de Neonatología, el análisis de estos datos encontró que el tiempo medio transcurrido hasta recuperar el peso al nacer fue 2,5 semanas en el grupo alimentado con fórmula, comparado con 1,5 semanas en el grupo alimentado con leche materna. (Quigley, 2007)

En el 2011 en el Período de Noviembre a Diciembre se realiza un estudio en Chile en el Centro de Salud Familiar "Carlos Díaz Gidi", con el fin de identificar los Factores que inciden en la duración de la Lactancia Materna exclusiva. Se encontró que las madres menores de 26 años proporcionaron por menos tiempo lactancia materna exclusiva a sus hijos con un 43%, el 39.1% eran casadas, convivientes y solteras; el 60,5% alcanzó estudios medios. El 90,1% indicó recibir información acerca de lactancia materna, de las cuales 54,8% la recibió durante la gestación; 56,8% no proporcionaron lactancia materna exclusiva durante el periodo recomendado, de las cuales 45,7% justificó su decisión por presentar hipogalactia y 30,4% por enfermedad del niño o la madre. Respecto al inicio de lactancia materna, el 46,9% indicó haberlo ofrecido en menos de una hora después del alumbramiento. (Pino V. & López E, 2013)



En el año 1996 se registra el único estudio realizado por Petronila Terán Hidalgo en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (La Mascota) sobre la caracterización del proceso de relactación en infantes durante su hospitalización por enfermedades en el servicio de lactantes, el estudio se realizó durante dos meses y medio consecutivos. Los resultados del estudio de la Dra. Terán mostraron que madres que nunca habían lactado o dejaron de lactar, el 100% de ellas practicó la relactación durante su estancia hospitalaria con la succión al seno de su propio bebé, el tiempo para producir leche fue de 2.2 días, a su egreso el 95.5% de ellas ya estaba produciendo leche, la relactación de los bebés de 1 a 5 meses fue posible después de brindar información que tendía a resolver el problema actual de salud atacando su causa, uso de tecnologías apropiadas, congruencia entre las prácticas hospitalarias y los mensajes educativos. (Terán, P , 1996, pág. 1)

En la ciudad de Somoto, Madriz en el Período 2009 y 2010, Hellen Yamileth Gómez Centeno, realiza un estudio con el fin de conocer los Factores socioculturales y laborales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres que laboran en el Hospital Juan Antonio Brenes. El cual se identificó que el abandono de la lactancia materna prevalecieron la jornada laboral rotativa, la poca facilidad en el trabajo para que la madre lacte, el plan para lactar y el inicio de otro tipo de alimento, siendo las auxiliares de enfermería y las médicas las que no tienen facilidades en el trabajo para dar Lactancia Materna Exclusiva en su mayoría. (Gómez H. , 2011, págs. 5-6)

En el I y II semestre del año 2013, en Managua- Nicaragua, Junior Centeno y Gema García, realizan un estudio, en el Hospital Bertha Calderón Roque, sobre lactancia materna exclusiva a través del banco de leche y orientaciones de enfermería, dirigida a las madres con recién nacidos ingresados en la sala de neonatología, los resultados mostraron que las madres reconocían los beneficios que conlleva alimentar con leche humana a niños prematuros y bajo peso, desconocían la existencia de un banco de leche humana, hasta que llegaron al hospital, el conocimiento y percepción de las madres fue amplio y completo sobre lactancia materna, por medio del banco de leche materna, se identificó que la principal limitante es la falta de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna y los servicios que brinda el Banco de Leche Humana, derivado de la falta de promoción del mismo. (Centeno & García, 2013)



III JUSTIFICACIÓN

La Lactancia Materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños, contribuyendo en el desarrollo normal del cerebro asegurando una mejor calidad de vida. Combinada con la alimentación complementaria, la Lactancia Materna óptima previene la mal nutrición, de modo que si se iniciara la lactancia materna en cada niño en la primera hora tras su nacimiento, dándole solo leche materna durante los primeros seis meses de vida y siguiendo con el pecho hasta los dos años, son muchas las vidas que se salvarían.

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, nos dice que en el 2012 la tasa de lactancia materna en Nicaragua es de tan solo el 30.5% cuando el promedio es del 39% en los países en desarrollo, el sector salud junto con otras organizaciones han logrado la implementación de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez y de la Madre siendo esta una de las estrategias que se han formado para rescatar esta práctica, sin embargo en muchos hospitales a nivel Nacional brindan fórmulas a los bebés. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

Por todo lo antes expuesto, se decidió la realización de esta investigación para analizar los factores que limitan la alimentación con leche materna en la sala de neonatología, y así por medio de los resultados obtenidos, poder hacer recomendaciones y actuar en base al problema focal, sobre todo por los grandes beneficios que aporta a los bebés, contribuyendo a una pronta recuperación, eleva las defensas, y disminuir la mortalidad infantil.

También sirve como un punto de partida para futuras investigaciones; el cual contiene datos actuales sobre los factores que limitan la alimentación con leche materna así como para el profesional de la salud y a futuras generaciones de estudiantes, ya que en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (La Mascota) no se registran datos actualizados sobre la problemática abordada.



IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Lactancia Materna debe ser el alimento exclusivo para todos los recién nacidos, la Organización Mundial de la Salud, nos dice que a “nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva”. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

En nuestro país existen políticas sobre la regulación y comercialización de los sucedáneos de la Leche, sin embargo no existe un control y seguimiento adecuado sobre el uso correcto de las fórmulas. Los bebés que son alimentados con fórmulas desarrollan desde muy tempranas edades desordenes metabólicos conllevándolos en un futuro a la obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles. Lo cual una buena alimentación y nutrición comienza desde el momento en que se inicia la Lactancia Materna reduciendo los riesgos de infecciones, complicaciones por su inmadurez del sistema inmunológico, ya que existen muchas afectaciones que intervienen en el desarrollo físico y motor del bebé.

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesta, se plantea la siguiente pregunta principal del presente estudio:

¿Cuáles son los factores que limitan la alimentación con Leche Materna de los neonatos en la unidad de neonatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (La Mascota) en el período Noviembre 2014?

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación:

1. ¿Cuáles son los factores socios demográficos de las madres?
2. ¿Cuál es el Estado Nutricional de los bebés?
3. ¿Cuáles son los factores personales de la madre que limitan la alimentación con Leche Materna?
4. ¿Cuáles son los factores institucionales que limitan la alimentación con Leche Materna?



IV OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar los Factores que limitan la alimentación con Leche Materna en la Unidad de Neonatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (La Mascota), noviembre 2014

Objetivos Específicos

- ✚ Identificar los factores socios demográficos de las madres.
- ✚ Clasificar el Estado Nutricional de los bebés.
- ✚ Determinar los factores personales de la madre que limitan la alimentación con Leche Materna.
- ✚ Describir los factores institucionales que limitan la alimentación con Leche Materna.



V MARCO TEÓRICO

I. Demografía y sus aspectos de interés

De acuerdo al Instituto Nacional de Información de Desarrollo, la población estimada de Nicaragua para el 2014 es de 6.1 millones de personas, 51 por ciento de género femenino y 49 de género masculino.

- Crecimiento promedio anual: 1.22 por ciento
- Expectativa de vida: 74.5 años
- Tasa bruta de nacimientos: 23.2 por cada mil habitantes
- Tasa bruta de mortalidad: 4.6 por cada mil habitantes
- Tasa de mortalidad infantil: 18.1 por cada mil nacidos
- Tasa global de fertilidad: 2.5 por mujer

Nicaragua al igual que el resto de países de la región centroamericana, se caracteriza por tener un gran porcentaje de población joven, se ha estimado que la mediana de la edad de la población es de 16 años. Se calcula que la población entre 0-18 años constituye el 53% del total de la población. La familia promedio a nivel nacional es de 5.9 miembros, cifra que en el sector rural asciende a 6.2 y en el sector urbano a 5.6.(Asociación PRO Ayuda a la Niñez Nicaragüense, 2014)

Características Sociales

Las condiciones de vida de la población han cambiado debido a las transformaciones políticas y económicas ocurridas en los últimos diez años. La pobreza afecta por igual a diferentes regiones del país, las familias no pobres representan solamente la cuarta parte de la población.

El resto de los hogares a nivel Nacional viven condiciones de pobreza o extrema pobreza al no satisfacer sus necesidades básicas, entre las más frecuentes es la dependencia económica (muchos dependiente y baja educación o Analfabetismo), otras son las condiciones inadecuadas de alojamiento (hacinamiento) con 4 o más personas por cuarto en una vivienda y la falta de agua potable, servicios higiénicos, alcantarilla y energía eléctrica. (Asociación PRO Ayuda a la Niñez Nicaragüense, 2014)



Embarazos en Adolescentes

A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 24.4% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 92 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres. (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014)

La madre adolescente es una mujer joven, necesita vivir esa etapa de su vida, la inmadurez biológica de un cuerpo que aún no ha completado los procesos naturales de crecimiento y desarrollo, unida a la inmadurez psicológica de una mente en tránsito de la infancia hacia la adultez, ya que la maternidad temprana no la hace mujer adulta; no está preparada, en un corto tiempo debe lograr importantes metas, asumir su sexualidad, su salud reproductiva, autocuidado, relaciones afectivas con la familia, con su pareja, con su hijo. Son tareas y desafíos que las jóvenes nunca han abordado y llevan a estas madres adolescentes a sentirse recargadas de trabajo y con una carga emocional muy fuerte. Lo que constituye un gran riesgo para la Lactancia Materna. (Gómez P. , 2014)

Procedencia

Área urbana: se caracteriza por estar conformada por conjuntos de edificaciones y estructuras contiguas agrupadas en manzanas, las cuales están delimitadas por calles, carreras o avenidas, principalmente. Cuenta por lo general, con una dotación de servicios esenciales tales como acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, hospitales y colegios, entre otros.

Área rural o resto municipal: se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás. Tampoco dispone, por lo general, de servicios públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas. (Asociación PRO Ayuda a la Niñez Nicaragüense, 2014)

El abandono de la lactancia materna es un problema que afecta principalmente las áreas rurales. Las mamás no entienden que su leche contiene inmunoglobulinas, nucleótidos y ácidos grasos que no están en la leche de los animales”, en las áreas rurales el problema es



una realidad creciente, ya que las madres se van a trabajar al campo, mientras los niños quedan al cuidado de las abuelas, quienes los alimentan con leche de cabra o de vaca lo cual contribuye a un mal estado nutricional del bebé, predisponiéndolo a adquirir enfermedades por un sistema inmunológico deprimido. (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, 2013)

Escolaridad

La escolaridad o grado de instrucción de la madre es importante tomarlo en cuenta cuando se le está educando sobre la lactancia, porque a mayor escolaridad tendrá mayor ventaja de entender las recomendaciones dadas sobre el tema: "una de las estrategias básicas para motivar y lograr que las madres alimenten a sus hijos al pecho es la educación. Las mujeres no amantan por instinto; el amamantamiento es una destreza que se debe aprender". De ahí que la orientación y educación que la madre reciba en el control prenatal, sala de parto, puerperio o consultas de niños sanos sobre la lactancia materna será determinante para el amamantamiento exclusivo. (Cardenas & Montes, 2010)

Ocupación

La lactancia materna se puede categorizar como un trabajo, dado el esfuerzo que ésta implica. Luego del postnatal la madre debe incorporarse al centro de trabajo y otras actividades propias de su papel de mujer dentro de la sociedad. Este momento en la vida de la mujer representa a veces una crisis tanto para ella como para el (la) niño (a).

Cuando la madre no es asalariada tiene que incorporarse más pronto al trabajo es un obstáculo considerable tanto para el inicio como para el mantenimiento de la lactancia. El personal de salud, debe estar preparado para responder, apoyar y orientar a la madre sobre las diferentes alternativas y oportunidades para continuar el amamantamiento de su hijo, analizando con ella los beneficios y la forma de superar los obstáculos que pueden presentarse durante este período. (Saavedra & Sandino L, 2008, pág. 92)



Estado civil

Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Ser madre soltera es extremadamente satisfactorio pero puede llegar a ser difícil: organizarse con el bebé, ser independiente a nivel económico, tomar sola todas las decisiones, sin embargo la madre puede dormir y estar más descansada. Se le brinda mucha más atención al bebé. Por este motivo, son muchas las madres solteras que consiguen tener una lactancia satisfactoria. (Saavedra & Sandino L, 2008, pág. 15)

Situación Económica

La alimentación con fórmulas lácteas son costosas a diferencia de la leche Materna es gratis. La elección de la Lactancia Materna en vez de la alimentación con biberón, aporta una importante ventaja económica para la familia. Ya que los(as) bebés amamantados(as) son más saludables que quienes reciben sucedáneos de la leche materna, las familias ahorran tiempo y dinero al no tener que visitar los centros de salud y comprar medicamentos. En resumen, la lactancia materna permite que las familias sean más autosuficientes, reduciendo la dependencia de los productos comerciales. (Saavedra & Sandino L, 2008, pág. 12)

II. Estado Nutricional

Es la condición física que presenta una persona, como resultado del balance entre sus necesidades e ingestas de energía y nutrientes. (Elorriaga & Witriw, 2012, pág. 6)

Métodos para Evaluar el Estado Nutricional

1. **Métodos Antropométricos:** Se usan mediciones de las dimensiones físicas y composición del cuerpo.
2. **Métodos Bioquímicos:** Incluyen la medición de un nutriente, heces u orina o medición de una variedad de compuestos en sangre y otros tejidos que tengan relación con el estado nutricional.



3. **Métodos Clínicos:** Los síntomas y signos son con frecuencia no específicos y se desarrollan solamente en un estado avanzado de la depleción nutricional.
4. **Métodos para Evaluar el Consumo de Alimentos:** Permite identificar posibles alteraciones nutricionales ocasionada por una dieta desequilibrada, sin embargo por si solas no se utilizan como medio diagnóstico sino como fuente complementaria de información para analizar de conjunto con los datos antropométricos, bioquímicos y clínicos (Ravasco & Anderson, 2010, pág. 1)

Neonato

Un neonato o recién nacido es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea parto o cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. (Castro, 2013, pág. 32)

Lactante

Período inicial de la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Este periodo a su vez puede dividirse en dos sub periodos.

Lactante Menor: Desde los 29 días de nacido hasta los 12 meses de edad.

Lactante Mayor: Desde los 12 meses de edad hasta los 24 meses de edad.

Clasificación del Recién Nacido

Según su Edad Gestacional los Recién Nacidos se clasifican en:

Pre término: Antes de las 37 semanas

A término: 37 – 41 semanas

Pos término: Igual o mayor de las 42 semanas

De acuerdo al peso de nacimiento los RN se pueden clasificar en:

Macrosómicos: 4.000 g. o más

Bajo peso de nacimiento (BPN): 2.500 g o menos.

Muy bajo peso de nacimiento (MBPN): 1.500 g o menos.

Muy muy bajo peso de nacimiento (MMBPN): 1.000 g o menos. (Castro, 2013, pág. 32)



Clasificación del estado Nutricional

- **Patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud**

Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud tienen validez mundial. Su finalidad es vigilar el crecimiento de todos los niños en todo el mundo, con independencia de su etnia, nivel socioeconómico y tipo de alimentación.

- **Punteo Z o desviación estándar de la Organización Mundial de la Salud**

Las líneas de referencia se llaman líneas de puntuación Z debido a que basan en puntuación Z, también conocidas como puntuación de desviación estándar (DE), se usan para describir la distancia que hay en una medición y la mediana promedio. Estas puntuaciones se calculan de forma diferente para ediciones de la población de referencia con distribución normal y no – normal. (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, 2012, pág. 18)

- **Peso para la Edad P/E**

El peso para la edad refleja el estado nutricional global, de un niño o niña, un peso menor que la edad, indica dieta insuficiente, también puede reflejar una enfermedad reciente que cursó con diarrea o fiebre y que ocasiono la pérdida de peso, la desventaja de no diferenciar el diagnóstico de delgadez extrema o retraso en el crecimiento. Este indicador se usa para evaluar si un niño presenta bajo peso y bajo peso severo; pero no se usa para clasificar a un niño con sobre peso u obesidad. (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, 2012, pág. 21)

- **Índice de Masa Corporal para la edad**

El Índice de Masa Corporal para la edad clasifica a los niños de manera similar a la de peso para la longitud/talla. Ambos indicadores ayudan a identificar si el niño tiene exceso de peso en relación a su longitud/talla. Este refleja el estado nutricional actual en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla, ayuda a identificar niños con bajo peso para la talla que pueden estar emaciados o severamente emaciados. Usualmente, la emaciación es causada por una enfermedad reciente o falta de alimentos que resulta en una pérdida aguda



o severa de peso, si bien la desnutrición o enfermedades crónicas pueden causar emaciación. Estas curvas sirven también para identificar niños con peso para la longitud/talla elevado que pueden estar en riesgo de presentar sobre peso u obesidad. (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, 2012, pág. 21).

Los niños que son alimentados con Lactancia Materna Exclusivamente durante los primeros seis meses de vida presentan menor riesgo de sobrepeso y obesidad que los niños que son alimentados con fórmulas infantiles. Haciéndose notorio el aumento de peso a partir de los 3 - 4 meses, y es mucho más rápido e inadecuado. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

- **Perímetro Cefálico**

Es un indicador del desarrollo neurológico a partir de la evaluación indirecta de masa cerebral. Aporta información valiosa en relación al desarrollo del cerebro, especialmente en los primeros tres años de vida, durante los cuales alcanza el 80% de su desarrollo definitivo. Los niños cuyo perímetro cefálico esté por debajo de la línea de Puntuación Z - 2 se consideran microcefálicos. Por el contrario, la macrocefalia es una condición que se indica cuando el perímetro cefálico es superior a la línea de Puntuación Z 2.

Según la Organización Mundial de la Salud, hay un gran número de nutrientes que se encuentran exclusivamente en la leche materna que alimenta el desarrollo del cerebro humano, favoreciendo el desarrollo sensorial y cognitivo. Las fórmulas para lactancia artificial tratan de asemejar este listado de nutrientes, que de forma natural, tiene la lactancia. Más importante aún: No hay ninguna leche materna con formulación idéntica de nutrientes; con una nutrición adecuada en la mamá, cada bebé recibe de su madre, la proporción de macro y micronutrientes que necesita. Estos bebés al llegar a la edad adulta, tendrán una mayor capacidad para ascender en la escala social por su capacidad intelectual. (Organización Mundial de la Salud, 2014)



Mal Nutrición con Fórmulas

La alimentación artificial puede contribuir de dos maneras importantes a la Malnutrición Protéica Energética, incluyendo el marasmo nutricional. Primero, los niños alimentados con una fórmula láctea tienen más probabilidad de sufrir infecciones, incluyendo la diarrea, que contribuyen a deficiencias en el crecimiento y la Malnutrición Protéica Energética en la infancia y en la edad preescolar.

Segundo, las madres de familias pobres a menudo diluyen excesivamente la fórmula. Debido al alto costo de los sustitutos de leche materna, la familia compra muy poca cantidad y trata de ahorrar usando menos cantidad de fórmula en polvo, que la recomendada para cada toma. El niño quizá recibe el número correcto de comidas y el volumen de líquido recomendado, pero cada comida se encuentra tan diluida que puede ser muy bajo su contenido de energía y otros nutrientes para lograr el crecimiento óptimo. El resultado es: Falta de crecimiento y tal vez desarrollo lento de marasmo nutricional. (Cárdenas & Hava, 2005, pág. 1)

III. Factores personales de la madre

Inicio de la Lactancia Materna

Iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto estimula la producción de leche de la madre. El contacto piel con piel favorece la adaptación del bebé a la vida extrauterina y favorece el vínculo con la madre y la lactancia. Unas horas antes del parto hay una breve caída de los niveles de Prolactina y se incrementa de nuevo a las 3-4 horas del nacimiento, en cuanto comienza la succión del pezón. Después del parto, si la madre no lacta, las cifras basales disminuyen a los valores previos al embarazo en 2-3 semanas, por lo que será más difícil de que una madre produzca suficiente leche.

Entre los obstáculos de la lactancia materna se encuentra el retraso en el contacto precoz de piel con piel, entre los recién nacidos y su madre, su separación innecesaria durante el ingreso a otra sala o por problemas que presente el bebé después del nacimiento son causas para la provisión rutinaria de suplementos de leche artificial. (Riaño & Lasarte, 2004, pág. 45)



Producción de la Leche Materna

Se produce como resultado de la acción conjunta de hormonas y reflejos. A mayor succión mayor producción de leche materna. Cada vez que el niño succiona, estimula las terminaciones nerviosas del pezón y la areola; estos llevan mensajes a la hipófisis de la madre, que responde produciendo una hormona llamada prolactina y otra hormona llamada oxitocina. Este reflejo de la oxitocina, no depende sólo de la succión del pezón, sino también de las emociones y sentimientos de la madre, lo cual debe explicársele a la madre sobre la importancia de mantenerse relajada y tranquila.

La mayoría de madres tienen la subida de leche alrededor de las 48 horas posparto, aunque en algunas primíparas puede retrasarse hasta las 72 o 96 horas y en algunas multíparas se adelanta a las 36 horas, es por esto que muchas madres piensan que no producen suficiente leche ocasionado la introducción de fórmulas u otro tipo de bebidas, uso de biberones para alimentar al bebé lo cual contribuye a un más a la baja producción de leche. (Vilar, 2013, pág. 23)

Causas más Frecuentes de Baja Producción

- El bebé recibe otra leche, alimento o bebida: Produce menos estímulo de succión, y consiguientemente menos producción láctea.
- Confusión de pezón: Por el uso de chupete y/o biberón.
- Poca frecuencia de mamadas: Habrá que despertarlo más seguido (en general, al poco tiempo adquieren el nuevo ritmo).
- Poco tiempo en cada pecho: Genera un vaciamiento incompleto de la mama condiciona un reflejo negativo en la producción láctea.
- Alimentación Inadecuada: Insistir en la necesidad de un aporte suplementario diario de 500 kcal a la madre, y la inconveniencia de seguir dietas restrictivas.
- La ingesta de líquidos debe ser de 8 vasos de 250 ml diarios, los cuales en su mayoría deben provenir de agua y jugos de fruta naturales. (Vilar, 2013, pág. 23)



Bebe Insatisfecho con el Pecho Materno

Durante el primer mes, los recién nacido suelen alimentarse entre ocho y 12 veces al día. Cuando las madres alimentan a sus bebés solo con leche materna estos se alimentan con más frecuencia a diferencia de los que son alimentados con leche artificial. Esto se debe a que la leche materna se digiere con más facilidad que las leches infantiles, lo que significa que avanza más rápidamente por el sistema digestivo. Además, el hecho de amamantar al bebé frecuentemente favorece la producción de leche durante las primeras semanas. (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

Rechazo del bebé al pecho Materno

Hay bebés que comienzan a rechazar el pecho materno, a pesar de haber tenido un buen comienzo en sus lactancias. Una de las causas más habituales es dolor, producido por una infección de oído, molestias en la musculatura oral o facial, alergias y sensibilidades a alimentos que tome la madre, causando al bebé molestias abdominales, mucosidad excesiva, siendo capaces los bebés, instintivamente, a rechazar la leche materna, además existen problemas mecánicos que provocan problemas serios en la lactancia como el labio leporino y un frenillo demasiado corto. (Montero, 2010, pág. 1)

Succión

También llamada succión nutritiva es el proceso mediante el cual el lactante obtiene los nutrientes para su crecimiento y desarrollo adecuados. La succión no es un fenómeno único sino un proceso que está integrado por tres fases que están altamente relacionadas: a) expresión-succión, b) deglución y c) respiración, y debe acompañarse del efecto de otros sistemas de estabilidad corporal como el cardiovascular y el nervioso.

