



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN



Tesis presentada para obtener del Grado Académico de:

LICENCIADA EN NUTRICIÓN

**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DEL VALOR DE LA
ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO A LAS MADRES DE NIÑOS
PREMATUROS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO**

Autor:

Sandra Luz Molina Castro

Director:

Dra. Josefina Gallegos Martínez

Co-Asesor:

Dr. Jaime Reyes Hernández

San Luis Potosí, S.L.P. Diciembre 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN



Tesis presentada para obtener del Grado Académico de:

LICENCIADA EN NUTRICIÓN

**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DEL VALOR DE LA
ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO A LAS MADRES DE NIÑOS
PREMATUROS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO**

Presenta:

Sandra Luz Molina Castro

Directora de tesis:

Dra. Josefina Gallegos Martínez

Co-Asesor de tesis:

Dr. Jaime Reyes Hernández



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN



Tesis presentada para obtener del Grado Académico de:
LICENCIADA EN NUTRICIÓN

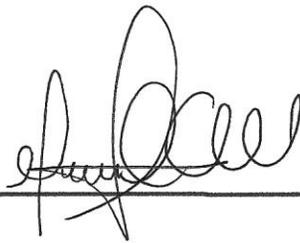
**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DEL VALOR DE LA
ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO A LAS MADRES DE NIÑOS
PREMATUROS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO**

Presenta:


Sandra Luz Molina Castro

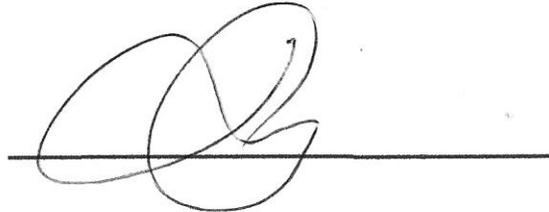
Presidente del jurado:

LN. Mónica Lucía Acebo Martínez, MNC



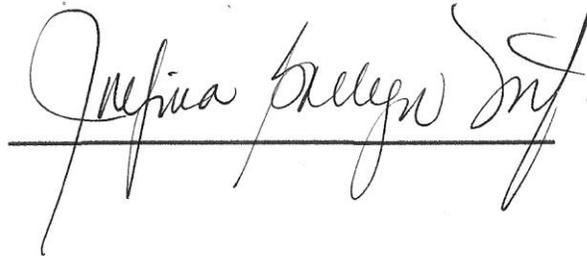
Secretario:

LN. Georgina González Gollaz



Vocal:

Dra. Josefina Gallegos Martínez



AGRADECIMIENTOS ACADEMICOS

Especialmente a mi directora de tesis, la Dra. Josefina Gallegos Martínez por las enseñanzas brindadas, por todo el valioso tiempo dedicado, los consejos, y la confianza depositada en mí.

A mi Co-asesor de tesis el Dr. Jaime Reyes Hernández por sus aportaciones al proyecto.

Al Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” por permitirme trabajar en sus instalaciones y todo el apoyo brindado por parte del personal de salud, las enfermeras de las áreas y los nutriólogos pasantes.

A las alumnas de Enfermería Mimi, Melissa, Katia y Vanessa por su colaboración y apoyo en la recolección de datos y en los talleres.

A la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, especialmente a la Facultad de Enfermería y Nutrición, por permitirme formar parte de esta máxima casa de estudios.

A todos mis maestros por la formación académica brindada durante 5 años.

AGRADECIMIENTOS PERSONALES

A mi madre que sigue siendo mi más grande motor, por enseñarme el mejor camino a seguir, por su gran amor y consejos inigualables.

A mi padre por su gran cariño y apoyo para siempre superarme, con su gran ejemplo para llegar al éxito.

A mis hermanos Fernando y Fátima, por las risas, amor y comprensión en tiempos difíciles.

A Ariam, porque cada día me demuestra con una sonrisa lo bonita que es la vida.

A Ale, Cony, Miros y Denisse, por esos grandes momentos en el servicio, por siempre ayudarme a salir adelante y hacer de este proyecto un trabajo lleno de risas y buenos momentos.

A mis amigas, especialmente Marce, Karina y Paty, que me han acompañado y apoyado en todo momento.

Gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I	13
JUSTIFICACIÓN	13
1.1 ¿Por qué la leche materna es importante para el neonato prematuro?	16
1.2 Desafíos de la Lactancia Materna con el neonato prematuro	16
1.3 Pregunta de investigación	17
1.4 Hipótesis	18
1.5 Objetivos.....	18
CAPÍTULO II.....	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1 Genealogía de la lactancia materna	21
2.2 Recién Nacido Prematuro	22
2.3 Clasificación por peso al nacer	23
2.4 Patologías en el Recién Nacido Prematuro	24
2.5 Lactancia Materna	26
2.6 Composición de la Leche Materna.....	26
2.7 Beneficios de la Lactancia Materna en el binomio.....	28
2.8 Políticas para la promoción de lactancia materna en neonatos prematuros	29
2.9 Fundamentos de la intervención educativa.....	30
CAPÍTULO III.....	32
METODOLOGÍA.....	32
3.1 Tipo y diseño del estudio.....	33
3.2 Periodo y lugar en que se realiza	33
3.3 Universo del estudio	33
3.4 Muestra	33
3.5 Definición de variables.....	34
3.6 Operacionalización de variables	37
3.7 Procedimientos	40
3.8 Recursos.....	41

3.9 Instrumento de recolección de la información.....	41
3.10 Plan de procesamiento y presentación de la información	42
3.11 Consideraciones éticas y legales.....	42
CAPÍTULO IV.	44
RESULTADOS	44
CAPÍTULO V.	63
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	63
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES.....	68
REFERENCIAS	68
ANEXOS.....	74

ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

TABLAS	página
Tabla 1. Tipo de gestación, tipo de parto y sexo, grupo control y grupo experimental	51
Tabla 2. Distribución de prematuros por semana de gestación según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), grupo control y experimental	52
Tabla 3. Clasificación de prematuros por peso al nacer, grupo control y experimental	53
Tabla 4. Prevalencia de tipos de lactancia en prematuros, grupo experimental y grupo control. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017	56
Tabla 5. Técnicas de alimentación utilizadas a los 15 días del egreso hospitalario y 3 meses de edad, grupo control y grupo experimental	57
Tabla 6. Causas de abandono de Lactancia Materna a los 15 días del egreso hospitalario y 3 meses de edad, grupo control y grupo experimental	58
Tabla 7. Diferencias entre los conocimientos maternos sobre Lactancia Materna previos y posteriores a la intervención	59
Tabla 8. Relación de los factores sociodemográficos, con los tipo de alimentación láctea de los prematuros desde la hospitalización hasta los 3 meses de vida en grupo experimental. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017	61
Tabla 9. Relación de los factores sociodemográficos, con los tipo de alimentación láctea de los prematuros desde la hospitalización hasta los 3 meses de vida en grupo control. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017	62

GRÁFICOS	página
Gráfico 1. Nivel de escolaridad de las madres del grupo control	45
Gráfico 2. Nivel de escolaridad de los padres del grupo control	46
Gráfico 3. Estado civil de las madres del grupo control	47
Gráfico 4. Nivel de escolaridad de las madres del grupo experimental	48
Gráfico 5. Nivel de escolaridad de los padres del grupo experimental	49
Gráfico 6. Estado civil de las madres del grupo experimental	50
Gráfico 7. Principales patologías presentadas durante la estancia hospitalaria, grupo control y experimental	54
Gráfico 8. Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva en prematuros, grupo experimental y grupo control	57

FIGURAS	página
Figura 1. Factores que interaccionan en la diada madre-hijo prematuro que ponen en riesgo la práctica de la Lactancia Materna	15
Figura 2. Conformación de la muestra del estudio “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017	55

RESUMEN

Introducción: Las condiciones de salud de los prematuros obstaculizan la práctica de la Lactancia Materna (LM). La leche materna es el estándar de oro para la nutrición en los bebés nacidos prematuros. Las madres de bebés prematuros tienen menores tasas de éxito en la lactancia, lo que nos lleva a la necesidad de adoptar prácticas destinadas a promover la lactancia en los diferentes niveles de atención. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de una intervención educativa y conocimientos maternos sobre lactancia, y la prevalencia de los tipos de Lactancia Materna en recién nacidos prematuros en el internamiento, egreso, a los 15 días de egreso y a los 3 meses de vida. **Métodos:** Estudio cuasi-experimental, con intervención educativa, ambispectivo. Muestra no probabilística, por conveniencia, grupo experimental (n=29), grupo control (n=20) diadas madre-hijo prematuro. Muestreo: no aleatorio por cuota. **Resultados:** Lactancia Materna Exclusiva (LME) en el internamiento: grupo experimental (GE) (31%), grupo control (GC) (75%), ($p \leq 0.05$). Al egreso hospitalario GE (96.6%), GC (60%) ($p \leq 0.01$), a los 15 días del egreso hospitalario, GE (69%), GC (60%) ($p > 0.05$), a los 3 meses de vida GE (70%), GC (50%) ($p > 0.05$). Los conocimientos maternos previos observaron una media 18.34 (DE \pm 1.95), y conocimientos posteriores una media 21.14 (DE \pm 1.06), (t de student, IC95%, ≤ 0.01). Mediante la correlación (r Pearson) se observó que a menor nivel de escolaridad materna mayor utilización de Alimentación Artificial (AA) ($p \leq 0.05$), cuanto más temprano es el contacto piel a piel, se iniciará la LM ($p \leq 0.01$), cuanto menor sea la duración del internamiento, más pronto será la primera toma láctea ($p \leq 0.05$), a menor edad post natal de ser amamantado, mayor Lactancia Materna Mixta a los 3 meses de vida ($p \leq 0.05$). **Conclusiones:** A) La LME a los 3 meses de vida fue mayor en el grupo Experimental. B) Fue mayor el nivel de conocimientos maternos sobre LM posterior a la intervención educativa.

Descriptor: Lactancia Materna, Recién Nacido Prematuro, Intervención Educativa.

INTRODUCCIÓN

Según los datos del Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros: Nacidos Demasiado Pronto, uno de cada diez bebés nacen prematuramente. Además, debido a las complicaciones del nacimiento prematuro, más de 1 millón mueren cada año, o se confrontan a algún tipo de discapacidad, entre ellos problemas de aprendizaje, problemas visuales y auditivos (1). En México, se reportó por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2010 una tasa de prematuridad de 7.3% (2), y se ha reportado que más del 40% de los niños menores de cinco años tienen ceguera secundaria a retinopatía del prematuro (3). En San Luis Potosí, los nacimientos prematuros representan el 8.2 % de los nacimientos anualmente (3).

La situación general de las condiciones de salud de los prematuros obstaculizan la práctica de la Lactancia Materna (LM). La leche materna es el estándar de oro para la nutrición en los bebés nacidos a término y prematuros (4) y el uso de fórmula se indica solamente cuando la LM es imposible (5). La Leche Humana (LH) es de gran valor nutrimental para el óptimo crecimiento y desarrollo del recién nacido (6). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la alimentación con Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta el sexto mes de vida del niño, siendo complemento hasta los dos años. Sin embargo, en determinadas situaciones como prematuridad, niños hospitalizados o enfermedades maternas, existe dificultad en el establecimiento y adherencia de la LM (7). Las madres de bebés prematuros tienen menores tasas de éxito en la lactancia (5), lo que nos lleva a la necesidad de adoptar prácticas destinadas a promover la lactancia en los diferentes niveles de atención.

La nutrición conforma uno de los principales pilares de la atención de los neonatos hospitalizados, especialmente en los nacidos prematuros. Se tiene evidencia sobre beneficios de la Leche Materna sobre la fórmula artificial, tanto en niños sanos como enfermos. La alimentación de los bebés prematuros debe

estar orientada en compensar la inmadurez metabólica y gastrointestinal, el compromiso inmunológico y las condiciones psicosociales maternas.

