



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Tipo De Lactancia Y Su Influencia En La Antropometría De Los Niños De 0 - 6
Meses De Edad. Hospital Santa Rosa Piura 2019-2020

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE

Médico Cirujano

AUTOR:

Yzazaga Doza, Betsie Luz (ORCID: 0000-0002-0419-0310)

ASESOR:

DR. Bazán Palomino Edgar Ricardo (ORCID:0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no trasmisibles

PIURA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

Dedico esta tesis con mucho amor y cariño a mis Padres José y Luz, por su apoyo incondicional que me han brindado.

También la dedico a mi esposo e hijos quienes han sido mi mayor motivación para nunca rendirme y así alcanzar mis anhelos.

AGRADECIMIENTO

Han pasado muchos años desde que nací. Desde ese momento e incluso antes que eso, ya estabas buscando maneras de ofrecerme lo mejor. Han trabajado duro, y sin importar que llegaran cansados de su trabajo, siempre tenían una palabra de aliento para ofrecerme.

Las ayudas que me han brindado han formado bases de gran importancia ahora soy consciente de eso...

Muchas gracias a mis padres

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| Carátula..... | i |
| Dedicatoria..... | ii |
| Agradecimiento..... | iii |
| Página del Jurado..... | iv |
| Índice..... | v |
| RESUMEN..... | vii |
| ABSTRACT..... | viii |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 9 |
| 1.1 Realidad problemática..... | 9 |
| 1.2 Trabajos previos..... | 10 |
| 1.3 Teorías relacionadas al tema..... | 12 |
| 1.4. Formulación del problema..... | 17 |
| 1.5 Justificación..... | 17 |
| 1.6 Objetivos..... | 18 |
| II.MÉTODOS | 19 |
| 2.1 Diseño de estudio de investigación..... | 19 |
| 2.2 Variables Operacionalización..... | 19 |
| 2.3 Población y muestra..... | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad..... | 23 |
| 2.5 Métodos de análisis..... | 23. |
| 2.6 Aspectos éticos..... | 24 |
| III.RESULTADOS..... | 25 |
| IV. Discusión..... | 29 |
| V. Conclusiones..... | 31 |
| VI. Recomendaciones..... | 32 |
| VII. Referencias bibliográficas | |

RESUMEN

Objetivo: Determinar asociación del tipo de lactancia y el patrón de crecimiento en lactante de 0 a 6 meses de edad del Hospital Santa Rosa Piura 2019-2020.

Métodos: Cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal, y retrospectivo

Resultados: La población por el total de universo en el servicio de CRED en el Hospital Santa Rosa de Piura durante el periodo de estudio. observamos que con respecto al índice de crecimiento de acuerdo al peso de edad de la tabla número 1 principalmente los pacientes Sestán en un nivel normal de su desarrollo en el 65.7% de los casos sin embargo existe otra agrupación importante que representa el 24.2% que son los que se encuentran en el riesgo de desnutrición siendo principalmente aquellos que están dentro del grupo de lactancia materna exclusiva en el 29.7% para los niños de 0 a 29 días de nacido por otro lado existe también riesgo de nutrición pero en aquellos que utilizan una lactancia artificial en el 36.4% siendo en ambos grupos significativos por otro lado para los pacientes que tienen a los 4 meses la evaluación presentan sobrepeso en el 11.1% con lactancia artificial siendo esto significativa la relación estadística por otro lado a los 6 meses de evaluación principalmente tienen sobrepeso lo de lactancia materna exclusiva en el 30.3% por lo cual se tiene que hacer una evaluación específica sobre el peso para la edad y establecer también ciertas características dentro de los patrón de alimentación.

Conclusiones: Existe relación entre el índice patrón de crecimiento peso para la edad y tipo de lactancia a partir de los 2 meses hasta los 6 meses de edad.

Palabra clave: Lactancia materna, patrón de crecimiento.

ABSTRACT

Objective: To determine the association of the type of breastfeeding and the growth pattern in infants from 0 to 6 months of age at Hospital Santa Rosa Piura 2019-2020.

Methods: Quantitative, descriptive, cross-sectional correlational, and retrospective

Results: The population by the total universe in the CRED service at Hospital Santa Rosa de Piura during the study period. We observe that with respect to the growth index according to the age weight of table number 1, mainly the patients S are in a normal level of their development in 65.7% of the cases, however there is another important grouping that represents the 24.2 squé are the who are at risk of malnutrition, being mainly those who are within the group of exclusive breastfeeding in 29.7% for children from 0 to 29 days old, on the other hand, there is also a risk of nutrition but in those who use artificial lactation in 36.4%, being significant in both groups, on the other hand, for patients who have the evaluation at 4 months, they are overweight in 11.1% with artificial lactation, this being significant the statistical relationship, on the other hand, at 6 months of evaluation, they are mainly overweight exclusive breastfeeding in 30.3%, for which a specific evaluation must be made on the weight for the age and also establish certain characteristics within the eating patterns.

Conclusions: There is a relationship between the standard rate of growth, weight for age and type of breastfeeding from 2 months to 6 months of age.

Keyword: Breastfeeding, growth pattern.

I. INTRODUCCIÓN

I.1. Realidad Problemática

Es bien sabido respecto a la lactancia materna que conduce a un acortamiento de las tasas de morbilidad y al mismo tiempo mortalidad en los bebés, lo que proporciona un crecimiento y desarrollo óptimos, así como beneficios financieros para los padres y el país ¹. La OMS, “Organización Mundial de la Salud” y UNICEF sugieren que los bebés sean amamantados exclusivamente en sus primeros 6 meses, y deben recibir alimentos complementarios a partir de su séptimo mes ².

Múltiples investigaciones señalan sobre la alimentación con lactancia materna confiere un efecto de protección contra el incremento de peso mórbido en la infancia ^{3,4}; pero al mismo tiempo se han estudiado otros mecanismos en los que, por el contrario, influye en el sobrepeso y obesidad, en este punto nos podemos referir a la composición hormonal de la leche.⁵

La “Organización Mundial de la Salud” (OMS) junto con la Asociación Estadounidense de Pediatría, determinaron que el tiempo para introducir alimentos suplementarios a los bebés es a los 6 meses ⁶.