Para lograr este objetivo el neonato debe nacer sin malformaciones congénitas del aparato bucal, respiratorio o neurológico, además de encontrarse libre del efecto de medicamentos o lesiones que alteren el funcionamiento normal de los diferentes órganos y sistemas involucrados. (Montero, 2010, pág. 2)



Lactancia y Anticoncepción

La lactancia en sí funciona como método natural, esto se debe a que los niveles altos de prolactina impiden un nuevo embarazo por ser esta hormona antagonista de las que hacen ovular a la mujer, conocido como Método de Lactancia y Amenorrea (MELA).

Existen varios métodos anticonceptivos hormonales compatibles con la lactancia. Podemos usar la progesterona en sus diferentes formas:

- Inyección trimestral.
- Pastillas anticonceptivas de progestágenos
- Implantes sub dérmicos
- La pastilla del día después.

Aquellos anticonceptivos que contengan estrógeno no se consideran compatibles con la lactancia materna, ya que el estrógeno disminuye la producción de leche materna. Se sugiere que se utilice la píldora a base de solo progesterona, ya que esta no afecte la producción de leche. (Lactancia y Anticoncepción, 2014)

Cansancio Materno

El cansancio de las mujeres con hijos recién nacidos es provocado debido a que duermen de forma interrumpida y durante pequeños intervalos, como máximo, de dos horas seguidas. Por lo que se recomienda que estas madres logren descansar cuando el bebé duerme, lo que se hace difícil en descansar en aquellas mujeres que tienen que trabajar (Organización Mundial de la Salud, 2012)

Dolor en el Pezón

El pezón facilita el acoplamiento de la boca del niño con la mama, hace de esfínter de los conductos glandulares y es el origen de estímulos sensoriales que activan secreciones hormonales. Cuando se inicia la succión, el dolor en los pezones es frecuente que se produzca al inicio de la lactancia materna y normalmente se debe a la presión negativa producida en los conductos galactóforos que todavía no están llenos de leche. Normalmente al instaurarse definitivamente la lactancia el dolor suele desaparecer y si perdura se asocia con un mal acoplamiento del niño al lactar. Se aconseja ablandar los pezones con los dedos



unos minutos antes de la toma, ordeñando un poco de leche para descomprimir, o alternando calor y frío local antes de la toma. Estas molestias ceden en pocos días.

IV. Factores Institucionales

Factores asociados o con el Sistema de Salud

La participación en clases de educación maternal sobre lactancia y el apoyo del personal a la misma durante el embarazo es determinante para el inicio de la lactancia. En general, se constata que la mayoría de las mujeres toman la decisión en el primer trimestre o antes de amantar al bebé, aunque muchas se deciden al final del embarazo y unas pocas después del parto.

Desde el punto de vista de la Salud Pública, se refuerza la necesidad de poner en marcha iniciativas en la línea de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños en las maternidades.

Los niños con bajo peso al nacimiento (aquellos en los que el amamantamiento ha demostrado beneficios más evidentes), son los que tienen mayor riesgo de no ser amamantados. Esto traduce de nuevo prácticas perinatales inadecuadas en la atención a la madre y al recién nacido prematuro o de bajo peso, a los que, a menudo sin causa justificada se les separa, se les inicia la alimentación con sucedáneos, y no se plantea a la madre la posibilidad de extracción y almacenamiento de leche. (Riaño & Lasarte, 2004, pág. 42)

Sistema de Apoyo Institucional

La información en cuanto a lactancia materna dirigida a la madre, el cónyuge y demás familiares juegan un papel muy importante ya que los conocimientos que tienen un gran número de madres son insuficientes y no pocas veces contrapuestos a la realidad, son fácilmente presas de las absurdas decisiones, por familiares o amigos que ejercen sobre ellas una influencia negativa.

Las consultas por lactancia pueden constituir, en determinadas circunstancias, una real emergencia a atender y solucionar en forma oportuna y adecuada. En aquellas instituciones donde no funcionen grupos de apoyo comunitarios (o además de ellos) el servicio de



maternidad deberá disponer de los medios necesarios como para poder brindar dicho apoyo, de modo que, una vez que la madre requiera asesoramiento o atención inmediata por problemas de lactancia, ésta pueda ser brindada sin necesidad de solicitar un turno anticipado. (Vilar, 2013, pág. 35)

Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna según la Organización Mundial de la Salud

- **Afecciones Infantiles**

Lactantes que no deben recibir Leche Materna ni otra leche excepto fórmula especializada

- Lactantes con galactosemia clásica: Se necesita una fórmula especial libre de galactosa.
- Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce: Se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.
- Lactantes con fenilketonuria: Se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite algo de lactancia materna, con monitorización cuidadosa). (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 4)

- **Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden necesitar otros alimentos por un periodo limitado además de leche materna**

- Lactantes nacidos con peso menor a 1500 g (muy bajo peso al nacer).
- Lactantes nacidos con menos de 32 semanas de gestación (muy prematuros).
- Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia debido a una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de la glucosa, en particular aquellos que son prematuros, Pequeños para la Edad Gestacional o que han experimentado estrés significativo intraparto con hipoxia o isquemia, aquellos que están enfermos y aquellos cuyas madres son diabéticas, si la glicemia no responde a lactancia materna óptima o alimentación con leche materna. . (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 4)



- **Afecciones Maternas**

Las madres afectadas por alguna de las condiciones mencionadas abajo deberían recibir tratamiento de acuerdo a guías estándar.

- a) **Afecciones materna que podrían justificar que se evite la lactancia permanentemente**

- Infección por VIH1: Si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura.

- b) **Afecciones materna que podrían justificar que se evite la lactancia temporalmente**

- Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé.
- Herpes simplex Tipo I: Se debe evitar contacto directo entre las lesiones en el pecho materno y la boca del bebé hasta que toda lesión activa se haya resuelto.

- c) **Medicación Materna**

- Los medicamentos psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria, por lo que deben evitarse.
- El uso excesivo de yodo-povidone, especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o anomalías electrolíticas.
- La quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia. . (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 5)

Afecciones maternas durante las cuales puede continuar la lactancia, aunque representan problemas de salud preocupantes

- a) Absceso Mamario: El amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse cuando se ha iniciado el tratamiento.
- b) Hepatitis B: Los lactantes deben recibir la vacuna de la hepatitis B, en las primeras 48 horas o apenas sea posible después.
- c) Hepatitis C.
- d) Mastitis: Si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección.



- e) Tuberculosis: El manejo de la madre y el bebé debe hacerse de acuerdo a las normas nacionales de tuberculosis. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 6)

- **Uso de sustancias**

Se ha demostrado que el uso materno de nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados tiene un efecto dañino en los bebés amamantados; el alcohol, los opioides, las benzodiacepinas y el cannabis pueden causar sedación tanto en la madre como en el bebé. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 6)

Los diez pasos para la lactancia materna exitosa

- Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
- Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
- No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
- Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
- Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
- No dar niño alimentado al pecho, chupador o chupetas artificiales.
- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.



- Prohibir la práctica de distribución gratuita e indiscriminada de sucedáneos de la leche materna en el hospital (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, pág. 1)

¿Qué es la iniciativa hospitales de salud amigas de la niñez y las madres?

"Es un conjunto de acciones dirigidas a promover, proteger y apoyar la nutrición de la madre y del niño a través de la vigilancia y atención de su estado nutricional en el periodo de gestación y lactancia, además la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y continuar con la lactancia materna hasta los dos años o más, acompañada de una adecuada alimentación complementaria a partir del sexto mes.

- **Los trece pasos de hospitales de salud amigo de la niñez y la madre**
 1. Existencia y sostenibilidad del comité multidisciplinario de apoyo a la lactancia materna.
 2. Aplicación de la normativa institucional sobre la lactancia materna.
 3. Brindar atención nutricional y consejería en alimentación y nutrición a todas las mujeres atendidas durante el control del embarazo y a las madres en periodo de lactancia.
 4. Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y continuar con la lactancia materna hasta los dos años o más acompañada de la alimentación complementaria a partir del 6 mes.
 5. Demostrar y practicar con todas las madres en el período de lactancia la extracción, conservación y administración adecuada de la leche materna.
 6. Promover durante los controles prenatales en la gestante a que inicie la lactancia materna en la primera media hora de nacido y que el bebé permanezca junto a ella de día y de noche.
 7. Promover la introducción adecuada de alimentos a partir de los 6 meses de edad.
 8. No promover el uso de fórmulas, pachas.
 9. No aceptar donaciones y/o propaganda de sucedáneos de la leche materna.



10. Cumplimiento por parte del personal de la unidad de salud de las disposiciones establecidas en el código de comercialización de sucedáneos de la leche materna.
11. Contar con un espacio ambientado para brindar la consejería.
12. Que cada establecimiento forme y mantenga activos los grupos de apoyo a la lactancia materna.
13. Promoción y monitoreo de la práctica de la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria a nivel comunitario. (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, pág. 4)

Tipos de Alimentación

- **Lactancia Materna Exclusiva:** Es la utilización como alimento de la Leche Materna sin agregar otro líquido o sólido con fines nutricionales.
- **Lactancia mixta:** Es la utilización como alimento además de Lactancia Materna, de otro tipo de leche.
- **Lactancia Artificial:** Es la utilización como único alimento de otro tipo de leche que no sea Leche Materna. (González, 2008)

El tipo de alimentación recomendada para los bebés que son menores de 6 meses es la lactancia materna exclusiva sin necesidad de introducir otro tipo de líquido como agua, té, jugo y otras leches.

Lactancia Materna según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Leche Materna

La leche materna es una sustancia “viva” e increíblemente compleja, que contiene todos los nutrientes vitales para la alimentación, así como los factores de crecimiento que contribuyen al desarrollo de los tejidos y de los anticuerpos necesarios que actúan como protección contra la invasión de agentes patógenos. Siempre está a la temperatura adecuada, no requiere mezcla, esterilización o equipo, y es inocua independientemente de



la calidad y disponibilidad de agua, y la cantidad es regulada por la respuesta hormonal de la madre a las necesidades del lactante.

Sus características nutricionales brindan un crecimiento armónico, si se administra como único nutriente, a libre demanda, durante los primeros 6 meses de vida y, luego de esta edad, complementada con alimentos adecuados, oportunos y seguros, tiene el inmenso poder de evitar la morbi-mortalidad infantil, en especial por enfermedades diarreicas, la leche humana, más allá de ser un alimento, es un fluido vivo y cambiante, capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo. (Barrington, 2007, pág. 8)

Diferentes tipos de leche que produce la glándula mamaria:

- **Pre-calostro**

Acumulado en los alvéolos durante el último trimestre de la gestación. Composición: exudado plasmático, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, cloro, sodio y lactosa.

- **Calostro**

Se produce durante los 3- 4 días después del parto, es de escaso volumen y alta densidad (2-20 ml/toma). El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Su nivel calórico es bajo 67 Kcal/100 ml.

Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El beta caroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado.

En el calostro la concentración promedio de Inmunoglobulina A y la lactoferrina, son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción diaria de 2-3 g de Inmunoglobulina A y lactoferrina. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados



en el calostro (20 g/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.

El calostro está ajustado a las necesidades específicas del Recién Nacido:

- Facilita la eliminación del meconio
- Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
- Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.
- Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.
- Los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez.

- **Leche de Transición**

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4° y el 15° día postparto. Entre el 4° y el 6° día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto. Los cambios de composición y volumen son muy significativos entre mujeres y dentro de una misma mujer, durante los primeros 8 días, para luego estabilizarse. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

- **Leche Pre término**

Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación (pre término) producen una leche de composición diferente durante un tiempo prolongado. Durante un mes aproximadamente, se adapta a las características del bebé pre término, con niveles superiores de vitaminas liposolubles, lactoferrina e Inmunoglobulina A, y deficiente en lactosa y Vitamina C. Tiene más proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico.



Sin embargo, hay que tener en cuenta que en un recién nacido de muy bajo peso (MBPN), menos de 1.500 g, la leche de pre término no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo y ocasionalmente de proteínas, por lo que debe ser suplementada con estos elementos. El ideal es hacerlo con preparados que vienen listos y que se denominan "fortificadores de leche materna" (Salazar & Delgado, 2009, pág. 1)

Composición de la Leche Humana Madura

Agua:

La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico. El volumen aproximado es de 700-900 ml/día durante los 6 primeros meses posparto. Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento.

- **Proteínas:**

Entre los mamíferos, la leche humana madura posee la concentración más baja de proteína (0,9 g/100 ml). Sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño, está compuesta de 30% de caseína y 70% de proteínas del suero. Se sintetizan en la glándula mamaria, excepto la seroalbúmina que procede de la circulación materna, y juegan un papel muy importante, puesto que sus aminoácidos ayudan al crecimiento acelerado de los recién nacidos, maduran su sistema inmunológico, los defienden contra patógenos y favorecen el desarrollo de su intestino.

La Inmunoglobulina A es la principal inmunoglobulina en la leche materna, protege tanto a la glándula mamaria como a las mucosas del lactante en el período en que la secreción de Inmunoglobulina A en el niño es insuficiente. La proporción de inmunoglobulinas en la leche se modifica progresivamente hasta llegar al nivel que se mantendrá en la leche madura, más o menos a los 14 días postparto.

La lactoferrina además de su acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferredpendientes (E. Coli), contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño.

La lisozima tiene efecto bacteriolítico contra bacterias Gram positivas. Contribuye a la mantención de la flora intestinal del lactante y además tiene propiedades anti-inflamatorias.



- **Hidratos de Carbono**

El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa la cual se metaboliza antes de ser absorbido por el intestino y tiene un alto contenido de lactosa, 7 g/dl.

La lactosa parece ser un nutriente específico para el primer año de vida, ya que la enzima lactasa que la metaboliza sólo se encuentra en los mamíferos infantiles mientras se alimentan con leche materna. De ahí que la mayoría de las personas presentan intolerancia a la lactosa después de la infancia. La porción galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central. (Schellhorn H. & L, 2010)

La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del calcio y el hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus, flora microbiana fermentativa que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos. El crecimiento del lactobacillus es promovido por el factor bífido, un carbohidrato complejo con contenido de nitrógeno, que no está presente en los derivados de leche de vaca, los suplementos alimentarios dados en los primeros días de vida interfieren con este mecanismo protector. (Schellhorn H. & L, 2010)

- **Las Grasas**

La leche del final de la mamada es de 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera, que actúa en el mecanismo de saciedad del niño, siendo más alta en calorías. Cuando la madre se extrae la leche, debe tener en cuenta esta diferencia, especialmente en el caso de prematuros. (Schellhorn H. & L, 2010)

Los ácidos grasos araquidónico y docosahexaenoico participan en la formación de la sustancia gris y en la mielinización de las fibras nerviosas. Se forman a partir de los ácidos linoleico y linolénico, que la mayoría de las fórmulas contienen muy pocos o no los contienen. La síntesis de las prostaglandinas depende de la disponibilidad de éstos ácidos grasos esenciales. Estas se encuentran en el tracto gastrointestinal del niño y contribuyen en forma importante en los mecanismos generales de defensa. Lo cual las fórmulas no la contienen.



La leche materna proporciona el 50% de las calorías en forma de grasa. El niño consume esta dieta alta en grasa en un período en que están inmaduras tanto la secreción de lipasa pancreática como la conjugación de las sales biliares. Esta inmadurez se compensa por las lipasas linguales y gástricas y además por una lipasa no específica de la leche materna que se activa al llegar al duodeno en presencia de las sales biliares. Esta característica metabólica de que un sustrato y su enzima estén en el mismo líquido, no se encuentra más que en la leche humana.

En la leche fresca esta lipasa estimulada por las sales biliares contribuye a la digestión del 30 al 40% de los triglicéridos en un período de 2 horas, situación particularmente importante en la alimentación de los niños prematuros, cuyas sales biliares y producción de lipasa pancreática están aún más deprimidas. Esta lipasa se destruye por el calor, por lo que es importante usar la leche materna fresca.

- **Vitaminas**

La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre.

- ✓ **Vitamina A:** La concentración de vitamina A en la leche materna es mayor que en la leche de vaca. En el calostro es el doble que en la leche madura.
- ✓ **Vitamina K:** Es mayor en el calostro y en la leche de transición, después de 2 semanas, en los niños amamantados se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal. Cuando no se da el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menos que se provea al niño vitamina K inmediatamente después del nacimiento.
- ✓ **Vitamina E:** Esta cubre las necesidades del niño a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas poliinsaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E.
- ✓ **Vitamina D:** El contenido es bajo (0,15 mg/100 ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la



presencia de vitamina D hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0,88 mg/100 ml. Esta vitamina D hidrosoluble se procesa a través de la piel en presencia de luz solar. (Schellhorn H. & L, 2010, págs. 83-91)

- **Minerales**

La concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: Calcio, Hierro, Fósforo, Magnesio, Zinc, Potasio y Flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna, y son más bajas que en cualquiera de los sustitutos y están mejor adaptados a los requerimientos nutricionales y capacidades metabólicas del lactante. La leche de vaca tiene una mayor proporción de fósforo, lo que explica la hipocalcemia neonatal, común en los lactantes alimentados artificialmente.

Formulas Infantiles

Son productos alimenticios, modificados para satisfacer las necesidades fisiológicas del bebé, parcialmente o de forma total, manufacturados bajo procesos industriales acorde con normas del Códex Alimentarius.

El papel de la industria, la facilidad de contar con fórmulas cada vez más parecidas física y bioquímicamente a la leche humana ha descendido la práctica de la Lactancia Materna. El impacto de la publicidad comercial contrapone al éxito de la crianza natural el beneficio de la crianza artificial.

- **Fórmulas de Inicio**

Son recomendadas para ser utilizadas durante los 4 a 6 primeros meses de vida, etapa caracterizada por requerir alimentación láctea exclusiva y por ser un período de altos requerimientos nutricionales en relación a su peso, como así también de inmadurez digestiva metabólica.

Son derivadas de la leche de vaca. Esta es modificada en cantidad, calidad y tipo de nutrientes con el fin de asemejarla tanto como sea posible a la leche humana, y adaptarla a las condiciones de inmadurez digestiva y renal del recién nacido, mejorar su digestibilidad y



tolerancia, disminuyendo la carga renal de solutos. Por todo ello, estas fórmulas deben ser la primera opción cuando sea necesario complementar o sustituir la lactancia materna, siempre que las condiciones socioeconómicas lo permitan. (Condrac, 2011, pág. 17)

- **Fórmulas para Prematuros**

Estos preparados están indicados en recién nacidos prematuros de peso inferior 2.500 gramos. En general se pueden administrar hasta la edad de 38 semanas de gestación, o cuando el peso del niño supera los 2.000-2.500 gramos. Las fórmulas comerciales para pre términos tienen un contenido proteico más elevado que las fórmulas estándar.

El cociente caseína/seroproteína 40/60 consigue un aporte de aminoácidos similar al de la leche humana, única proteína utilizable por el recién nacido, pues su capacidad para metabolizar aminoácidos está limitada por la inactividad de ciertas enzimas a nivel hepático. En las fórmulas para pre término es más elevado el contenido de electrolitos, calcio y fósforo que en las fórmulas de inicio. La elevada densidad calórica de las fórmulas para prematuros, además de hacer frente a sus mayores requerimientos energéticos y de nutrientes, suponen una ventaja dada la pequeña capacidad gástrica de estos niños y el tiempo de crecimiento prolongado. (Tamayo & Sáenz, 2007, pág. 3)

- **Fórmulas Antirreflujo (AR)**

Es un grupo de fórmulas de inicio y de continuación a las que se añaden sustancias espesantes, siendo empleadas para los lactantes que presentan regurgitaciones y/o vómitos, el uso de las fórmulas AR forma parte de la fase I en el tratamiento conservador del reflujo gastroesofágico no complicado. Estas fórmulas deben cumplir las recomendaciones sobre composición de fórmulas infantiles, si bien algunos preparados tienen menos cantidad de grasa, con el fin de facilitar el vaciado gástrico, y más carbohidratos con el fin de compensar la energía.

La relación caseína / seroproteínas de muchos de estos productos es 80/20, similar a la leche de vaca y algunas fórmulas de continuación, y por tanto, con esta proporción no deberían usarse en lactantes de menos de 4 meses, en los cuales deberá indicarse una fórmula cuya relación caseína/lactoalbúmina sea lo más próxima posible a 40/60. Una



mayor proporción en caseína resulta paradójica, dado que ello contribuye a aumentar la densidad del cuajo y el reflujo, a diferencia de las fórmulas con mayor cantidad de suero de leche, que facilitan el vaciado gástrico.

Los preparados con harina de semilla de algarrobo pueden fermentar en el colon, produciendo en ocasiones heces más blandas y llanto por molestias abdominales. Por lo general estas fórmulas disminuyen la regurgitación y la Emesis, por lo cual en el reflujo complicado deben añadirse otras medidas terapéuticas ya que estas no solucionan el problema. (Condrac, 2011, pág. 204)

- **Fórmulas basadas en Soya**

Las fórmulas para niños que utilizan soya pueden proporcionar una nutrición adecuada, no contienen lactosa como fuente de azúcares y por ello pueden usarse si el niño es alérgico a la proteína de la leche de vaca aunque también pueden serlo a las fórmulas basadas en soya por ser muy alergénica, también está indicada galactosemia e intolerancia a la lactosa, pues como todas las proteínas heterólogas puede inducir una nueva hipersensibilidad, aunque no tiene una reacción cruzada con las proteínas vacunas. (Satriano & Jasinski, 2012, pág. 5)

Inconvenientes de la Alimentación con Fórmula

La práctica de la alimentación con fórmula tiene algunos inconvenientes en relación con la lactancia materna. Los más admitidos: mayor frecuencia de hospitalizaciones debido a infecciones bacterianas, mayor riesgo de diabetes insulino dependiente en niños, mayor frecuencia de muerte súbita del lactante y mayor riesgo de crisis tetánicas, por hipocalcemia, en el período de recién nacido. (Macías & Rodríguez, 2006, pág. 1)

Vías de Alimentación

Enteral: La Nutrición Enteral es la técnica de soporte nutricional por la cual se introducen los nutrientes directamente al aparato digestivo, cuando éste es anatómica y funcionalmente útil, pero existe alguna dificultad para la normal ingestión de alimentos por boca. Se



elegirá en función de la enfermedad subyacente que condiciona el tratamiento y el tiempo previsto de soporte nutricional.

- ✓ **Sonda Gástrica:** De elección si el vaciamiento gástrico es adecuado. Se puede colocar vía nasal (nasogástrica), vía oral (oro gástrica) empleándose esta última en neonatos (para disminuir las lesiones nasales) y en niños con atresia de coanas.
- ✓ **Sonda Yeyunal:** Indicada cuando existe riesgo de aspiración broncopulmonar como situaciones de íleo gástrico y de reflujo gastroesofágico, en caso de fístulas esofágicas o gástricas y en procesos de pancreatitis aguda para evitar el estímulo de la secreción pancreática. Tras cirugía gastrointestinal permite una alimentación precoz por la rápida recuperación de la motilidad yeyunal y, en pacientes críticos, contribuye al mantenimiento de la función de barrera del intestino evitando la translocación bacteriana.
- **Gastrostomías:** Se indica en casos de Nutrición Enteral invasiva de larga duración (> 8-12 semanas), siempre que el estómago no esté afectado por enfermedad primaria y no existan fístulas gastrointestinales altas. El paciente debe tener un adecuado vaciamiento gastroduodenal, la gastrostomía puede ser Percutánea y Quirúrgica; indicada en niños que precisan cirugía abdominal siendo frecuente en pacientes que además de necesitar una gastrostomía, presentan también Reflujo Gastro - Esofágico grave susceptible de corrección quirúrgica, lesiones esofágicas graves, traumatismos.