En este contexto, resulta conveniente desarrollar estrategias efectivas para manejar los problemas que se presentan en la práctica de la Lactancia Materna que conlleva la inmadurez presente en los neonatos nacidos prematuros. En la cual, se destaquen los múltiples beneficios de la Leche Humana sobre la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de los recién nacidos.

A continuación se presenta el contenido de la siguiente manera:

Capítulo I Justificación. El cual aborda la situación general de las condiciones de salud de los prematuros que obstaculizan la práctica de la Lactancia Materna y las principales estadísticas de la práctica de la lactancia.

Capítulo II Marco teórico. Donde se exponen conceptualmente las características y patologías asociadas al parto pretérmino, antecedentes de lactancia, y se mencionan los estudios previos a cerca de intervenciones para establecer la lactancia materna.

Capítulo III Metodología. La cual incluye el tipo y diseño del estudio, lugar de estudio, el universo, población, muestra, variables, métodos e instrumentos para la recolección y análisis de datos. Así como el programa de la intervención educativa.

Capítulo IV Resultados. Donde se presenta lo obtenido en el estudio.

Capítulo V Discusión de Resultados. En el cual se compara el presente estudio con otros, y se expone si existió una diferencia o no.

CAPITULO I

JUSTIFICACIÓN

I. JUSTIFICACIÓN

El parto pretérmino es el principal problema obstétrico en la actualidad pues según datos de la OMS afecta entre el 5 y 18% de todos los nacimientos (3). En México, el Instituto de Perinatología reporta una incidencia de prematuridad de 19.7% que contribuye con 38.4% de muertes neonatales, por lo que se ubica como la primera causa de mortalidad perinatal (1). En 2010 se estimó que 1.1 millones de neonatos murieron como consecuencia de las complicaciones que acompañan a la prematuridad (4). Entre las complicaciones médicas más destacadas se encuentran dificultad respiratoria, inestabilidad térmica, hipoglucemia, sepsis, ictericia e hiperbilirrubinemia. Los neonatos prematuros tienen 4 veces más susceptibilidad de presentarlas en comparación a los nacidos a término (8).

La práctica de la Lactancia Materna en los neonatos prematuros se ve amenazada debido a la inmadurez fisiológica y neurológica que presentan. Los comportamientos ineficaces más comunes son somnolencia y deslizamiento del pezón de la madre durante la alimentación (9) llevándola a una práctica ineficaz y muchas veces al fracaso de la misma. Sumado a esto, la gestión por parte de los profesionales de salud de la transición de la gestación a la Lactancia Materna muchas veces es ineficaz, comprometiendo también su incidencia y duración (4).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT), en el 2012 solamente el 14.4% de los recién nacidos en México eran alimentados con Lactancia Materna Exclusiva (LME). El haber tenido un hijo prematuro se encuentra en el 8º sitio dentro de los motivos por los cuales las mujeres entre 12 y 49 años niegan amamantar (10); reflejando el problema de Salud Pública que esto presenta.

La comprensión de la interacción de los factores que ponen en riesgo la Lactancia Materna entre la diada madre-hijo prematuro es esencial para

prevenir, identificar y manejar los problemas y así, establecer las prácticas necesarias. (Fig. 1)

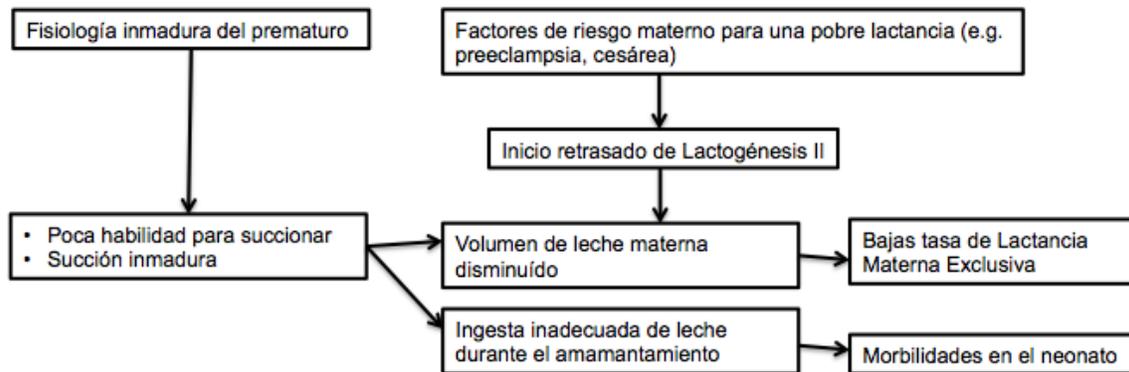


Figura 1. Factores que interaccionan en la diada madre-hijo prematuro que ponen en riesgo la práctica de la Lactancia Materna. (Adaptado de: L. Furman, MD, Cleveland, OH; y P. Meier, PhD, RN, FAAN, Chicago, IL.)

Cuando ocurre un parto prematuro, la educación enfocada al valor y la importancia de la Lactancia Materna debe re enfatizarse debido al agobio que esto representa para los padres. Las prácticas en las unidades neonatales influyen de una manera determinante en el inicio y duración de la Lactancia Materna. Se ha documentado que cuando cambian las prácticas, las tasas de Lactancia Materna aumentan (11). Los profesionales de la salud que cuidan a los recién nacidos prematuros son responsables de informar a los padres sobre los beneficios que aporta la Lactancia Materna, esto incluye los métodos de alimentación al pecho posibles para que la madre pueda tener una práctica adecuada. El establecimiento de un plan estandarizado enfocado en la Lactancia Materna, podría facilitar su inicio en los recién nacidos prematuros (12).