En algunos estudios ⁷⁻⁹, se especula que esta posible asociación, se debe al hecho de que cuando los niños son amamantados, tienen la oportunidad de determinar cuánto consumir ellos mismos, mientras que cuando se alimentan con leche de fórmula o alimentos suplementarios, los bebés no pueden sentir su propia saciedad ¹⁰.

Una adecuada valoración de la antropometría infantil nos permitirá reconocer parámetros típicos que alerten al evaluador de la presencia de algún desorden desencadenado por un déficit de aporte en la lactancia ^{5,10}.

Además, se describe que ciertas prácticas de alimentación saludable para bebés, son posibles razones de intervención para ayudar a disminuir el riesgo de desarrollar obesidad infantil.

La lactancia materna es una irremplazable práctica que proporciona al niño alimento, salud y cuidados de forma simultánea. Proporciona valiosos beneficios a los lactantes, a las madres y a la nación en su conjunto. La leche materna contiene todos los nutrientes y factores antimicrobianos que el lactante necesita para desarrollarse. Los riesgos de ciertos problemas de salud, como las infecciones diarreicas y las ocasionadas en las vías respiratorias, son menores en los lactantes amamantados ³³.

Es por ello, pertinente que se realice un estudio de esta naturaleza en la región norte del Perú.

I.2. Trabajos previos

Ancajima C, Moreano N. 2019. Lima.

Realizaron una investigación cuantitativa descriptiva y transversal para determinar la relación que puede existir respecto al estado nutricional con los distintos tipos de lactancia en menores de 6 meses. La muestra fue obtenida de 100 niños escogidos por muestro probabilístico por conveniencia. Se obtuvo como resultado que casi el 60% recibían lactancia materna exclusiva, alrededor de la tercera parte lactancia mixta y tan solo un 8%, lactancia artificial; en tanto respecto a la relación peso/edad, más del 80% tiene un estado nutricional normal, 16% tiene sobrepeso y una pequeña cantidad (2%) está desnutrido; la relación talla/edad, 89% dentro del límite normal para la edad, 5% tiene una talla baja, 3% una talla baja severa. Se obtiene como conclusión que existe una evidente relación entre el estado nutricional y los tipos de lactancia¹¹.

Solano G. 2016. Trujillo. Teniendo como propósito determinar comparando el estado nutricional y tipo de lactancia entre niños de edades de 1, 3 y 6 meses de edad, aplicó una investigación descriptiva, comparativa y transversal en Moche. Se incluyeron 150 niños con edad de 6 meses y que guardaban los criterios de selección, los cuales formaron dos grupos: uno de lactancia materna exclusiva (75 niños) y otro con alimentación a través de lactancia mixta (75 niños), se anotó el peso y talla a los 1, 3 y 6 meses y se calcularon los índices antropométricos para valorar el estado nutricional según tablas de OMS. Se observó que el grupo

de LME tenía una frecuencia más elevada de índice normales (T/E, P/E y P/T), mientras que en de LM, se obtuvo que el índice T/E estaba en un porcentaje de 13.3% con valores $> +2DE$ al 6° mes; teniendo el P/T un valor de 46.7% con sobrepeso y 12% resultan ser obesos al 6° mes. Se encontró una relación de elevada importancia para el índice P/T cuando se comprara la lactancia mixta con el estado nutricional ¹².

Márquez R. 2016. Madrid. Realizaron un trabajo de investigación para hallar la relación entre la antropometría y la alimentación en un grupo de 170 lactantes en Madrid, España. Se aplica el estudio observacional, descriptivo, analítico, retrospectivo y longitudinal. En los lactantes se valoraron los datos de peso, longitud y perímetro craneal, así como el tipo de lactancia durante sus 6 meses iniciales de vida. Se halló diferencias importantes en cuanto al peso, aquellos niños que no basan su alimentación de acuerdo a las directrices de la OMS tienden a tener mayor ganancia de peso. La prevalencia está alrededor del 50% y conforme pasan los meses decrece hasta un 40%. Se concluye que, aunque existen grandes beneficios que ofrecidos a los niños al alimentarse a través de la lactancia materna, la población – muestra tiene una baja prevalencia.

Llamocca A, Oré G. 2015. Huancavelica. Hizo un trabajo de investigación para encontrar una relación existente entre la práctica de lactancia materna exclusiva y el desarrollo en lactantes menores de 6 meses en un centro de salud en Huancavelica. El tipo de investigación que se desarrolló fue de tipo descriptiva, relacional y transversal. Participaron 98 lactantes con una edad menor a los 6 meses con alimentación a través de lactancia materna exclusiva, del total de estos solo 76 se asignaron a la muestra, siendo escogidos por muestreo aleatorio simple. Finalmente, como resultado se observó que existe 86.8% de menores de 6 meses que tienen lactancia materna exclusiva correcta, con un crecimiento dentro de los parámetros normales de 84.2% de la muestra. Se halló una fuerte relación respecto a la práctica de lactancia materna exclusiva con un adecuado crecimiento de los lactantes con edades inferiores a los 6 meses ¹⁴.

Choque M. 2015. Puno. Para hallar la relación entre el estado nutricional en una selección de lactantes de 6 meses de un centro de salud en Puno y su estado nutricional, se llevó a cabo una investigación descriptiva y transversal. La

muestra estaba formada por un total de 36 lactantes. Finalmente, los resultados indicaron que dos tercios de la muestra recibió lactancia materna exclusiva correcta, el 17% fue alimentado con lactancia mixta y alrededor del 8% lactancia netamente artificial. En la relación peso / edad señala que el 94,4 poseen un peso normal, la relación peso / talla muestra que el 88.9% esta nutrido adecuadamente debido a la LME. Los que reciben lactancia mixta y artificial representan un 8,3%, el 5,6% son obesos de acuerdo al indica pesos edad. Se concluye que existe relación directa al comparar en el estudio los tipos de lactancia y el estado nutricional en el que se les halló a los lactantes ¹⁵.