- **Yeyunostomías:** Indicadas cuando existe un Reflujo Gástro Esofágico grave o gastroparesia no controlable. La colocación quirúrgica en niños es excepcional. Se plantea en pacientes que necesitan alimentación yeyunal más de 6 meses, pero se emplea en pocas ocasiones dado el elevado número de complicaciones quirúrgicas. (Martínez, & Gómez, 2011)

Alimentación del Bebé con Biberón

La Organización Mundial de la Salud y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia desaconsejan el uso general del biberón por diversas razones, entre las que destacan el hecho de que el biberón facilita la contaminación bacteriana, da una falsa impresión a los padres de seguridad alimentaria, es antiecológico y puede ser factor de riesgo para diversas enfermedades de los niños. A menudo se considera a la lactancia materna como anticuada, signo de atraso o como una vulgar práctica campesina. El biberón se ha convertido en un signo de posición. (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia)

El uso de mamadera en el lactante menor puede provocar una serie de alteraciones:

a) Riesgo de aspiración

La desorganización neuromuscular de la succión-deglución-respiración puede ser la causa de regurgitación y aspiración del alimento y de los episodios de apneas prolongadas que se producen en los niños alimentados con mamadera. Se ha pensado que ésta también podría ser una de las causas de muerte súbita en los lactantes.

b) Riesgos de otitis y enfermedades respiratorias

La congestión del sistema adenoideo involucra una congestión de la mucosa respiratoria y de la Trompa de Eustaquio congestionadas se hacen insuficientes y por lo tanto vulnerables a la infección, siendo ésta una de las causas de frecuentes enfermedades respiratorias, alergias y otitis media en los lactantes alimentados con mamadera.

c) Alteraciones del desarrollo máxilo-dentario

El buen desarrollo de los maxilares y de la oclusión o mordida, dependen en gran medida del equilibrio de las fuerzas de presión-tracción que ejercen los músculos sobre las



estructuras óseas con las que se relacionan. Cuando el niño usa una mamadera no hace fuerza de vacío succional, de gran importancia para el equilibrio de las presiones tracciones musculares internas y externas (labios y mejillas). (Schellhorn, 2010, pág. 28)

Otras técnicas de alimentación

Existen distintas técnicas para dar suplementos a los niños evitando usar biberones, todas ellas compatibles con la lactancia materna y sin riesgo de provocar confusión en la succión de los bebés y otros posibles problemas.

- **Alimentación con Taza o Vaso**

Resulta conveniente tanto para los niños prematuros como para los nacidos a término. En muchos casos, los bebés pueden ser alimentados directamente con taza cuando llegan a la edad de 30 semanas de gestación. Los bebés con bajo peso suelen llevar la leche a su boca con la lengua, mientras que los bebés a término o mayores la succionan.

- **Alimentación con Jeringa**

Para bebés prematuros o de pocas semanas, alimentarlos con jeringa puede ser una muy buena alternativa. Algunas madres han comentado que por este sistema se les derrama leche fuera de la boca del bebé, para evitarlo es muy útil utilizar la técnica del dedo-jeringa. Se puede hacer utilizando únicamente la jeringa y vertiendo la leche sobre la lengua del bebé para que éste la vaya ingiriendo. Está especialmente indicado en el caso de bebés que hayan desarrollado el “Síndrome de Confusión de Pezón” ya que el uso del dedo sirve asimismo para realizar un ejercicio de fisioterapia de la succión, controlando la correcta posición de labios y lengua, manteniendo su boca abierta y enseñando al bebé la forma correcta de succionar.

- **Alimentación con Relactador**

El relactador consiste en un recipiente que la madre se cuelga alrededor del cuello y del cual, a través de una válvula, salen dos sondas que se adhieren a cada seno llegando la punta de cada sonda al extremo de cada pezón. Los tubos son pequeños y suaves y pasan



desapercibidos por el bebé. Está especialmente indicado en el caso de procesos de relactación o de inducción de la lactancia. (Schellhorn, 2010, pág. 190)

Comité de Lactancia Materna en el hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (La Mascota)

El comité de lactancia materna tiene como funciones principales la vigilancia y la participación de la consejería de la lactancia materna, ofrecer apoyo y educación a las madres en los diferentes servicios del hospital. Este equipo está conformado por auxiliares y licenciadas en enfermería, Médicos pediatras un psicólogo y una licenciada en nutrición.

Actualmente se encuentra en proceso la conformación del banco de leche y la recolección de leche humana para la pasteurización en el hospital Bertha Calderón Roque e impartir orientaciones para enseñanza de la lactancia materna, técnicas para la recolección y conservación de la leche humana, todo esto se debe a que el hospital todavía no cuentan con un local para equiparlo con todas las condiciones que se necesita.



VI DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de Estudio

El tipo de estudio es descriptivo, prospectivo de corte transversal; con el objetivo de analizar los factores que limitan la alimentación con leche Materna en los bebés ingresados en la Unidad de Neonatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (La Mascota).

2. Área de Estudio

El presente estudio se realizó en sala de Neonatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (La Mascota) ubicada en el reparto santa Julia de Managua-Nicaragua.

3. Universo y Muestra

Universo: El universo corresponde a 45 pacientes ingresados en la sala de neonatología.

Muestra: La muestra fue no probabilística, por conveniencia, la cual se tomó en binomio a 30 bebés con su madre o abuela que lo cuidaba.

4. Criterios de Inclusión y Exclusión

- **Criterios de Inclusión**

Pacientes ingresados en sala de Neonatología.

Pacientes que estén alimentándose con leche materna o fórmula

Pacientes alimentándose por vía enteral

Madres o abuelas de los bebés que firmaron el consentimiento informado.

- **Criterios de Exclusión**

Pacientes que no estén ingresados en sala de Neonatología.

Pacientes que no estén alimentándose con leche materna y formula

Pacientes que no se estén alimentando por vía enteral.

Madres o abuelas de los bebés que no firmaron el consentimiento informado.



5. Métodos y Técnicas para la Recolección de los Datos

Fuente de información

- **Primaria:** Entrevista realizada a las madres o abuelas de los bebés ingresados en la sala de neonatología.
- **Secundaria:** Expediente clínico de la sala de neonatología.

Instrumento y técnicas de recolección de datos

Se realizó un instrumento que fue creado de acuerdo a los objetivos del estudio donde se abarcaron los factores socio demográficos de las madres, estado nutricional de los bebés, factores personales de la madre y factores institucionales.

El instrumento con el que se recolectó la información del estudio, fue una encuesta que se aplicó en forma de entrevista de manera individualizada y personal a cada una de las madres, en la cual contenía preguntas múltiples de tipo abiertas, semi abiertas y cerradas sobre aspectos mencionados anteriormente. Cabe destacar que hubo 2 madres que por motivos de salud no permanecían junto a su bebé, por lo tanto hubo información que fue brindada por las abuelas que permanecían cuidando al bebé, por lo tanto la información del bebé y de estas 2 madres no se podían omitir en este estudio, debido a que este, es uno de los factores que interrumpen la lactancia materna y que se brinde fórmula a los bebés en la sala neonatología. La cual constaba de 16 incisos. Ver Anexo (1)

La información secundaria se obtuvo de los expedientes clínicos donde se tomaron los datos del bebé como la edad en días de nacido, sexo, peso, talla, perímetro cefálico, también se obtuvieron los datos de las 2 madres que por motivos de salud no permanecían junto al bebé por lo que se auxilió del expediente clínico, la cual constaba de 16 incisos. Ver Anexo (1).

Clasificación Nutricional

Debido a que este grupo de población es muy vulnerable en cuanto a manipulación se tomaron datos antropométricos registrados en el expediente clínico como el sexo, peso, talla, edad en días de nacidos, perímetro cefálico, que son de utilidad para medir el estado nutricional, posteriormente se procedió a clasificar el estado nutricional actual mediante el



Índice de Masa Corporal, la razón por la que se midió a través de este indicador, fue debido a que estos bebés eran recién nacidos y se encontraban hospitalizados por una enfermedad, afectando significativamente su estado nutricional, ya que este indicador refleja el estado nutricional actual, permitiendo valorar el grado de desnutrición en el que se encuentra un bebé y por último se clasifico el Perímetro Cefálico, lo cual permite valorar el crecimiento y desarrollo del cerebro. Para la clasificación nutricional se ubicaron a cada uno de los bebés en las líneas de puntuación del punteo Z o desviación estándar, estas se realizó con los nuevos Patrones de Crecimiento menores de 5 años de la Organización Mundial de la Salud. Ver anexo (4).

Procedimientos para la recolección de datos

La recolección de la información fué recopilada en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (La Mascota) por la investigadora del estudio.

Autorización

Una carta fue elaborada por el Departamento de Nutrición del Instituto Politécnico de la Salud (IPS) y remitida al director de la Unidad de Salud, en esta se solicitó el apoyo del Hospital Manuel de Jesús Rivera la Mascota, para la elaboración de dicho estudio. Ver anexo (2).

Proceso

- El responsable de docencia del Hospital, se encargó de dialogar con el personal de la sala y los familiares de los pacientes con el fin de dar a conocer el objetivo del estudio que se llevó a cabo en dicha institución.
- Una vez reunidos en sala de neonatología del Hospital Manuel de Jesús Rivera (La Mascota), se les dio a conocer en qué consistía el estudio, los objetivos que se perseguían y los procedimientos que se utilizaron.
- Una vez que la población estuvo de acuerdo con formar parte del estudio, se procedió a la lectura y firma del Consentimiento Informado de cada uno de las personas que accedieron a participar en la investigación. Ver Anexo (3).



- Posteriormente se solicitó al responsable de sala de Neonatología los expedientes para extraer los datos de interés para dicho estudio.
- Luego se realizó la entrevista a las madres o familiares de la población en estudio.

6. Recursos humanos, materiales y financieros

Recursos Humanos: Una Investigadora del V año de la Carrera de Nutrición del POLISAL, responsable de la investigación.

Recursos Materiales

Papelería, lápiz, lapicero, borrador.

Computadora HP

Calculadora Casio

Formato de consentimiento informado

Tabla de Clasificación Nutricional de la Organización Mundial de la Salud (nuevos estándares).

Gabacha

Instrumento para levantar la información.

Recursos Financieros: El estudio fue financiado por la investigadora. Ver Anexo (5)

7. Plan de Tabulación y Análisis

Se utilizó el programa Microsoft Excel para la tabulación de la información, luego se plasmó en Microsoft Word para el análisis de los resultados que se presentaron con sus respectivas tablas de salida y gráficos, organizados según los objetivos y variables del estudio.



8. Operacionalización de Variables

Objetivo General: Analizar los Factores que limitan la alimentación con Leche Materna en la Unidad de Neonatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (La Mascota) Noviembre 2014				
Objetivos específicos	Variables conceptuales	Sub variable o dimensión	Escala o valor	Técnica de recolección de datos
1. Identificar los factores socio-demográficos de las madres.	Características demográficas: la cual estudiaría aquellos procesos que determinan la formación, la conservación y la desaparición de las poblaciones	1.Edad en años	15-21 años 22-30 años 31-38 años 39 -45 años	Entrevista y Expediente Clínico
		2.Procedencia	Urbana Rural	Entrevista y Expediente Clínico
	Características Sociales: Es un gran número de seres humanos que obran conjuntamente para satisfacer sus necesidades sociales y que comparten una cultura común".	3.Escolaridad	Estudios superiores Secundaria completa Secundaria incompleta primaria completa Primaria incompleta Alfabetizado Iletrado	Entrevista y Expediente Clínico
		4.Ocupación	Profesional Oficinista Comerciante Ama de casa.	Entrevista y Expediente Clínico
		5.Estado civil	Casada Acompañada Soltera Viuda	Entrevista y expediente Clínico
		6.Ingresos Mensuales	Alto más de (5000C\$) Medio entre (2000-5000C\$) Bajo menos de (2000C\$)	Entrevista



Objetivos Específicos	Variables conceptuales	Sub variable o dimensión	Variable operativa	Técnica de recolección de datos
<p>2. Clasificar el estado nutricional de los bebés.</p>	<p>Estado Nutricional: Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tiene lugar tras el ingreso de nutrientes.</p>	1.Edad	0-6 días 7 – 28 días 29 – 35 días 36 – 50 días	Expediente Clínico
		2.Sexo	Masculino Femenino	Expediente Clínico
		3.Peso	<2,500 gr 2,500-4000gr >4000gr	Expediente Clínico
		4.Talla	<45 cm 46 a 54 >54 cm	Expediente Clínico
		5.Perímetro Cefálico	<32cm 32 a 36 cm >36cm	Expediente Clínico



		Peso/Edad	Encima de 1 Sospecha de Problemas de Crecimiento Mediana 0 Normal Debajo de -1 Normal Debajo de -2 Peso Bajo Debajo de -3 Emaciación Severa	Indicadores de Crecimiento menores de 5 años de la Organización Mundial de la Salud
		Índice de Masa Corporal	Encima de 3 Obesidad Encima de 2 Sobre Peso Encima de 1 Posible Riesgo S.P Mediana 0 Normal Debajo de -1 Normal Debajo de -2 Emaciado Debajo de -3 Emaciación Severa	Indicadores de Crecimiento menores de 5 años de la Organización Mundial de la Salud
		Perímetro cefálico para la Edad	Macrocefalia Encima de 2 Macrocefalia Mediana 0 Normal Por debajo de -2 Microcefalia	Patrones de Crecimiento Infantil del nacimiento a 13 semanas de la Organización Mundial de la Salud



Objetivos Específicos	Variables conceptuales	Sub variable o dimensión	Variable operativa	Técnica de recolección de datos
<p>3. Determinar los factores personales de la madre que limitan la alimentación con Leche Materna.</p>	<p>Factores: Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.</p>	<p>1. Inicio de la Lactancia Materna después de nacer el bebé.</p>	<p>Apego precoz 1 a 3 horas Mayor de 4 horas 1 a 2 días 3 a 6 días Nunca ha recibido</p>	<p>Entrevista y Expediente Clínico</p>
		<p>2. Producción de leche</p>	<p>Bastante Regular Poca No aplica</p>	<p>Entrevista</p>
		<p>3. Queda satisfecho el bebé con el pecho materno?</p>	<p>Si No No aplica</p>	<p>Entrevista</p>
		<p>4. ¿Rechaza su Bebé el Pecho Materno?</p>	<p>Si No No aplica</p>	<p>Entrevista</p>
		<p>5. ¿Succiona bien el pecho materno su bebé?</p>	<p>Si No No aplica</p>	<p>Entrevista</p>



Objetivos Específicos	Variables conceptuales	Sub variable o dimensión	Variable operativa	Técnica de recolección de datos
3. Determinar los factores personales de la madre que limitan la alimentación con Leche Materna.	Factores: Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.	6. ¿Toma usted pastillas Anticonceptivas?	Si No No aplica	Entrevista
		7. Problemas de salud de la madre	Mastitis Dolor en los pezones Cansancio Enferma En tratamiento Fallecida Ninguna	Entrevista



Objetivos específicos	Variables conceptuales	Sub variable o dimensión	Variable operativa	Técnica de recolección de datos
4. Describir los factores institucionales que limitan la alimentación con Leche Materna.	Factores: Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.	1. ¿Recibe consejería sobre lactancia materna en la sala?	Sí No	Entrevista
		2. Bebé pre término y bajo peso al nacer	Sí No	Expediente Clínico
		3. Problemas de salud del bebé	Bebé con galactosemia Bebé con fenilcetonuria Orina jarabe arce Ninguna	Expediente Clínico
		4. Tipo de alimentación que recibe el bebé.	Lactancia materna exclusiva Mixta Sólo Fórmula	Entrevista y Expediente Clínico
		5. Tipo de fórmula	Fórmula de inicio Fórmula para prematuro Fórmula antirreflujo Leche de soya Ninguna	Expediente Clínico
		6. Vía de Alimentación	Vía oral Sonda oro gástrica Gastrostomía	Expediente Clínico
		7. Que utensilio usa para alimentar al bebé?	Jeringa Vasito Biberón Pecho Materno	Entrevista



VII DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados se describieron y analizaron según las variables del estudio.

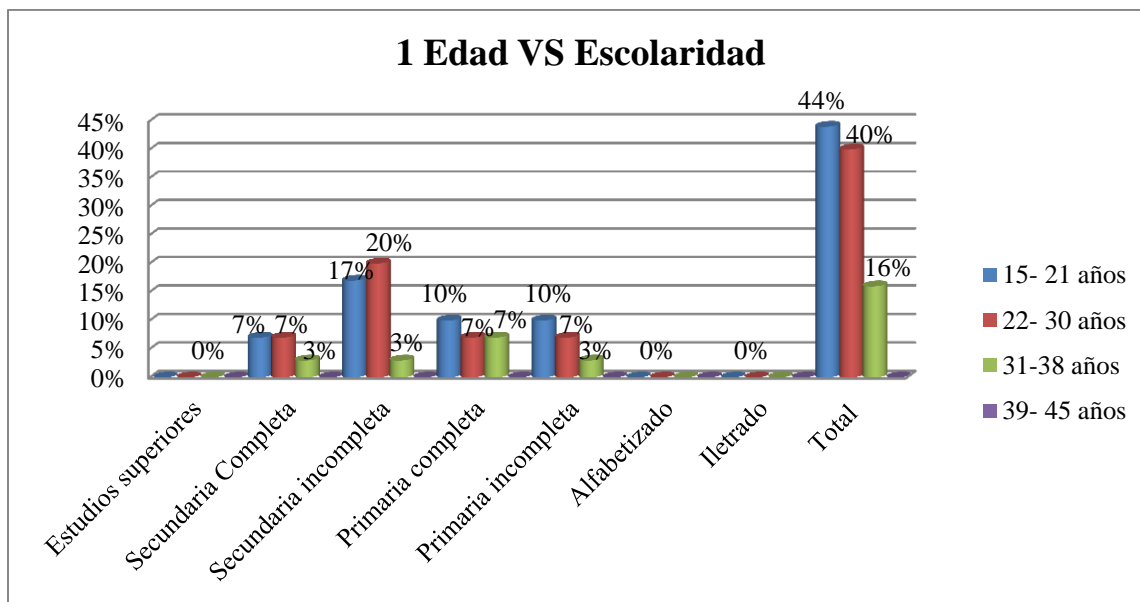
Estos se presentan en 4 secciones en correspondencia a objetivos y variables estos son:

- ✚ Factores sociodemográficos de las madres.
- ✚ Clasificación del Estado Nutricional.
- ✚ Factores personales de la madre que limitan la alimentación con Leche Materna.
- ✚ Factores institucionales que limitan la alimentación con Leche Materna.

I. Factores Sociodemográficos

Se tomaron en cuenta las características de las madres como: Edad, Escolaridad, Ocupación, Procedencia, para identificar si estas influyen en la alimentación con leche materna, también se estudió el estado civil e Ingresos mensuales.

Gráfico 1: Edad de la Madre VS Escolaridad



Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

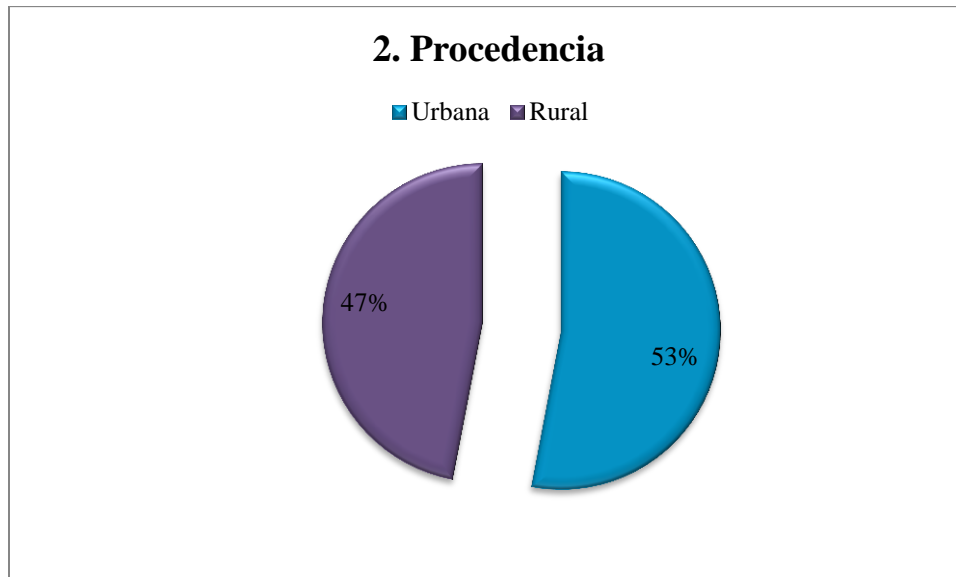
En su mayoría se encontró que las madres tenían entre 15-21 años de edad con un 13 representadas por el (44%), de este total de madres, 5 equivalentes a un (17%) tenían



secundaria incompleta y 3 representado por un (10%) tenían primaria completa e incompleta, en segundo lugar se encontraron a las madres que tenían entre 22 – 30 años con 12 representado por un (40%), de este total de madres 6 que equivalen aun (20%) tenían secundaria incompleta.

Según los resultados obtenidos establecen relación a lo indicado por Gómez, sobre las madres adolescentes, como un reto frente a los factores limitantes en la lactancia materna exclusiva, estas adolescentes no tienen conocimiento de cómo ser madres, no está preparada, en un corto tiempo debe lograr importantes metas. En el nivel de escolaridad o grado de instrucción de la madre es importante tomarlo en cuenta, ya que las mujeres no amantan por instinto, sino una destreza que se debe aprender. Lo cual también se cumple con los resultados encontrados en este estudio donde las madres presentaron un nivel educativo muy bajo.

Gráfico 2: Procedencia de las madres



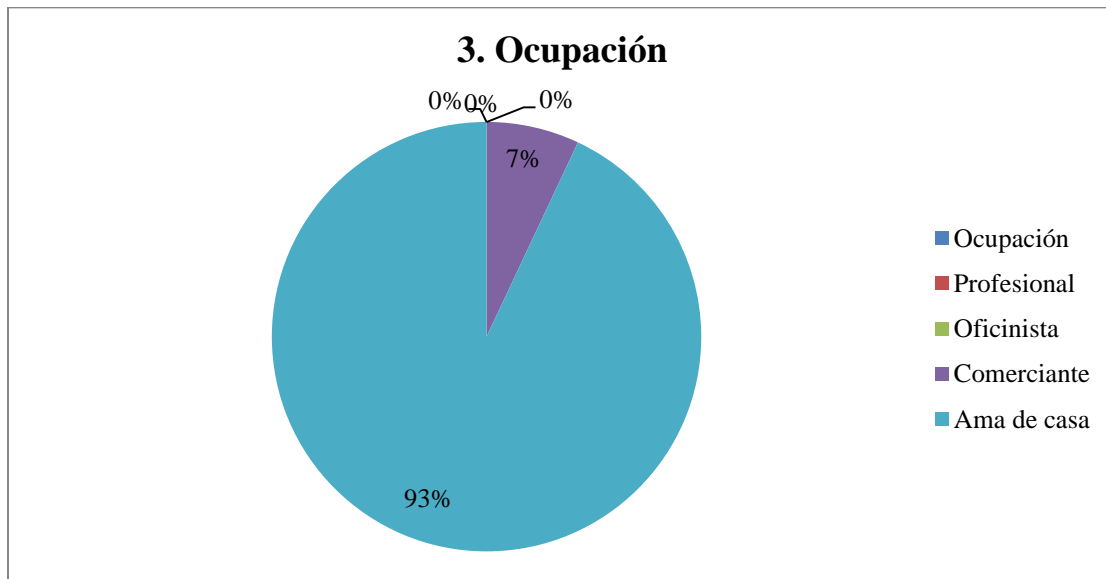
Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

Dentro de los resultados obtenidos se muestra que en su mayoría las madres eran del área urbana encontrándose a 16 de las madres que corresponden a un (53%) y 14a un (47%) eran del área rural.