Entre los factores principales que influyen negativamente en el inicio de la lactancia materna se encuentran la falta de información y apoyo a la madre y su familia, la escasa formación de los profesionales de la salud sobre lactancia materna, el escaso apoyo social a la madre que amamanta y la publicidad inadecuada de los sucedáneos de leche materna (13).

1.1 ¿Por qué la leche materna es importante para el neonato prematuro?

El mayor crecimiento del feto se da en el último trimestre del embarazo, por lo tanto, el recién nacido prematuro tiene requerimientos nutricionales más elevados que el recién nacido a término. (11) Además, debido al rápido desarrollo de su cerebro después del nacimiento, el riesgo de lesiones neuronales es elevado. La leche materna ayuda al desarrollo y protege al cerebro inmaduro, pues proporciona los nutrientes necesarios los cuales no están presentes en la fórmula artificial. La primera leche humana, denominada calostro, es esencial para establecer la microbiota en el intestino, fundamental para ayudar a reducir el riesgo de enterocolitis necrotizante en el neonato (8).

El recién nacido prematuro alimentado al seno materno también se ve beneficiado con una mejor oxigenación y regulación de la temperatura durante el amamantamiento, así como un mayor fortalecimiento de los músculos de la mandíbula, los cuales están involucrados en la succión, y una mayor eficiencia respiratoria (4). No obstante, el establecimiento de la Lactancia Materna en este grupo poblacional no siempre resulta sencillo ya que existen barreras que dificultan el proceso.

1.2 Desafíos de la Lactancia Materna con el neonato prematuro

1.2.1 Desafíos en el neonato

La capacidad de los neonatos nacidos prematuros para regular los ciclos de sueño/vigilia es limitada debido a su inmadurez neurológica (14) esto influye negativamente en el establecimiento de la Lactancia Materna ya que sus señales de hambre y saciedad se ven interrumpidas por este comportamiento. Asimismo, tienen una succión más débil y su falta de coordinación succión, deglución y respiración los conduce a la fatiga lo que desencadena una

insuficiente ingesta calórica pues este evento puede ser confundido por la madre con saciedad.

1.2.2 Desafíos maternos

El éxito de la Lactancia Materna no sólo depende del bebé, también de la oferta de la leche materna la cual se establece mejor cuando existe contacto piel a piel. Sin embargo, muchas veces esto no es posible debido a que inmediatamente después del parto los recién nacidos y sus madres son separados para las intervenciones médicas necesarias. (14) Otro factor de importancia, es el volumen de producción de leche. El inicio temprano de la extracción de leche es una acción clave para continuar la producción de la misma.

1.3 Pregunta de investigación

Con base en lo anteriormente señalado, se desarrolló el interés por responder la siguiente pregunta de investigación:

1. ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa en función de la prevalencia de los tipos de la Lactancia Materna en madres con recién nacidos prematuros en el internamiento, al egreso, a los 15 días de egreso y a los 3 meses de vida?

1.4 Hipótesis

1.4.1 Hipótesis alterna

Las tasas de Lactancia Materna en madres con niños nacidos prematuros asistentes a la intervención educativa al inicio y al final del estudio, son mayores a las tasas de Lactancia Materna en madres sin intervención educativa al inicio y al final del estudio.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Evaluar la efectividad de una intervención educativa en función de la prevalencia de los tipos de Lactancia Materna en madres con recién nacidos prematuros en el internamiento, al egreso, a los 15 días de egreso y a los 3 meses de vida.

1.5.2 Objetivos específicos

1. Identificar los factores sociodemográficos, perinatales y condiciones de salud de la población en estudio.
2. Identificar los tipos de lactancia clasificados de acuerdo a la OMS en las díadas madre-hijo prematuro, en el internamiento, al egreso, a los 15 días de egreso y a los 3 meses vida.
3. Comparar la prevalencia de lactancia materna del grupo sin intervención vs el grupo con intervención en el internamiento, al egreso, a los 15 días de egreso y a los 3 meses vida.

4. Identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños prematuros sobre la lactancia materna previo y posterior a la intervención.
5. Implementar una intervención educativa a las madres de prematuros internados enfocada a la lactancia materna.
6. Comparar el nivel de conocimiento de las madres previo y posterior la intervención.
7. Establecer la relación entre los factores sociodemográficos y perinatales de la población en estudio con los tipos de lactancia del grupo sin intervención y el grupo con intervención.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Genealogía de la lactancia materna

Se le conoce como lactación al acto de lactar, tanto alimentarse con leche, como alimentar con leche. Con esto, existen dos personajes principales que “lactan”: la madre y la cría. Se denomina lactancia al periodo en la vida en el cual se practica la lactación. Las crías de mamíferos tienen un ritmo inicial de crecimiento acelerado, por lo cual sus necesidades energéticas son considerables (15).

La lactancia materna ha sido una práctica habitual y en todas las épocas de la humanidad, se le ha considerado naturalmente asociada a la condición de la maternidad. Fue la única alternativa durante milenios para la alimentación de los recién nacidos y niños pequeños. El acto de lactar tiene hasta la fecha una gran connotación simbólica que, entre otras, sugiere la transferencia de características de la mujer al niños mediante la leche (15).

Desde la Prehistoria existen referencias en donde la lactancia se practicaba hasta que el niño cumplía los tres años de edad, esto se ha encontrado en Babilonia, en la India y en Egipto. En el Papiro de Ebers se detallan los cuidados y posturas para amamantar (16).

Durante la Edad Media, se escriben documentos en los cuales se relata la idea de la LM como un alimento importante suministrado por la madre. En el período del “Descubrimiento de América” se empieza a manejar el vínculo madre-hijo al amamantar. En la Segunda Guerra Mundial, comienza la introducción de leche en polvo, lo cual trae como consecuencia el decremento de la LM (16).