Ubillus G, et al. 2011. Lima. El estudio se llevó a cabo para poder identificar el estado nutricional en lactantes de entre uno a seis meses que acuden a cita médica en relación al tipo de lactancia. Este estudio se llevó a cabo en el INS del Niño, es de tipo observacional y descriptivo. 250 lactantes de entre 1 a 6 meses de edad fueron seleccionados aleatoriamente. El estudio se basó en el estudio y comparación de las medidas de talla, peso y perímetro cefálico. Como resultados obtuvieron que la tasa porcentual de de lactantes eutróficos, en relación a cual era el tipo de lactancia, fue 93% pertenecen a la selección de niños con lactancia materna netamente exclusiva, 40,0% de lactancia mixta y 35% al de lactancia artificial. Respecto a los lactantes con diagnóstico de sobrepeso, en relación al tipo de lactancia: 47,1%- 46.2% y 5.8% recibieron lactancia materna de tipo mixta, netamente artificial y exclusiva en el orden respectivo(8). Sin embargo los lactantes que presentaron diagnóstico de desnutrición aguda, los porcentajes obtenidos respecto al tipo de lactancia que recibieron, fue: 19,2%-12.9% y 1.4%, lactancia netamente artificial, mixta y exclusiva mencionados de manera ordenada. (11)

I.3. Teorías relacionadas al tema

La alimentación, al menos durante los seis primeros meses de vida, es un elemento crucial para incrementar la supervivencia y permitir un crecimiento y desarrollo favorable. Los 24 meses iniciales de vida son muy valiosos debido a

que la nutrición adecuada reduce sustanciosamente el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y fomenta un desarrollo adecuado general ¹⁷.

La lactancia materna en un tiempo de al menos cuatro meses presenta una asociación con un mejor desarrollo psicomotor en los 12 primeros meses de vida de niño.

Los estándares normativos para la alimentación y nutrición en niños, empiezan con la leche humana en el contexto de la lactancia materna, esta última confiere contenido nutricional para el desarrollo neurológico en el corto y largo plazo; sin embargo, debido a la baja prevalencia en ciertos sectores del país señala como un problema importante de salud pública en todo el mundo y no netamente una opción o estilo de alimentación¹⁸. La academia americana de pediatría insta a la lactancia materna exclusiva durante seis meses como mínimo, esta debe continuar paralela a la introducción de alimentos complementarios, y continuar con la lactancia materna durante un total mínimo de 12 meses¹⁹. Las contraindicaciones médicas para la alimentación con leche materna son infrecuentes ²⁰.

La lactancia materna puede proteger contra el sobrepeso mientras que la alimentación con fórmula parece estimular el sobrepeso, mientras que otros alimentos complementarios no lo hacen. Las diferencias sutiles surgen después de una breve exposición a la fórmula en el hospital.

Se sugiere que el crecimiento en los infantes sea controlado haciendo uso de la Curva de Crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de esta forma se evitará asignar equivocadamente a los bebés con un peso inadecuado para la edad ²¹.

Se reconoce a la lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de inicio de vida extrauterina como una fuente de beneficios para el bebé y la madre¹⁷. Una de las más importantes es la protección que confiere contra infecciones del tracto gastrointestinal de alta incidencia tanto en países en desarrollo e industrializados.

Se inicia de forma temprana, una hora después del nacimiento para reducir la mortalidad en el recién nacido. El riesgo de fallecer por diarrea u otras infecciones se ve incrementado en bebés que son amamantados parcialmente o no lactan²².

La leche materna es considerada una fuente rica en nutrientes y energía, es capaz de proporcionar más del 50% de las necesidades energéticas en niños entre 6 a 12 meses, y un tercio en bebés entre el año y los dos años. Previene la desnutrición por los nutrientes que contiene y reduce la mortalidad²³.

Existen estudios que indican que aquellos niños que recibieron LME durante al menos los primeros seis meses de nacimiento reducen el riesgo de sufrir sobrepeso u obesidad durante la adolescencia; además de mejor rendimiento académico y menor deserción.

En cuanto a los favorecimiento que recibe la madre la lactancia materna va a reducir las probabilidades de desarrollar cáncer de ovario y mama; además de permitir embarazos más espaciados debido a que sirve como método anticonceptivo natural (amenorrea de la lactancia) ²³.

Muchas mujeres deciden acoplar la alimentación de la lactancia materna con la alimentación usando fórmula; a menudo se llama alimentación combinada, alimentación mixta o lactancia materna parcial. La alimentación mixta por lo regular significa mezclar la leche ofrecida por el pecho de la madre y el biberón. El contenido del biberón puede ser leche materna o leche de fórmula.

Las fórmulas para lactantes están destinadas a servir como un sustituto de la leche humana en aquellos lactantes imposibilitados de alguna forma de consumir esta última o para aquellos que no tienen la tienen a su libre disposición ²⁴. La composición de las fórmulas para lactantes debería servir para satisfacer los requisitos nutricionales particulares y para promover el crecimiento y desarrollo normales de los lactantes a los que están destinados.

Los datos sobre la composición de la leche humana de mujeres sanas y bien nutridas pueden proporcionar alguna orientación para la composición de las fórmulas infantiles, pero la gran similitud compositiva no es un determinante o

indicador adecuado de la seguridad y adecuación nutricional de las fórmulas infantiles. La composición de la leche humana muestra una notable variación. Además, existen diferencias considerables en la biodisponibilidad y los efectos metabólicos de contenidos similares de muchos nutrientes específicos en la leche humana y la fórmula, respectivamente. Por lo tanto, la idoneidad de la composición de la fórmula infantil debe determinarse mediante una comparación de sus efectos sobre los resultados fisiológicos (p. Ej., Patrones de crecimiento), bioquímicos (p. Ej., Marcadores plasmáticos) y funcionales (p. Ej., Respuestas inmunes) en los lactantes alimentados con fórmulas con los encontrados en poblaciones de personas sanas, exclusivamente lactantes amamantados.

Las fórmulas infantiles solo deben contener componentes en cantidades que sirvan para un propósito nutricional o brinden otro beneficio. La inclusión de componentes innecesarios, o cantidades innecesarias de componentes, puede poner una carga sobre las funciones metabólicas y otras funciones fisiológicas del bebé. Los componentes tomados en la dieta, que no son utilizados o almacenados por el cuerpo, deben excretarse, a menudo como solutos en la orina. Dado que el agua disponible para formar orina es limitada y la capacidad del bebé para concentrarla no se desarrolla por completo durante los primeros meses de vida, la necesidad de excretar solutos adicionales reducirá el margen de seguridad, especialmente en condiciones de estrés, como fiebre, diarrea o durante la pérdida de peso.

