



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TIPO DE LACTANCIA Y SU RELACIÓN CON EL PATRÓN DE  
CRECIMIENTO EN LACTANTES DE 0 A 6 MESES DEL CENTRO  
DE SALUD JESÚS MARÍA DICIEMBRE 2013 – JUNIO DEL 2014**

**PRESENTADA POR**

**VIANCA CRISTINA CAVA ABANTO**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**LIMA – PERÚ**

**2015**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE  
OBSTETRICÍA Y ENFERMERIA**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERIA**

**ESCUELA DE ENFERMERIA**

**TIPO DE LACTANCIA Y SU RELACIÓN CON EL PATRÓN DE  
CRECIMIENTO EN LACTANTES DE 0 A 6 MESES DEL CENTRO  
DE SALUD JESÚS MARÍA DICIEMBRE 2013 – JUNIO DEL 2014**

**TESIS**


**PARA OBTAR EL GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

**PRESENTADO POR:**

**CAVA ABANTO VIANCA CRISTINA**

**LIMA, PERU**

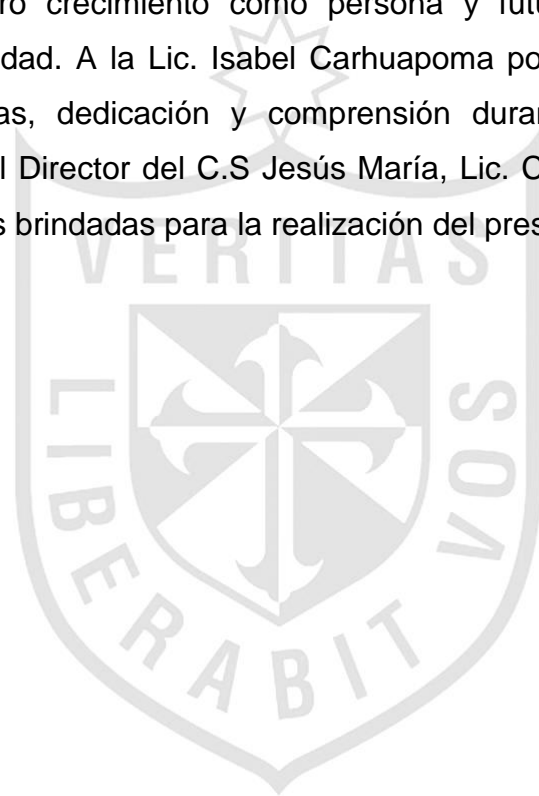
**2015**



**TIPO DE LACTANCIA Y SU RELACIÓN CON EL PATRÓN DE  
CRECIMIENTO EN LACTANTES DE 0 A 6 MESES DEL CENTRO  
DE SALUD JESÚS MARÍA DICIEMBRE 2013 – JUNIO DEL 2014**

## **DEDICATORIA.**

Dedico esta tesis a Dios, a Mi Patrón San Isidro Labrador quienes inspiraron mi espíritu para la conclusión de esta tesis. A mis padres, por su esfuerzo, dedicación, apoyo, confianza ya que sin ellos no tendría la oportunidad de culminar mis estudios: como profesional de enfermería. Mi más sincero agradecimiento a nuestra Alma Mater USMP por la oportunidad que nos brinda, para nuestro crecimiento como persona y futuros profesionales al servicio de la sociedad. A la Lic. Isabel Carhuapoma por su asesoramiento y valiosas enseñanzas, dedicación y comprensión durante el desarrollo del presente estudio. Al Director del C.S Jesús María, Lic. Chahua Rodríguez por todas las facilidades brindadas para la realización del presente estudio.



## INDICE

RESUMEN.....	V
Español .....	V
Ingles .....	VI
INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODO.....	19
RESULTADOS .....	14
DISCUSION.....	20
CONCLUSIONES.....	25
RECOMENDACIONES.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	27
ANEXOS.....	37
ANEXO A. Ficha de datos de las madres y lactantes que acuden al servicio de CRED .....	37
ANEXO B. Técnica de la toma del peso.....	39
ANEXO C. Técnica de toma de la talla.....	40
ANEXO D. Operalización de las Variables.....	41
ANEXO E. Tabla de evaluación del crecimiento del niño menor de 5 años.....	44

## RESUMEN

**Objetivo:** Establecer la relación entre el tipo de lactancia y el patrón de crecimiento del lactante de 0 a 6 meses de edad del Centro de Salud de Jesús María. **Material y Método:** Según enfoque fue cuantitativo, diseño descriptivo, correlacional, transversal y retrospectiva. La población en estudio estuvo formada por las 116 Historias Clínicas de los lactantes de 0 – 6 meses de sexo masculino y femenino que están registrados en el Centro de Salud Jesús María atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo durante el periodo de estudio (diciembre 2013 – junio 2014), quedando la muestra conformada por 92 historias clínicas, para la selección de las unidades muestrales se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, la técnica utilizada fue la observación y como instrumento la Ficha de Datos de la Madre y el Lactante. Se aplicó el grafico Chi cuadrado para determinar la relación que existe entre el tipo de lactancia y los índices del patrón de crecimiento con una confiabilidad del 95%. **Resultados:** El 48.9% (45) son de sexo femenino y 51.1% (47) masculino. En el índice Peso/Edad y tipo de lactancia, de 0 – 29 días el 94.9% (LMX), 65.1% (LME) y 50% (LA) tuvieron indicador normal, 30.2% (LME) riesgo de desnutrición; a los 2 meses, 94.9% (LMX), 88,6% (LME) índice normal y 44.4% tuvieron riesgo de desnutrición con (LA); a los 4 meses 89.4% (LMX), 81.6%(LME) se encontró lactantes con índice normal, 42,9% con desnutrición global y 6,4% (LMX) con sobrepeso; finalmente a los 6 meses 75.5% (LMX), 62,5%(LME) con índice normal, 57.1% (LA) riesgo de desnutrición y 20.8% (LMX) tienen sobrepeso. En el índice Talla/Edad y tipo de lactancia, de 0-29 días el promedio de índice normal es 75.3%, a los 2 meses 90.9% (LME) tuvieron índice normal, 33.3% (LA) y 15.6% (LMX) riesgo de talla baja; a los 4 meses 92.1%(LME), 42.9% (LA), 10.6% (LMX) se encontró riesgo de talla baja y 4,3% con talla baja; a los 6 meses promedio de indicador normal 82.5%, y 11.3%(LMX) tuvieron riesgo de talla baja. El índice Peso/Talla y tipo de lactancia de 0 a 29 días 92%(LMX), 84.1%(LME) tuvieron indicador Normal, a los 2 meses 76.9% (LMX), 63.6%(LME) tienen indicador normal, 22.2%(LA) y 10.3%(LMX) se encontraron con obesidad, a los 4 meses 78.9%(LME) con indicador normal, 12.8% y 10.6%(LMX) tuvieron sobrepeso y obesidad, finalmente a los 6 meses 81.3% (LME) con indicador normal, 12.5%(LME), 15.1% (LMX) se encontraron con sobrepeso y el 3.8% (LMX) con un riesgo de desnutrición. **Conclusión:** El tipo de lactancia en lactantes menores de 6 meses está relacionada con el peso no así con la talla. El tipo de lactancia más utilizada es la lactancia materna mixta.

**Palabras claves:** Tipo de lactancia, Patrones de crecimiento.

## **SUMMARY**

**Objective:** To establish the relationship between type of feeding and infant growth pattern of 0-6 months Health Center of Jesus Maria. **Methods:** According approach was quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional retrospective design. The study population consisted of 116 medical records of infants 0-6 months male and female that are registered in the Health Center Jesus Maria assisted in the service of growth and development during the study period (December 2013 - June 2014), it being the sample consisted of 92 medical records, for the selection of the sample units non-probability sampling is used for convenience, the technique used was the observation and as an instrument Data Sheet Mother and Infant. The graphic Chi square was used to determine the relationship between the type of breastfeeding and indices of growth pattern with a reliability of 95%. **Results:** 48.9% (45) were female and 51.1% (47) male. In the index weight / age and type of feeding, of 0-29 days 94.9% (LMX), 65.1% (LME) and 50% (LA) had normal indicator, 30.2% (LME) risk of malnutrition; at 2 months, 94.9% (LMX), 88.6% (LME) average index and 44.4% were at risk of malnutrition with (LA); 4 months 89.4% (LMX), 81.6% (LME) infants with normal rate, with 42.9% global malnutrition and 6.4% (LMX) found overweight; finally at 6 months 75.5% (LMX), 62.5% (LME) with normal rate, 57.1% (LA) and risk of malnutrition 20.8% (LMX) are overweight. At the height / age and type of feeding, of 0-29 days normal rate average rate is 75.3% to 90.9% 2 months (LME) had normal rate, 33.3% (LA) and 15.6% (LMX) risk short stature; 4 months 92.1% (LME), 42.9% (LA), 10.6% (LMX) risk of stunting and 4.3% stunting was found; 6 months average 82.5% Normal indicator, and 11.3% (LMX) had risk of short stature. Weight / Size and type of breastfeeding from 0 to 29 days 92% rate (LMX), 84.1% (LME) had Normal indicator, at 2 months 76.9% (LMX), 63.6% (LME) have normal indicator, 22.2% (LA) and 10.3% (LMX) met obesity, at 4 months 78.9% (LME) with normal indicator, 12.8% and 10.6% (LMX) were overweight and obese, finally at 6 months 81.3% (LME) normal indicator, 12.5% (LME), 15.1% (LMX) found overweight and 3.8% (LMX) with a risk of malnutrition. **Conclusion:** The rate of breastfeeding in infants younger than 6 months is not related to weight and the size. The most commonly used type of feeding is mixed breastfeeding.

**Keywords:** breastfeeding type, growth patterns.



## INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas de la Infancia (UNICEF) recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva dentro de los primeros 6 meses de vida y que se constituya en parte importante de la alimentación durante el periodo restante del primer año, acompañada de la adición oportuna de alimentos adecuados e inocuos<sup>1</sup>.

La Lactancia Materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. 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<sup>2</sup>. Así mismo es un producto biológico y esencial, rico en componentes inmunológicos, tanto humorales como celulares, que cumplen funciones protectoras contra infecciones en el lactante, durante las primeras etapas del desarrollo infantil.

La Lactancia Materna está compuesta de agua, carbohidratos, lípidos, proteínas (incluidas inmunoglobulinas), calcio, fósforo, vitaminas, elementos trazos, factores de crecimiento, hormonas y otros elementos, la leche humana es el alimento ideal para el bebé. Además se constituye en el único alimento que el recién nacido y el lactante menor pueden recibir para sobrevivir<sup>3</sup>

La lactancia materna como proceso biológico es una actividad que se ve afectada por aspectos culturales, creencias y otras variables, dependiendo de la región donde resida la madre y el acceso que haya tenido a la educación (3). En el tema específico se habla de lactancia materna exclusiva (LME) y alimentación complementaria (AC) que se caracteriza por el uso de leches industrializadas o de alimentos sólidos. Entre las ventajas que trae la Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros 6 meses de vida se encuentra una mayor calidad en el aporte de nutrientes, ausencia de agresión fisicoquímica y antigénica, apoyo inmunológico, mejor desarrollo del tubo digestivo con la formación de la flora intestinal, prevención de enfermedad<sup>3</sup>.