En este estudio se obtuvo un mayor porcentaje en las madres del área urbana sin embargo, según el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, explica que en Nicaragua el abandono de la lactancia materna es un problema que afecta principalmente las áreas rurales, debido a que las madres se van a trabajar al campo, mientras los niños quedan al cuidado de las abuelas, quienes los alimentan con leche de cabra o de vaca contribuyendo a un mal estado nutricional del bebé y predisponiéndolo a adquirir enfermedades por un sistema inmunológico deprimido. Y al momento de levantamiento de la información, habían madres que vivían de 2 – 4 horas de alejadas de la ciudad por lo tanto la posición geográfica de las madres afecta influye en cuanto al información de por el personal de la salud.

Gráfico 3: Ocupación de la Madre



Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

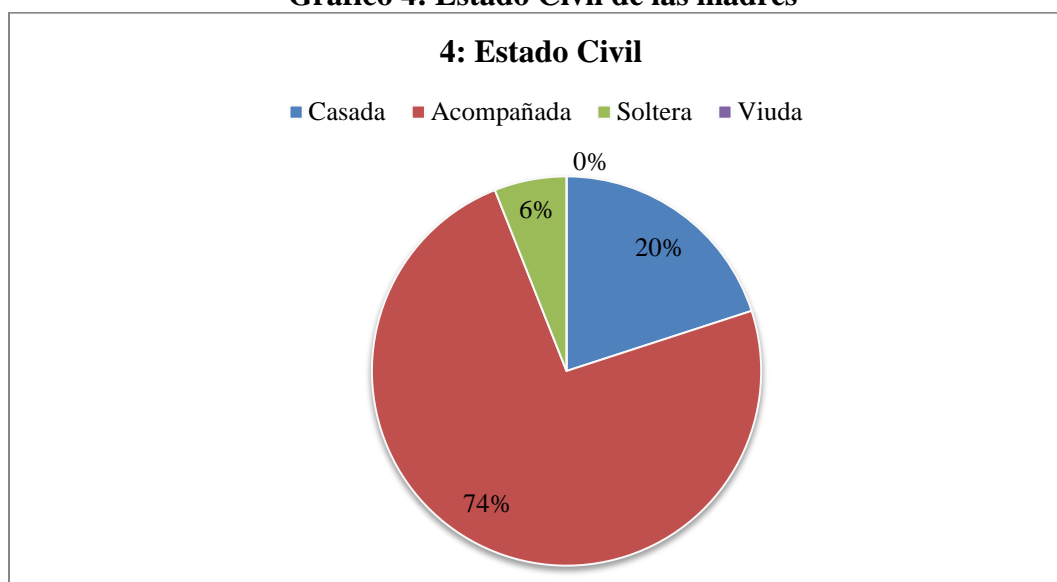
Según los resultados encontrados en cuanto a la ocupación de las madres muestra que 28 representado por el (93%) eran amas de casa y 2 de las madres que representan a un (7%) eran comerciante.

Según Saavedra en la teoría, indica que la lactancia materna se puede categorizar como un trabajo, dado el esfuerzo que éste implica, cuando las madres trabajan, luego del



postnatal debe incorporarse al centro de trabajo y otras actividades propias de su papel de mujer dentro de la sociedad. Este momento en la vida de la mujer representa a veces una crisis tanto para ella como para el (la) niño (a). Sin embargo en este estudio en su mayoría, las madres eran amas de casa, por lo tanto este factor no influyo, ni se cumple en relación a la teoría.

Gráfico 4: Estado Civil de las madres



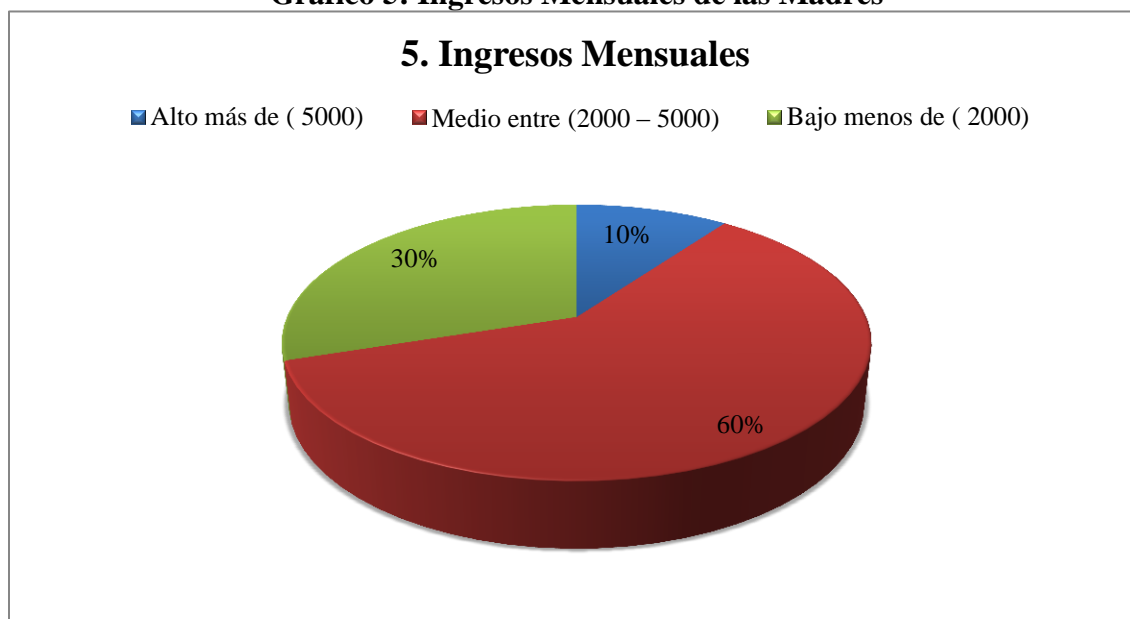
Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

Según los resultados encontrados en relación con el estado civil de las madres, muestran que 22 de ellas representadas por un (74%) eran acompañadas, en segundo lugar se encontró que 6 de las madres representadas por un (20%) eran casadas.

Según la teoría, Saavedra & Sandino L, indican que el ser madre soltera es satisfactorio por motivos de que la madre puede dormir y estar más descansada, se le brinda mucha más atención al bebé. Por este motivo, son muchas las madres solteras que consiguen tener una lactancia satisfactoria. Sin embargo en este estudio no se cumple esta teoría ya que las madres en su mayoría eran acompañadas y en menor porcentaje se encontraron madres solteras.



Gráfico 5: Ingresos Mensuales de las Madres



Fuente: Entrevista

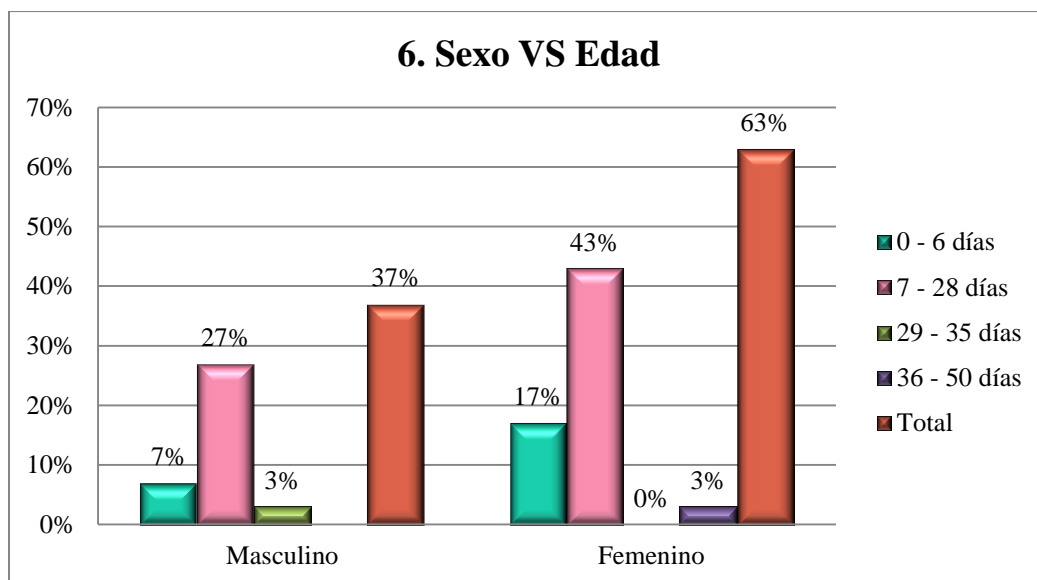
Según los resultados encontrados muestran que 18 representadas por un (60%) tenían un ingreso mensual medio entre 2000 a 5000 córdobas, en segundo lugar se encontró que 9 de las madres representadas por un (30%), tenían un ingreso mensual bajo menos de 2,000 córdobas.

Según la teoría indica que la lactancia Materna Exclusiva ahorra mucho dinero ya que es gratis, según la encuesta de demografía, dice que a nivel nacional, la mayoría de las familias viven en condiciones de pobreza o extrema pobreza al no satisfacer sus necesidades básicas por el tipo de salarios, lo cual se refleja en este estudio en los resultados obtenidos.



II. Estado Nutricional de los Bebés

Gráfico 6: Sexo VS Edad de los Bebés



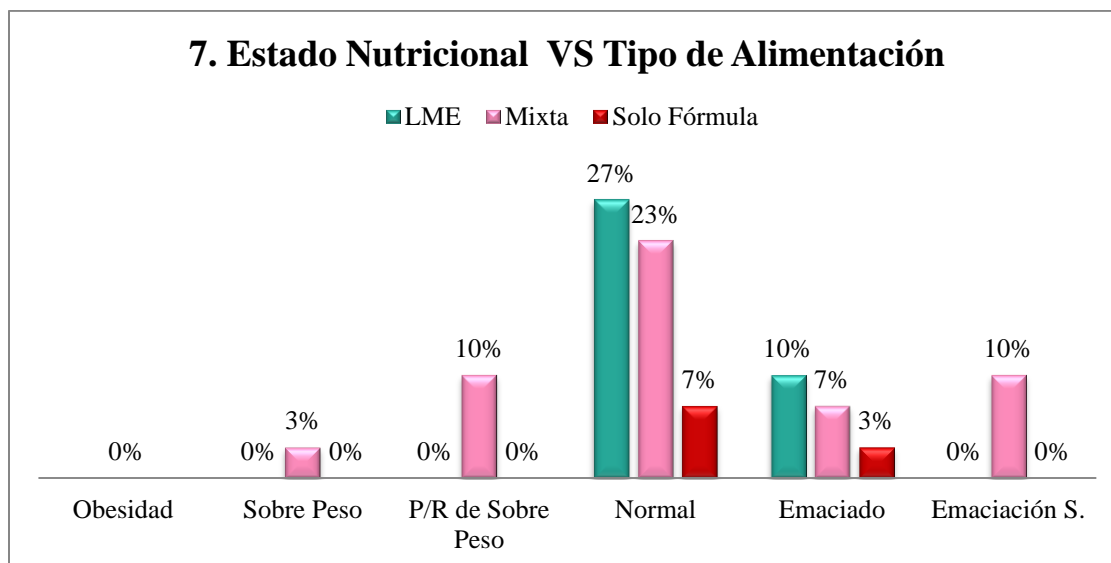
Fuente: Expediente Clínico

En cuanto al sexo de los bebés se encontró que 19 representados por un (63%) eran femenino, en segundo lugar se ubicaron los del sexo masculino con 11 representados por un (37%), predominando en ambos sexos las edades de 7 – 28 días de nacido, seguido por las edades de 0 – días.

Estos datos establecen relación a lo que el Instituto Nacional de Información de Desarrollo en Nicaragua indica, que la mayoría de la población pertenece al género femenino. Lo que se puede confirmar en este estudio, en base a los nacimientos, siendo el sexo femenino el que continua predominando. En cuanto a la edad de los bebés, aquellos mayores de 28 días, que ya no se consideran como neonatos por la edad que tenían, eran hospitalizados en esta sala debido a que presentaban una patología complicada, y requerían de una atención más especializada.



Gráfico 7: Estado Nutricional VS Tipo de Alimentación que recibe el Bebé



Fuente: Expediente Clínico/ Indicadores de Crecimiento de la Organización Mundial de la Salud

Los resultados muestran que en su mayoría los bebés presentaron un estado nutricional normal, encontrándose a 8 equivalentes al (27%) y recibían lactancia materna exclusiva, 7 equivalentes a un (23%) recibían alimentación mixta. En segundo lugar se muestra a los bebés que presentaron emaciación encontrándose a 3 representados por el (10%) y recibían lactancia materna exclusiva. Luego se encontraron aquellos bebés que presentaron emaciación Severa encontrándose a 3 equivalentes a un (10%) y el tipo de alimentación que recibían era Mixta. Por último se encontraron a 3 bebés representados por un (10%) con posible riesgo de sobre peso y recibían alimentación mixta, de este total uno de ellos presentó macrocefalia por ende la acumulación de líquido altera el peso, ya que al momento de levantar la información no se observó con aumento de peso significativo.

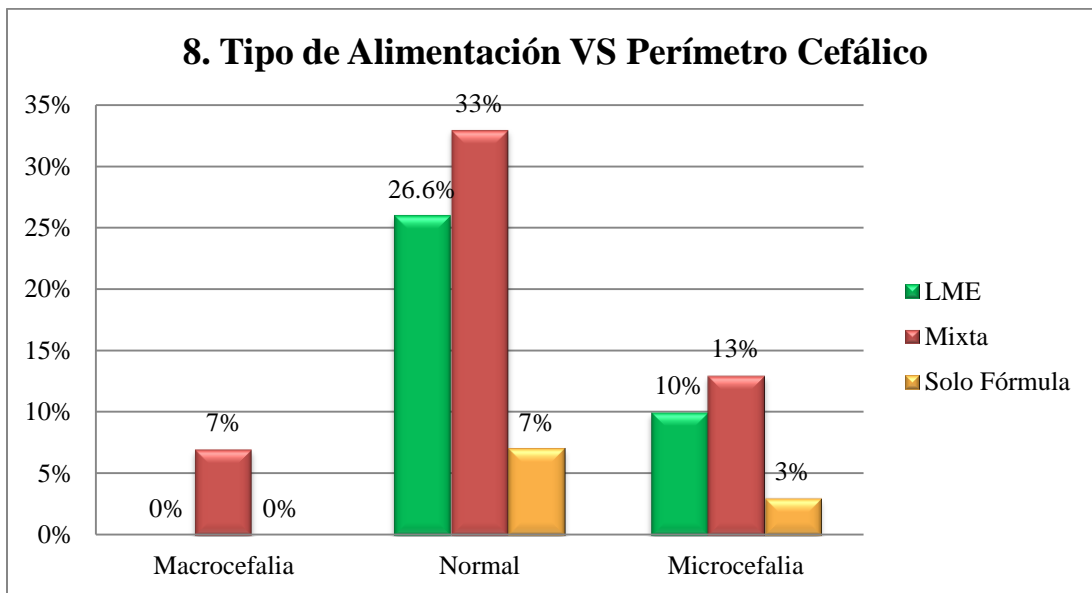
Según Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, indica que usualmente, la emaciación es causada por una enfermedad reciente o falta de alimentos que resulta en una pérdida aguda o severa de peso, lo que se relaciona con los resultados obtenidos, encontrándose estos bebés hospitalizados debido a una enfermedad, ocasionando un mal estar general provocando la pérdida del apetito y de peso, por lo que se evaluó el estado nutricional con el índice de masa corporal, reflejando el estado nutricional actual en el que



se encontraban, se pudo observar que los bebés que recibían lactancia materna exclusiva fueron los que presentaron un estado nutricional normal y que recibían los nutrientes adecuados para su crecimiento y desarrollo. Según la teoría se indica que la leche materna es increíblemente compleja, que contiene todos los nutrientes vitales para la alimentación, y que ningún otro alimento podrá sustituirlo.

También indica que aquellos bebés que son alimentados con lactancia materna exclusiva tiene menor riesgo de padecer de sobre peso y de obesidad, lo cual también se puede confirmar en este estudio ya que los bebés que presentaron mal nutrición por exceso además de lactancia materna recibían otro tipo de leche.

Gráfico 8: Tipo de Alimentación que reciben los Bebés VS Perímetro Cefálico



Fuente: Expediente Clínico/ Indicadores de Crecimiento de la Organización Mundial de la Salud

En su mayoría los bebés que presentaron un perímetro cefálico normal, de estos bebés 10 de ellos representados por el (33%) recibían una alimentación mixta, luego se encontraron a 8 bebés que equivalen a un (26.6%) que se alimentaban con lactancia materna exclusiva. En segundo lugar se encontraron los bebés que presentaron microcefalia, con 4 bebés que equivalen a un (13%) y recibían alimentación mixta, 3 representados por el (10%) se alimentaban con Lactancia Materna Exclusiva y por último

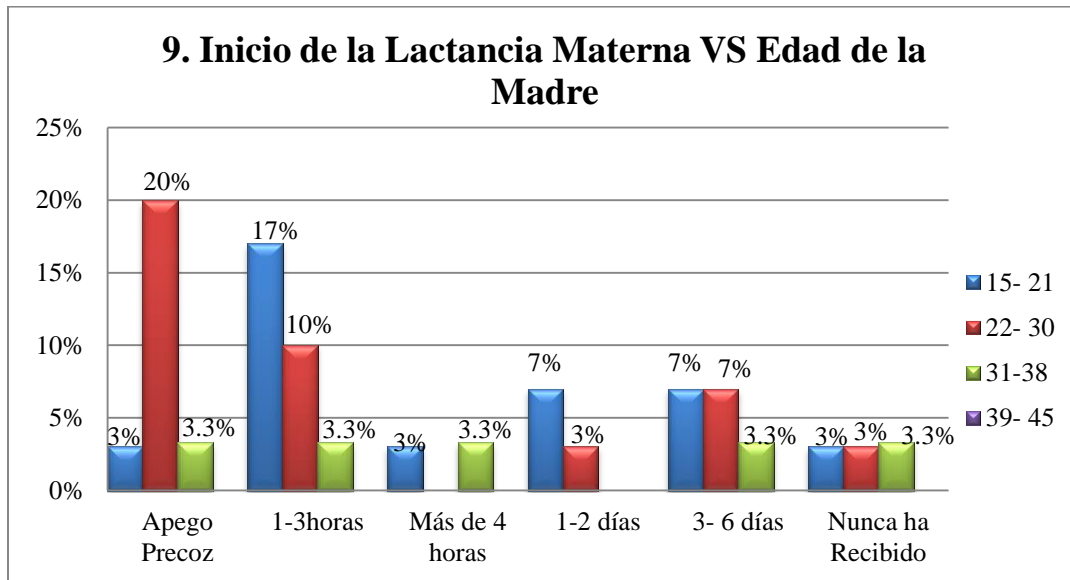


se encontró a 2 bebés que presentaron macrocefalia representados por el (7%) y el tipo de alimentación que recibían era mixta.

La Organización Mundial de la Salud indica que aquellos bebés que son alimentados únicamente con leche materna tendrán una mayor capacidad para ascender en la escala social por su capacidad intelectual, siendo únicamente la leche materna la que contiene los nutrientes adecuados y específicos para el desarrollo sensorial y cognitivo. Por lo tanto según los resultados encontrados en este estudio se muestra que es mayor el número de bebés alimentados con fórmulas, lo que indica que el cerebro de estos bebés no logrará crecer ni desarrollarse de forma normal que el de los bebés que son alimentados con leche materna exclusiva.

III. Factores personales de la madre

Grafico 9: Inicio de la Lactancia Materna después de Nacer el Bebé VS Edad de la Madre



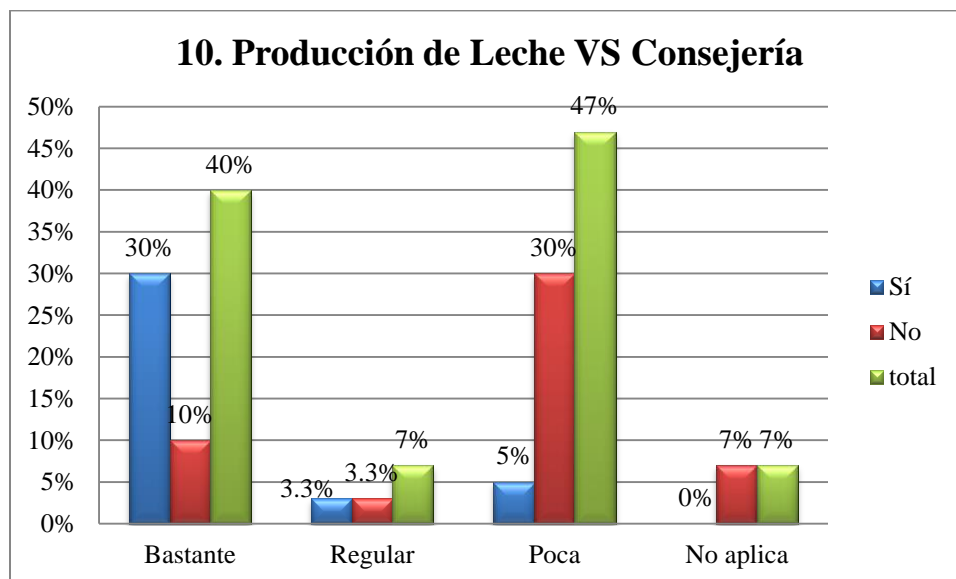
Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

En los resultados encontrados muestra que 6 de los bebés representados por un (20%) recibieron apego precoz y las edades de las madres eran entre 22 – 30 años, seguido por los bebés que iniciaron lactancia materna de 3 – 6 días con 5 bebés representadas por un (17%) y las edades de las madres eran de 15 – 21 años.



Según Gómez en su teoría indica que las madres adolescentes además de ser joven, son inmaduras psicológicamente, ya que la maternidad temprana no la hace mujer adulta. Además de esto son jóvenes sin experiencia lo que constituye un gran riesgo para la Lactancia Materna, ya que ellas no tienen conocimiento de la importancia de iniciar el apego precoz por lo que se cumple lo mencionado anteriormente en relación a este estudio, ya que las madres jóvenes fueron las que menos tuvieron apego precoz, cuanto mayor sea la madre podrá entender mejor la importancia de iniciar la lactancia materna lo antes posible y saber cuándo se le separa a su bebé por una causa que sea justificable, como indica Riaño & Lasarte que en muchas circunstancias se separa a la madre de su hijo por razones innecesarias.