Los cambios en las dimensiones corporales, son el reflejo de individuos saludables. Mediante la antropometría se puede evaluar y pronosticar, el estado de nutricional y por ende de salud, e incluso el socio-económico de una población. Estudios recientes han demostrado que las aplicaciones de la antropometría incluyen la predicción de quién se beneficiará de las intervenciones, identificando la inequidad social y económica y evaluando las respuestas a las intervenciones ²⁵.

Las medidas de peso y longitud son esenciales para determinar el estado nutricional de los niños en los primeros 12 meses luego de su nacimiento. En consecuencia, las tablas de crecimiento son herramientas que se utilizan para ayudar a los profesionales de la salud a determinar si se satisfacen las

necesidades fisiológicas de un niño, si el crecimiento y el desarrollo son apropiados para la edad y el sexo ²⁵.

Aunque el crecimiento del niño en el primer año de vida se ve afectado por múltiples factores, el factor principal es la dieta del niño. Actualmente, las curvas de la OMS son el mejor estándar de referencia para el crecimiento ideal y deben utilizarse para evaluar a los niños en todos los países independientemente de su origen étnico, dieta, nivel socioeconómico y estado de salud ³².

La antropometría se puede utilizar para diversos fines, según los indicadores antropométricos seleccionados. Se puede mencionar, el peso para la altura (emaciación) es útil en la evaluación de niños en riesgo y permite realizar un metraje de los cambios en corto plazo del estado nutricional. Sin embargo, el peso para la altura generalmente no es apropiado para evaluar los cambios en una población durante períodos de tiempo más largos.

La monitorización del crecimiento implica seguir los cambios en el desarrollo físico de un niño, mediante la medición regular del peso y de la longitud. Es una herramienta importante en la atención individual, para la detección temprana de problemas de salud y nutrición en niños en crecimiento ²⁶. Se ha demostrado que la desaceleración en el crecimiento lineal a una edad temprana tiene asociación con un incremento en el riesgo de mortalidad posterior ²⁷. El monitoreo del crecimiento también tiene la ventaja de registrar las respuestas a la intervención. En general, el monitoreo del crecimiento puede proporcionar una detección más temprana de la necesidad de intervención que las mediciones de detección de una sola vez. Además, la medición de tendencias puede distinguir a los niños de tamaño adecuado alcanzado que se encuentran con problemas.

Las tablas de crecimiento en particular se han utilizado para niños sanos, en circunstancias normales de crecimiento, en países desarrollados y los que son en vías de desarrollo. Es este uso temprano y continuo lo que les da una ventaja particular para la prevención. Por lo tanto, lo ideal es que todos los niños sean pesados regularmente y los resultados se mantengan en las tablas de crecimiento. En la práctica, todos los niños que se inscriben en programas de salud y nutrición deben recibir gráficos de crecimiento, y las madres deben estar

motivadas para garantizar un pesaje regular, preferiblemente cada mes, pero al menos cada tres meses.

Las curvas de crecimiento de referencia deben basarse en una población cuyos patrones de crecimiento no estén restringidos por factores ambientales. La preocupación no es si un niño está en un percentil determinado en un momento dado, sino si su patrón de crecimiento cae a lo largo de la misma banda de percentil a medida que aumenta la edad. Este patrón proporciona información más importante que el peso real en cualquier momento en particular ²⁸. De hecho, el registro longitudinal del niño representa su propio control; Las curvas de referencia solo sirven para ilustrar los patrones de cambio esperados.

Las evaluaciones de la circunferencia de la cabeza se llevan a cabo como parte de una evaluación holística para identificar las desviaciones en el crecimiento de la cabeza y el desarrollo del cerebro. La medición del crecimiento en serie es relevante en los primeros dos años de vida.

La circunferencia de la cabeza de un niño aumenta rápidamente antes de los treinta y seis (36) meses de edad y luego el crecimiento disminuye ²⁹. Las desviaciones del crecimiento en la circunferencia de la cabeza generalmente no están relacionadas con la ingesta nutricional, pero es más probable debido a factores no nutricionales ^{30,31}. Cuando las mediciones de la circunferencia de la cabeza están fuera de la norma esperada, las posibles desviaciones pueden incluir acondroplasia, microcefalia, hidrocefalia y craneosinostosis.

I.4. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre tipo de lactancia y el patrón de crecimiento en lactantes de 0 a 6 meses del Hospital Santa Rosa Piura 2019-2020?

I.5. Justificación

La alimentación infantil con leche materna es prioridad para mantener el estado nutricional óptimo en los niños aportando los nutrientes necesarios para su

desarrollo y crecimiento debido al aporte de nutrientes cómo: 7g de carbohidratos, 3,8 g de grasas y 0,9 g proteínas cada 100 ml.

Un indicador importante y sensible de una buena salud la salud infantil es el crecimiento correcto del niño este nos indica que existe un incremento celular acorde con la antropometría según su edad.

En consecuencia, una alimentación adecuada con leche materna es primordial para asegurar que los infantes desarrollan por completo y sin complicaciones su salud , crecimiento y desarrollo. Por consiguiente se debe instruir a las madres respecto a la importancia de la alimentación adecuada con leche materna en los infantes y detectar de manera precoz sí existe alguna desviación anormal en el crecimiento del niño durante los 2 años de vida extrauterina.

I.6. Objetivos

Objetivo general

Determinar asociación del tipo de lactancia y el patrón de crecimiento en lactante de 0 a 6 meses de edad del Hospital Santa Rosa Piura 2019-2020

.

Objetivos específicos

Identificar asociación del indicador de patrón del crecimiento Peso/Edad vs. Tipo de lactancia del lactante de 0 a 6 meses

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

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

II. METODOLOGIA

II.1. Diseño de estudio de investigación

Cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal, y retrospectivo

II.2. Operacionalización de variables

Ver anexo n°

II.3. 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 Hospital Santa Rosa Piura 2019-2020 atendidos en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo durante el periodo de estudio (enero 2019 – junio 2020) siendo la unidad de análisis las historias clínicas.

Muestra.

Se trabajó con toda la población que se atendió en el servicio de CRED en el Hospital Santa Rosa de Piura durante el periodo de estudio.