La Lactancia Materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas de la Infancia (UNICEF) lanzaron en 1992 la iniciativa “Hospitales amigos de los niños” con el fin de fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo de la lactancia materna. La base de la iniciativa son los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que se describen en la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF titulada Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding<sup>4</sup>.

La influencia de la Lactancia Materna en el primer año de vida es importante para evaluar el crecimiento infantil. Los estudios realizados en diversos países muestran diferencias de crecimiento, tanto en peso como en estatura, según el tipo de lactancia<sup>8</sup>.

La evaluación de Crecimiento y Desarrollo (CRED) es realizada por el personal de enfermería, es la apreciación física, que permite identificar la talla el peso y áreas corporales del niño. Esta valoración se obtendrá con la antropometría y el examen físico en donde también la enfermera debe de conocer la aplicación de los Indicadores Antropométricos<sup>5</sup>.

En la atención integral del lactante menor la valoración de su crecimiento es un objetivo primordial; esto se mide con base en su talla/longitud en posición acostada hasta los dos años de edad. Los patrones de crecimiento se clasifican al nacimiento como: 1) bajo peso cuando presenta un peso < de 2.5Kg; 2) peso adecuado cuando es de 2.5 a 4.0 Kg; 3) macrosómico cuando pesan más de 4.5 Kg. La talla del niño al nacer en promedio es de 50 cm esta aumenta durante el primer mes aproximadamente 4 cm, de tres y medio a cuatro en el segundo mes, en el tercer mes de 3 cm y 2cm en el cuarto mes<sup>6</sup>.

Los índices (peso/edad, talla/edad y peso/talla) clasifican el crecimiento como normal, sobrepeso, obesidad, desnutrición leve, desnutrición moderada, desnutrición grave; talla alta, ligeramente alta, ligeramente baja y baja; son más específicas para lactantes y para la observación de alteraciones en peso y

talla relacionada con la edad y con ello se puede observar mejor la evolución del crecimiento<sup>6</sup>.

Para alcanzar un adecuado crecimiento y desarrollo, y para lograr una adecuada nutrición, se ponen en juego una gran cantidad de fenómenos que a su vez están sometidos factores condicionantes: algunos fijos, como el potencial genético del individuo, y otros dinámicos, como los factores sociales, económicos y culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable<sup>7</sup>.

La Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) promueve la lactancia natural como la mejor forma de nutrición de los bebés y los niños pequeños, y una de las medidas más eficaces para garantizar la salud y la supervivencia del niño. La leche materna es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a proteger a los bebés de enfermedades frecuentes en la infancia. La leche materna se obtiene fácilmente y es asequible. Las personas a las que se amamantó de pequeñas tienen menos tendencia a sufrir sobrepeso u obesidad a lo largo de la vida. También tienen menos probabilidades de desarrollar diabetes y obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia<sup>9</sup>.

Si se amamantara a todos los niños del mundo, cada año se podrían salvar unas 220.000 vidas. Un análisis reciente de estudios llevados a cabo en Ghana, India y Perú muestra que los lactantes no alimentados al pecho tenían diez veces más probabilidades de morir que los que recibieron leche materna como alimento predominante o exclusivo<sup>9</sup>.

La evidencia científica demuestra que la leche humana es el mejor alimento para el lactante por lo que lógicamente la valoración del crecimiento fisiológico debería realizarse teniendo en cuenta el patrón de crecimiento de los niños amamantados<sup>10</sup>. La Lactancia Materna es la forma de nutrición natural del lactante y sus ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas.

La leche materna es el alimento óptimo para el lactante y su composición es la ideal para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 4 a 6 meses de vida<sup>11</sup>

En nuestro país se han llevado a cabo actividades de fomento, protección y desarrollo de lactancia materna como la acreditación de 90 hospitales como amigos del niño de un total de 138 hospitales tanto del Ministerio de Salud (MINSA), ESSALUD y Fuerzas Armadas (F.F.A.A.), así como la institucionalización de la semana mundial de la lactancia materna en el Perú. Se viene desarrollando un marco legal para el fomento de la lactancia como el Primer Reglamento de Alimentación Infantil y se ha adaptado el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna<sup>12</sup>.

Dewey y Cols en el estudio de DARLING compararon datos relativos al crecimiento en niños alimentados exclusivamente con leche materna o formulas infantiles y observaron que el crecimiento longitudinal y el perímetro craneal no presentan diferencias significativas entre los dos grupos, pero sin embargo, el aumento de peso en los lactantes amamantados fue más lento aproximadamente a partir de la edad de 3 meses. Estudios realizados en otros países como en Bielorrusia (estudio PROBIT), EEUU, Canadá (estudio de la OMS) documentan que el crecimiento de los lactantes sanos amamantados difiere significativamente de los alimentos artificialmente, deduciéndose una discrepancia entre los beneficios evidentes de la leche materna y el aparente retraso de crecimiento<sup>13</sup>.

Según la encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del 2014 indica que entre las niñas y los niños que fueron pesados al nacer, aumento de 89,6% en el año 2009 a 93,5% en el año 2014. Entre las niñas y niños que fueron pesados al nacer, un 6,05 peso menos de 2.5Kg. Este porcentaje fue menor al 6,4% en el año 2009.

Según características de la madre, el bajo peso al nacer fue más frecuente entre las hijas o hijos de madres de 35 a 39 años de edad al nacimiento (8,4%); ubicadas en el quintil inferior de riqueza (7,7%), con educación primaria o sin educación (7,3%, en ambos casos), y entre aquellas con seis y más hijas e hijos (8,1%). Las madres fumadoras presentaron un porcentaje de 6,4%. Por área de residencia la prevalencia de bajo peso al nacer fue mayor en el área rural (7,4%) que en el área urbana (5,4%). Asimismo, esta condición se observó en el 7,1% de las niñas o niños residentes en la Sierra y 6,8% del

Resto Costa. Según departamento, el bajo peso al nacer fue más frecuente en Pasco (9,8%) y Apurímac (9,4%). Se ubicaron por debajo del promedio nacional los departamentos de Lambayeque (5,6%), La Libertad y Arequipa (5,5% en cada caso), Cusco (5,0%), Ucayali (4,7%), Madre de Dios (4,3%) y Lima (3,6%). Con respecto a los porcentajes de niñas o niños percibidos por la madre como “muy pequeña o pequeño” o “más pequeña o pequeño que el promedio”, estos fueron a nivel nacional 2,9% y 17,5%. Asimismo, dichas percepciones fueron de 3,6% y 19,7% respectivamente entre las madres residentes en la Sierra y de 1,9% y 20,5% entre aquellas residentes en la Selva.

Con respecto a la lactancia inicial el 98,4% de las niñas y niños que nacieron en los cinco años anteriores a la Encuesta 2014 han lactado alguna vez. Por área de residencia, en el área rural fue 98,7%, mientras que en la urbana, 98,3%. El 55,1% de niñas y niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, esta proporción ascendió a 93,0% dentro del primer día. En relación con los valores observados en el año 2009, aumentó en 2,4 puntos porcentuales en el primer caso y en el segundo, referido al primer día que empezó a lactar, en 1,1 puntos porcentuales. Por área de residencia, fue mayor en el área rural (68,8%) y según departamento; Huánuco (79,1%), Junín (79,0%), Amazonas (78,7%), Ucayali (75,8%) y Cusco (73,9%).

Con respecto a la lactancia exclusiva, el 68,4% de niñas y niños menores de seis meses de edad tuvieron lactancia exclusiva y el 10,2% que tenían entre seis a nueve meses de edad continuaban alimentándose con solo leche materna. • Del total de niñas y niños menores de seis meses de edad (97,3%) que fueron amamantados el día o noche anterior a la entrevista, el 23,1% recibieron además leche no materna, el 2,5% solo agua, el 2,4% complementos, y el 0,7% otro tipo de líquidos (agua/jugos). El uso del biberón en niñas y niños menores de seis meses de edad representó el 29,1%; entre los infantes de 18 a 23 meses de edad este porcentaje fue superior (55,0%).

Según el área de residencia, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue mayor entre niñas y niños residentes del área rural (5,1 meses) que en la

urbana (4,2 meses), mientras que por departamento Huancavelica (5,9 meses), Cusco (5,8 meses) y Pasco (5,5 meses) presentaron los mayores porcentajes.

El 95,3% de niñas y niños menores de seis meses de edad recibió leche materna con una frecuencia de seis y más veces en las últimas 24 horas (día anterior al de la entrevista). En el año 2009 fue 98,0%. Se observó que la intensidad de la lactancia en menores de seis meses de edad que amamantan seis y más veces en las últimas 24 horas, fue mayor entre niñas y niños de madres con educación primaria (96,0%), en relación a las madres con educación superior (92,6%), similarmente entre las ubicadas en el quintil inferior de riqueza fue mayor (97,5%), que entre las del quintil superior de riqueza (91,5%). Por área de residencia, el porcentaje fue mayor en el área rural (97,6%) que en el área urbana (94,3%).

Con respecto a la nutrición según patrón de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud, la desnutrición crónica en el grupo de niñas y niños menores de seis meses de edad fue 9,7% y, en los infantes de seis a ocho meses de edad este porcentaje fue 10,9%, observándose un incremento con la edad, alcanzando el más alto porcentaje en el grupo de niñas y niños de 18 a 23 meses de edad (19,1%) y luego los porcentajes disminuyen. El porcentaje de desnutrición crónica entre niñas y niños que tuvieron un tamaño muy pequeño al nacer fue 31,6%, 20,6 puntos porcentuales más que aquellos que tuvieron un tamaño promedio o más grande (11,0%) Los más altos porcentajes de niñas y niños con desnutrición aguda se presentaron en el grupo de menos de seis meses de edad (1,5%) y de seis a ocho meses de edad (1,8%).

La desnutrición global en niñas y niños menores de seis meses de edad fue de 6,3%, seguido del grupo de 12 a 17 meses de edad, 4,7%. Siendo menor entre los 36 a 47 meses de edad y 48 a 59 meses de edad (1,7%, en cada caso).<sup>15</sup>

El rol de la enfermera en la promoción de la lactancia materna y la crianza respetuosa, está dada básicamente, por el conocimiento actual de la enorme variedad de factores protectores presentes en la leche humana, que permiten en edades precoces prevenir enfermedades que se proyectan a futuro como

las condicionantes de salud/enfermedad, que conforman la mayor parte de la carga de salud del adulto<sup>16</sup>.