Gráfico 10: Producción de Leche de la Madre VS Consejería recibida



Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

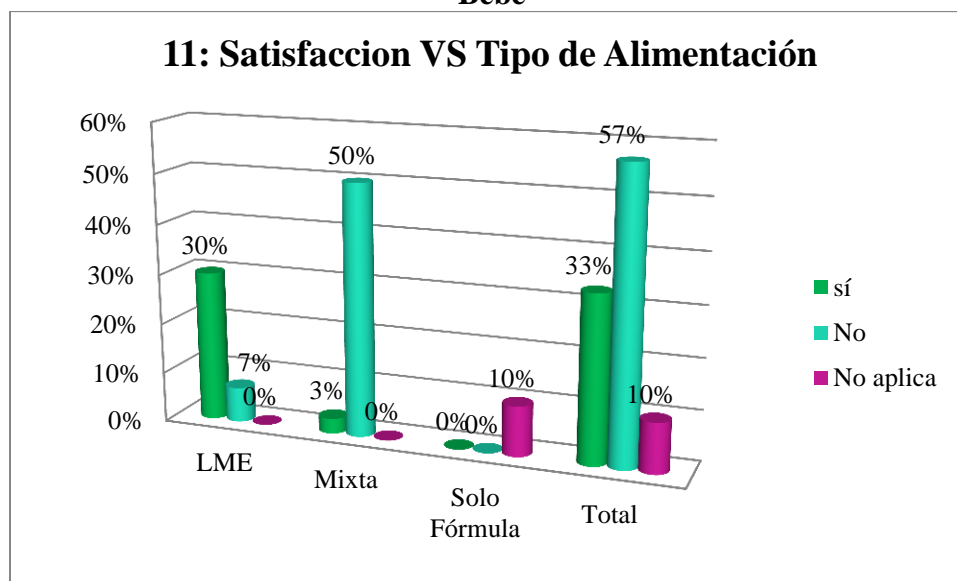
En los resultados obtenidos se muestra que 14 de las madres representadas por un (47%) refirieron tener poca producción de leche, de este total 9 madres representadas por un (30%) no recibió consejería, en segundo lugar 12 de las madres representadas por el (40%) tenían bastantes producción de leche y de este total 9 de las madres representadas por el (30%) recibían consejería.



El Hospital actualmente cuenta con un comité de lactancia materna, donde se encarga de apoyar y brindar apoyo a las madres que presentan problemas para brindar lactancia materna, sin embargo en este estudio se observa que fueron pocas las madres que recibieron consejería. En un estudio realizado por la Doctora Terán, se obtuvieron resultados en cuanto a la producción de leche en aquellas madres que estaban lactando o que dejaron de lactar y todo fue posible después de brindar información que tendía a resolver el problema actual atacando su causa, las prácticas hospitalarias y los mensajes educativos. Lo que concuerda con los resultados obtenidos en este estudio ya que las madres que recibieron consejería fueron las que tuvieron bastante producción de leche materna.

En el caso de las madres que no se encontraban por motivos de enfermedad, se obtuvo la información de las abuelas que cuidaban al bebé ya que Vilar en su teoría indica que la información en cuanto a lactancia materna dirigida a la madre, el cónyuge y demás familiares juegan un papel muy importante.

Gráfico 11: Satisfacción con el pecho Materno VS Tipo de Alimentación que Recibe el Bebé



Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

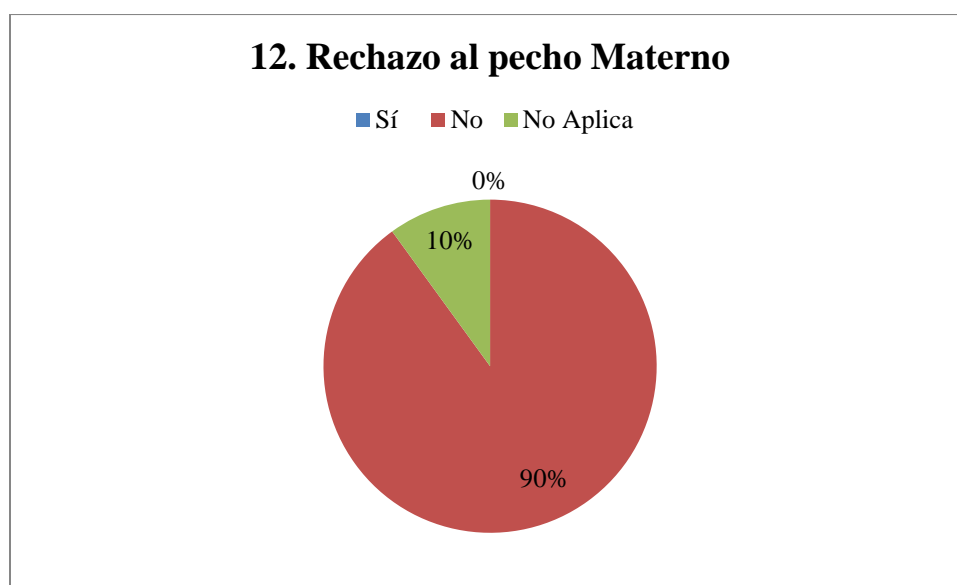
En los resultados encontrados se muestra que 17 de las madres representadas por el (57%) refirieron que su bebé no quedaba satisfecho solo con pecho materno, de este total 15 de los



bebés representados por el (50%) el tipo de alimentación que recibían era mixta, seguido por 10 de las madres representadas por un (30%) dijeron que su bebé si quedaba satisfecho y el tipo de alimentación que recibían era lactancia materna exclusiva. y 3 representado por un (10%) no aplicaban debido a que 2 madres presentaron problemas de salud y el otro se debe a que no puede succionar pecho materno por presentar atresia esofágica.

La organización panamericana de la salud indica que los bebés durante el primer mes se alimentan entre 8 y 12 veces al día y la leche materna se digiere con más facilidad que las leches infantiles, lo que significa que avanza más rápidamente por el sistema digestivo y es por esta razón que muchas madres piensan que su bebé no se llenan a diferencia de las fórmulas estas producen más saciedad y se digieren más lentamente lo cual coincide con los resultados en este estudio ya que las madres según ellas sus bebés no se llenaban sólo con leche materna.

Gráfico 12: Rechazo del Pecho Materno por el Bebé

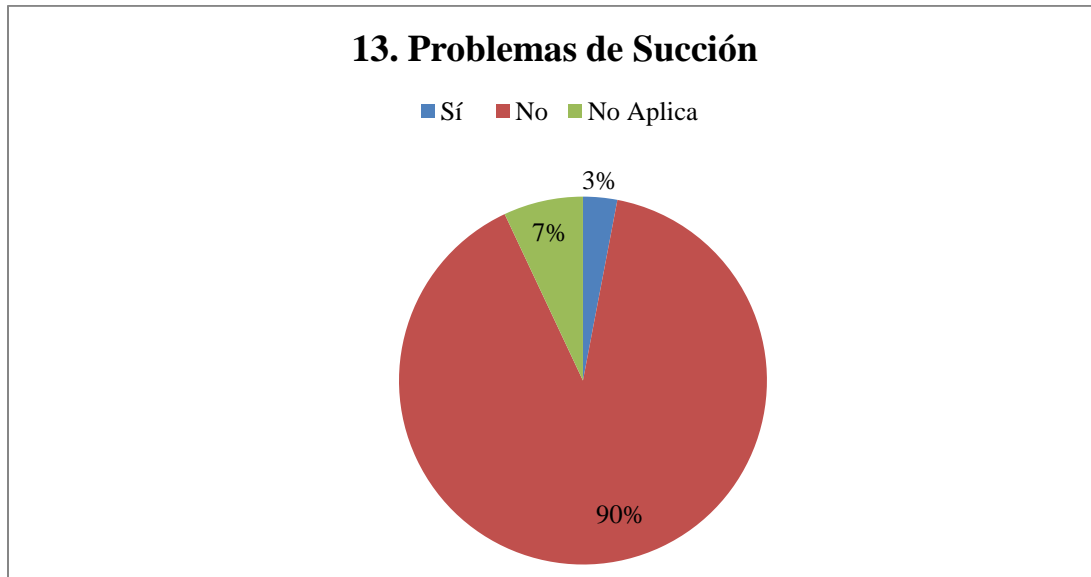


Fuente: Entrevista

Se muestra que 27 de los bebés representados por un (90%) no presentaron rechazo al pecho materno y 3 bebés representado por un 10% no aplicaba para esta sección debido a que dos de los bebés su madre no permanecía con ellos y el otro bebé presentó atresia esofágica, no presentando relevancia en este estudio por los resultados encontrados.



Gráfico 13: Bebés con problemas para succionar Pecho Materno



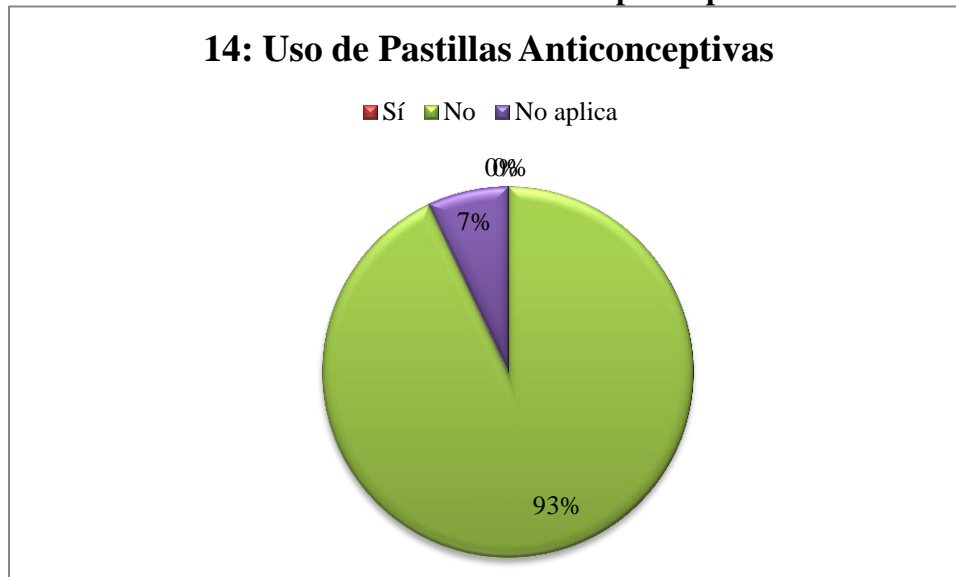
Fuente: Entrevista

En el presente gráfico se muestra que 27 de los bebés representados por un (90%) tenían buena succión, y 1 bebé representado por un 3% presento problemas alimentarse al pecho materno ya que presentó atresia esofágica.

Este resultado obtenido se relaciona con la teoría ya que según Montero indica que para lograr una buena succión al pecho materno el neonato debe nacer sin malformaciones congénitas del aparato bucal, respiratorio o neurológico y el funcionamiento normal de los diferentes órganos y sistemas involucrados, ya que este bebé se alimentaba por otra vía.



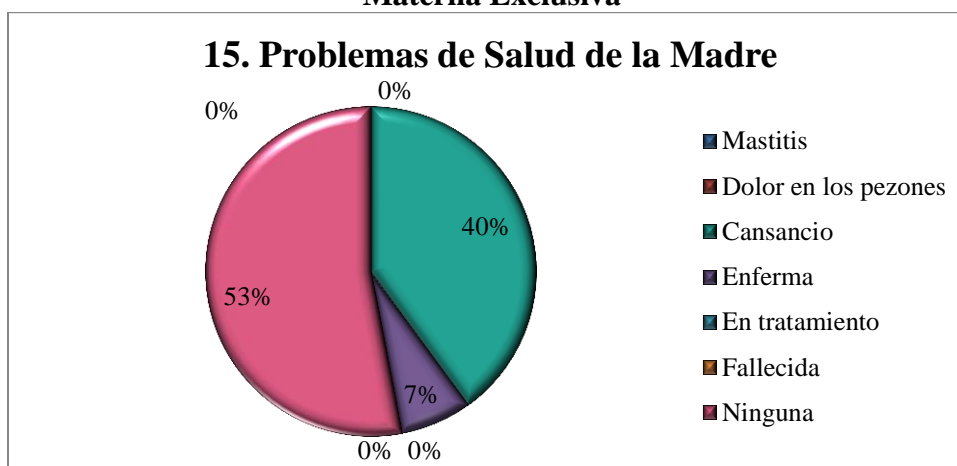
Gráfico 14: Uso de Pastillas Anticonceptivas por la Madre



Fuente: Entrevista

En el presente gráfico muestra que 28 de las madres que equivalen a un (93%) dijeron que no usan pastillas anticonceptivas como método de planificación familiar y 2 de las madres representadas por un (7%) no aplican en esta sección. Según lo indicado en teoría refiere que los anticonceptivos disminuyen la producción de leche, sin embargo en este estudio no se relaciona con los resultados encontrados ya que ninguna de las madres usaba pastillas anticonceptivas las que se consideraran incompatibles con la lactancia materna.

Gráfico 15: Problemas de Salud de la Madre que inducen a interrumpir la Lactancia Materna Exclusiva



Fuente: Entrevista

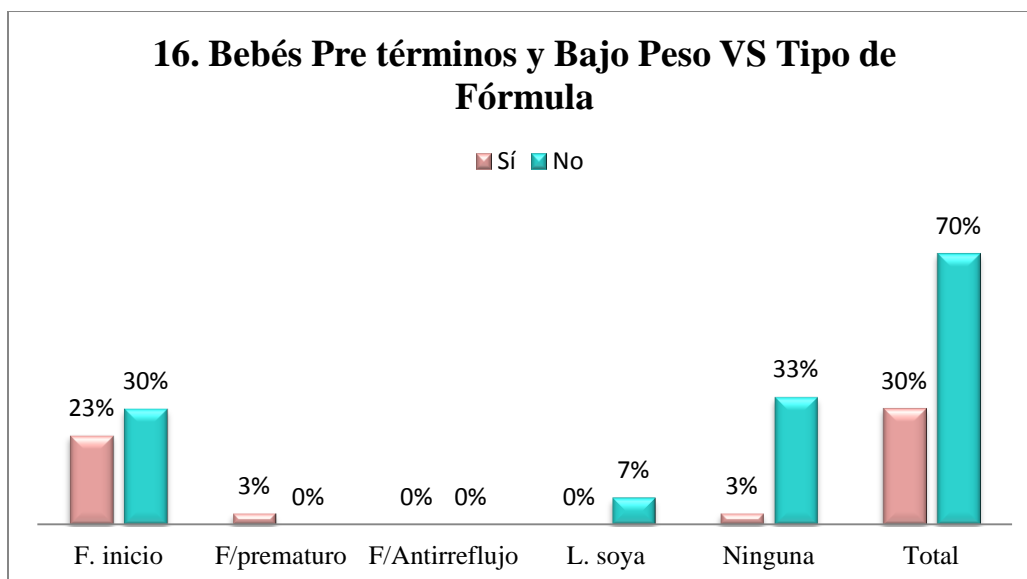


En los resultados obtenidos se muestra que 16 de las madres representado por un 53% no presento ningun problema, seguido por 12 madres reflejados por el (40%) que refirieron sentir cansancio y 2 representado por un 7% se encontraban enfermas ya que después del nacimiento del bebé presentaron complicaciones ocasionando la hospitalizacion de estas madres y los bebés eran cuidados por sus familiares cercanos (abuelas), ambos se encontraban hospitalizados en diferentes unidades de salud (madre y bebé).

Los resultados obtenidos coinciden con lo indicado por la organización mundial de la salud, que el cansancio en las madres es provocado debido a que duermen de forma interrumpida y durante pequeños intervalos, como máximo, de dos horas seguidas. Hay que tomar en cuenta que estas madres se encontraban aún más cansadas por encontrarse cuidando a su bebé hospitalizado, donde no se les brindan las condiciones necesarias para que ellas descansen. También indica que la lactancia materna se ve interrumpida cuando las madres presentan alguna enfermedad que imposibilita el cuidar a su bebé, lo cual también se cumple por los resultados obtenidos.

IV. Factores Institucionales

Gráfico 16: Bebés Pre términos y Bajo Peso VS Tipo de Fórmula



Fuente: Entrevista y Expediente Clínico



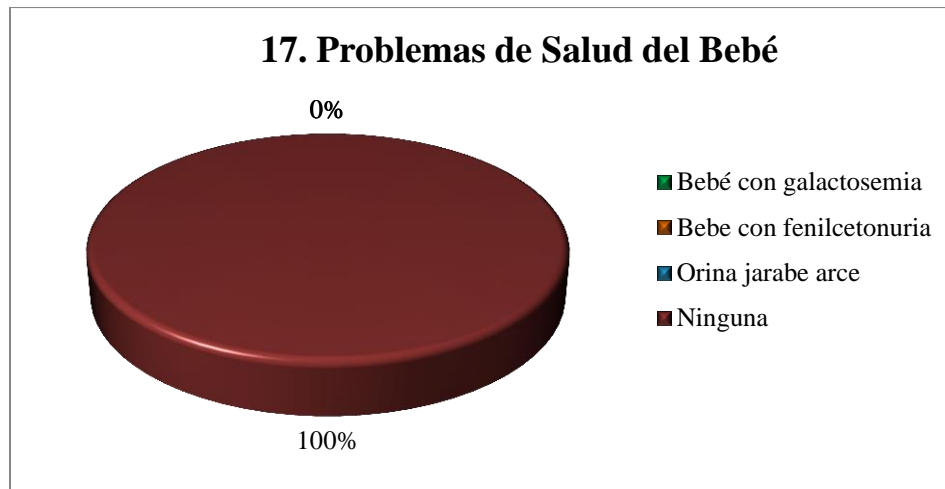
Los resultados encontrados muestran que 21 de los bebés eran nacidos a término representados con un (70%) de este total 10 bebés equivalentes a un (33%) recibían lactancia materna exclusiva y 9 representados por un (30%) recibían fórmula de inicio.

En segundo lugar se encontró a 9 bebés representados por un (30%) que eran pre término y bajo peso al nacer, de este total de bebés 7 representados por un (23%) recibía fórmula de inicio y 1 bebé representado por el (3%) recibía fórmula para prematuro.

Según la teoría, indica la lactancia materna como único alimento en los bebés a término y la complementación cuando son pre términos y bajo peso debido a la elevada densidad calórica de las fórmulas para prematuros, además de hacer frente a sus mayores requerimientos energéticos y de nutrientes, según los resultados obtenidos en este estudio no se cumple con respecto a lo indicado ya que sólo 1 bebé recibía fórmula especial. Este tipo de fórmulas son facilitadas por el Hospital y debido a que son costosas no siempre están disponibles para los bebés por lo que usan fórmulas de inicio por ser más accesibles. Las enfermeras de la sala expresaron que los bebés que eran a término y con un peso normal recibían fórmula de inicio debido a que antes de que ingresaran a la sala la misma madre ya alimentaba al bebé con otro tipo de leche, al quejarse la madre de que su bebé no se llenaba sólo con leche materna, el mismo personal médico de la sala era quien indicaba la fórmula de inicio.



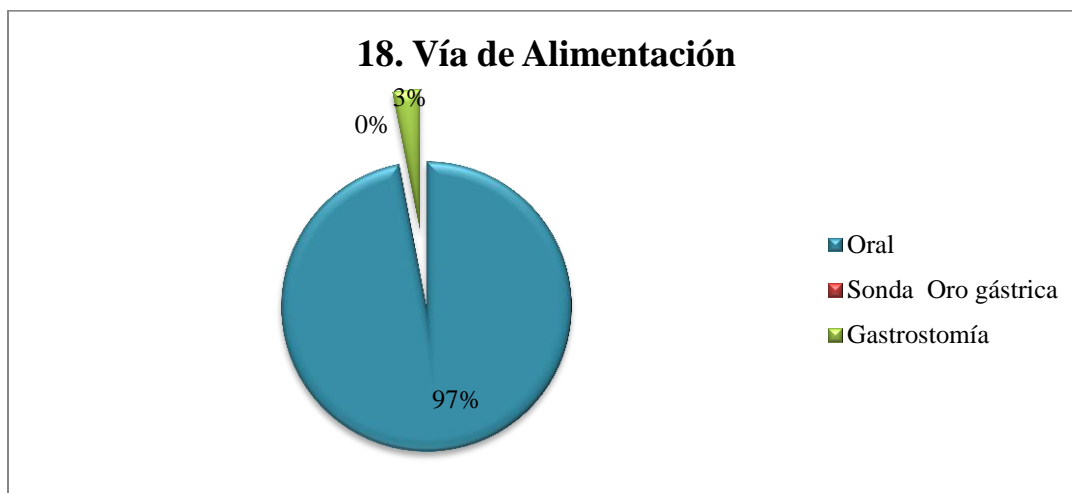
Gráfico 17: Problemas de Salud de los Bebés que inducen a discontinuar la Lactancia Materna



Fuente: Expediente Clínico

En la gráfica se muestra que 30 bebés representados por el 100% no presento problemas de salud, para que se indicara otro tipo de leche que no fuera materna. La Organización Mundial de la Salud indica discontinuar la lactancia materna y no usar ningun otro tipo de leche, excepto fórmula especializada, cuando los bebés presentan cualquiera de estos problemas de salud, sin embargo según los resultados obtenidos este factor no influyo.

Gráfico 18: Vía de Alimentación utilizada en el Bebé



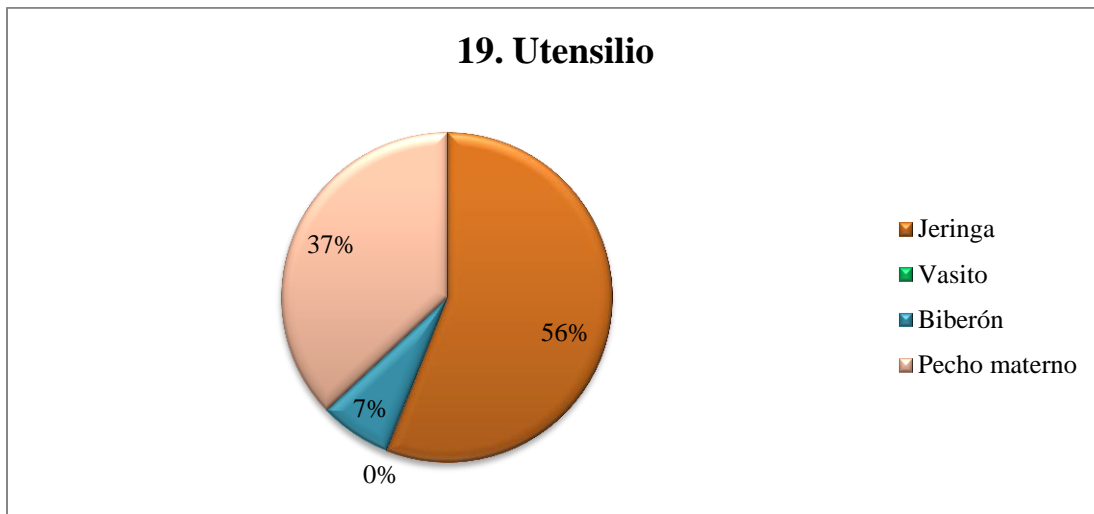
Fuente: Expediente Clínico



En los resultados obtenidos se muestra que 29 de los bebés representados por un (97%) recibía alimentación por vía oral y 1 de los bebés equivalentes a un (3%) se alimentaba por gastrotomía debido a problemas anatómicos del esófago (atresia esofágica).

Según Matínez y Gómez indican que la Nutrición Enteral es la técnica de soporte nutricional cuando éste es anatómicamente funcional, lo cual se cumple en base a los resultados obtenidos en este estudio ya que estos bebés en su mayoría recibían alimentación por vía oral.

Gráfico 19: Utensilio que usa para Alimentar al Bebé



Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

En los resultados encontrados se muestra que 17 de los bebés representados por un (56%) recibían alimentación con jeringa, seguido por 11 de los bebés representados por un (37%) recibían pecho materno y por último 2 de los bebés equivalentes a un (7%) recibían alimentación con biberón.

La Organización Mundial de la Salud indica que existen técnicas para dar suplementos a los niños evitando usar biberones, y sin riesgo de provocar confusión en la succión de los bebés, lo cual se cumple con los resultados obtenidos en este estudio ya que el uso de jeringa es una de estas técnicas y en cuanto al uso de biberones no se aconsejan porque



Factores que limitan la alimentación con leche materna

facilita la contaminación bacteriana, da una falsa impresión a los padres de seguridad al alimentar a su bebé. Estos dos bebés que eran alimentados con biberón, uno de ellos permanecía con su madre, según ella porque el bebé no se llenaba solo con el pecho y el otro bebé era su abuela quien daba biberón y ella expresaba que lo hacía para que el bebé no se olvidara de mamar, ambas (madre y abuela) lo hacían discretamente sin que el personal de la sala de diera cuenta.