Hoy en día, la Lactancia Materna se mantiene como la mejor opción para cualquier lactante, de término o no, pues no sólo atribuye beneficios a nivel

fisiológico sino también a nivel psicológico y social. Como refiere Hernández Gamboa en su trabajo publicado en 2009:

“...no sólo es un medio de alimentación, sino un medio de caracterización y unión dentro de la raza humana que, valga la redundancia, nos vuelve más humanos, más mamíferos, y sobre todo, más personas, por lo que este contacto constante y prolongado, se vuelve esencial, no sólo desde el punto de vista nutricional, sino que también desde un punto de vista más integral” (16).

2.2 Recién Nacido Prematuro

Un embarazo humano completo dura 40 semanas. Se considera nacimiento prematuro o pretérmino todo parto que se produce antes de completarse la semana 37 de gestación, independientemente del peso al nacer. Los nacimientos prematuros pueden ser espontáneos o iatrogénicos (inducidos por la intervención médica). Aproximadamente el 20% de todos los nacimientos prematuros son iatrogénicos. En estos casos, es el facultativo el que decide que el bebé debe nacer prematuro debido a complicaciones maternas o fetales graves, como pre eclampsia (PE) grave o retraso del crecimiento intrauterino (RCI). Entonces, el parto se induce médicamente o se practica una cesárea (17).

La Secretaría de Salud estableció la Norma Oficial (NOM-007-SSA2-1993) “Para la atención de mujeres durante el embarazo así como la atención de los niños durante el parto y puerperio” (18). En función de la edad gestacional del producto se clasifica en:

-Parto prematuro: expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

-Parto con producto inmaduro: expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas.

-Parto con producto prematuro: expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

-Parto con producto a término: expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.

Según criterios de la OMS (19), de acuerdo con la edad de gestación el recién nacido se clasifica en:

-Recién nacido prematuro: 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

-Recién nacido prematuro extremo: < 28 semanas de gestación.

-Recién nacido muy prematuro: 28 a <32 semanas de gestación.

-Recién nacido prematuro moderado o tardío: 32 a <37 semanas de gestación.

2.3 Clasificación por peso al nacer

Un recién nacido de bajo peso (RNBP) es todo aquel que pesa menos de 2.500 gramos al nacer, independientemente de la edad gestacional. Esto implica que no todos los recién nacidos de bajo peso invariablemente son bebés prematuros, aunque existe una relación obvia entre el peso al nacer y la prematuridad. Los pesos bajos al nacer pueden dividirse a su vez en subcategorías: bajo peso al nacer, muy bajo peso al nacer y bajo peso extremo al nacer (20).

- Bajo peso al nacer: menos de 2.500 g
- Muy bajo peso al nacer: menos de 1.500 g
- Bajo peso extremo al nacer: menos de 1.000 g

Los recién nacidos de bajo peso engloban tanto a los bebés nacidos prematuros como a los bebés cuyo crecimiento en el útero ha sido deficiente. Todo recién nacido cuyo peso al nacer es notablemente inferior a la norma de la población general se denomina recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG). El nivel de corte normalmente se establece en un peso inferior al percentil 10 correspondiente a la edad gestacional (20).

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) para la atención de mujeres durante el embarazo así como la atención de los niños durante el parto y puerperio (18), según el peso corporal al nacer y la edad de gestación los recién nacidos se clasifican como:

- Recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación.
- De bajo peso (hipotrófico): Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.
- De peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación.
- De peso alto (hipertrófico): Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación.

2.4 Patologías en el Recién Nacido Prematuro

La patología prevalente del prematuro es la derivada del binomio inmadurez-hipoxia, debido al acortamiento gestacional y la ineficacia de la adaptación respiratoria postnatal tras la supresión de la oxigenación trasplacentaria (21).

Los órganos o sistemas principalmente comprometidos en el neonato prematuro son los siguientes:

- Respiratorio: La patología respiratoria es la primera causa de morbi-mortalidad del prematuro y viene representada por el distrés respiratorio o enfermedad de Membrana Hialina, seguida de las apneas del prematuro. La oxigenoterapia, parece contribuir a una reducción significativa en la incidencia de retinopatía de la prematuridad (21).

- Oftalmológica: La retinopatía del prematuro es causada por la interrupción de la vascularización de la retina que produce el nacimiento prematuro (21).

- Cardiovascular: La hipotensión arterial precoz es mas frecuente cuanto menor es el peso. Esta hipotensión puede estar relacionada con la incapacidad del sistema nervioso autónomo para mantener adecuado tono vascular o con otros factores como la hipovolemia, la sepsis y /o disfunción cardiaca (21).

- Gastrointestinal: La maduración de succión y de su coordinación con la deglución se completa entre las semanas 32-34 de gestación. La motilidad del intestino es pobre y con frecuencia se presentan retrasos de la evacuación (21).

- Inmunológicos: La inmunidad inespecífica es ineficaz, con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal. La incapacidad de limitar la infección a un territorio orgánico, hace que la infección neonatal desencadene rápidamente a sepsis (21).

- Metabolismo: La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva grasa corporal, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor (21).

2.5 Lactancia Materna

La mayoría de mujeres, como instinto maternal, en el momento en que deciden tener un hijo adoptan la postura más natural, que es la LM. La OMS y la American Academy of Pediatrics (AAP) consideran que la LME hasta los 6 meses es el alimento óptimo para el lactante y tiene la composición ideal de los nutrientes esenciales necesarios para un mejor crecimiento, desarrollo y maduración del niño durante este periodo (22).

La lactancia materna contribuye al desarrollo cognitivo del niño y fortalece los lazos afectivos entre madre e hijo. La función protectora e inmunomoduladora de la leche materna es capaz de reducir la incidencia de enfermedades infecciosas como diarrea, otitis, neumonías y enterocolitis necrosante. Además, la LM presenta beneficios a largo plazo, pues previene la obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus en la vida adulta (6).