RAMONA MERCER en su teoría "ADOPCION DEL PAPEL MATERNAL" realiza su enfoque en la maternidad, considera la adopción del papel maternal como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo. La forma en que la madre define y percibe los acontecimientos está determinada por un núcleo del sí mismo relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad están influidas además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo<sup>17</sup>.

El rol de la enfermera en el componente CRED está orientado a promover la salud física, mental y emocional del niño, así como prevenir enfermedades que alteren el proceso de crecimiento y desarrollo, esto se pone en práctica en los establecimientos de salud mediante actividades preventivas<sup>18</sup>.

Según la Información Mensual de Actividades Atención Integral de Salud del Niño según trimestres del 2013 y 2014 del Centro de Salud Jesús María enfermería encargada del servicio de crecimiento y desarrollo refiere que de 30 niños menores de 6 meses aproximados que asisten a su control, al mes el 10% son diagnosticados con peso y talla por debajo de los valores normales. Mediante la información de los Indicadores de Resultado de Crecimiento y Desarrollo que realiza la jefa enfermera del servicio de (CRED) mensualmente y anualmente, se obtuvo la información de que el N° de niños(a) con CRED completo en < 1año entre N° de niños(a) atendidos en < 1año fue 4.76% en el primer trimestre y 9.59% en el segundo trimestre estos resultados es el N° de niños controlados en CRED.

En relación con N° de niños con LME a los 6 meses entre N° de niños(a) de 6 meses sanos atendidos en el primer trimestre del 2013 fue al 100% al igual que el segundo trimestre del presente año.

Al revisar los Información Mensual de Actividades atención Integral de Salud del Niño según trimestres del 2013 y 2014 del Centro de Salud Jesús María que realiza la enfermera en el servicio de CRED, la evaluación nutricional en menores de 1 año durante el 1º trimestre del año 2013 se identificó ganancia inadecuada de peso, 18% y talla 7%; con sobrepeso 11% y con peso y talla normal a unos 136 niños atendidos. En el segundo trimestre se muestra ganancia inadecuada de peso 13%, talla 9%, con sobrepeso 14%, peso y talla normal 136 de los niños atendidos.

Después de lo anterior mencionado se ve la necesidad de formular el siguiente problema.

### **Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre tipo de lactancia y el patrón de crecimiento en lactantes de 0 a 6 meses del Centro de Salud Jesús María de Diciembre 2013 – Junio 2014?

El estudio tuvo como objetivos:

### **Objetivo general**

Establecer la relación entre tipo de lactancia y el patrón de crecimiento del lactante de 0 a 6 meses de edad del Centro de Salud de Jesús María Diciembre 2013 Junio 2014.

### **Objetivos específicos**

Determinar la relación entre el indicador de patrón del crecimiento Peso/Edad según tipo de lactancia del lactante de 0 a 6 meses

Relacionar el indicador del patrón de crecimiento Talla/Edad según tipo de lactancia del lactante de 0 a 6 meses.

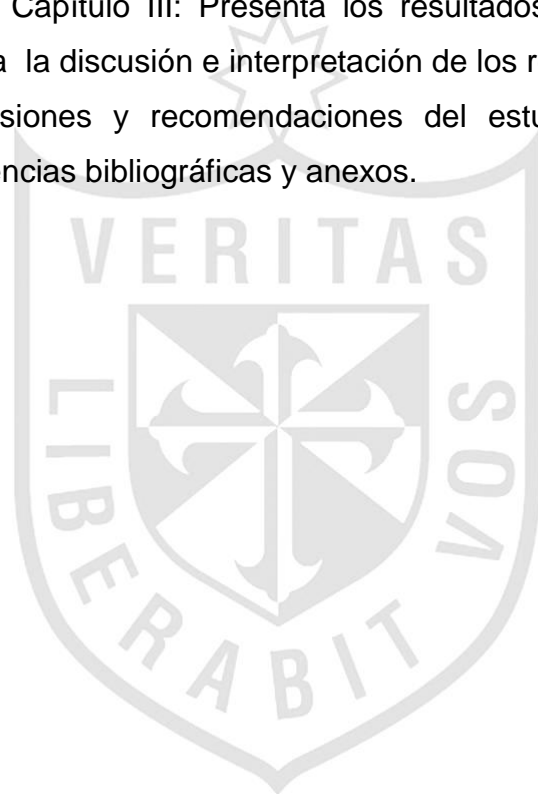
Determinar la relación del patrón del indicador Peso/Talla según tipo de lactancia del lactante de 0 a 6 meses.

### **Se planteó como hipótesis de investigación:**



“Si existe relación directa entre los tipos de lactancia con el patrón de crecimiento del lactante de 0 - 6 meses de edad en el servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Jesús María

El informe del trabajo de investigación consta de 5 capítulos: Capítulo I: la introducción, que presenta el problema, los objetivos del estudio e hipótesis; el Capítulo II: Material y método que consta de diseño metodológico, población, Operacionalización de la variable, técnica e instrumento, técnica de recolección de datos, técnica para el procesamiento de la información, aspectos éticos; el Capítulo III: Presenta los resultados de la investigación; Capítulo IV: muestra la discusión e interpretación de los resultados; Capítulo V: Señala las Conclusiones y recomendaciones del estudios. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y anexos.



## CAPITULO II

### MATERIAL Y METODO

#### 3.1 Diseño Metodológico

El tipo de investigación realizada según su enfoque es cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal, y retrospectivo.

#### 3.2 Población y muestra.

La población en estudio estuvo formada por las 116 lactantes de 0 a 6 meses de sexo masculino y femenino que están registrados en el Centro de Salud Jesús María atendidos en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo durante el periodo de estudio (diciembre 2013 – Junio 2014) siendo la unidad de análisis las historias clínicas.

#### Muestra.

N= 116

$$n = \frac{Z^2PQN}{e^2(N-1)+Z^2pq}$$

#### Donde:

n = 92

Para la selección de las unidades muestrales se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

#### Criterio de inclusión

- Historias clínicas de diciembre 2013 - junio del 2014.

- Historias Clínicas de lactantes atendidos en el centro de salud de Jesús María en el programa de CRED desde el primer mes consecutivos hasta los 6 meses.
- Historias Clínicas de lactantes sanos sin patología obstétrica o enfermedad sistemática.
- Lactantes nacidos a término, con peso normal (promedio sexo masculino y femenino de: 2.800 Kg, a 3.800 kg) y talla (sexo masculino y femenino promedio de 48 cm a 51cm) al nacer.
- Edad gestacional de la madre (medida por cualquier método) se encuentra entre las 37 y 41 semanas y 6 días según Organización Panamericana de Salud (OPS).
- Historias Clínicas con por lo menos cuatro notas de enfermería específicas de control de niño sano con registro de peso y talla.



### **Técnicas de recolección de datos.**

Los datos fueron recolectados con la técnica de la observación a través del instrumento denominado “Ficha de Datos del lactante y la madre”; que está conformada por 5 preguntas referidas a la características de la madre y 9 preguntas referidas al lactante.

Se revisó 92 historias clínicas durante 3 meses, tres veces a la semana, cada día se observaron un aproximado de siete Historias Clínicas, 3 en el turno de la mañana y 4 en la tarde. La información que se registró en la ficha de recolección de datos sobre el tipo de lactancia fue: Lactancia materna exclusiva, Lactancia artificial y Lactancia materna mixta que recibe el lactante, al nacimiento, 2,4 y 6 meses; así mismo se registró el peso y la talla según edades y así se obtuvo los patrones de crecimiento, peso/edad, talla/edad y peso/talla según tablas de la Organización Mundial de la Salud.

### **Técnicas para el procesamiento de la información**

El procesamiento de toda la información fue realizado a través del programa SPSS y Excel, los datos recolectados fueron trasladados a una base de datos mediante el uso de un libro códigos preparado expresamente para los instrumentos de la recolección de datos. Una vez llevados los datos a un sistema computarizado serán procesadas para determinar la frecuencia absoluta, porcentual y rangos, de tal manera que permitan obtener las tablas de resultado y graficas correspondientes como parte del análisis estadístico descriptivo de los resultados de la investigación. Se utilizó estadística inferencial con  $X^2$  ( $\chi^2$ ) para determinar diferencias en las frecuencias de los Patrones de Crecimiento según Tipo de Lactancia.

### **Aspectos éticos**

A todas las personas que participaran de la investigación se les solicitarán el consentimiento informado, serán orientadas de manera sencilla y clara sobre los fines de la investigación y sobre la evaluación de cada historia clínica, en todo momento se tendrán en cuenta principios éticos como individualidad, privacidad, de la misma manera que toda información vertida por las HC será conservada estrictamente de forma anónima, cuyos fines solo serán empleados para alcanzar los objetivos de la investigación.

Para la realización de todo el trabajo se consultara a las autoridades correspondientes del Centro de Salud Jesús María.

## RESULTADOS

TABLA. 1

RELACION ENTRE EL INDICE DE PATRÓN DEL CRECIMIENTO PESO/EDAD Y TIPO DE LACTANCIA POR EDADES DEL LACTANTE CENTRO DE SALUD JESÚS MARIA. DICIEMBRE 2013 – JUNIO 2014

INDICADOR	LME		LA		LMX		Chi2	P
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>0 - 29 días</b>								
Desnutrición global	1	1.6	0	0	0	0	6.143	0.05
Riesgo de desnutrición	19	30.2	2	50	3	5.1		
Normal	41	65.1	2	50	22	94.9		
Sobrepeso	2	3.2	0	0	0	0		
Obesidad	0	0	0	0	0	0		
<b>TOTAL</b>	63	100	4	100	25	100		
<b>a los 2 meses</b>								
Desnutrición global	0	0	1	11.1	0	0	33,76	0,000
Riesgo de desnutrición	1	2.3	4	44.4	2	5.1		
Normal	39	88.6	4	44.4	37	94.9		
Sobrepeso	3	6.8	0	0	0	0		
Obesidad	1	2.3	0	0	0	0		
<b>TOTAL</b>	44	100	9	100	39	100		
<b>a los 4 meses</b>								
Desnutrición global	1	2.6	3	42.9	0	0	30,90	0.000
Riesgo de desnutrición	2	5.3	1	14.3	2	4.3		
Normal	31	81.6	3	42.9	42	89.4		
Sobrepeso	3	7.9	0	0	3	6.4		
Obesidad	1	2.6	0	0	0	0		
<b>TOTAL</b>	38	100	7	100	47	100		
<b>a los 6 meses</b>								

Desnutrición global	0	0	0	0	0	0		
Riesgo de desnutrición	1	3.1	4	57.1	2	3.8	30,22	0.000
Normal	20	62.5	3	42.9	40	75.5		
Sobrepeso	10	31.3	0	0	11	20.8		
Obesidad	1	3.1	0	0	0	0		
<b>TOTAL</b>	32	100	7	100	53	100		

Fuente: Ficha de recolección de datos

\*Prueba de Chi<sup>2</sup>

En la tabla 1 se observa, según la prueba del chi cuadrado [ $\chi^2= 6,143$ ;  $p=0,05$ ], no existe dependencia significativa entre los tipos de lactancia y el índice peso para la edad en los recién nacidos.