Criterio de inclusión

- Historias clínicas de diciembre 2019 - junio del 2020
- Historias Clínicas de lactantes atendidos en el Hospital Santa Rosa Piura 2019-2020 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 evaluaciones de control de niño sano con registro de peso y talla.

Criterios de exclusión:

Historias clínicas incompletas

II.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Se recopilaron datos de la totalidad de las historias clínicas del archivo del hospital que cumplían los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

El autor del trabajo fue el encargado de trabajar la base de datos y a través de un programa de antropometría para catalogar los resultados y clasificar a los pacientes.

Método de análisis

Luego de generar la base de datos en los paquetes estadísticos convencionales se trabajo parte del análisis estadístico descriptivo de los resultados de la investigación. Se utilizó estadística inferencial con X^2 (χ^2) para determinar diferencias en las frecuencias de los Patrones de Crecimiento según Tipo de Lactancia

II.5. Aspectos éticos

El trabajo se realizó siguiendo los principios de ética, la información se manejo de manera anónima y las conclusiones del mismo solo fueron usados para fines de la investigación

III. RESULTADOS

Tabla 1

| Variables | | Tipos de lactancia | | | | | | | | p |
|---------------|------------------------|--------------------|-------|----|-------|-----|-------|-------|-------|------|
| | | LME | | LA | | LME | | TOTAL | | |
| | | n | % | n | % | N | % | n | % | |
| 0-29 días | Desnutrición global | 3 | 1.6% | 3 | 14.3% | 3 | 3.6% | 9 | 3.0% | 0.05 |
| | Riesgo de desnutrición | 57 | 29.7% | 6 | 28.6% | 9 | 10.7% | 72 | 24.2% | |
| | Normal | 123 | 64.1% | 6 | 28.6% | 66 | 78.6% | 195 | 65.7% | |
| | Sobrepeso | 6 | 3.1% | 3 | 14.3% | 3 | 3.6% | 12 | 4.0% | |
| | Obesidad | 3 | 1.6% | 3 | 14.3% | 3 | 3.6% | 9 | 3.0% | |
| a los 2 meses | Desnutrición global | 3 | 2.2% | 3 | 9.1% | 3 | 2.4% | 9 | 3.1% | 0.05 |
| | Riesgo de desnutrición | 3 | 2.2% | 12 | 36.4% | 6 | 4.8% | 21 | 7.1% | |
| | Normal | 117 | 86.7% | 12 | 36.4% | 111 | 88.1% | 240 | 81.6% | |
| | Sobrepeso | 9 | 6.7% | 3 | 9.1% | 3 | 2.4% | 15 | 5.1% | |
| | Obesidad | 3 | 2.2% | 3 | 9.1% | 3 | 2.4% | 9 | 3.1% | |
| a los 4 meses | Desnutrición global | 3 | 2.6% | 9 | 33.3% | 3 | 2.0% | 15 | 5.2% | 0.00 |
| | Riesgo de desnutrición | 6 | 5.3% | 3 | 11.1% | 6 | 4.1% | 15 | 5.2% | |
| | Normal | 93 | 81.6% | 9 | 33.3% | 126 | 85.7% | 228 | 79.2% | |
| | Sobrepeso | 9 | 7.9% | 3 | 11.1% | 9 | 6.1% | 21 | 7.3% | |
| | Obesidad | 3 | 2.6% | 3 | 30.0% | 3 | 2.0% | 9 | 3.1% | |
| a los 6 meses | Desnutrición global | 3 | 3.0% | 3 | 10.0% | 3 | 2.0% | 9 | 3.3% | 0.00 |
| | Riesgo de desnutrición | 3 | 3.0% | 12 | 40.0% | 6 | 4.1% | 21 | 7.6% | |
| | Normal | 60 | 60.6% | 9 | 30.0% | 126 | 85.7% | 195 | 70.7% | |
| | Sobrepeso | 30 | 30.3% | 3 | 10.0% | 9 | 6.1% | 42 | 15.2% | |
| | Obesidad | 3 | 3.0% | 3 | 10.0% | 3 | 2.0% | 9 | 3.3% | |

La investigación sobre los tipos de lactancia materna que se dan en los pacientes de 0 a 6 meses de edad observamos que con respecto al índice de crecimiento de acuerdo al peso de edad de la tabla número 1 principalmente los pacientes Sestán en un nivel normal de su desarrollo en el 65.7% de los casos sin embargo existe otra agrupación importante que representa el 24.2% que son los que se encuentran en el riesgo de desnutrición siendo principalmente aquellos que están dentro del grupo de lactancia materna exclusiva en el 29.7% para los niños de 0 a 29 días de nacido por otro lado existe también riesgo de nutrición pero en aquellos que utilizan una lactancia artificial en el 36.4% siendo en ambos grupos significativos por otro lado para los pacientes que tienen a los 4 meses la evaluación presentan sobrepeso en el 11.1% con lactancia artificial siendo esto

significativa la relación estadística por otro lado a los 6 meses de evaluación principalmente tienen sobrepeso lo de lactancia materna exclusiva en el 30.3% por lo cual se tiene que hacer una evaluación específica sobre el peso para la edad y establecer también ciertas características dentro de los patrón de alimentación.