2.6 Composición de la Leche Materna

Contiene componentes nutricionales tales como grasas, proteínas, lactosa y micronutrientes a niveles adecuados para un crecimiento óptimo, así como componentes bioactivos y celulares que proporcionan protección y promueven el desarrollo infantil (23). El primer fluido producido por las madres después del parto es el calostro, que es distinto en volumen, aspecto y composición. El calostro, producido en cantidades bajas en los primeros días posparto, es rico en componentes inmunológicos tales como IgA secretora, lactoferrina, leucocitos, así como factores de desarrollo tales como el factor de crecimiento epidérmico. El calostro también contiene concentraciones relativamente bajas de lactosa, lo que indica que sus funciones primarias son inmunológicas y tróficas en lugar de nutricionales. A medida que se produce un cierre hermético en el epitelio mamario, la proporción de sodio y potasio disminuye y la concentración de

lactosa aumenta, indicando activación secretora y producción de leche de transición. El momento de activación secretora (lactogénesis etapa II) varía entre las mujeres, pero suele ocurrir durante los primeros días después del parto. El inicio tardío de la lactogénesis se define como inicio > 72 horas después del parto y parece ocurrir más a menudo con parto prematuro y obesidad materna, y puede ser predicho por marcadores de salud metabólica (24).

La composición de macronutrientes difiere entre la leche en recién nacido prematuro y la leche del recién nacido a término, la leche pretérmino contiene mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas (25). Las proteínas más abundantes son la caseína, la α -lactalbúmina, la lactoferrina, la inmunoglobulina secretora IgA, la lisozima, la albúmina sérica. El contenido de proteína de la leche obtenida de las madres que tienen un parto prematuro es significativamente mayor que el de las madres que tienen un parto a término. La concentración de proteínas de la leche humana no se ve afectada por la dieta materna, pero aumenta con el peso corporal materno, y disminuye en las madres que producen mayores cantidades de leche. La grasa de la leche humana se caracteriza por un alto contenido de ácido palmítico y oleico. El principal azúcar de la leche humana es el disacárido lactosa (24).

La leche humana contiene numerosos factores de crecimiento que tienen amplios efectos sobre el tracto intestinal, el sistema vascular, nervioso y endócrino. Se han encontrado los siguientes: maduración intestinal y reparación: Factor de crecimiento epidérmico (EGF), crecimiento y desarrollo del sistema nervioso enteral: Factores de crecimiento neurona, crecimiento del tejido: Factor de crecimiento similar a la insulina (IGF), regulación del sistema vascular: Factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), desarrollo intestinal y prevención de la anemia: Eritropoyetina (Epo), hormonas reguladoras del crecimiento:

Calcitonina y somatostatina, regulación del metabolismo y la composición corporal: Adiponectina y otras hormonas (23,24).

Alimentar con leche humana protege contra la infección y la inflamación, y la leche temprana se enriquece en factores inmunes que ayudan a asegurar la supervivencia infantil (24). Los oligosacáridos presentes en la leche, proporcionan protección contra la infección a través de una acción antimicrobiana anti-adhesiva. Proporcionan protección contra organismos patógenos causantes de diarrea, tales como *E. coli*, *Campylobacter pylori*, *C. jejuni*, *norovirus* y *rotavirus* (23).

2.7 Beneficios de la Lactancia Materna en el binomio

Entre los múltiples beneficios que obtienen los neonatos se encuentran: disminución de las tasas de sepsis tardía, de enterocolitis necrotizante (ECN) y retinopatía del prematuro, hay menos re-hospitalizaciones en el primer año de vida, y mejores resultados en el desarrollo neuronal. Además, los bebés prematuros que reciben leche materna en comparación con los prematuros que reciben fórmula tienen menores tasas de síndrome metabólico, menores tasas de diabetes tipo II, menor presión arterial y niveles de lipoproteínas de baja densidad, menor resistencia a la insulina y la leptina cuando llegan a la adolescencia (26). Durante la alimentación hay una mejora de la oxigenación y regulación de la temperatura, mayor saturación de oxígeno, mejora la succión, la deglución y el patrón de respiración, hay un aumento de la temperatura corporal, tienen menos episodios de apnea y bradicardia. El contacto piel a piel ayuda al aumento del volumen de la leche materna, hay una mayor producción de anticuerpos de la leche materna frente a patógenos en el medio ambiente del lactante. También existe un mejor desarrollo oral, fortalecimiento de los músculos de la mandíbula, aumento del espacio de la cavidad nasal, mejor alineación de los dientes y mayor eficiencia respiratoria (27).

El amamantar tiene también beneficios para la madre pues disminuye la incidencia de diabetes tipo 2, y el riesgo de cáncer de mama y ovario. Además tiene efectos psicológicos pues reduce potencialmente el estrés percibido y aumenta la confianza en sí mismas y la formación de lazos de unión con sus hijos (27).

2.8 Políticas para la promoción de lactancia materna en neonatos prematuros

La Asociación de Salud de la Mujer, Enfermería Obstétrica y Neonatal (AWHONN) apoya la lactancia materna en el neonato prematuro, la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, seguido de la lactancia materna continua durante un año o más.

Las estrategias para proteger y promover la lactancia materna incluyen la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) de la OMS y los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa de la UNICEF (28). La AAP en el 2011 creó un protocolo clínico sobre lactancia materna específico para el prematuro (29). El cual destaca la importancia de la lactancia materna en el recién nacido a término y la población prematura y recomienda estrategias para promover la lactancia materna exitosa. Resume los beneficios de la lactancia para el lactante, su madre y la sociedad. Incluye recomendaciones para profesionales de la salud que se ocupan de pacientes prematuros en la diada madre/recién nacido. Debido a múltiples factores de riesgo para la transferencia eficaz de leche y el bajo volumen de leche, se recomienda a las madres que usen una combinación de contacto frecuente piel a piel, lactancia al seno materno, y extracción de leche materna con un extractor eléctrico de grado hospitalario. Además señala el seguimiento apegado de lactancia materna dentro del hospital, las instrucciones

específicas de alta y el seguimiento temprano y frecuente después del alta son componentes esenciales en el manejo de la lactancia materna en la población prematura (13).