Para el mismo grupo a los 2 meses el valor del chi cuadrado [ $\chi^2= 33,76$ ;  $p=0,000$ ], existe grado de dependencia significativa, del peso para la edad según tipos de lactancia, así cuando utilizan Lactancia Materna Exclusiva (LME) el indicador peso normal llega al 88,6% y si utiliza Lactancia Artificial (LA) el porcentaje cae a 44.4%, finalmente si utiliza Lactancia materna mixta (LMX) el porcentaje sube al 94,9%, además el riesgo de desnutrición a los 2 meses es menor en niños que reciben Lactancia Materna Exclusiva (LME).

A los 4 meses el valor del chi cuadrado [ $\chi^2= 30,90$ ;  $p=0,000$ ], se evidencia el grado de dependencia entre las dos variables como son el peso para la edad según el tipo de lactancia, demostrados en los diferentes valores LME: 81,2%, Lactancia Artificial (LA) 42,9%,

Finalmente en el mismo grupo de niños el valor de chi cuadrado [ $\chi^2=30,22$ ;  $p=0,000$ ], demuestra que hay una dependencia en los tipos de lactancia con el indicador del Peso/Edad, evidenciándose una diferencia en el índice de riesgo de desnutrición en niños que consumen Lactancia Artificial (LA) con el 57,1%.

TABLA. 2

RELACION ENTRE EL INDICE DE PATRÓN DEL CRECIMIENTO TALLA/EDAD Y TIPO DE LACTANCIA POR EDADES DEL LACTANTE CENTRO DE SALUD JESÚS MARÍA DICIEMBRE 2013 – JUNIO 2014

INDICADOR	LME		LA		LMX		Chi2	P
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>0 – 29 días</b>								
Talla baja severa	0	0	0	0	0	0		
Talla baja	0	0	0	0	0	0		
Riesgo de talla baja	10	15.9	2	50	2	8	4.781	0.092
Normal	53	84.1	2	50	23	92		
Talla alta	0	0	0	0	0	0		
<b>TOTAL</b>	63	100	4	100	25	100		
<b>a los 2 meses</b>								
Talla baja severa	0	0	1	11.1	0	0		
Talla baja	1	2.3	1	11.1	0	0		
Riesgo de talla baja	0	0	3	33.3	6	15.6	26.701	0.001
Normal	40	90.9	4	44.4	31	79.5		
Talla alta	3	6.8	0	0	2	5.1		
<b>TOTAL</b>	44	100	9	100	39	100		
<b>A LOS 4 MESES</b>								
Talla baja severa	0	0	0	0	0	0		
Talla baja	0	0	1	14.3	2	4.3		
Riesgo de talla baja	3	7.9	3	42.9	5	10.6	11,866	0.018
Normal	35	92.1	3	42.9	40	85.1		
Talla alta	0	0	0	0	0	0		
<b>TOTAL</b>	38	100	7	100	47	100		
<b>A LOS 6 MESES</b>								
Talla baja severa	0	0	0	0	0	0		
Talla baja	0	0	0	0	0	0		
Riesgo de talla baja	3	9.4	2	28.6	6	11.3	3.901	0.420
Normal	28	87.5	5	71.4	47	88.7		
Talla alta	1	3.1	0	0	0	0		



<b>TOTAL</b>	32	100	7	100	53	100
--------------	----	-----	---	-----	----	-----

---

Fuente: Ficha de recolección de datos

\*Prueba de Chi<sup>2</sup>

En la Tabla.2, en el RN se observa el valor del chi cuadrado calculado es menor que el chi cuadrado crítico [ $X^2=4,781 < 5,991$ ;  $p= 0,092$ ], entonces se acepta la hipótesis nula, la cual es la Talla/Edad es independiente de los tipos de lactancia, además se evidencia que en los tres casos hay un alto porcentaje en el indicador Normal para Talla/Edad.

A los dos meses se evidencia que el chi cuadrado es mayor que el chi cuadrado crítico [ $X^2=26,701 > 15,507$ ;  $p=0,001$ ], lo cual rechaza la hipótesis nula aceptando que existe relación directa entre los tipos de lactancia con el índice Talla/Edad, en los resultados se encontraron riesgo de talla baja y talla baja con los tres tipos de lactancia y con sobrepeso alimentados con Lactancia Materna Exclusiva y Lactancia Materna mixta.

Continuando a los 4 meses la tabla muestra que el valor del chi cuadrado es mayor que el chi cuadrado crítico [ $X^2=11,866 > 9,488$ ;  $p= 0,018$ ], la cual acepta que el índice Talla/Edad es dependiente de los tipos de lactancia, en donde hay un alto porcentaje de talla normal utilizando cualquier tipo de lactancia y también encontrándose riesgo de talla baja y talla baja con lactancia artificial y lactancia mixta.

En este periodo de los 6 meses se observa que el chi cuadrado es menor que el chi cuadrado crítico [ $X^2= 3,901 < 9,488$ ;  $p=0,420$ ] no existe dependencia significativa entre el índice de Talla/Edad con los tipos de lactancia que reciba el niño, encontrándose un alto porcentaje de talla/edad normal utilizando cualquier tipo de lactancia y un mínimo porcentaje en riesgo de talla baja con cualquiera de estos tipos de lactancia.

TABLA. 3

RELACION ENTRE EL INDICE DE PATRÓN DEL CRECIMIENTO PESO /TALLA Y  
TIPO DE LACTANCIA POR EDADES CENTRO DE SALUD JESÚS  
MARÍADICIEMBRE 2013 – JUNIO 2014

INDICADOR	LME		LA		LMX		Chi2	P
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>0 – 29 días</b>								
Desnutrición aguda	1	1.6	0	0	1	4	8.058	0.234
Riesgo de desnutrición	6	9.5	1	25	0	0		
Normal	53	84.1	2	50	23	92		
Sobrepeso	3	4.8	1	25	1	4		
Obesidad	0	0	0	0	0	0		
<b>TOTAL</b>	63	100	4	100	25	100		
<b>a los 2 meses</b>								
Desnutrición aguda	3	6.8	1	11.1	1	2.6	6.244	0.620
Riesgo de desnutrición	3	6.8	1	11.1	3	7.7		
Normal	28	63.6	5	55.6	30	76.9		
Sobrepeso	5	11.4	0	0	1	2.6		
Obesidad	5	11.4	2	22.2	4	10.3		
<b>TOTAL</b>	44	100	9	100	39	100		
<b>a los 4 meses</b>								
Desnutrición aguda	0	0	0	0	0	0	5.356	0.499
Riesgo de desnutrición	2	5.3	0	0	0	0		
Normal	30	78.9	7	100	36	76.6		
Sobrepeso	3	7.9	0	0	6	12.8		
Obesidad	3	7.9	0	0	5	10.6		
<b>TOTAL</b>	38	100	7	100	47	100		
<b>a los 6 meses</b>								
Desnutrición aguda	0	0	0	0	0	0	3.015	0.807
Riesgo de desnutrición	0	0	0	0	2	3.8		
Normal	26	81.3	6	85.7	42	79.2		
Sobrepeso	4	12.5	1	14.3	8	15.1		
Obesidad	2	6.3	0	0	1	1.9		
<b>TOTAL</b>	32	100	7	100	51	100		

<b>TOTAL</b>	32	100	7	100	53	100
--------------	----	-----	---	-----	----	-----

---

Fuente: Ficha de recolección de datos

\*Prueba de Chi<sup>2</sup>

En la tabla 3, en los recién nacidos el valor del chi cuadrado [ $X^2=8,058$ ;  $p=0,234$ ], se evidencio que existe grado de independencia de variables aceptando la hipótesis nula, los tipos de lactancia es independiente del índice peso/talla, hay un alto porcentaje de Peso/Talla Normal utilizando cualquiera de los tipos de lactancia,

Para este mismo grupo de lactantes de 2 meses se observa que según la prueba del chi cuadrado [ $X^2= 6,244$ ;  $p=0,620$ ], no existe relación significativa del índice Peso/Talla con los tipos de lactancia, los resultados obtenidos muestran que utilizando los tres tipos de lactancia hay niños con Peso/Talla normal, riesgo de desnutrición y sobre peso evidenciándose la independencia de variables,

Siguientemente a los 4 meses el valor del chi cuadrado [ $X^2= 5,356$ ;  $p=0,499$ ], no existe dependencia significativa entre el Peso/Talla con los tipos de lactancia, encontrándose porcentajes altos en el índice normal para cualquier tipo de lactancia y así mismo porcentajes no significativos de sobrepeso y obesidad con Lactancia Artificial y Lactancia Materna Mixta.

Finalmente a los 6 meses de igual manera la prueba estadística de chi cuadrado [ $X^2= 3,015$ ;  $p=0,807$ ], acepta la hipótesis nula la cual el indicador Peso/Talla es independiente de los tipos de lactancia evidenciándose un alto porcentaje de Peso/Talla Normal y 15.1% de sobrepeso con Lactancia Materna Mixta.

## DISCUSIÓN

### Objetivo específico.1.

El índice del patrón de crecimiento peso/edad no fue significativo con el tipo de lactancia en el recién nacido así lo indican las valoraciones de la prueba del chi cuadrado presentados en la tabla.4 [ $X^2= 6.143$ ;  $p= 0,400$ ], Lazarte nos dice es habitual que los recién nacidos pierdan un 5-10% del peso al nacimiento y en algunos casos un poco más.<sup>50</sup>

A partir de los 2 meses hasta los 6 meses [ $X^2=33,76$ ; 30,900; 30,220;  $p= 0,000$ ] se evidencio que si existe relación significativa entre los tipos de lactancia con el índice de patrón de crecimiento Peso/Edad; Yunes – Zarraga<sup>51</sup>, en su estudio publicado en 2012, en una población de 280 lactantes en México, encontraron que aquellos niños que eran alimentados con LME tenían una mayor ganancia de peso respecto aquellos que recibieron otros tipos de alimentación, sin embargo resultados de Dewey y Cols<sup>51</sup> en el estudio de DARLING compararon datos relativos al crecimiento en niños alimentados exclusivamente con leche materna o formulas infantiles y observaron el aumento de peso en los lactantes amamantados que fue más lento aproximadamente a partir de la edad de 3 meses.

A los 6 meses en la investigación se presentó un 20% de niños con sobrepeso alimentándose con lactancia mixta, tal vez esta exposición a sobrepeso temprano pueda conllevar a futuro incremento de obesidad en esta población, según Gil y Toveras<sup>52</sup> afirman la tendencia al sobrepeso y obesidad en el futuro de aquellos no amamantados, es por el elevado aporte en calorías y proteínas de las formulas artificiales.