VIII CONCLUSIONES

A partir de los resultados antes expuestos se arrojan las siguientes conclusiones.

Factores Sociodemográficos

- La mayoría de las madres se encontraron entre las edades de 15 a 21 años y con un bajo nivel educativo.
- En su mayoría eran de procedencia urbana con un 53% y en cuanto a la ocupación el 93% eran amas de casa, con un estado civil acompañadas y en su mayoría tenían un ingreso mensual medio entre 2,000 y 5,000 córdobas.

Estado Nutricional

- Los bebés que presentaron un estado nutricional normal en su mayoría recibían lactancia materna exclusiva, seguido por los que recibían alimentación mixta y sólo fórmula y en menor porcentaje se encontraron los que presentaron emaciación y posible riesgo de sobre peso.
- El 67% presentaron un perímetro cefálico normal y en su mayoría recibían alimentación mixta, seguido por los que presentaron microcefalia y macrocefalia que en su mayoría recibían alimentación mixta.

Factores personales de la Madre

- El 20% de las madres tuvieron un apego precoz y fueron aquellas que tenían entre 22 – 30 años de edad.
- El 47% de las madres tenían poca producción de leche y en su mayoría no recibieron consejería.
- El 57% de los bebés según reporte de las madres no quedaban satisfechos solo con el pecho materno y el tipo de alimentación que recibían era mixta en su mayoría.
- La mayoría de las madres presentaron cansancio para dar lactancia materna y sólo un 7% presentó problemas de salud que ocasionó la interrupción de lactancia materna exclusiva.



Factores institucionales

- El 30% de los bebés eran pre término y bajo peso al nacer encontrándose sólo a un 3% de los bebés que recibían fórmula especial y el resto recibían fórmula de inicio.
- El tipo de alimentación que más predominó fue mixta con un 53%, seguido por los que se alimentaban con lactancia materna exclusiva con un 37%.
- En su mayoría los bebés eran alimentados por vía oral y el utensilio más usado era jeringas y un 7% recibía alimentación con biberón.



IX RECOMENDACIONES

Al Departamento de Nutrición del Hospital Manuel de Jesús Rivera la Mascota

Elaborar un programa de re lactación

Al comité de Lactancia Materna del Hospital Manuel de Jesús Rivera la Mascota

Cumplir con las políticas de lactancia materna y la regulación de sucedáneos.

Mantener la consejería, brindando apoyo a aquellas madres que presenten problemas para brindar una lactancia materna exitosa.

Brindar fórmula solamente a aquellos bebés con un diagnóstico que sean justificables por la Organización Mundial de la Salud.

Mantener murales u otros medios de información alusivos a la lactancia materna.

Realizar supervisión a las madres para evitar que estas alimenten al bebé con biberón en la sala.

A las madres

Buscar ayuda profesional en caso de presentar inconvenientes en alimentar al bebé con leche materna.

No brindar otro tipo de alimentación al bebé que no sea leche materna.

A la universidad

Se recomienda realizar estudios en temas en los que no se logró abarcar sobre cómo dar lactancia materna sin apoyo social, así como los factores de comportamiento, alimentación en la madre lactante, factores asociados al bebé y al alumbramiento.



X BIBLIOGRAFÍA

- Aguayo Maldonado, J., & Calama Valero, J. M. (2004). Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna Guía para Profesionales. (págs. 9) Recuperado el 2 de Noviembre de 2014, de Asociación Española de Pediatría: ISBN: 84-8473-277-
http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/
- Alba Lactancia Materna. (2014). Lactancia y Anticoncepción . Recuperado el 1 de Marzo de 2015, de Alba Lactancia Materna:
<http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-7-lactancia-familia-y-sociedad/lactancia-materna-sexualidad-y-salud-reproductiva/>
- Asociación PRO Ayuda a la Niñez Nicaragüense. (2014). Recuperado el 1 de Noviembre de 2014, de Asociación PRO Ayuda a la Niñez Nicaragüense:
<http://www.ayudanineznicaragua.org/en/contexto-social-en-nicaragua.html>
- Barrington, S. (2007). UNICEF. Lactantes por encima de los negocios. Recuperado el 15 de Noviembre de 2014, de UNICEF: Publicado en “El Progreso de las Naciones”, Nueva York.
Unicef http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_lactantesnegocio.PDF
- Cárdenas López, D., & Haua Navarro, D. (Junio de 2005). Scielo. Mediciones Antropométricas en el Recién Nacido. Recuperado el 2 de Noviembre de 2014, de Scielo: ISSN 1665-1146
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462005000300009
- Castro González, S. (Marzo de 2013). Normativa 108. (Ministerio de Salud, Guía Clínica para la atención del Neonato. Recuperado el 9 de Noviembre de 2014, de <http://es.scribd.com/doc/145292343/Guia-Clinica-para-la-Atencion-del-Neonato-MINSA-2013>
- Centeno, J., & García, G. (2013). Biblioteca Unan Managua. Lactancia Materna. Recuperado el 7 de Marzo de 2015, de Biblioteca Unan Managua:
<http://www.biblioteca.unan.edu.ni:9090/bases/tesis/www/49143/index.html>
- Condrac, R. Y. (2011). Lactancia Materna Exclusiva y uso de Fórmula Infantil. Recuperado el 16 de Noviembre de 2014, de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111271.pdf>



- Elorriaga, N., & Witriw, A. (2012). El Estado Físico: Uso e interpretación de la Antropometría. Recuperado el 13 de Enero de 2015, IBSN 9243208543/ ISSN 0509-2507. de <http://www.fmed.uba.ar/depto/nutrievaluacion/TEORICO%20EVALUACION%20NUTRICIONAL%20II%20CUATR%202012.pdf>
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. (26 de Agosto de 2013). Recuperado el 3 de Noviembre de 2014, de Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia: http://www.unicef.org/lac/media_25931.htm
- Gómez Centeno, H. Y. (2011). Cedoc, CIES. Factores Socio Culturales y Laborales que Influyen en el abandono de la Lactancia Materana Exclusiva en Madres que Laboran en el Hospital Juan Antonio Brenes de la Ciudad de Somoto Madriz. Recuperado el 15 de Noviembre de 2014, de Cedoc, CIES: <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t617/doc-contenido.pdf>
- Gómez, P. (Enero de 2014). Scielo. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. Recuperado el 2 de Febrero de 2014, de Scielo:ISSN 1695-6141. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000100004&script=sci_arttext
- Gonzalez,, I. A., & Dra. Auchter,, M. C. (Enero de 2008). Lactancia Materna Exclusiva Factores de éxito y/o Fracaso. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 177, 2. de http://med.unne.edu.ar/revista/revista177/1_177.pdf
- INCAP. (Mayo de 2012). INCAP. Recuperado el 12 de Noviembre de 2014, de INCAP: www.incap.int/sisvan/index.../249-guia-de-indicadores-antropometricos
- Macías, S., & Rodríguez, S. (Octubre de 2006). Scielo. Leche Materna. Recuperado el 24 de Noviembre de 2014, de Scielo: ISSN 1668-3501 http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0325-00752006000500008
- Montero, L. (9 de Junio de 2010). Scielo. Lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. Recuperado el 8 de Enero de 2015, de Scielo: Ensayos. ISSN 1695-6141 http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200019&script=sci_arttext
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Recuperado el 12 de Noviembre de 2014, de OPS: Documents/PDF%20Save/jose%20sobre%20Lactancia%20Materna.pdf organización mundial de la salud.



- Organización Mundial de la Salud. (2012). Recuperado el 15 de Noviembre de 2014, de OPS: Documents/PDF%20Save/jose%20sobre%20Lactancia%20Materna.pdf organización mundial de la salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Recuperado el 15 de Noviembre de 2014, de OPS: Documents/PDF%20Save/jose%20sobre%20Lactancia%20Materna.pdf organización mundial de la salud.
- Pedron, C., Martínez, C., & Gómez, L. (Febreo de 2011). Scielo. Nutrición Enteral Pediátrica. Recuperado el 25 de Noviembre de 2014, de Scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112011000100001&script=sci_arttext&lng=es>. ISSN 0212-1611
- Pino V., J. L., & López E, M. Á. (Marzo de 2013). Scielo Revista Chilena de Nutrición . Recuperado el 4 de Noviembre de 2014, de Scielo Revista Chilena de Nutrición : http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182013000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7518.
- Quigley, M., Henderson, G., MY, A., & McGuire W (Edits.). (18 de Junio de 2007). La Biblioteca Cochrane Plus. Recuperado el 10 de Noviembre de 2014, de La Biblioteca Cochrane Plus: Leche de fórmula versus leche materna de donante para la alimentación de neonatos prematuros o de bajo peso al nacer. ISSN 1745-9990. <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002971>
- Ravasco, P., & Anderson, H. (Octubre de 2010). Scielo. Métodos de valoración del estado nutricional. ISSN 0212-1611. Recuperado el 13 de Enero de 2014, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112010000900009&script=sci_arttext
- Riaño, I., & Lasarte, J. J. (2004). Lactancia Materna Guía para Profesionales. ISBN: 84-8473-277-0. Monografía, España. ISBN: 84-8473-277-0
- Saavedra, & Sandino L. (Octubre de 2008). Manual de Lactancia Materna para atención primaria Recuperado el 4 de Noviembre de 2014, de http://en.unicef.org/ni/media/publicaciones/archivos/Lactancia_materna.pdf
- Salazar, S., & Delgado, X. (2009). Scielo. Lactancia Materna. Recuperado el 17 de Noviembre de 2014, de Scielo: ISSN 0004-0649. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_artt
- Satriano, R., & Jasinski, C. (Junio de 2012). Scielo. Recomendaciones de uso de fórmulas y fórmulas especiales. Recuperado el 15 de Noviembre de 2014, de Scielo: ISSN



1688-1249 http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492012000200010&script=sci_arttext

Schellhorn H., C., & L, V. (2 de Marzo de 2010). Manual de Lactancia Materna Ministerio de Salud. Recuperado el 11 de Noviembre de 2014, ISBN: 978-956-8823-94-8de http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/manual_lactancia_materna.pdf

Tamayo, G., & Sáenz, A. (2007). Fórmulas Infantiles Especiales. Recuperado el 23 de Noviembre de 2014, de <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/47-5-2.pdf>

Terán Hidalgo, P. (Marzo de 1996). INCAP/OPS. Caracterización del proceso de relactación en Infantes durante su Hospitalización. (págs. 5-6). Recuperado el 7 de Noviembre de 2014, de INCAP/OPS: <file:///D:/NUTRICION/tesis-lactancia-materna%20la%20mascota%20-dra-petronila-terc3a1n.pdf>

Vilar, D. (2013). Ministerio de Salud de las Naciones Unidas. Promoción protección y apoyo a la lactancia materna. Recuperado el 17 de Enero de 2015, de <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/4-TOMOIII.pdf>



ANEXOS



Anexo 1



Instrumento

La presente entrevista está dirigida a las Madres de los Bebés que se encuentran Hospitalizados en la sala de neonatología del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (La Mascota).

Se elaboró con el objetivo de:

Analizar los factores que limitan la alimentación con leche materna.

I. Factores socio- demográficos de las madres.

1. Edad en años cumplidos

- b) 15-21 años _____
- c) 22 - 30años _____
- d) 31 – 38 años _____
- e) 39 – 45 años _____

2. Procedencia

- a) Urbana _____
- b) Rural _____

3. Escolaridad

- a) Estudios superiores _____
- b) Secundaria completa _____
- c) Secundaria incompleta _____
- d) Primaria completa _____
- e) Primaria incompleta _____
- f) Alfabetizado _____
- g) Iltrado _____

4. Ocupación

- a) Profesional_____
- b) Oficinista_____
- c) Comerciante_____
- d) Ama de casa _____

5. Estado civil

- a) Casada_____
- b) Acompañada_____
- c) Soltera_____
- d) Viuda _____

6. Ingresos Mensuales

- a) Alto más de (5000C\$)_____
- b) Medio entre (2000 y 5000C\$)_____
- c) Bajo menos de (2000C\$)_____

II. Estado Nutricional de los Bebés

1. Edad

- a) 0-6 días _____
- b) 7 – 28 días _____
- c) 29 – 35 días _____
- d) 36 – 50 días_____

2. Sexo

- a) Masculino _____
- b) Femenino_____

3. Peso

- a) <2,500 gr_____
- b) 2,500-4000gr_____
- c) >4000gr_____

4. Talla

- a) <45_____
- b) 46 a 54_____

c) >54 cm_____

5. Perímetro Cefálico

- a) <32cm_____
- b) 32 a 36cm_____
- c) >36cm_____

6. Peso para la edad

- a) Encima de 1 Sospecha de Problemas de Crecimiento_____
- b) Mediana 0 Normal _____
- c) Debajo de -1 Normal_____
- d) Debajo de -2 Peso Bajo_____
- e) Debajo de -3 Emaciación Severa_____

7. Índice de Masa Corporal

- a) Encima de 3 Obesidad_____
- b) Encima de 2 Sobre Peso_____
- c) Encima de 1 Posible Riesgo de Sobre Peso_____
- d) Mediana 0 Normal_____
- e) Debajo de -1 Normal_____
- f) Debajo de -2 Emaciado_____
- g) Debajo de -3 Emaciación Severa_____

8. Perímetro cefálico para la Edad

- a) Encima de 2 Macrocefalia_____
- b) Mediana 0 Normal_____
- c) Por debajo de -2 Microcefalia_____

III. Factores personales de la madre que Limitan la Alimentación con Leche Materna

1. Inicio de la lactancia Materna después de nacer el Bebé

- a) Apego precoz_____
- b) 1 a 3 horas_____
- c) Mayor 4 horas_____
- d) 1 a 2 días_____
- e) 3 a 6 días_____
- f) Nunca ha Recibido_____

2. Producción de Leche

- a) Bastante_____
- b) Regular_____
- c) Poca_____
- d) No aplica_____

3. ¿Queda satisfecho el bebé con el pecho materno?

- a) Sí_____
- b) No_____
- c) No aplica_____

4. ¿Rechaza su Bebé el Pecho Materno?

- a) Sí_____
- b) No_____
- c) No aplica_____

5. ¿Succiona bien el pecho el bebé?

- a) Sí_____
- b) No_____
- c) No aplica_____

6. ¿Toma usted pastillas Anticonceptivas?

- a) Sí_____
- b) No_____
- c) No aplica_____

7. Problemas de salud de la Madre

- a) Mastitis_____
- b) Dolor en los pezones_____
- c) Cansancio _____
- d) Enferma _____
- e) En tratamiento_____
- f) Fallecida_____
- g) Ninguna_____

IV. Factores institucionales que limitan la alimentación con Leche Materna.

1. ¿Recibe consejería sobre lactancia materna en la sala?

- a) Si_____
- b) No_____

1. Bebé pre término y bajo peso

- b) Si_____
- c) No_____

2. Problemas de salud del bebé

- a) Bebé con Galactosemia_____
- b) Bebe con Fenilcetonuria_____
- c) Orina jarabe arce_____
- d) Ninguna_____

3. Tipo de alimentación que recibe el bebé

- a) Leche Materna Exclusiva_____
- b) Mixta_____
- c) Sólo fórmula_____

4. Tipo de fórmula

- a) Fórmula de Inicio_____
- b) Fórmula para Prematuro_____
- c) Fórmula Antirreflujo_____
- d) Leche de soya_____
- e) Ninguna_____

5. Vía de la alimentación

- a) Vía oral_____
- b) Sonda oro gástrica_____
- c) Gastrostomía_____

6. Que utensilio usa para alimentar al bebé?

- a) Jeringa_____
- b) Vasito_____
- c) Biberón_____
- d) Pecho Materno_____

Observaciones

Firma del entrevistador: _____

Fecha: _____

¡Gracias por su colaboración!

Anexo 2: Carta de Autorización



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD
"Dr. LUIS FELIPE MONCADA"
DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN
TELEFONOS- 2770257 – 2770267
MANAGUA, NICARAGUA



“INICIO DE LA AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL”

24 de octubre del 2014

Dr. Fredy Castillo

Director
Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera “La Mascota”
Sus manos.

Estimado Dr. *Castillo:*

Reciba un cordial saludo de parte de las Autoridades de la UNAN – Managua, Politécnico de la Salud y del colectivo docente del departamento de Nutrición.

El objetivo de la presente es para solicitar su apoyo en autorizar que una estudiante de V año de la Licenciatura de Nutrición ponga en práctica los conocimientos adquiridos en la asignatura de Metodología de la Investigación, de tal manera que permita el cumplimiento de los objetivos del programa de la asignatura, siendo la estudiante que a continuación se describe:

No.	Nombres	Carné
I	Derlyn Suhey Martínez Benavides	10072303

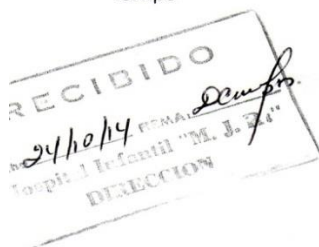
Agradeciendo su atención a la presente, me despido de usted deseándole éxitos en sus funciones y agradeciéndole por el apoyo que siempre ha brindado a la formación del Recurso Humano en Nutrición del país.

Atentamente,

Luzrecia del Rosario
M.Sc. Luzrecia del Rosario
Directora Departamento de Nutrición
POLISAL – UNAN – MANAGUA



Cc: Archivo
la/kps



¡A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD!



Anexo 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Identificar los factores que limitan la alimentación con leche materna en sala de neonatología del Hospital Manuel de Jesús Rivera (La Mascota) durante el mes de Noviembre 2014.

Nombre del Investigador Principal:

Nombre del participante:

Propósitos: Este estudio pretende averiguar cuáles son los factores que limitan la alimentación con leche materna en la unidad de neonatología del Hospital Manuel de Jesús Rivera (La Mascota).

El estudio está a cargo de la **Bra Derlyn Suhey Martínez Benavides** estudiante del quinto año de la carrera de Nutrición del POLISAL, este estudio se realizó con el fin de realizar una Tesis como parte del programa de educación de la carrera.

A. ¿QUÉ SE HARÁ?: A los familiares de los pacientes se les realizará una entrevista para conocer los factores sociodemográficos, midiendo la calidad de vida de aquellos que participen en el estudio, de igual manera se identificará algunos de los factores que limitan la alimentación con Leche Materna, en el caso del paciente se le realizará lo siguiente:

- Clasificación Nutricional.
- Edad, Peso, talla y circunferencia cefálica, con datos tomados de expedientes clínicos.

RIESGOS:

1. Dentro de los posibles riesgos están: Incomodidad de los familiares al momento de realizar la entrevista y la impaciencia.

BENEFICIOS: Al personal de salud ya que dichos resultados servirán para determinar las acciones que pueden realizar para que los bebés sean alimentados con leche materna y el uso de formula se permita en casos sumamente especiales, beneficiando a este grupo de población a estudio disminuyendo las morbimortalidad en niños menores de 5 años.

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con (Bra. **Derlyn Suhey Martínez Benavides**, y ella tuvo que haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a la (Bra. Derlyn Suhey Martínez Benavides al teléfono (87874569) en el horario (8:00 am a 6:00 pm). Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua **a los teléfonos 2277-0267 ext. 116**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

B. Recibirá una copia de este formato firmada para mi uso personal.

C. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.

D. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

E. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla, se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos) fecha

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

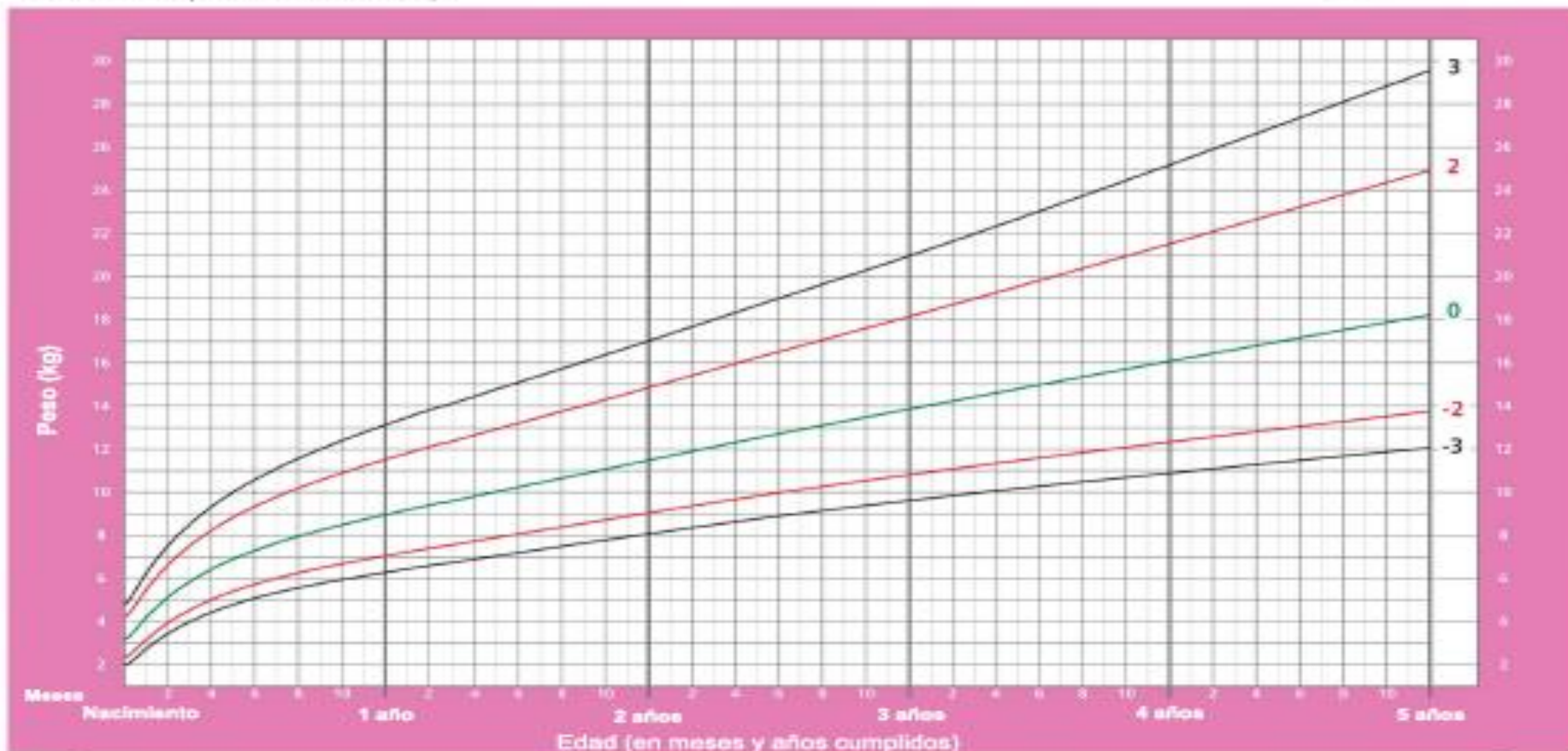
Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad) fecha