La AWHONN publicó pautas basadas en la evidencia que proveen prácticas de manejo de cuidado con recién nacidos prematuros (30). Estas directrices reafirman los problemas comunes de lactancia materna a los que se enfrentan. En particular, se centran en los desafíos de la alimentación y recomiendan la evaluación de los ciclos de sueño y vigilia. Además, recomienda un seguimiento continuo de los desafíos de la lactancia materna, así como la educación continua de la lactancia materna. Otra Guía Clínica Basada en Evidencia para el manejo de la lactancia materna es la propuesta por la Asociación Internacional de Consultores de Lactancia (ILCA) (31). Así mismo, la Asamblea Mundial de la Salud en el 2002 creó el documento “Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño” (32). Esta subraya la necesidad de que todos los servicios de salud protejan, fomenten y apoyen la lactancia natural exclusiva y una alimentación complementaria oportuna y adecuada sin interrupción de la lactancia natural (14) (13).

2.9 Fundamentos de la intervención educativa

El programa de intervención educativa está basada en un modelo preventivo en salud, debido a que se reconoce que el hecho de nacer prematuro conlleva secuelas, y la incentivación de la Lactancia Materna a través de la intervención significa ese fin de cumplir el estándar de oro de 6 meses e incentivará a las familias para que la continúen hasta los 2 años de vida.

La intervención educativa se basó en la idea de que los participantes tienen acción y reflexión sobre estos aspectos y lo transforman, es decir tienen poder

sobre su propio conocimiento (33). Además de ello, se baso en la idea de quienes desarrollaron la intervención educativa son conceptualizados como facilitadores del aprendizaje de los participantes con habilidades de tolerancia de ambigüedad ante la diversidad de ideas y busca incentivar conductas generadoras de salud (34).

El Modelo Transteórico del Cambio (MTC) del cambio de comportamiento en salud, fue llevado a cabo por Jamens Prochaska en 1979, ofrece planes para realizar intervenciones a partir de las características específicas de las poblaciones a quienes están dirigidas las acciones. Se detectan cinco etapas definidas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (35). El núcleo fundamental es la madre, por ello, con este modelo se asume que la madre y el recién nacido están en interacción recíproca y que la alteración de una de las partes afecta inevitablemente a la otra.

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño del estudio

El presente estudio es de carácter cuasi experimental, ambispectivo, con grupo control retrospectivo, de corte prospectivo ya que la recolección de datos amerita un seguimiento en el tiempo; es analítico toda vez que se establezca relación entre variables.

3.2 Periodo y lugar en que se realiza

Se llevó a cabo en la capital de San Luis Potosí, donde se encuentra el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”. La duración fue de Marzo de 2017 a Julio 2017.

El Hospital correspondiente al proyecto es un hospital público ubicado en la capital de San Luis Potosí, es de segundo nivel de atención y tiene como misión la asistencia, enseñanza e investigación. Anualmente, el índice de nacimientos es de 3200. La Unidad de Neonatología cuenta con terapia intensiva, terapia intermedia y sala de crecimiento y desarrollo (36).

3.3 Universo del estudio

Diadas madre-hijo prematuro atendidas en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”.

3.4 Muestra

Tipo de muestra: no probabilística, por conveniencia.

Muestreo: no aleatorio. Las unidades de observación son las diadas madre-hijo prematuro que se recluten durante Marzo a Julio del 2017.

3.4.1 Criterios de inclusión

Recién nacidos prematuros menores a 37 semanas de gestación, y madres con capacidad cognitiva para responder los cuestionarios y atender a la intervención.

3.4.2 Criterios de exclusión

Recién nacidos a término, recién nacidos prematuros con condiciones clínicas y anomalías congénitas que impidan o contraindiquen la práctica de la Lactancia Materna, defunción materna al momento del parto, contraindicación médica temporal o permanente de la lactancia, madres que no deseen participar o se nieguen a amamantar.

3.4.3 Criterios de eliminación

Madres que no acudan a la intervención, defunción materna y/o del recién nacido.

3.5 Definición de variables

3.5.1 Variable independiente: Intervención educativa dirigida a las madres de recién nacidos prematuros.

Intervención: acción que se tiene con un objetivo específico, en este caso el aumento de prevalencia de lactancia materna en madres de niños prematuros.

3.5.1.1 Metodología de la intervención

El presente programa educativo tiene el propósito de servir de orientación y apoyo para la comprensión de la nutrición basada en la lactancia materna en el paciente prematuro, así como las diferentes formas de alimentarlo con la leche humana. La intervención educativa fue en modalidad curso-taller, basado en el manual “El vínculo de apego y la lactancia en el niño prematuro” (37) y las políticas internacionales para el apoyo de la lactancia materna (28–31). Se llevó

a cabo con una enseñanza grupal y con la exposición de los temas por parte de la responsable del proyecto; se fomentó la intervención de las madres en cuestión de preguntas y respuestas, las sesiones se llevaron a cabo en el lactario del hospital. Se hizo uso de presentaciones en diapositivas y métodos demostrativos en las sesiones III y IV. La intervención tuvo una duración de 1 hora al día, presentándose diariamente. Se hicieron 2 seguimientos; el primero fue a los 15 días del alta hospitalaria, el segundo a los 3 meses de vida, los cuales fueron vía telefónica y consistieron de un sencillo cuestionario (anexo II).

3.5.1.2 Programa de la intervención

Para el desarrollo de la intervención educativa se emplearon estrategias didácticas informativas, para tal fin se informó a través del proceso de convencimiento sobre los aspectos que pudieran entorpecer la LM, de las necesidades nutricionales del prematuro, los pasos a seguir para continuar y mantener la LM, así como las necesidades de seguridad. Teniendo como fin último la adherencia a la lactancia materna. Por otra parte, se realizaron actividades de aprendizaje a través de los sentidos auditivos, visual y táctil, a través de la simulación de aprendizaje por modelos, como en la posición del recién nacido en técnicas de lactancia.

La estructura del programa se conformó de 4 sesiones.

Sesión I. El recién nacido prematuro.