Otro estudio realizado en España, en donde se comparó el crecimiento de niños sanos alimentado a seno materno, formula artificial y mixta se demostró que el crecimiento en peso no presentaron diferencias estadísticamente significativas<sup>53</sup>

Según observaciones de Dewey, los lactantes alimentados con leche materna tienen menor grasa corporal que los alimentados con fórmula<sup>54</sup>, similar afirmación se encontró en el presente estudio y un menor porcentaje de sobrepeso en niños con lactancia materna exclusiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomiendan que la necesidad de la alimentación del niño 0 - 6 meses se satisface a través de la lactancia materna la que requiere ser frecuente, la lactancia materna exclusiva se asocia a un mayor crecimiento durante los primeros cuatro meses.<sup>55</sup>

La leche materna tiene un contenido más alto de nutrientes metabolizados y fácilmente digeribles como las proteínas del suero, lípidos y lactosa y una proporción equilibrada de aminoácidos, a diferencia de los sucedáneos en la que predominan proteínas del sistema de la caseína, menos digerible. Así, en relación a la concentración de proteínas, se sabe que la cantidad de las mismas está en relación a la tasa de crecimiento y al tiempo en que duplican el peso al nacer: a menor tiempo, mayor concentración de proteínas y grasas. Los hidratos de carbono constituyen el 38% del contenido calórico de la leche humana, el 29% de la leche de vaca y el 35% de las fórmulas.<sup>56</sup>

Con todos los antecedentes encontrados relacionado al peso del lactante menor de 6 meses, el porcentaje es mínimo a los resultados similares del estudio ya que hay más investigaciones que nos dicen que no hay relación en los tipos de lactancia con el índice de patrón de crecimiento Peso /Edad.

## Objetivo específico. 2

En los resultados de la tabla.2 el índice talla/edad en relación con el tipo de lactancia para el recién nacido según la prueba estadística del chi cuadrado [ $X^2= 4,781$ ;  $p= 0,092$ ] no se encontró dependencia significativa, no obstante a los 2 y 4 meses se encontró [ $X^2= 26,701$ ;  $11,866$ ;  $p= 0,001$ ;  $0,018$ ] dependencia significativa. Estos resultados se asemejan al estudio de DARLING (Davis Área Research on Lactation, Infant Nutrition and Growth), realizado por Dewey y Cols, comparó dos grupos de niños: uno amamantado (LM) hasta el primer año de vida con otro que no recibió pecho materno (LA) Los resultados mostraron un crecimiento similar entre ambos grupos, durante los primeros 3 meses<sup>57</sup>.

A los 6 meses [ $X^2= 3,091$ ;  $p= 0,420$ ] no se encontró diferencias estadísticas significativas; Estos resultados se asemejan al estudio realizado en Mexicali Baja California<sup>53</sup> en donde se comparó el patrón de crecimiento del recién nacidos alimentados al seno materno exclusivo con los de aquellos alimentados mediante fórmula artificial sus resultados señalan que no existieron diferencias en el crecimiento de acuerdo al tipo de lactancia, resultados similares obtuvo Gorkcay, este autor en una cohorte de 160 lactantes no encontró diferencias significativas en la talla durante los primeros 6 meses de vida.<sup>58</sup>

Con relación al crecimiento lineal los valores Z del indicador Talla/Edad, tanto en la muestra total como en los grupos caracterizados según la edad, estuvieron por debajo en el grupo con No LME, pero sin diferencia significativa.<sup>59</sup>

Yunes-Zarraga, en su estudio publicado en 2012, en una población de 280 lactantes en México, encontraron que aquellos niños que eran alimentados con LME en cuanto a la ganancia de talla no encontraron diferencias significativas.

En cuanto a los resultados de la investigación relacionada a talla/edad del lactante menor de 6 meses los antecedentes refieren que no hay significancia, lo cual son similares a los resultados del RN y a los 6 meses, sin embargo a los

2 y 4 meses si se encontró relación, ya que se encontró porcentajes significativos de riesgo de talla baja y talla baja con lactancia mixta y artificial.

### Objetivo específico. 3

Finalmente los resultados de la tabla.6 desde el recién nacido hasta los 6 meses se evidencia según el estadístico chi cuadrado [ $X^2 = 8,058; 6,244; 5,356; 3,015; p = 0,234; 0,620; 0,499; 0,807$ ] no hay dependencia significativa entre el índice peso/talla con los tipos de lactancia, estos resultados se asemejan en un estudio realizado en España en el 2003 en donde se comparó el crecimiento de niños sanos alimentados al seno materno, fórmula láctea artificial y mixta, se demostró que el crecimiento en peso/talla no presentaron diferencias significativas durante los 6 primeros meses de vida,<sup>53</sup>

Otra investigación realizada por El Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición, realizada en Valencia Venezuela sus resultados fueron en relación al Peso/Talla, el grupo que no recibió Lactancia Materna Exclusiva presentó un alto riesgo de estar en déficit de talla baja<sup>59</sup>

Este índice Peso/Talla, refleja el estado nutricional actual o desnutrición aguda, un bajo peso para talla mide el efecto del deterioro en la alimentación y la presencia de enfermedades en el pasado inmediato<sup>60</sup> también mide el estado actual y no requiere un conocimiento preciso de la edad, además de ser útil para el diagnóstico tanto de desnutrición como de sobrepeso. Como se observa en los resultados de la tabla que a los 4 y 6 meses hay un porcentaje no significativo de sobrepeso con Lactancia Materna Mixta y Lactancia Artificial.

Las limitadas evidencias científicas relacionadas al peso/talla y un bajo porcentaje de antecedentes similares a los resultados nos dice que no importa los tipos de lactancia para determinar si existe relación en el peso /talla.

En los niños, y especialmente antes del primer año de vida, es muy importante la vigilancia nutricional debido a la gran velocidad de crecimiento. Cualquier factor que altere este equilibrio, repercute rápidamente en el crecimiento y desarrollo del niño. Por esta razón el control periódico de salud constituye el

elemento más valioso en la detección precoz de alteraciones en su peso y talla, ya que permite hacer una evaluación oportuna y adecuada<sup>54</sup>

La función de la enfermera encargada del servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) es realiza la evaluación y monitoreo del crecimiento del lactante, utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento.

Y A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad del lactante y de acuerdo a los patrones de referencia.

El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual del lactante con ello se evidencia si hay un crecimiento de peso y talla adecuado o inadecuado . Por ende es necesario realizar estas funciones para que la enfermera encargada capte a tiempo a los niños con problemas de sobrepeso y desnutrición y así tomar las acciones necesarias para que estos hallazgos no repercutan a futuro del crecimiento y desarrollo del menor.

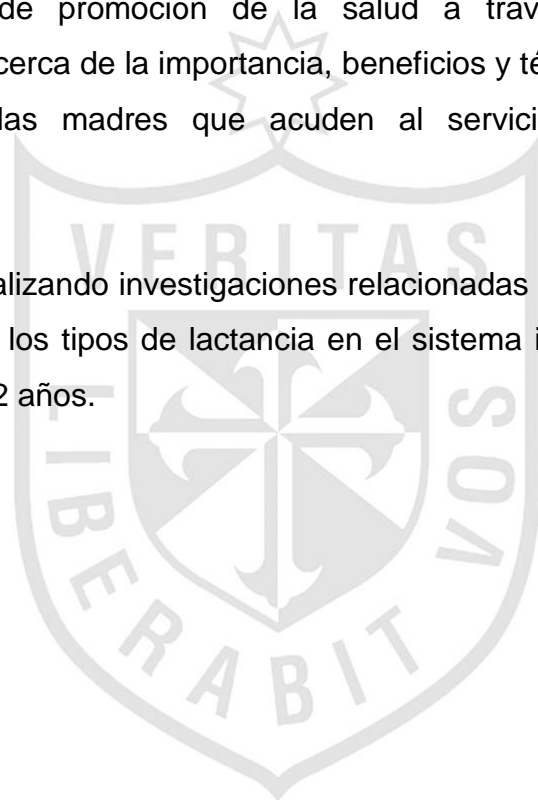


## CONCLUSIONES

- 1 Si existe relación entre el índice de patrón de crecimiento Peso/Edad y tipo de lactancia a partir de los 2 meses de edad hasta los 6 meses.
- 2 En relación al índice del patrón de crecimiento Talla/Edad y tipo de lactancia, se encontró relación significativa a los 2 y 4 meses ya que se evidencio una incidencia de riesgo de talla baja y talla baja severa con lactancia materna mixta y artificial. Sin embargo a de 0 a 29 días y 6 meses no se encontró relación significativa.
- 3 No se encontró relación significativa entre los tipos de lactancia con el índice del patrón de crecimiento Peso/Talla según el estadístico para las diferencia en el crecimiento ponderal del lactante de 0 a 6 meses.

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la enfermera jefa del Centro de Salud realizar actividades de promoción de la salud a través de las sesiones educativas acerca de la importancia, beneficios y técnicas de la lactancia materna a las madres que acuden al servicio de Crecimiento y desarrollo.
2. Continuar realizando investigaciones relacionadas al estudio, como es la influencia de los tipos de lactancia en el sistema inmunológico del niño menores de 2 años.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Cardona G, Castaño C, Hurtado Q, Moreno G, Restrepo P, Villegas A, Frecuencia de Lactancia Materna Exclusiva, Factores Asociados y Relación con el Desarrollo Antropométrico y Patologías en una población de lactantes atendida en Assbasalud ESE Manizales, (Colombia) 2010-2011. Archivos de Medicina (Col) [Internet]. 2013 Jul. [Citado 2 Agos 2014]; 13 (1): 73-87. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273828094008>
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna [Internet]. 2014 Ene-Jul [recuperado 4 Agos 2014]; (1-2) Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- 3.- Cardona G, Castaño C, Hurtado Q, Moreno G, Restrepo P, Villegas A, Frecuencia de Lactancia Materna Exclusiva, Factores Asociados y Relación con el Desarrollo Antropométrico y Patologías en una población de lactantes atendida en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2010-2011. Archivos de Medicina (Col) [Internet]. 2013 Jul. [Citado 6 Agos 2014]; 13 (1): 73-87. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273828094008>
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Temas de Nutrición. Lactancia materna exclusiva [Internet]. 2014 Ene – Jul (4) [citado 8 Agos 2014]; Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
- 5.- Sebastián C. Estrategia CRED. Control de Crecimiento y Desarrollo. Enf “Salud del Niño” [Internet]. 4 Jul 2012 [citado 8 Agos 2014]; Disponible en: <http://salud-del-nino.blogspot.com/2012/07/estrategia-cred-control-de-crecimiento.html>

6.-Espinoza-Zavala R, Ocampo-Barrios P, Quiroz-Pérez. Tipo de lactancia y su relación con el patrón de crecimiento y frecuencia de infección respiratoria y enfermedad diarreica agudas. Med Fam [Internet]. 2005 May-Ago [citado 12 Agosto 2014]; 7(2): 49-50. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50770204>.