Tabla 2

| Variables | | grados de discapacidad | | | | | | | | p |
|---------------|----------------------|------------------------|-------|----|-------|-----|-------|-------|-------|------|
| | | LME | | LA | | LME | | TOTAL | | |
| | | n | % | n | % | N | % | n | % | |
| 0-29 días | Talla baja severa | 3 | 1.5% | 3 | 14.3% | 3 | 3.6% | 9 | 3.0% | 0.09 |
| | Talla baja | 3 | 1.5% | 3 | 14.3% | 3 | 3.6% | 9 | 3.0% | |
| | Riesgo de talla baja | 30 | 15.2% | 6 | 28.6% | 6 | 7.1% | 42 | 13.9% | |
| | Normal | 159 | 80.3% | 6 | 28.6% | 69 | 82.1% | 234 | 77.2% | |
| | talla alta | 3 | 1.5% | 3 | 14.3% | 3 | 3.6% | 9 | 3.0% | |
| a los 2 meses | Talla baja severa | 3 | 2.2% | 3 | 10.0% | 3 | 2.4% | 9 | 3.1% | 0.00 |
| | Talla baja | 3 | 2.2% | 3 | 10.0% | 3 | 2.4% | 9 | 3.1% | |
| | Riesgo de talla baja | 0 | 0.0% | 9 | 30.0% | 18 | 14.6% | 27 | 9.4% | |
| | Normal | 120 | 88.9% | 12 | 40.0% | 93 | 75.6% | 225 | 78.1% | |
| | talla alta | 9 | 6.7% | 3 | 10.0% | 6 | 4.9% | 18 | 6.3% | |
| a los 4 meses | Talla baja severa | 3 | 2.4% | 3 | 11.1% | 3 | 2.0% | 9 | 3.0% | 0.02 |
| | Talla baja | 3 | 2.4% | 3 | 11.1% | 6 | 4.1% | 12 | 4.0% | |
| | Riesgo de talla baja | 9 | 7.3% | 9 | 33.3% | 15 | 10.2% | 33 | 11.1% | |
| | Normal | 105 | 85.4% | 9 | 33.3% | 120 | 81.6% | 234 | 78.8% | |
| | talla alta | 3 | 2.4% | 3 | 11.1% | 3 | 2.0% | 9 | 3.0% | |
| a los 6 meses | Talla baja severa | 3 | 2.9% | 27 | 50.0% | 3 | 1.8% | 33 | 10.2% | 0.42 |
| | Talla baja | 3 | 2.9% | 12 | 22.2% | 3 | 1.8% | 18 | 5.6% | |
| | Riesgo de talla baja | 9 | 8.8% | 9 | 16.7% | 18 | 10.7% | 36 | 11.1% | |
| | normal | 84 | 82.4% | 3 | 5.6% | 141 | 83.9% | 228 | 70.4% | |
| | talla alta | 3 | 2.9% | 3 | 5.6% | 3 | 1.8% | 9 | 2.8% | |

En la tabla número 2 que valúa a los pacientes dentro del índice de crecimiento talla para la edad y el tipo de lactancia establecemos que existe una talla normal en el 77.2% de los niños de 0 a 29 d., sin embargo existe un riesgo de talla baja especialmente en el grupo de lactancia materna exclusiva en 15.2% por otro lado los niños a los 2 meses de edad presenta una talla normal en el 78.1% pero se evidencia un riesgo de talla baja para los que tienen lactancia mixta en el 14.6% ambas están relacionadas entre sí ante la prueba estadística con excepción de

los niños de 0 a 29 d. Por otro lado a los 4 meses de edad se presenta con una talla normal en el 78.8% pero existe un riesgo para la talla baja especialmente en los pacientes con lactancia mixta en el 10.2% siendo estadísticamente relacionado y en el caso de los 6 meses presenta una talla normal en el 70.4% sin embargo existe un riesgo de talla baja para aquellos pacientes que presentan una lactancia materna mixta en un 10.7% esta última relación no se configura como una relación estadística significativa debido a que el nivel hace un técnico es mayor al 5%.

Tabla 3

| Variables | | grados de discapacidad | | | | | | | | p |
|---------------|------------------------|------------------------|-------|----|-------|-----|-------|-------|-------|------|
| | | LME | | LA | | LME | | TOTAL | | |
| | | n | % | n | % | N | % | n | % | |
| 0-29 días | Desnutrición aguda | 3 | 1.6% | 3 | 16.7% | 3 | 3.7% | 9 | 3.1% | 0.23 |
| | Riesgo de desnutrición | 18 | 9.4% | 3 | 16.7% | 3 | 3.7% | 24 | 8.2% | |
| | Normal | 159 | 82.8% | 6 | 33.3% | 69 | 85.2% | 234 | 80.4% | |
| | Sobrepeso | 9 | 4.7% | 3 | 16.7% | 3 | 3.7% | 15 | 5.2% | |
| | Obesidad | 3 | 1.6% | 3 | 16.7% | 3 | 3.7% | 9 | 3.1% | |
| a los 2 meses | Desnutrición aguda | 9 | 6.8% | 3 | 11.1% | 3 | 2.6% | 15 | 5.4% | 0.62 |
| | Riesgo de desnutrición | 9 | 6.8% | 3 | 11.1% | 9 | 7.7% | 21 | 7.6% | |
| | Normal | 84 | 63.6% | 15 | 55.6% | 90 | 76.9% | 189 | 68.5% | |
| | Sobrepeso | 15 | 11.4% | 0 | 0.0% | 3 | 2.6% | 18 | 6.5% | |
| | Obesidad | 15 | 11.4% | 6 | 22.2% | 12 | 10.3% | 33 | 12.0% | |
| a los 4 meses | Desnutrición aguda | 3 | 2.6% | 3 | 9.1% | 3 | 2.0% | 9 | 3.0% | 0.50 |
| | Riesgo de desnutrición | 6 | 5.1% | 3 | 9.1% | 3 | 2.0% | 12 | 4.0% | |
| | Normal | 90 | 76.9% | 21 | 63.6% | 108 | 73.5% | 219 | 73.7% | |
| | Sobrepeso | 9 | 7.7% | 3 | 9.1% | 18 | 12.2% | 30 | 10.1% | |
| | Obesidad | 9 | 7.7% | 3 | 9.1% | 15 | 10.2% | 27 | 9.1% | |
| a los 6 meses | Desnutrición aguda | 3 | 2.9% | 3 | 10.0% | 3 | 1.9% | 9 | 3.1% | 0.81 |
| | Riesgo de desnutrición | 3 | 2.9% | 3 | 10.0% | 6 | 3.7% | 12 | 4.1% | |
| | Normal | 78 | 76.5% | 18 | 60.0% | 126 | 77.8% | 222 | 75.5% | |
| | Sobrepeso | 12 | 11.8% | 3 | 10.0% | 24 | 14.8% | 39 | 13.3% | |
| | Obesidad | 6 | 5.9% | 3 | 10.0% | 3 | 1.9% | 12 | 4.1% | |

En la tabla número 3 evaluar la relación entre el índice de patrón de crecimiento del peso para la talla y el tipo de lactancia por edades tenían en cuenta ellos los niños de 0 a 29 días prevalecen en un desarrollo de peso para la talla normal en el 80.4% sin embargo el riesgo de nutrición está presente en el 9.4% aunque esta relación no representa una asociación estadística significativa.