Anexo 4: Tablas de la OMS

Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

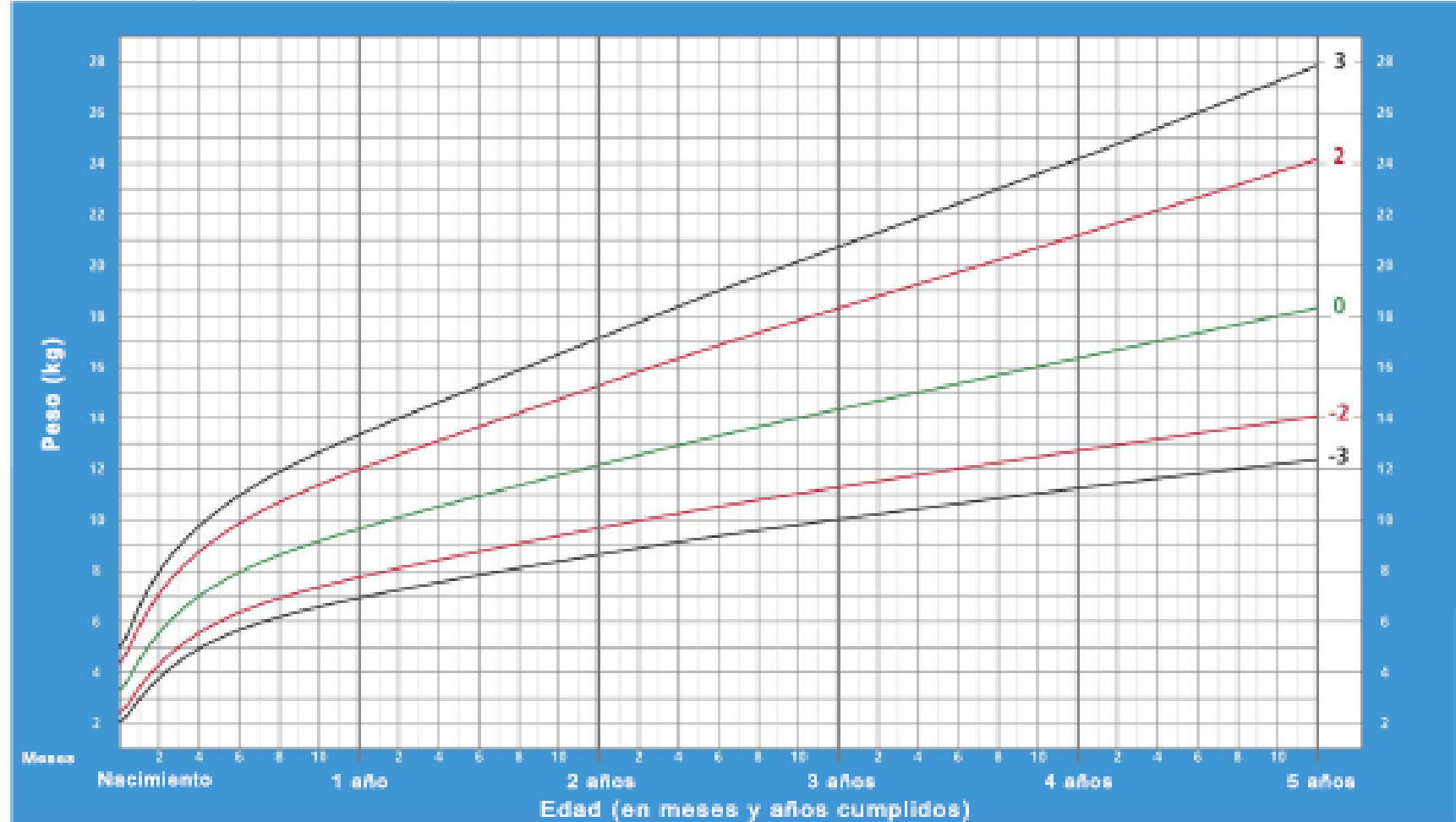


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños

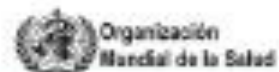


Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

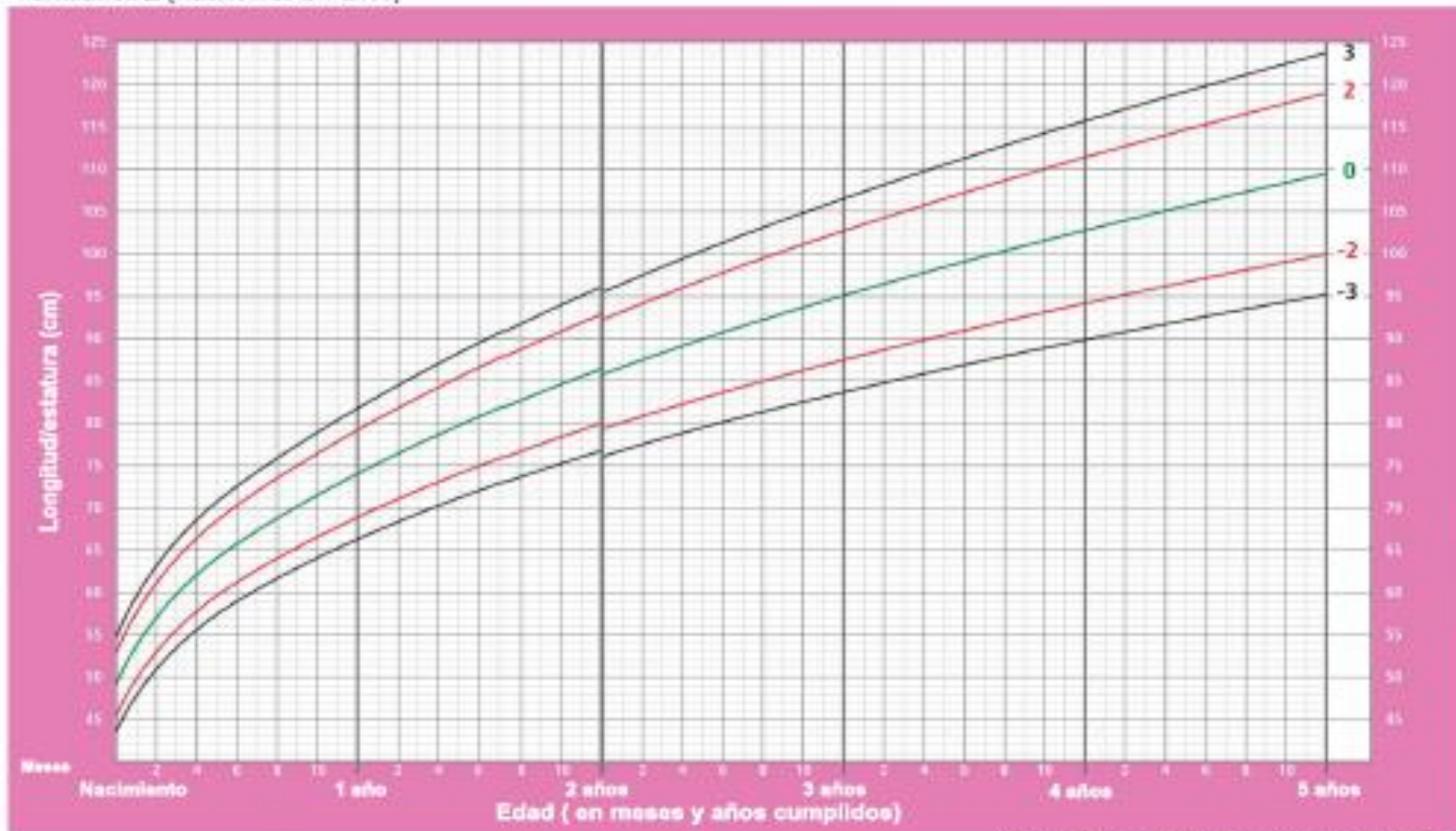


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Longitud/estatura para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

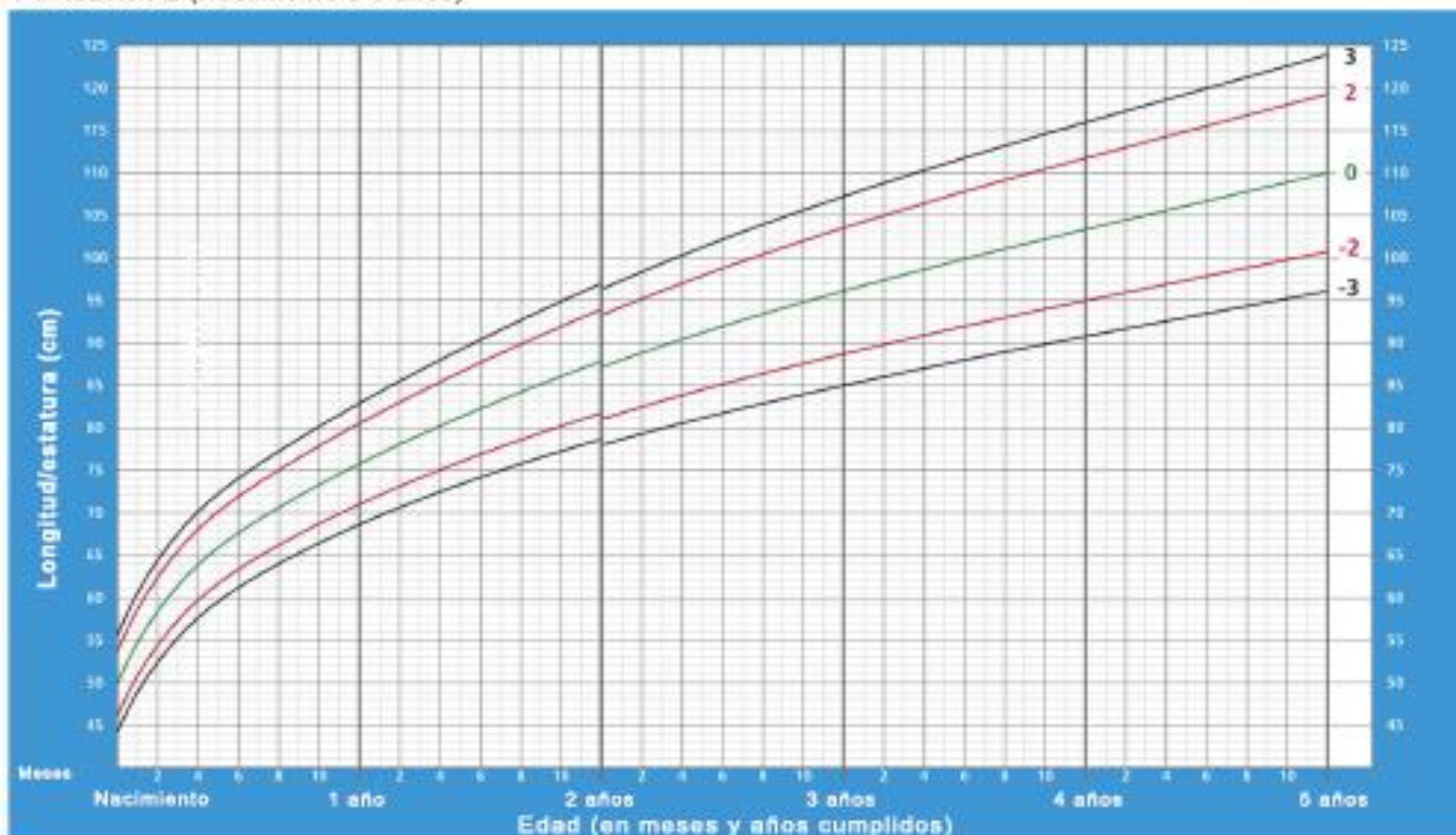


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Longitud/estatura para la edad Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

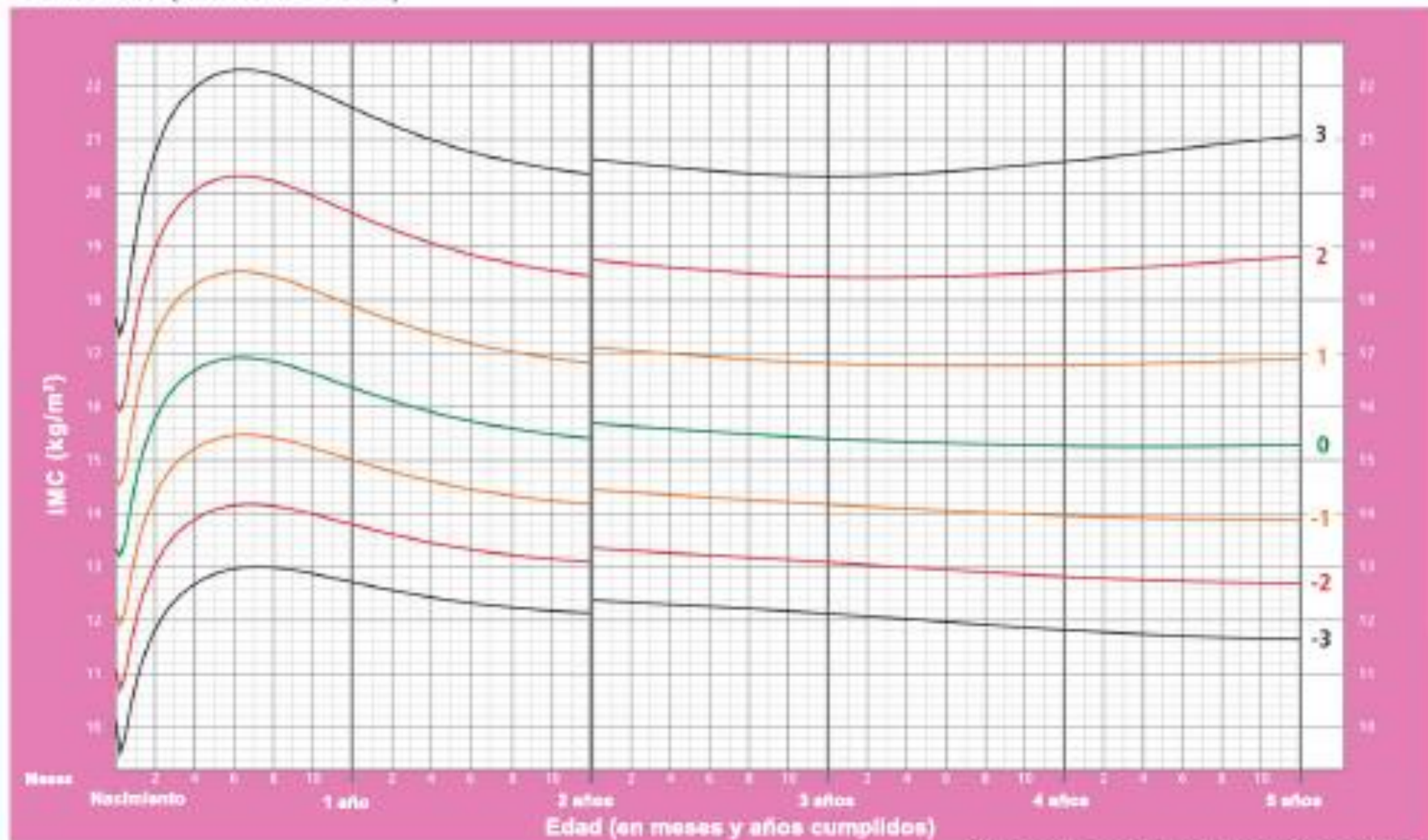


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

IMC para la edad Niñas



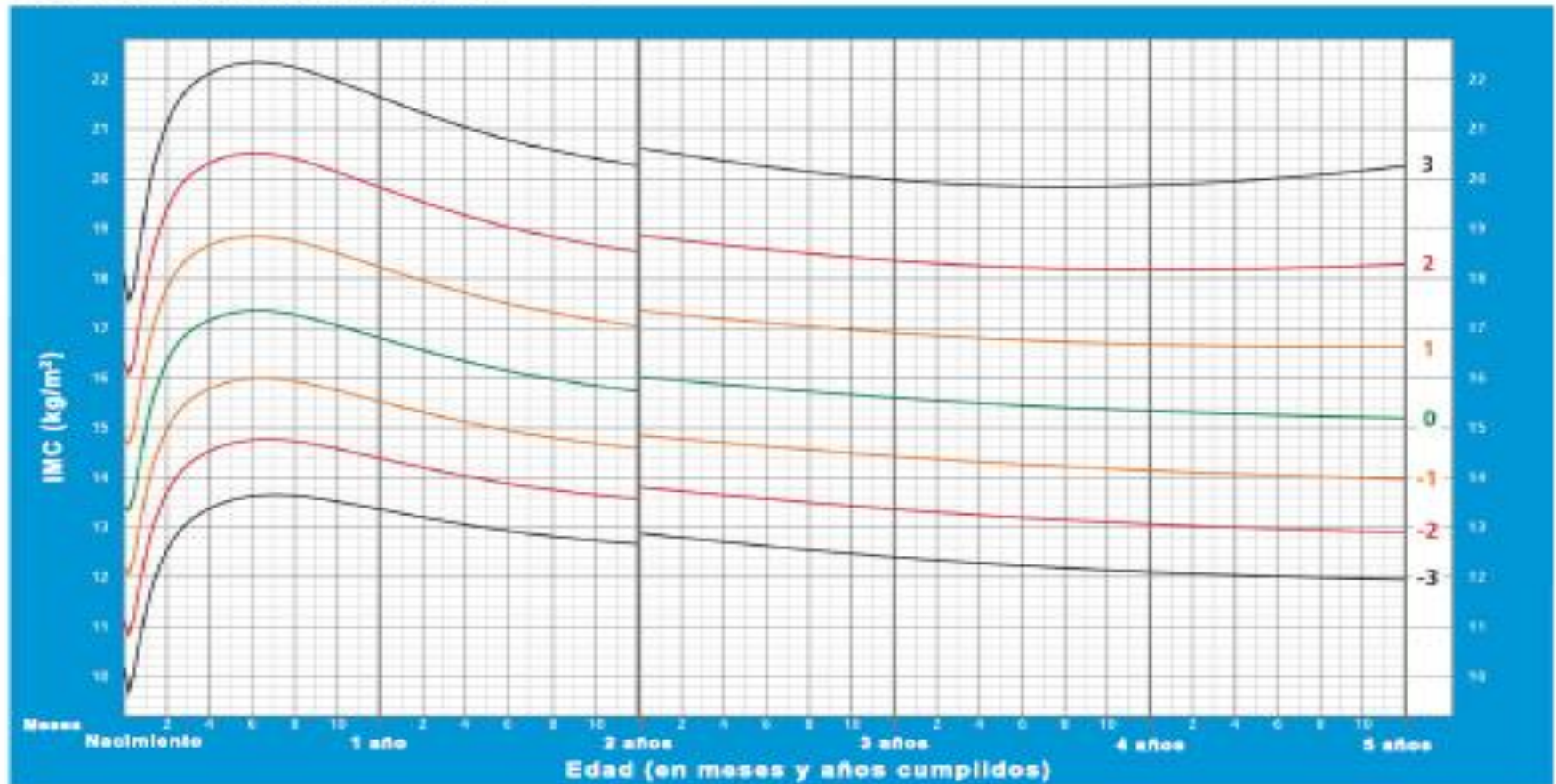
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

IMC para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

L o T (cm)	Índice de Masa Corporal (IMC)																			L o T (cm)	
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		
42	1.4	1.6	1.8	1.9	2.1	2.3	2.5	2.6	2.8	3.0	3.2	3.4	3.5	3.7	3.9	4.1	4.2	4.4	4.6	4.8	42
43	1.5	1.7	1.8	2.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.4	4.6	4.8	4.8	43
44	1.5	1.7	1.9	2.1	2.3	2.5	2.7	2.9	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.5	4.6	4.8	4.8	5.0	44
45	1.6	1.8	2.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8	4.1	4.3	4.5	4.7	4.9	5.1	5.3	5.3	45
46	1.7	1.9	2.1	2.3	2.5	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8	4.0	4.2	4.4	4.7	4.9	5.1	5.3	5.5	5.5	46
47	1.8	2.0	2.2	2.4	2.7	2.9	3.1	3.3	3.5	3.8	4.0	4.2	4.4	4.6	4.9	5.1	5.3	5.5	5.7	5.7	47
48	1.8	2.1	2.3	2.5	2.8	3.0	3.2	3.5	3.7	3.9	4.1	4.4	4.6	4.8	5.1	5.3	5.5	5.8	6.0	6.0	48
49	1.9	2.2	2.4	2.6	2.9	3.1	3.4	3.6	3.8	4.1	4.3	4.6	4.8	5.0	5.3	5.5	5.8	6.0	6.2	6.2	49
50	2.0	2.3	2.5	2.8	3.0	3.3	3.5	3.8	4.0	4.3	4.5	4.8	5.0	5.3	5.5	5.8	6.0	6.3	6.5	6.5	50
51	2.1	2.3	2.6	2.9	3.1	3.4	3.6	3.9	4.2	4.4	4.7	4.9	5.2	5.5	5.7	6.0	6.2	6.5	6.8	6.8	51
52	2.2	2.4	2.7	3.0	3.2	3.5	3.8	4.1	4.3	4.6	4.9	5.1	5.4	5.7	5.9	6.2	6.5	6.8	7.0	7.0	52
53	2.2	2.5	2.8	3.1	3.4	3.7	3.9	4.2	4.5	4.8	5.1	5.3	5.6	5.9	6.2	6.5	6.7	7.0	7.3	7.3	53
54	2.3	2.6	2.9	3.2	3.5	3.8	4.1	4.4	4.7	5.0	5.2	5.5	5.8	6.1	6.4	6.7	7.0	7.3	7.6	7.6	54
55	2.4	2.7	3.0	3.3	3.6	3.9	4.2	4.5	4.8	5.1	5.4	5.7	6.1	6.4	6.7	7.0	7.3	7.6	7.9	7.9	55
56	2.5	2.8	3.1	3.4	3.8	4.1	4.4	4.7	5.0	5.3	5.6	6.0	6.3	6.6	6.9	7.2	7.5	7.8	8.2	8.2	56
57	2.6	2.9	3.2	3.6	3.9	4.2	4.5	4.9	5.2	5.5	5.8	6.2	6.5	6.8	7.1	7.5	7.8	8.1	8.4	8.4	57
58	2.7	3.0	3.4	3.7	4.0	4.4	4.7	5.0	5.4	5.7	6.1	6.4	6.7	7.1	7.4	7.7	8.1	8.4	8.7	8.7	58
59	2.8	3.1	3.5	3.8	4.2	4.5	4.9	5.2	5.6	5.9	6.3	6.6	7.0	7.3	7.7	8.0	8.4	8.7	9.1	9.1	59
60	2.9	3.2	3.6	4.0	4.3	4.7	5.0	5.4	5.8	6.1	6.5	6.8	7.2	7.6	7.9	8.3	8.6	9.0	9.4	9.4	60
61	3.0	3.3	3.7	4.1	4.5	4.8	5.2	5.6	6.0	6.3	6.7	7.1	7.4	7.8	8.2	8.5	8.9	9.3	9.7	9.7	61
62	3.1	3.5	3.8	4.2	4.6	5.0	5.4	5.8	6.2	6.5	6.9	7.3	7.7	8.1	8.5	8.8	9.2	9.6	10.0	10.0	62
63	3.2	3.6	4.0	4.4	4.8	5.2	5.6	6.0	6.4	6.7	7.1	7.5	7.9	8.3	8.7	9.1	9.5	9.9	10.3	10.3	63
64	3.3	3.7	4.1	4.5	4.9	5.3	5.7	6.1	6.6	7.0	7.4	7.8	8.2	8.6	9.0	9.4	9.8	10.2	10.6	10.6	64
65	3.4	3.8	4.2	4.6	5.1	5.5	5.9	6.3	6.8	7.2	7.6	8.0	8.5	8.9	9.3	9.7	10.1	10.6	11.0	11.0	65
66	3.5	3.9	4.4	4.8	5.2	5.7	6.1	6.5	7.0	7.4	7.8	8.3	8.7	9.1	9.6	10.0	10.5	10.9	11.3	11.3	66
67	3.6	4.0	4.5	4.9	5.4	5.8	6.3	6.7	7.2	7.6	8.1	8.5	9.0	9.4	9.9	10.3	10.8	11.2	11.7	11.7	67
68	3.7	4.2	4.6	5.1	5.5	6.0	6.5	6.9	7.4	7.9	8.3	8.8	9.2	9.7	10.2	10.6	11.1	11.6	12.0	12.0	68
69	3.8	4.3	4.8	5.2	5.7	6.2	6.7	7.1	7.6	8.1	8.6	9.0	9.5	10.0	10.5	11.0	11.4	11.9	12.4	12.4	69
70	3.9	4.4	4.9	5.4	5.9	6.4	6.9	7.4	7.9	8.3	8.8	9.3	9.8	10.3	10.8	11.3	11.8	12.3	12.7	12.7	70
71	4.0	4.5	5.0	5.5	6.0	6.6	7.1	7.6	8.1	8.6	9.1	9.6	10.1	10.6	11.1	11.6	12.1	12.6	13.1	13.1	71
72	4.1	4.7	5.2	5.7	6.2	6.7	7.3	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.4	10.9	11.4	11.9	12.4	13.0	13.5	13.5	72
73	4.3	4.8	5.3	5.9	6.4	6.9	7.5	8.0	8.5	9.1	9.6	10.1	10.7	11.2	11.7	12.3	12.8	13.3	13.9	13.9	73
74	4.4	4.9	5.5	6.0	6.6	7.1	7.7	8.2	8.8	9.3	9.9	10.4	11.0	11.5	12.0	12.6	13.1	13.7	14.2	14.2	74
75	4.5	5.1	5.6	6.2	6.8	7.3	7.9	8.4	9.0	9.6	10.1	10.7	11.3	11.8	12.4	12.9	13.5	14.1	14.6	14.6	75
76	4.6	5.2	5.8	6.4	6.9	7.5	8.1	8.7	9.2	9.8	10.4	11.0	11.6	12.1	12.7	13.3	13.9	14.4	15.0	15.0	76
77	4.7	5.3	5.9	6.5	7.1	7.7	8.3	8.9	9.5	10.1	10.7	11.3	11.9	12.5	13.0	13.6	14.2	14.8	15.4	15.4	77
78	4.9	5.5	6.1	6.7	7.3	7.9	8.5	9.1	9.7	10.3	11.0	11.6	12.2	12.8	13.4	14.0	14.6	15.2	15.8	15.8	78
79	5.0	5.6	6.2	6.9	7.5	8.1	8.7	9.4	10.0	10.6	11.2	11.9	12.5	13.1	13.7	14.4	15.0	15.6	16.2	16.2	79
80	5.1	5.8	6.4	7.0	7.7	8.3	9.0	9.6	10.2	10.9	11.5	12.2	12.8	13.4	14.1	14.7	15.4	16.0	16.6	16.6	80
81	5.2	5.9	6.6	7.2	7.9	8.5	9.2	9.8	10.5	11.2	11.8	12.5	13.1	13.8	14.4	15.1	15.7	16.4	17.1	17.1	81
82	5.4	6.1	6.7	7.4	8.1	8.7	9.4	10.1	10.8	11.4	12.1	12.8	13.4	14.1	14.8	15.5	16.1	16.8	17.5	17.5	82
83	5.5	6.2	6.9	7.6	8.3	9.0	9.6	10.3	11.0	11.7	12.4	13.1	13.8	14.5	15.2	15.8	16.5	17.2	17.9	17.9	83
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		