7.- Becerra Maricel. Lactancia Materna y Desnutrición Infantil en un Centro de Salud en la Ciudad de Rosario [Internet]. Rosario: Universidad Abierta Interamericana 2007 [Recuperado 16 Agosto 2014]; 3-51: Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC065295.pdf>

8.- Moran R, Naveiro R, Blanco F, Cabañeros A, Rodríguez F, Peral C. Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad. Nutr. Hosp [Internet]. 2009 Abr [Citado 19 Agosto 2014]; 24 (2): 213-217 Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112009000200017&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200017&lng=es)

9.-Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud. Protección de la leche materna en el Perú [Internet]. Lima: 2013 [recuperado 23 Agosto 2014]; Disponible en: [http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2370:proteccion-de-la-lactancia-materna-en-peru&catid=1050:noticias-2013&Itemid=900](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2370:proteccion-de-la-lactancia-materna-en-peru&catid=1050:noticias-2013&Itemid=900)

10.- María José Lozano de la Torre. Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. [Internet] Madrid. Lactancia Materna, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 2010. [Recuperado 24 Agosto 2014]; 279-393. Disponible en: <http://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/Protocolos%20SEGHNP.pdf>

11.- Peraza Roque Georgina J. Lactancia materna y desarrollo psicomotor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 Ago. [Citado 27 Agosto 2014]; 16(4): 402-405. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000400018&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000400018&lng=es)

12.- Javier C. Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Seis Meses y Factores Asociados en Niños Nacidos Sano [Internet]. Perú: Universidad Nacional de San Marcos.2000; [Recuperado 30 Agosto 2014]; 61(3): 193 -200. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61\\_n3/pdf/a04v61n3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61_n3/pdf/a04v61n3.pdf)

- 13.- María José L. Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP [Internet]. Madrid. Lactancia Materna, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 2010. [Recuperado 8 Sept 2014]; 279-393. Disponible en: <http://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/Protocolos%20SEGHNP.pdf>
- 14.- Javier C. Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Seis Meses y Factores Asociados en Niños Nacidos Sano. Perú: Universidad Nacional de San Marcos. 2010; [recuperado 10 Sept 2014] 61(3): 193 -200. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61\\_n3/pdf/a04v61n3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61_n3/pdf/a04v61n3.pdf)
- 15.- Instituto nacional de estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar. Salud infantil, Lactancia y Nutrición de niños, niñas y madres [Internet]. Lima: I.N.E.I.; 2014 [recuperado 17 julio 2015]; 273-42. Disponible en: [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/index.html](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html)
- 16.- E.U. Patricia Fernández D. Lactancia materna, reflexiones para el cambio desde la práctica del/la enfermera/o [Internet]. Chile. 2012 [citado 15 Sept 2014] Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2012/08/LM-enfermer%C3%ADa1.pdf>
- 17.- Fanny C. Teorías y Modelos de Enfermería. Universidad de la cuaca programa de enfermería fundamentos de enfermería [Internet]. Chile: Gobierno de Chile 2005 [recuperado 17 Sept 2014]; Febr. 1-15 Disponible en: <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
- 18.- Mellado H, Carmen D. Satisfacción de la madre de la atención brindada por la enfermera en el componente de CRED del CMI- Daniel Alcides Carrión. Lima – Perú 2009. [Recuperado 18 19 Sept 2014]; 1-37. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2689/1/mellado\\_hc.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2689/1/mellado_hc.pdf)
- 19.- Mota C, Leticia S, Elvira B, Griselda G, María V. Crecimiento según tipo de lactancia recibida en los primeros tres meses de vida. Rev. Mex. Pediatr. [Internet]. 2009 Ene-Febr. [Citado 22 Sept 2014]; 64 (1): 9-12. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
- 20.- Labrador R, Marco A; Castro, Y; Labrador, J; Mantilla, C. Impacto del tipo de lactancia sobre la salud de niños: durante los tres primeros meses de vida caso:

Cordero estado Táchira. Col. Med. Estado Táchira [Internet]. 2009 Jul- Sept. [Citado 23 Sept 2014]; 15(3): 26-34. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=530754&indexSearch=ID>

21.- Cardona K; Castaño J; Hurtado, C; Moreno M; Restrepo A; Villegas O. Frecuencia de lactancia materna exclusiva, factores asociados y relación con el desarrollo antropométrico y patologías en una población de lactantes atendida en ASSBASALUD ESE. Arch. Med [Internet]. 2013 Jun [Citado 25 Sept 2014]; 13(1): 73-87. Disponible: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=691131&indexSearch=ID>

22.- Dávila M; Salas de la Vega, O; Zegarra del Carpio, C. Estudio comparativo sobre tipo de lactancia y crecimiento y desarrollo en niños de 2 años. Arequipa; UNSA [Internet]. 2010 [Citado 26 Sept 2014]; 120. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=192144&indexSearch=ID>

23- Ubillús, G, Lamas, C, Lescano, B; Lévano, M, Llerena, Z, López, R. Estado nutricional del lactante de uno a seis meses y tipo de lactancia. Horiz. Méd. (Impresa)[Internet]. 2011 Ene-Jun [Citado 27 Sept 2014]; 11(1): 19-23. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=680350&indexSearch=ID>

24.- Espinoza R, Ocampo P, Quiroz J. Tipo de lactancia y su relación con el patrón de crecimiento y frecuencia de infección respiratoria y enfermedad diarreica agudas. Arch Med Fam [Internet]. 2009 May [Citado 27 Sept 2014]; 7(2): 49-53. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf052d.pdf>

25.- Iglesias C, Negrín S, Mendiola R, Pérez G. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses San José de las Lajas [Internet]: La Habana: Ministerio de Salud Pública filial Ciencias Médicas de La Habana Hospital General Docente Leopoldito Martínez San José de las Lajas; 2011[Recuperado 29 Sept 2014]; 12-73. Disponible en: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>

26.- Aura Iza López, Programa Educativo sobre Lactancia Materna dirigido a las embarazadas que acuden a la consulta prenatal del Hospital Materno Infantil [Internet]. Valencia: Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela de Enfermería; 2010: 12-73 [recuperado 30 Sept 2014]; Disponible en:

<http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/367/1/Trabajo%20Especial%20de%20Grado.pdf>

27.- Aura Izoa López, Programa Educativo sobre Lactancia Materna dirigido a las embarazadas que acuden a la consulta prenatal del Hospital Materno Infantil [Internet]. Valencia: Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela de Enfermería; 2009: [recuperado 01 Oct 2014]; 21-73. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/367/1/Trabajo%20Especial%20de%20Grado.pdf>

28.- C Shellhorn, V Valdés. Ministerio de Salud, UNICEF. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca [Internet]. Chile. 2008 [Recuperado 01 Oct 2014]; 3-30. Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/material/index.html>

29.- Iglesias C, Negrín S, Mendiola R, Pérez G. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses San José de las Lajas [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública filial Ciencias Médicas de La Habana Hospital General Docente Leopoldito Martínez San José de las Lajas; 2011 [Recuperado 02 Oct 2014]; 12-73. Disponible en: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>

30.- Aura Izoa López, Programa Educativo sobre Lactancia Materna dirigido a las embarazadas que acuden a la consulta prenatal del Hospital Materno Infantil [Internet]. Valencia: Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela de Enfermería; 2009: [recuperado 02 Oct 2014]; 12-73 Disponible en: <http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/367/1/Trabajo%20Especial%20de%20Grado.pdf>

31.- Iglesias C, Negrín S, Mendiola R, Pérez G. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses San José de las Lajas [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública filial Ciencias Médicas de La Habana Hospital General Docente Leopoldito Martínez San José de las Lajas; 2011 [recuperado 04 Oct 2014]; 12-73. Disponible en: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>

32.- Aura Izoa López, Programa Educativo sobre Lactancia Materna dirigido a las embarazadas que acuden a la consulta prenatal del Hospital Materno Infantil [Internet]. Valencia: Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela de Enfermería; 2009: [recuperado 04 Oct 2014]; 12-73 Disponible en:

<http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/367/1/Trabajo%20Especial%20de%20Grado.pdf>

33.- Iglesias C, Negrín S, Mendiola R, Pérez G. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses San José de las Lajas [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública filial Ciencias Médicas de La Habana Hospital General Docente Leopoldito Martínez San José de las Lajas; 2011 [recuperado 04 Oct 2014]; 12-73. Disponible en: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>

34.- Iglesias C, Negrín S, Mendiola R, Pérez G. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses San José de las Lajas [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública filial Ciencias Médicas de La Habana Hospital General Docente Leopoldito Martínez San José de las Lajas; 2011 [recuperado 05 Oct 2014]; 12-73. Disponible en: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>

35.- Aura Izoa López, Programa Educativo sobre Lactancia Materna dirigido a las embarazadas que acuden a la consulta prenatal del Hospital Materno Infantil [Internet]. Valencia: Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela de Enfermería; 2009: [recuperado 06 Oct 2014]; 12-73 Disponible en: <http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/367/1/Trabajo%20Especial%20de%20Grado.pdf>

36.- Iglesias C, Negrín S, Mendiola R, Pérez G. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses San José de las Lajas [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública filial Ciencias Médicas de La Habana Hospital General Docente Leopoldito Martínez San José de las Lajas; 2011 [recuperado 07 Oct 2014]; 12-73. Disponible en: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>

37.- Aura Izoa López, Programa Educativo sobre Lactancia Materna dirigido a las embarazadas que acuden a la consulta prenatal del Hospital Materno Infantil [Internet]. Valencia: Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela de Enfermería; 2009: [recuperado 07 Oct 2014]; 12-73. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/367/1/Trabajo%20Especial%20de%20Grado.pdf>

38.- Barragán C, Curusin A, Duran Conocimiento sobre cuidados del lactante menor (1-6) en cuanto alimentación, esquema de inmunización, higiene y confort que tienen



las madre que asisten a la clínica de Enfermería del club de lactancia materna en el ambulatorio urbano tipo II [Internet]. Barquisimeto]; Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado Decanato de Medicina Programa de Medicina; 2009 [recuperado 08 Oct 2014]; 17-44. Disponible desde fuente: [http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs\\_bmucla/textocompleto/TPEWS420DV4C652006.pdf](http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucla/textocompleto/TPEWS420DV4C652006.pdf)