Por otro lado para los menores de 2 meses que sabe sé como normal en el 68.5% el peso para la talla pero existe un 11.4% que llega a la obesidad con respecto a la lactancia materna exclusiva. Aunque esta relación estadística no es significativa.

Por otro lado para los que tienen menos de 4 meses se tiene como normal el peso para la talla en el 73.5% sin embargo el sobrepeso se da en el 12.2% lo que tienen lactancia mixta estadísticamente ambas variables son independientes entre sí finalmente para aquellos que tienen seis meses se encuentran en un intervalo normal de peso para la talla en el 75.5% pero existe un riesgo de sobrepeso en el 11.8% con aquellos que consumen lactancia materna no siento significativa la relación estadística entre sí.

IV. DISCUSIÓN

Ancajima es un trabajo a nivel de la capital de Lima establece una investigación en dónde tiene un grupo muestral pequeño de 100 participantes en solo se observó que el 58% realiza una lactancia materna exclusiva sin embargo este grupo es bastante variable a lo encontrado por nuestro trabajo en donde la lactancia materna exclusiva se da en el grupo de 0 a 29 días en 147 pacientes posteriormente conforme avanza los meses está se dan en 135 pacientes a los 4 meses de evaluación ciudad 114 paciente es y a los 6 meses en 99 pacientes por lo que teniendo grupo muestrales grandes para cada sub grupo que varía de 295 a 240 pacientes pediátricos observamos que más de la mitad se establece con la lactancia materna exclusiva sin embargo al relacionarlo con los índices antropométricos como el peso para la edad y la talla para la edad existen diferentes riesgos porcentuales especialmente con la lactancia artificial en el riesgo de desnutrición tanto para los grupos de 0 a 12 meses como para el grupo de 0 a 4 meses yo quien marca un grupo problemático que se tiene que estudiar de diferentes índoles.

Por otro lado solano en un trabajo trujillano a nivel de 2016 realizó una evaluación del estado nutricional en niños menores de 6 meses a nivel de moche donde cuyo grupo muestral fue de 150 grupo menor al conformado por nuestra investigación donde se presentan de que los grupos con lactancia materna exclusiva presentan índices normales lo cual es coincidente con la investigación en su mayor parte que llega desde el 65% hasta un máximo de 81.6% para cada su grupo. Por lo tanto este trabajo indica mejores resultados con respecto a la perspectiva de solano.

Márquez en el año 2016 a nivel de España realiza una investigación en dónde se valoran a 170 lactantes en dónde se estimo que la leche materna exclusiva ronda en el 55% todo lo cual es coincidente con la investigación donde ronda y más del 50% por lo cual es reconocida la ventajas con respecto a la nutrición y el sistema inmunológico del recién nacido siendo ambos trabajos coincidentes en este aspecto.

Llamoca un estudio huancavelicano en el 2015 evalúa en este caso de lactantes menores de 6 meses en dónde realiza una investigación en 98 en lactantes estableciéndose que existe un 86.8% de práctica de lactancia materna exclusiva todo lo cual es muy superior a los datos encontrados por nuestra investigación en donde los pacientes con lactancia materna exclusiva representa un grupo si bien es cierto mayoritario pero que oscila entre 50 60% encontrando grandes diferencias en el trabajo huancavelicano.

choque en buena investigación a nivel de puno en donde relacione los tipos de lactancia y estado nutricional en menores de 6 meses establece que el 75% recibe lactancia materna exclusiva todo lo cual es muy superior al encontrarnos investigación sin embargo la lactancia mixta y la lactancia artificial se encuentran en el 16% y 8% todo lo cual se encuentra dentro de los intervalos para el tipo de lactancia que se encuentra por tanto ambos estudios son coincidentes en ese aspecto.

En el caso de virus en un trabajo en la capital del Perú establece una investigación no experimental sobre estados divisional de los niños menores de 6 meses el tipo de lactancia encontrando que el 92.8% reproduce lactancia materna exclusiva lo cual supera los valores establecidos por nuestra investigación que máximo llega hasta un 70% por lo pueden trabajo de velludo se establece mejor las pautas de lactancia materna en el caso de las gestantes evaluadas ya que estos puede deberse a la oferta de leches maternizadas que puedan menguar la cantidad de mamás que complementan su lactancia con otro tipo de fórmulas.

V. CONCLUSIONES

Existe relación entre el índice patrón de crecimiento peso para la edad y tipo de lactancia a partir de los 2 meses hasta los 6 meses de edad.

Con respecto a la relación entre el índice de patrón de crecimiento de talla para la edad y tipo de lactancia se encuentra una correlación significativa entre los 2 a 4 meses aunque existe un riesgo de talla baja con respecto a la lactancia materna misa y artificial sin embargo para los niños de 0 a 29 días y para lo de 6 meses no se encontró relación estadística significativa.

No se halló una relación estadística entre los tipo de lactancia con el índice patrón de crecimiento peso para la talla debido a que el valoración tónico el mayor a 5%.

VI. RECOMENDACIONES.

Se debe realizar una evaluación por parte de Los profesionales de la salud del establecimiento para poder generar actividades que realicen la prevención y promoción especialmente en madres de niños a través de múltiples sesiones educativas que generen la importancia las técnicas de amamantamiento y los beneficios de la lactancia.

Se debe continuar realizando investigaciones relacionadas con el crecimiento y desarrollo de los niños especialmente que puedan promover la lactancia materna exclusiva en niños menores de 2 años.

Se debe remitir los resultados de investigación al jefe del establecimiento de salud para que pueda difundirlo entre los trabajadores y asimismo pueda generar conductas de cambio al momento de realizar la educación para la salud.

I. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lauwers J, Swisher A. Counseling the Nursing Mother: a Lactation Consultant's Guide. 5th ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 2015.
2. World Health Organization (WHO). Nutrition. The World Health Organization's infant feeding recommendation. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/.
3. Wijlaars L, Johnson L, van Jaarsveld C, et al. Socioeconomic status and weight gain in early infancy. *Int J Obes (Lond)*. 2017; 35(7): 963-70
4. McCrory C, Layte R. Breastfeeding and risk of overweight and obesity at nine-years of age. *Soc Sci Med*. 2016; 75(2): 323-30.
5. Taveras E, Scanlon K, Birch L, Rifas-Shiman S, et al. Association of Breastfeeding with Maternal Control of Infant Feeding at Age 1. *Pediatrics*. 2014; 114(5): e577-83.
6. Eidelman A, Schanler R. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2016; 129(3): e827-41.
7. Huh S, Rifas S, Taveras E, et al. Timing of Solid Food Introduction and Risk of Obesity in Preschool-Aged Children. *Pediatrics*. 2016; 127(3): e544-51.
8. Moss B, Yeaton W. U.S. children's preschool weight status trajectories: Patterns from 9-month, 2-year, and 4-year Early Childhood Longitudinal Study-Birth cohort data. *Am J Heal Promot*. 2017; 26(3): 172-5.
9. Barrera C, Perrine C, Li R, et al. Age at Introduction to Solid Foods and Child Obesity at 6 Years. *Child Obes*. 2016; 12(3): 188-92.
10. Li R, Fein S, Grummer L. Do Infants Fed from Bottles Lack Self-regulation of Milk Intake Compared with Directly Breastfed Infants? *Pediatrics*. 2016; 125(6): e1386-93.
11. Ancajima C, Moreano N. Estado Nutricional, Según el Tipo de Lactancia, en Niños de 0 – 6 Meses de Edad del C. S. Materno Infantil Magdalena de Setiembre a Diciembre de 2018. [tesis de grado]. Lima. Universidad Norbert Wiener. 2019.

12. Solano S. Relación Entre la Lactancia Materna Exclusiva y Mixta, y el Estado Nutricional en Niños de 1, 3 y 6 meses. [tesis de grado]. Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo. 2016
13. Márquez R. Relación entre la antropometría y el tipo de alimentación del lactante en sus primeros meses de vida. Nure Inv. 2016; 14(86):
14. Llamocca A, Oré G. Practica de Lactancia Materna Exclusiva y Crecimiento de Niños Menores de 6 Meses en el Centro de Salud Santa Ana - Huancavelica 2014. [tesis de grado]. Huancavelica. Universidad Nacional de Huancavelica. 2015.
15. Choque M. Tipos de lactancia y estado nutricional en lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Metropolitano de Puno – 2014. [tesis de grado]. Puno. Universidad Nacional del Altiplano. 2015.
16. Ubillus G, Lamas C, Lescano B, Levano M, Llerena Z, López R. Estado Nutricional del Lactante de Uno a Seis Meses y Tipo de Lactancia. Revista Horizonte Médico 2011; 11(1); 19-23.
17. Section on Breastfeeding : Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012; 129: pp. e827-e841 Gibson L, Porter M. Drinking or Smoking While Breastfeeding and Later Cognition in Children. Pediatrics 2018; 142.
18. Balogun O, O'Sullivan E, McFadden A, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2016; 11:CD001688.
A
19. ACOG Committee Opinion No. 756: Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice. Obstet Gynecol 2018; 132:e187. A
20. Davanzo R. Controversies in Breastfeeding. Front Pediatr. 2018; 6: 278.
21. US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, et al. Primary Care Interventions to Support Breastfeeding: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2016; 316:1688.
22. Dieterich C, Felice J, O'Sullivan E et al: Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. Pediatr Clin North Am 2013; 60: 31-48.
23. Hauk L. AAFP Releases Position Paper on Breastfeeding. Am Fam Physician 2015; 91:56.
24. UNICEF. Guidance on the provision and use of breastmilk substitutes in humanitarian settings. [ONLINE]. 2018. [revisado 23 setiembre 2019]. Disponible en URL:

http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/2.3%20Nutrition/Unicef_BMS_R05.1_Interactive.pdf.

25. Cogill B. Anthropometric Indicators Measurement Guide. Food and Nutrition Technical Assistance Project. 2017.
26. Esmaeili M, Esmaeili M, Saeidi R, Ghane F. Head circumference in Iranian infants. *Iranian Journal of Neonatology IJN*, 2015; 6(1): 28-32.
27. Miller E. A comparison of three infant skinfold reference standards: Tanner-Whitehouse, Cambridge Infant Growth Study, and WHO Child Growth Standards. *Matern Child Nutr*. 2015; 11(4): 1023-7.
28. Posada S, Zavala M, Camacho P, García A. Weight, height, and normal cranial perimeter in newborns in Cardenas, Tabasco, Mexico. *Salud Publica Mex*. 2018; 50(4): 272-3.
29. Ong K. WHO Growth Standards - Suitable for Everyone? Yes. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2017 Sep;31(5):463-464
30. Nilsson D, Svensson J, Korkmaz B, et al. Decreased head circumference in shunt-treated compared with healthy children. *J Neurosurg Pediatr*. 2013; 12(5): 483-90.
31. Morgan C, McGowan P, Herwitker S, et al. Postnatal head growth in preterm infants: a randomized controlled parenteral nutrition study. *Pediatrics*. 2014; 133(1): 120-8.

FICHA DE DATOS DE LAS MADRES Y LACTANCTES QUE ACUDEN ALSERVICIO DE CRED DEL HOSPITAL SANTA ROSA PIURA 2019-2020

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()
- Apgar: 1min 2m

- Peso (gr):

| | |
|----------------|----------------------|
| Al nacer | <input type="text"/> |
| A los 2 meses | <input type="text"/> |
| A los 4 meses. | <input type="text"/> |
| A los 6 meses. | <input type="text"/> |
- Talla (cm):

| | |
|---------------|----------------------|
| Al nacer | <input type="text"/> |
| A los 2 meses | <input type="text"/> |
| A los 4 meses | <input type="text"/> |
| A los 6 meses | <input type="text"/> |

• Tipos de lactancia

| Meses | Al nacer | A los 2 meses | A los 4 meses | A los 6 |
|------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 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
desnutriciónNormal
Sobrepeso
Obesidad

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Talla/Edad:

Talla baja
severaTalla baja
Riesgo de talla baja
Normal
Talla alta

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Peso/Talla:

Desnutrición aguda
Riesgo de desnutrición
Normal
Sobrepeso
Obesidad

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Anexo 2

| 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.

| Variable | Dimensión | Indicadores |
|-----------------------------------|---|---|
| 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) |