L o T (cm)	Índice de Masa Corporal (IMC)																										L o T (cm)
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26								
84	5.6	6.4	7.1	7.8	8.5	9.2	9.9	10.6	11.3	12.0	12.7	13.4	14.1	14.8	15.5	16.2	16.9	17.6	18.3	84							
85	5.8	6.5	7.2	7.9	8.7	9.4	10.1	10.8	11.6	12.3	13.0	13.7	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.1	18.8	85							
86	5.9	6.7	7.4	8.1	8.9	9.6	10.4	11.1	11.8	12.6	13.3	14.1	14.8	15.5	16.3	17.0	17.8	18.5	19.2	86							
87	6.1	6.8	7.6	8.3	9.1	9.8	10.6	11.4	12.1	12.9	13.6	14.4	15.1	15.9	16.7	17.4	18.2	18.9	19.7	87							
88	6.2	7.0	7.7	8.5	9.3	10.1	10.9	11.6	12.4	13.2	13.9	14.7	15.5	16.3	17.0	17.8	18.6	19.4	20.1	88							
89	6.3	7.1	7.9	8.7	9.5	10.3	11.1	11.9	12.7	13.5	14.3	15.0	15.8	16.6	17.4	18.2	19.0	19.8	20.6	89							
90	6.5	7.3	8.1	8.9	9.7	10.5	11.3	12.1	12.9	13.6	14.4	15.2	16.0	16.8	17.6	18.4	19.2	20.0	21.1	90							
91	6.6	7.5	8.3	9.1	9.9	10.8	11.6	12.4	13.2	14.1	14.9	15.7	16.5	17.4	18.2	19.0	19.8	20.7	21.5	91							
92	6.8	7.6	8.5	9.3	10.2	11.0	11.8	12.7	13.5	14.4	15.2	16.1	16.9	17.8	18.6	19.5	20.3	21.2	22.0	92							
93	6.9	7.8	8.6	9.5	10.4	11.3	12.1	13.0	13.8	14.7	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	93							
94	7.1	8.0	8.8	9.7	10.6	11.5	12.4	13.3	14.1	15.0	15.9	16.8	17.7	18.6	19.4	20.3	21.2	22.1	23.0	94							
95	7.2	8.1	9.0	9.9	10.8	11.7	12.6	13.5	14.4	15.3	16.2	17.1	18.1	19.0	19.9	20.8	21.7	22.6	23.5	95							
96	7.4	8.3	9.2	10.1	11.1	12.0	12.9	13.8	14.7	15.7	16.6	17.5	18.4	19.4	20.3	21.2	22.1	23.0	24.0	96							
97	7.5	8.5	9.4	10.3	11.3	12.2	13.2	14.1	15.1	16.0	16.9	17.9	18.8	19.8	20.7	21.6	22.6	23.5	24.5	97							
98	7.7	8.6	9.6	10.5	11.5	12.5	13.4	14.4	15.4	16.3	17.3	18.2	19.2	20.2	21.1	22.1	23.0	24.0	25.0	98							
99	7.8	8.8	9.8	10.8	11.8	12.7	13.7	14.7	15.7	16.7	17.6	18.6	19.6	20.6	21.6	22.5	23.5	24.5	25.5	99							
100	8.0	9.0	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	100							
101	8.2	9.2	10.2	11.2	12.2	13.2	14.2	15.2	16.2	17.2	18.2	19.2	20.2	21.2	22.2	23.2	24.2	25.2	26.2	101							
102	8.3	9.4	10.4	11.4	12.5	13.5	14.5	15.5	16.5	17.5	18.5	19.5	20.5	21.5	22.5	23.5	24.5	25.5	27.1	102							
103	8.5	9.5	10.5	11.5	12.5	13.5	14.5	15.5	16.5	17.5	18.5	19.5	20.5	21.5	22.5	24.4	25.5	26.5	27.6	103							
104	8.7	9.7	10.8	11.8	13.0	14.1	15.1	16.2	17.3	18.4	19.5	20.6	21.6	22.7	23.8	24.9	26.0	27.0	28.1	104							
105	8.8	9.9	11.0	12.1	13.2	14.3	15.4	16.5	17.6	18.7	19.8	20.9	22.1	23.2	24.3	25.4	26.5	27.6	28.7	105							
106	9.0	10.1	11.2	12.4	13.5	14.6	15.7	16.8	18.0	19.1	20.2	21.3	22.5	23.6	24.7	25.8	27.0	28.1	29.2	106							
107	9.2	10.3	11.4	12.6	13.7	14.8	16.0	17.2	18.3	19.5	20.6	21.8	22.9	24.0	25.2	26.3	27.5	28.6	29.8	107							
108	9.3	10.5	11.7	12.8	14.0	15.2	16.3	17.5	18.7	19.8	21.0	22.2	23.3	24.5	25.7	26.8	28.0	29.2	30.3	108							
109	9.5	10.7	11.9	13.1	14.3	15.4	16.6	17.8	19.0	20.2	21.4	22.6	23.8	25.0	26.1	27.3	28.5	29.7	30.9	109							
110	9.7	10.9	12.1	13.3	14.5	15.7	16.9	18.2	19.4	20.6	21.8	23.0	24.2	25.4	26.6	27.8	29.0	30.3	31.5	110							
111	9.8	11.1	12.3	13.5	14.8	16.0	17.3	18.5	19.7	20.9	22.2	23.4	24.6	25.9	27.1	28.3	29.6	30.8	32.0	111							
112	10.0	11.3	12.5	13.8	15.1	16.3	17.6	18.8	20.1	21.3	22.6	23.8	25.1	26.3	27.6	28.9	30.1	31.4	32.6	112							
113	10.2	11.5	12.8	14.0	15.3	16.6	17.9	19.2	20.4	21.7	23.0	24.3	25.5	26.8	28.1	29.4	30.6	31.9	33.2	113							
114	10.4	11.7	13.0	14.3	15.6	16.9	18.2	19.5	20.8	22.1	23.4	24.7	26.0	27.3	28.6	29.9	31.2	32.5	33.8	114							
115	10.6	11.9	13.2	14.5	15.9	17.2	18.5	19.8	21.2	22.5	23.8	25.1	26.5	27.8	29.1	30.4	31.7	33.1	34.4	115							
116	10.8	12.1	13.5	14.8	16.1	17.5	18.8	20.2	21.5	22.9	24.2	25.6	26.9	28.3	29.6	30.9	32.3	33.6	35.0	116							
117	11.0	12.3	13.7	15.1	16.4	17.8	19.2	20.5	21.9	23.3	24.6	26.0	27.4	28.7	30.1	31.5	32.9	34.3	35.6	117							
118	11.1	12.5	13.9	15.3	16.7	18.1	19.5	20.9	22.3	23.7	25.1	26.5	27.8	29.2	30.6	32.0	33.4	34.8	36.2	118							
119	11.3	12.7	14.2	15.6	17.0	18.4	19.8	21.3	22.7	24.1	25.5	26.9	28.3	29.7	31.2	32.6	34.0	35.4	36.8	119							
120	11.5	13.0	14.4	15.8	17.3	18.7	20.2	21.6	23.0	24.5	25.9	27.4	28.8	30.3	31.7	33.1	34.6	36.0	37.4	120							
121	11.7	13.2	14.6	16.1	17.5	19.0	20.5	22.0	23.4	24.9	26.4	27.8	29.3	30.7	32.2	33.7	35.1	36.6	38.1	121							
122	11.9	13.4	14.9	16.4	17.9	19.3	20.8	22.3	23.8	25.3	26.8	28.3	29.8	31.3	32.7	34.2	35.7	37.2	38.7	122							
123	12.1	13.6	15.1	16.6	18.1	19.7	21.2	22.7	24.2	25.7	27.2	28.7	30.3	31.8	33.3	34.8	36.3	37.8	39.3	123							
124	12.3	13.8	15.4	16.9	18.5	20.0	21.5	23.1	24.6	26.1	27.7	29.2	30.8	32.3	33.8	35.4	36.9	38.4	40.0	124							
125	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.6	125							
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26								

Indicadores de crecimiento Menores de 5 años de –OMS-

Puntuación Z	INTERPRETACIÓN		
	Longitud/ Talla para la Edad	Peso para la Edad	IMC para la Edad
Por encima de 3	Muy Alto para la edad	Sospecha de Problema de Crecimiento	Obesidad
Por encima de 2	Rango Normal		Sobre Peso
Por encima de 1	Rango Normal		
0 (X, mediana)	Rango Normal	Rango Normal	Rango Normal
Por debajo de -1	Rango Normal	Rango Normal	Rango Normal
Por debajo de -2	Talla Baja	Bajo Peso	Emaciado
Por debajo de -3	Talla Baja Severa	Bajo Peso Severo	Emaciación Severa

Perímetro cefálico para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 13 semanas)

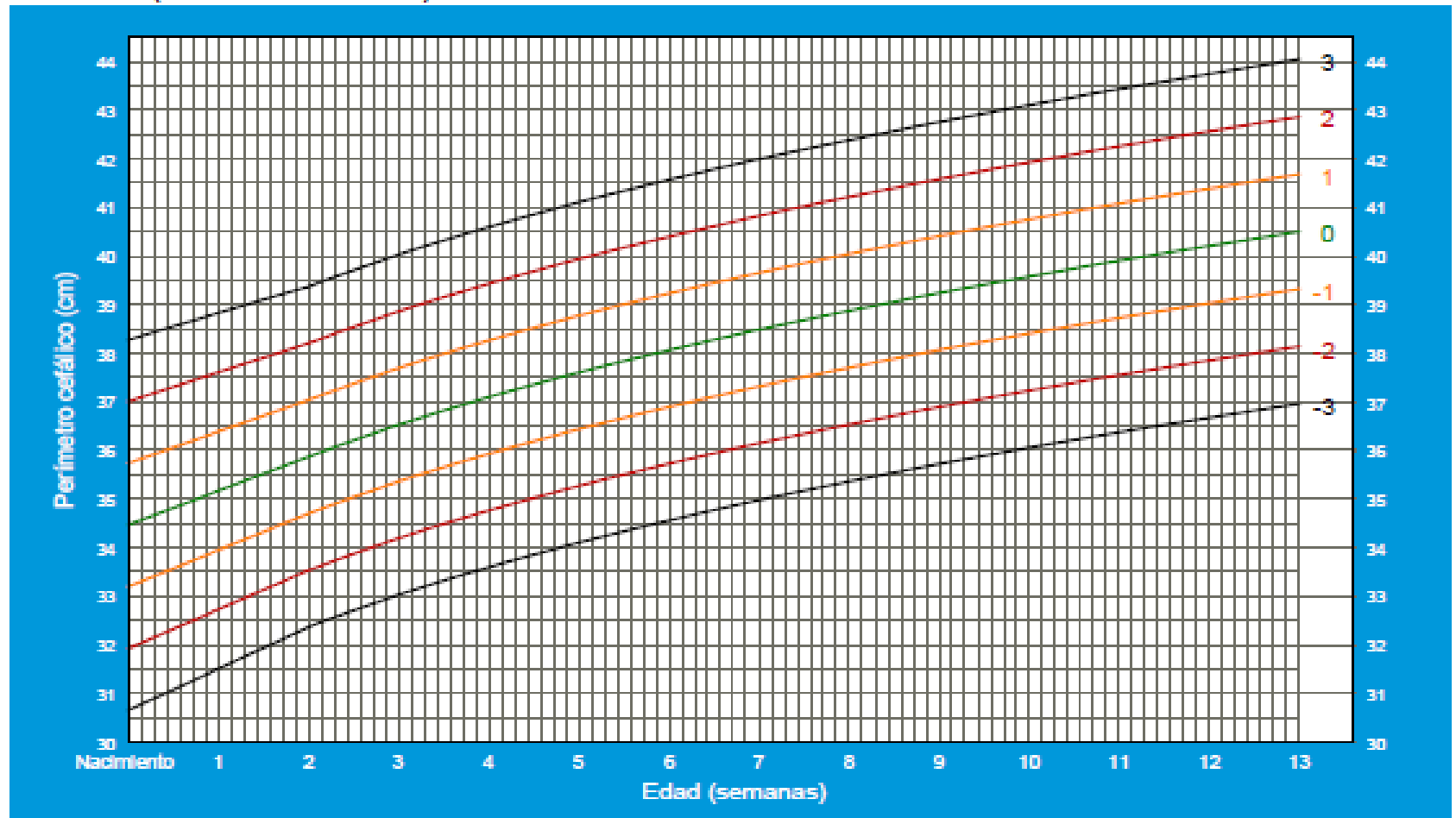


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Perímetro cefálico para la edad Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 13 semanas)



Patrones de crecimiento Infantil de la OMS

Anexo 5: Recursos financiero

<u>N°</u>	Materiales	Cantidad	Costo Unitario C\$	Costo Total
1	Gastos de transporte	7	C\$ 2.50	C\$ 17.5
2	Gastos de alimentación	7	C\$ 70	C\$ 490
3	Impresión de Carta de Consentimiento informado	1	C\$ 3.00	C\$ 129.00
4	Copias de consentimiento informado	30	C\$ 1.50	C\$ 45.00
5	Impresiones (instrumento)	1	C\$ 5.00	C\$ 5.00
6	Copias (instrumento)	30	C\$ 2.50	C\$ 75.00
7	Gabacha	1	C\$250	C\$250.00
8	Lápices	2	C\$ 5.00	C\$ 10.00
9	Lápiz de grafito	1	C\$ 25.00	C\$ 25.00
10	Borrador	1	C\$15.00	C\$ 15.00
11	Calculadora (Casio)	1	C\$ 350.00	C\$ 350.00
12	Impresión del documento para revisión	2	C\$ 176.00	C\$352.00
13	Impresión del trabajo para el jurado	3	C\$ 150.00	C\$ 450.00
14	Impresión final para la defensa	3	C\$ 170.00	C\$510.00
15	Impresión y empastado	3	C\$ 630.00	C\$1890.00
Costo Total de la Investigación				C\$4,613.50

Anexo 6: Cronograma de actividades 2014 - 2015

<u>N°</u>	Actividades	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
1	Selección del lugar a estudio					
2	Visita al terreno					
3	Selección del universo y la muestra					
4	Definición de tema, objetivos, diseño metodológico e instrumento					
5	Recolección de la información					
6	Procesamiento y análisis de la información					
7	Entrega del borrador para revisión					
8	Entrega del informe para dictamen					
9	Informe final					
10	Defensa final					

Anexo 7: Tablas de Salida

Escolaridad	Edad de la madre									
	15- 21		22- 30		31-38		39- 45		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Estudios superiores	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Secundaria Completa	2	7%	2	7%	1	3%	0	0%	5	17%
Secundaria incompleta	5	17%	6	20%	1	3%	0	0%	12	40%
Primaria completa	3	10%	2	7%	2	7%	0	0%	7	23%
Primaria incompleta	3	10%	2	7%	1	3%	0	0%	6	20%
Alfabetizado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Iletrado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	13	44%	12	40%	5	16%	0	0%	30	100%

Fuente: Entrevista y expediente clínico

Procedencia	F	%
Urbana	16	53%
Rural	14	47%

Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

Ocupación	F	%
Profesional	0	0%
Oficinista	0	0%
Comerciante	2	7%
Ama de casa	28	93%
Total	30	100

Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

Estado Civil	Total	%
Casada	6	20%
Acompañada	22	74%
Soltera	2	6%
Viuda	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

Ingresos Mensuales	F	%
Alto más de (5000)	3	10%
Medio entre (2000 – 5000)	18	60%
Bajo menos de (2000)	9	30%
Total	30	100%

Fuente: Entrevista

Edad del Bebé	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	F	%	F	%		
0 - 6 días	2	7%	5	17%	7	24%
7 - 28 días	8	27%	13	43%	21	70%
29 - 35 días	1	3%	0	0%	1	3%
36 - 50 días	0	0%	1	3%	1	3%
Total	11	37%	19	63%	30	100%

Fuente: Expediente Clínico

Peso para la Edad	Tipo de Alimentación							
	LME		Mixta		Solo Fórmula		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sospecha de Problemas de Crecimiento	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Normal	10	33%	11	37%	1	3%	22	73%
Bajo Peso	1	3%	4	14%	2	7%	7	24%
Bajo Peso Severo	0	0%	1	3%	0	0%	1	3%
Total	11	36%	16	53%	0	0%	30	100%

Fuente: Expediente Clínico/ Indicadores de Crecimiento de la OMS

IMC	Tipo de Alimentación							
	LME		Mixta		Solo Fórmula		Total	%
	F	%	F	%	F	%	F	%
Obesidad	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Sobre Peso	0	0%	1	3%	0	0%	1	3%
Posible Riesgo de Sobre Peso	0	0%	3	10%	0	0%	3	10%
Normal	8	27%	7	23%	2	7%	17	57%
Emaciado	3	10%	2	7%	1	3%	6	20%
Emaciación Severa	0	0%	3	10%	0	0%	3	10%
Total	11	37%	16	53%	3	10%	30	100%

Fuente: Expediente Clínico/ Indicadores de Crecimiento de la OMS

Tipo de Alimentación	Perímetro Cefálico							
	Macrocefalia		Normal		Microcefalia		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
LME	0	0%	8	27%	3	10%	11	37%
Mixta	2	7%	10	33%	4	13%	16	53%
Solo Fórmula	0	0%	2	7%	1	3%	3	10%
Total	2	7%	20	67%	8	26%	30	100%

Fuente: Expediente Clínico/ Indicadores de Crecimiento de la OMS

Inicio de la Lactancia Materna	Edad de la Madre									
	15- 21		22- 30		31-38		39- 45		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Apego Precoz	1	3%	6	20%	1	3.3%	0	0%	8	26.6%
1-3horas	5	17%	3	10%	1	3.3%	0	0%	9	30%
Más de 4 horas	1	3%	0	0%	1	3.3%	0	0%	2	7%
1-2 días	2	7%	1	3%	0	0%	0	0%	3	10%
3- 6 días	2	7%	2	7%	1	3.3%	0	0%	5	16.6%
Nunca ha Recibido	1	3%	1	3%	1	3.3%	0	0%	3	10%
total	12	40%	13	43%	5	17%	0	0%	30	100%

Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

Producción de Leche Materna	Consejería					
	Sí		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Bastante	10	33%	2	7%	12	40%
Regular	2	6.6%	0	0%	2	6.6%
Poca	5	17%	9	30%	14	47%
No aplica	0	0%	2	7%	2	6.6%
Total	13	43%	17	57%	30	100%

Fuente: Entrevista

Tipo de alimentación	Satisfacción del Bebé con el Pecho Materno							
	Si		No		No Aplica		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
LME	9	30%	2	7%			11	37%
Mixta	1	3%	15	50%			16	53%
Sólo Fórmula					3	10%	3	10%
Total	10	33%	17	57%	3	10%	30	100%

Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

Rechazo del pecho materno por el Bebé	F	%
Sí	0	0%
No	27	90%
No Aplica	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Entrevista

Problemas del Bebé para succionar el Pecho Materno	F	%
Sí	1	3%
No	27	90%
No Aplica	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Entrevista

¿Usa Pastillas Anticonceptivas?	F	%
Sí	0	0%
No	28	93%
No aplica	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Entrevista

Problemas de salud de la Madre	F	%
Mastitis	0	0%
Dolor en los pezones	0	0%
Cansancio	12	40%
Enferma	2	7%
En tratamiento	0	0%
Fallecida	0	0%
Ninguna	16	53%
Total	30	100%

Fuente: Entrevista

Bebes pre término y bajo peso	Tipo de Fórmula										
	F. inicio		F/prematuro		F/Antirreflujo		L. soya		Ninguna	Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	%	T	%
Sí	7	23%	1	3%	0	0%	0	0%	3%	9	30%
No	9	30%	0	0%	0	0%	2	7%	33%	21	70%
Total	16	53%	1	3%	0	0%	2	7%	36%	30	100%

Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

Problemas de salud del Bebé	Frecuencia	%
Bebé con galactosemia	0	0%
Bebe con fenilcetonuria	0	0%
Orina jarabe arce	0	0%
Ninguna	30	100%
Total	30	100%

Fuente: Expediente Clínico

Vía de Alimentación	Total	
	F	%
Oral	29	97%
S. oro gástrica	0	0%
Gastrostomía	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Expediente Clínico

Utensilio que usa para Alimentar al Bebé	Total	
	N°	%
Jeringa	17	56%
Vasito	0	0%
Biberón	2	7%
Pecho materno	11	37%
Total	30	100%

Fuente: Entrevista y Expediente Clínico

Anexo 8: Mapa del lugar del Estudio



Foto del Hospital la Mascota