- 39.- Wright López, Laura; Efecto de la lactancia materna y lactancia artificial en peso y talla en niños menores de un año de edad [Internet]. Veracruz:2009 [recuperado 08 Oct 2014]; 25-63. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/289/1/LAURAEVAWRIGHTLOPEZ.pdf>
- 40.- Carrillo Espichán, Cynthia; Influencia de la lactancia materna y artificial en el crecimiento mandibular en neonatos [Internet]. Lima: Universidad Nacional de San Marcos, Facultad de Odontología E.A.P Odontología; 2008 [recuperado 09 Oct 2014]; 50-129 Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2177/1/carrillo\\_ec.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2177/1/carrillo_ec.pdf)
- 41.- María Inés Sánchez; Griñán Caballero, La Lactancia Materna en el Perú y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche Materna – Reglamento de Alimentación Infantil en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima y Loreto. [Internet]. Lima: Organización Panamericana de Salud. 2010. [recuperado 09 Oct 2014]; 9-36. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/textcom/sct/049721/049721.pdf>
42. Iglesias C, Negrín S, Mendiola R, Pérez G. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses San José de las Lajas [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública filial Ciencias Médicas de La Habana Hospital General Docente Leopoldito Martínez San José de las Lajas; 2011 [recuperado 09 Oct 2014]; 36-73. Disponible en: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>
43. - Arthur I. Eidelman; Richard J. Schanler. Lactancia Materna y Alimentación con leche humana. Documento Oficial de la Academia Americana de Pediatría de los Estados Unidos de América. Sección de Lactancia [Internet]. EEUU: Pediatrics online 2012 [recuperado 10 Oct 2014]; DOI: 10.1542 / peds.2011-355. Disponible en: [http://www.sids.org.ar/archivos/Lactancia\\_materna\\_alimentacion\\_leche\\_humana.pdf](http://www.sids.org.ar/archivos/Lactancia_materna_alimentacion_leche_humana.pdf)
- 44.- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014. Manual de la Antropometrista [Internet]. Lima: DOC. ENDES C04.01.12; 2014 [recuperado 17 Jul]; 10-56. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas\\_INEI/Bddatos/Documentos%20Metodologicos/Manuales/MANUAL%20DE%20LA%20ANTOPOMETRISTA%202012.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas_INEI/Bddatos/Documentos%20Metodologicos/Manuales/MANUAL%20DE%20LA%20ANTOPOMETRISTA%202012.pdf)

45.- Bertha María Juárez Fernández. Situación de la lactancia materna en el menor de dos años que asiste a los centros de atención integral (CAI) del área metropolitana de la secretaria de bienestar social de la presidencia [Internet]. Guatemala; 2009 [recuperado 10 Oct 2014]; 24-65. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06\\_2565.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_2565.pdf)

46.- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014. Manual de la Antropometría [Internet]. Lima: DOC. ENDES C04.01.12; 2014 [recuperado 17 jul 2015]; 14-56. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas\\_INEI/Bddatos/Documentos%20Metodologicos/Manuales/MANUAL%20DE%20LA%20ANTOPOMETRISTA%20012.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas_INEI/Bddatos/Documentos%20Metodologicos/Manuales/MANUAL%20DE%20LA%20ANTOPOMETRISTA%20012.pdf)

47.- Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años [Internet]. Lima; Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú; 2011 [recuperado 11 Oct 2014]; Primera edición: 82-152. Disponible en: [http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudioinvestigacion/NT\\_CRED\\_MI\\_NSA2011.pdf](http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudioinvestigacion/NT_CRED_MI_NSA2011.pdf)

48.- Bertha María Juárez Fernández. Situación de la lactancia materna en el menor de dos años que asiste a los centros de atención integral (CAI) del área metropolitana de la secretaria de bienestar social de la presidencia [Internet]. Guatemala; 2009 [recuperado 11 Oct 2014]; 25-65. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06\\_2565.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_2565.pdf)

49.- Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años [Internet]. Lima; Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú; 2011 [recuperado 11 Oct 2014]; Primera edición: 83-28-152. Disponible en: [http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudioinvestigacion/NT\\_CRED\\_MI\\_NSA2011.pdf](http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudioinvestigacion/NT_CRED_MI_NSA2011.pdf)

50.- Lazarte Velillas JJ. Control del lactante amamantado en Atención Primaria. En: AEP ap. ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. [Internet] Madrid: Exlibris [recuperado 11 jun 2015] Ediciones; 2006. p. 243. Disponible en [http://www.calidadasistencial.es/images/gestion\\_soc/congresos\\_anteriores/13.pdf](http://www.calidadasistencial.es/images/gestion_soc/congresos_anteriores/13.pdf)

51. María José L. Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP [Internet]. Madrid. Lactancia

Materna, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 2010. [Recuperado 11 Jun 2015]; 279-393. Disponible en: <http://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/Protocolos%20SEGHNP.pdf>

52.- Gil y Toveras, Gil A, Vacey R, Dalmay J. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. Anales de Pediatría 2009 [internet], [recuperado 12 Jun 2015 65(5): 481-495 Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEAAuIVZIEpZbVBLDY.php>.

53.- Espinoza R, Ocampo P, Quiroz J. Tipo de lactancia y su relación con el patrón de crecimiento y frecuencia de infección respiratoria y enfermedad diarreica agudas. Arch Med Fam [Internet]. 2009 Mayo [Citado 12 Jun 2015]; 7(2): 49-53. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf052d.pdf>

54.- Ubillús Gloria, Lamas Cristina, Lescano Beatriz, Lévano Melissa, Llerena Zoila, López Rosa. Estado nutricional del lactante de uno a seis meses y tipo de lactancia [internet] Revista Horizonte Médico 11, N° 1, enero-junio 2011; p 22-23 disponible en: [http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011\\_I/Art3\\_Vol11\\_N1.pdf](http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011_I/Art3_Vol11_N1.pdf)

55.- J.M. Marugán de Miguel Sanz, M.C. Torres Hinojal\*, M.B. Herrero Mendoza, M.B. Estudio del crecimiento de niños sanos contemporáneos. Influencia del modelo de lactancia sobre el estado nutricional [internet] Bol PEDIATR 2010; [recuperado 12 Jun 2015]43: 417-433 disponible en: [http://www.sccalp.org/boletin/186/BolPediatr2003\\_43\\_417.pdf](http://www.sccalp.org/boletin/186/BolPediatr2003_43_417.pdf)

56.- Ruth Esperanza Ochoa Ruiz Diana Carolina Romero Sigüencia. Determinación de las porciones y recetas de los alimentos complementarios consumidos por niños menores de 2 años en la población de Cuenca y Nabon. Tesis previa a la obtención del título de "bioquímico farmacéutico. [Recuperado 13 Jun 2015] pag 40- 93 disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2482/1/tq1125.pdf>

57.- María José L. Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP [Internet]. Madrid. Lactancia Materna, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 2010. [Recuperado 8 Sept 2014]; 279-393. Disponible en: <http://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/Protocolos%20SEGHNP.pdf>

58.- Rafael Jiménez, Jorge Luis Curbelo, Ronoel Peñalver, Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del

lactante. Colombia Médica Vol. 36 N° 4 (Suple 3), 2009 (octubre-diciembre) [recuperado} pag 24-25, disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc05074>

59.- Sánchez-Jaeger Armando, Barón María Adela, Solano Rodríguez Liseti, Guerrero Arkady, Díaz Nayka. Prácticas inadecuadas de alimentación entre el 4º y 6º mes de vida y su asociación con el déficit nutricional en un grupo de lactantes venezolanos. ALAN [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2015 Jun 16]; 58(3): 228-233. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222008000300003&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000300003&lng=es)

60.- Lactancia y nutrición, 2010 [recuperado 14 Jun 2015]; Capitulo 9 Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR100/09Cap%C3%ADtulo09.pdf>



ANEXO A



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES

**FACULTAD DE  
OBSTETRICÍA Y ENFERMERIA**

**FICHA DE DATOS DE LAS MADRES Y LACTANCTES QUE ACUDEN AL  
SERVICIO DE CRED DEL C.S. JESUS MARIA**

**1.- Características de la madre.**

- \* Edad :
- \* Nivel de instrucción:
- \* Ocupación:
- \* Procedencia:
- \* Controles prenatales:

**2.- Características del lactante.**

- \* Edad:
- \* Sexo: F  M
- \* Edad gestacional al nacer(mes)
- \* Apgar: 1min  2min

- \* Peso (gr):  
Al nacer   
A los 2 meses   
A los 4 meses.   
A los 6 meses.
- Talla (cm):  
Al nacer   
A los 2 meses   
A los 4 meses   
A los 6 meses

- \* Tipo de lactancia:  

	Al nacer	A los 2 meses	A los 4 meses	A los 6 meses
LME	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Artificial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mixta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Patrón de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud

**Peso/Edad:**

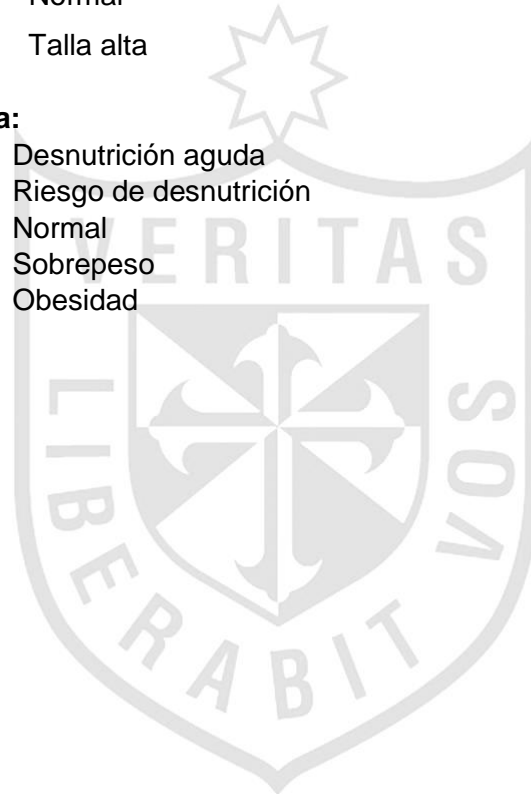
- Desnutrición global
  - Riesgo de desnutrición
  - Normal
  - Sobrepeso
  - Obesidad
- |  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Talla/Edad:**

- Talla baja severa
  - Talla baja
  - Riesgo de talla baja
  - Normal
  - Talla alta
- |  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Peso/Talla:**

- Desnutrición aguda
  - Riesgo de desnutrición
  - Normal
  - Sobrepeso
  - Obesidad
- |  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |



## ANEXO B

### TECNICA DE TOMA DE PESO

Medición del peso para la niña o niño menor de 24 meses

Procedimiento:

1. Fije la balanza en una superficie plana y firme, evitando así una medida incorrecta.
2. Cubra el platillo del peso con un pañal (pesado previamente)
3. Calibre la balanza en cero antes de cada pesada.
4. Solicite a los padres de la niña o niño que retire los zapatos y la mayor cantidad de ropa que sea posible.
5. Coloque al niño desnudo o con la menor cantidad de ropa, sobre el platillo, sentado o acostado (de acuerdo a la edad) y busque equilibrarlo.
6. El personal de salud se situará enfrente de la balanza y procederá a leer el peso marcado.
7. Anotar el peso leído y con aproximaciones de 10 a 20 gramos antes de bajar al niño de la balanza. Repetir la acción por dos veces para conseguir un peso exacto.
8. Registre el peso en los documentos y formatos correspondientes y compare el valor con el peso esperado para la edad.
9. Equilibre la balanza hasta que quede en cero.

Fuente 12



## ANEXO C

### TÉCNICA DE TOMA DE TALLA

Longitud acostada.

Procedimiento:

1. La medición se hace con el niño en posición horizontal o echado.
2. El infantómetro debe estar ubicado sobre una superficie que este lo más nivelada posible, sin pegarlo a la pared por ninguno de sus extremos para permitir que la persona que mide y el asistente ocupen estos lugares.
3. Se coloca al niño sin gorro, moños, ni zapatos, boca arriba sobre el infantómetro, con la cabeza contra el tope fijo y con los pies hacia el tope móvil.
4. El Asistente debe situarse al extremo del infantómetro y tomar la cabeza con ambas manos colocándola de modo que toque suavemente el tope fijo.
5. La persona que mide debe situarse a un lado (lado donde se encuentra la cinta métrica), sujetando los tobillos juntos del niño y con el codo de ese brazo (Izquierdo) hacer presión suavemente sobre las rodillas del niño para evitar que las flexione.
6. Acercar el tope móvil con la mano libre (derecha) hasta que toque las plantas, ejerciendo una presión constante.
7. Leer la medida sobre la cinta métrica y anotar el número que aparece inmediatamente por delante del tope móvil.
8. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.
9. Una vez realizada la medición, se anotará el valor en los documentos y formatos correspondientes.

Fuente. 12

## ANEXO D

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	CATEGORIA
Tipos de Lactancia	Lactancia materna exclusiva	Amamantamiento directo del seno materno	Nominal	SI NO
	Lactancia artificial	Amamantamiento mediante el uso de biberones	Nominal	SI NO
	Lactancia mixta	Amamantamiento directo del seno materno y mediante el uso de biberones	Nominal	SI NO

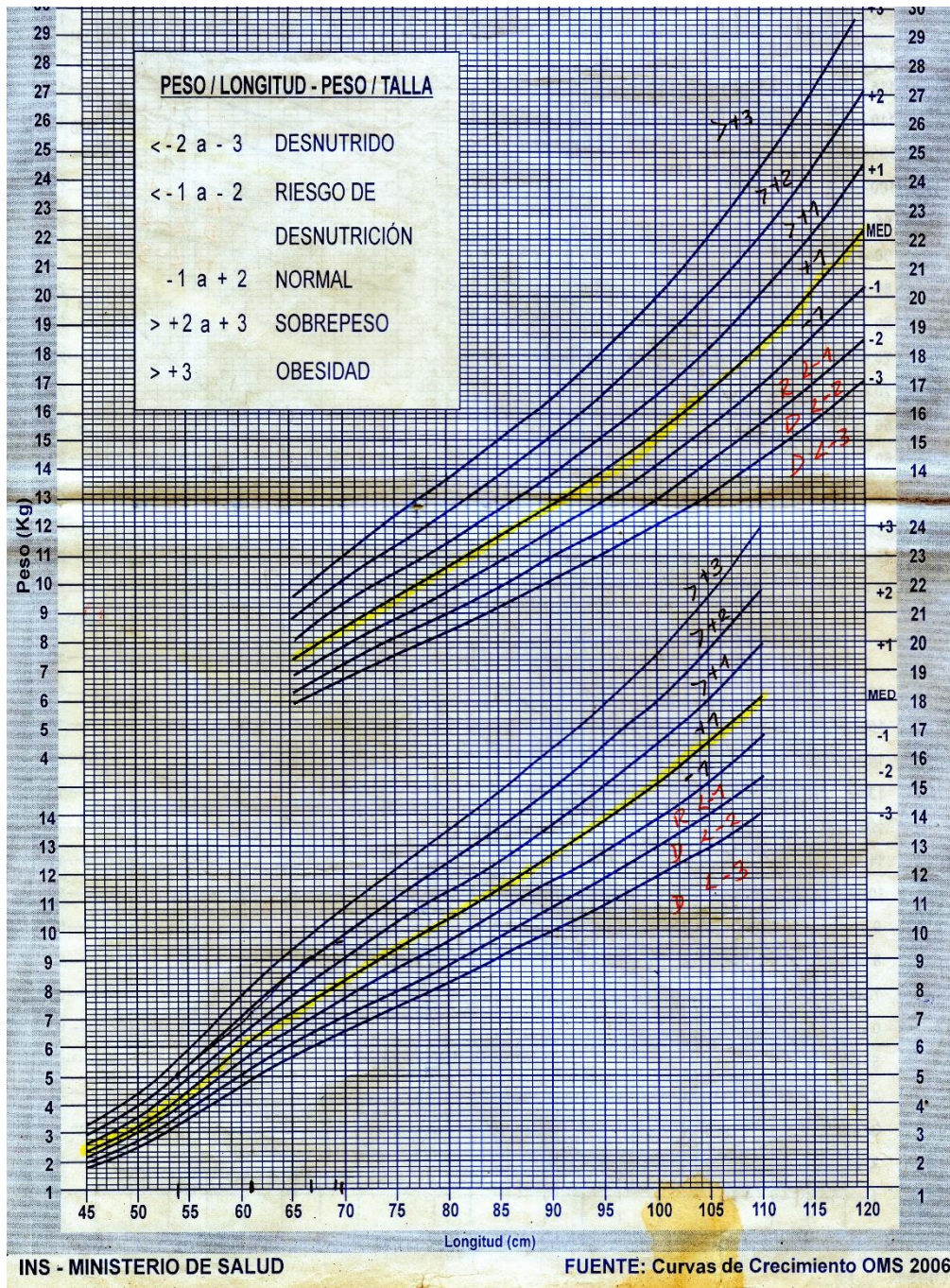
Patrones de Crecimiento	Índice Peso/Edad	Desnutrición global Riesgo de desnutrición Normal Sobrepeso Obesidad	Ordinal	
	Índice Talla/Edad	Talla baja severa Talla baja Riesgo de talla baja Normal Talla alta	Ordinal	
	Índice Peso/Talla	Desnutrición aguda Riesgo de desnutrición Normal Sobrepeso Obesidad	Ordinal	

**Variable interviniente:** Características Sociodemográficas de madre y el niño.

<b>Variable</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>
Características Sociodemográficas	Características de la madre  Características del lactante	Edad Nivel de instrucción Ocupación Procedencia Control prenatal  Sexo Tipo de parto Apgar Peso al nacer (g) Talla al nacer (cm)

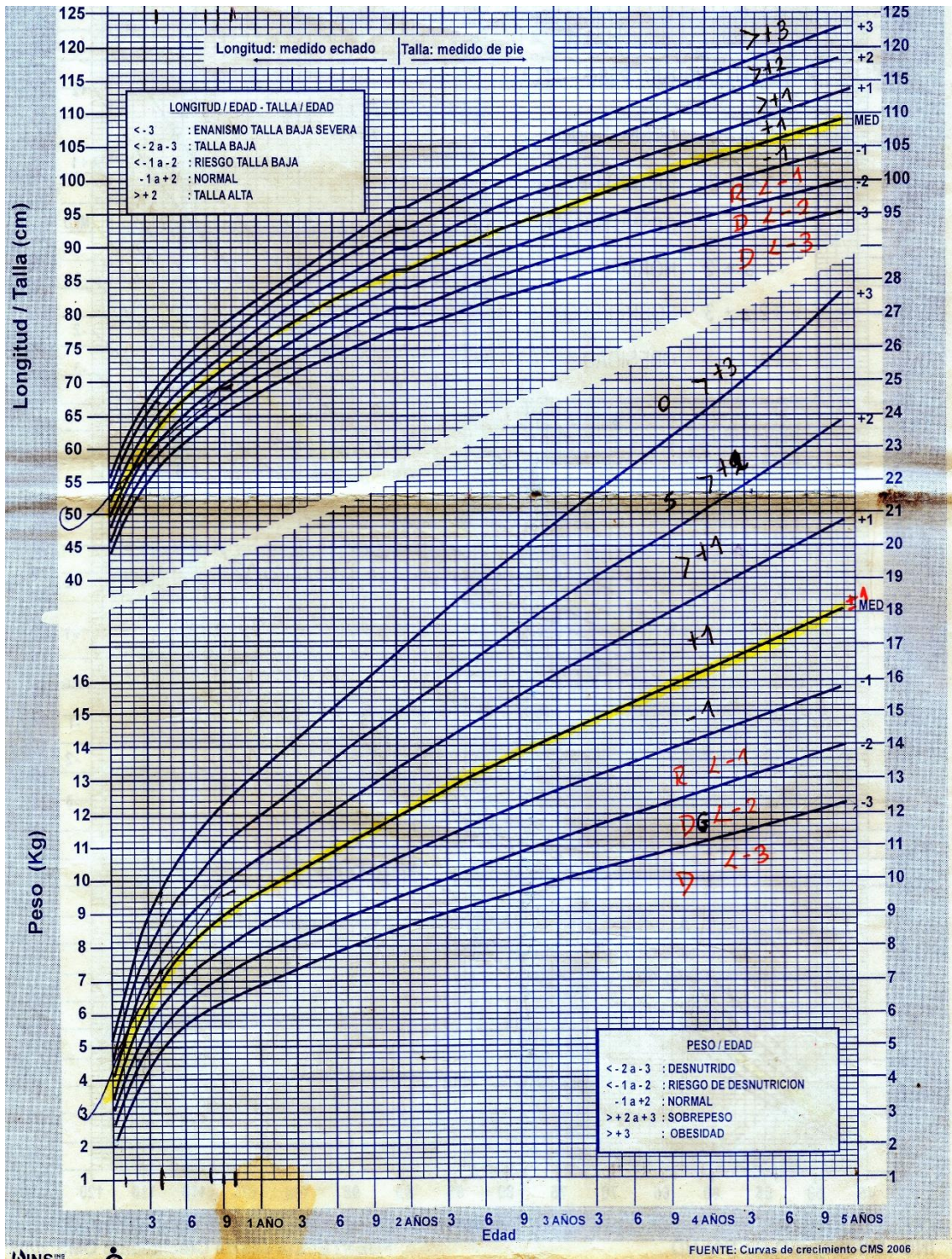
## ANEXO E

**Tabla de evaluación del crecimiento del niño menor de 5 años**  
**Mediana y Desviación estándar**



Fuente: Curvas de Crecimiento de la OMS 2006





Fuente: Curvas de Crecimiento de la OMS 2006