Los participantes identificarán las principales características, fisiología, posibles secuelas y tratamientos en los niños BPN y PT.

Sesión II. Necesidades nutricionales. Lactancia Materna Exclusiva.

Los participantes comprenderán las bondades y la técnica de alimentación con leche materna exclusiva.

Además de: preparación oral de la alimentación, regulación sueño-vigilia, tolerancia del medio ambiente y la estimulación, y la interpretación de señales de hambre, mitos sobre la lactancia.

Sesión III. Manteniendo la lactancia.

Los participantes identificarán los pasos que deben realizar para iniciar la lactancia materna, continuar la lactancia materna durante el internamiento hospitalario y al alta hospitalaria.

Cuidado de los senos.

Transición entre las técnicas de alimentación usadas.

Monitoreo de la producción de leche mediante las actividades de extracción de leche.

Sesión IV. Necesidad de seguridad.

Los participantes comprenderán las bases del establecimiento de vínculos saludables para el buen desarrollo del hijo prematuro.

Método madre canguro, protección e inmunidad, adaptación en el hogar, lactancia en el hogar vs. Sucedáneos.

3.5.2 Variable dependiente: Prevalencia de Lactancia Materna.

3.5.3 Covariables: Condiciones de salud del prematuro, factores perinatales, factores sociodemográficos.

3.6 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Lactancia Materna	Alimentación al seno materno	Alimentación al seno materno	Lactancia materna exclusiva: alimentación únicamente con seno materno. Lactancia materna predominante: alimentación con seno materno y uso de té, agua y jugos. Lactancia materna mixta: alimentación con seno materno y otras formulas Sin lactancia materna (lactancia artificial): alimentación con fórmulas artificiales o sustitutos de leche (38).	Dicotómica	Sí No	Encuesta "Lactancia Materna en el prematuro"
Conocimientos de la madre sobre Lactancia Materna	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección.	Conjunto de información sobre LM que la madre ha aprendido a través de la experiencia, el aprendizaje o la introspección.	Definición LM Beneficios Técnica Conservación y extracción manual de leche	Dicotómica	Sí No	Cuestionario para conocer el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna
Barreras de la lactancia materna	Cualquier objeto o situación, que no permite el cumplimiento de una acción o propósito.	Aquellas situaciones que obstaculizan la LM desde el punto de vista materno.	Personal de salud Familiares Comportamientos maternos Comportamientos del niño	Nominal	Respuesta abierta	Encuesta "Lactancia Materna en el prematuro"

Facilitadores de la lactancia materna	Cualquier objeto o sujeto que actúa como instrumento para que las cosas puedan hacerse con menores dificultades .	Aquellas situaciones que favorecen la LM desde el punto de vista materno.	Personal de salud Intervención educativa Familiares	Nominal	Respuesta abierta	Encuesta "Lactancia Materna en el prematuro"
---------------------------------------	---	---	---	---------	-------------------	--

COVARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Factores sociodemográficos	Aspectos que permiten a la persona interactuar con otras personas	Factores asociados a la situación en la que la madre vive	Edad materna	Razón	Años	Encuesta "Lactancia Materna en el prematuro"
			Escolaridad	Categórica	Grados	
			Estado civil	Categórica	Casada Soltera Divorciada Unión libre Viuda	
Factores perinatales	Todo aquello que sucede anterior o posteriormente al momento del nacimiento del recién nacido, desde la 22 SDG hasta los primeros 7 días después del parto (39).	Factores asociados al embarazo y nacimiento que predisponen la salud del recién nacido.	Tipo de gestación	Categórica	Producto único Producto doble Tres o más productos	Encuesta "Lactancia Materna en el prematuro"
			Tipo de parto	Categórica	Cesárea Vaginal	
			Sexo	Dicotómica	Femenino Masculino	
			Edad gestacional	Nominal	SDG	
			Contacto prematuro piel a piel	Dicotómica	Sí No	
Condiciones de salud del	El estado completo de	Enfermedades y/o	Soporte ventilatorio	Dicotómica	Sí No	Expediente clínico

premature	well-being physical and social that a person has.	Treatments of the newborn premature during his internment.	Oxygen therapy Pathologies Time of internment			
-----------	---	--	--	--	--	--

3.7 Procedimientos

A) Aprobación del protocolo.

Se sometió al comité de ética del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, siendo aprobado en el mes de Marzo del 2017 con el registro HNM/02-2017/045.

B) Estrategias y organización con el hospital sede.

Estrategias:

- Coordinación estrecha con las autoridades correspondientes.
- Consulta de expedientes de las diadas estudiadas para recabar los antecedentes.
- Entrevistas con los padres-prematuros mediante encuesta de lactancia.

C) Reclutamiento de padres de prematuros mediante consentimiento informado.

Se les comunicó a las madres la dinámica del taller y su participación en el estudio. Además de los beneficios que se obtendrían con este estudio. Se les leyó el consentimiento informado, y las madres que estuvieron de acuerdo y desearon participar otorgaron su firma y contestaron el cuestionario para así identificar el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna (Anexo III).

D) Implementación de la intervención.

Se asignó la hora y el lugar de los talleres el cual fue el lactario. Tuvieron una duración de una hora, en la cual se impartieron 2 sesiones, no necesariamente fueron en orden. Cuando las madres cumplían las 5 sesiones, se les pidió nuevamente que contestaran el cuestionario para identificar el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna (Anexo III).

E) Seguimiento de los participantes.

Al cumplir los 15 días del alta hospitalaria y los 3 meses de vida se les contactó vía telefónica y se les hicieron las preguntas correspondientes del cuestionario “Lactancia maternal en prematuros” (anexo II).

F) Organización, análisis de datos para elaborar el informe.

Se hizo la entrega de resultados en tiempo y forma.

3.8 Recursos

- Financieros:

Asesor de tesis y tesista.

Equipo: audiovisual, material de oficina.

- Humanos:

Tesista.

Estudiantes de Licenciatura en Enfermería 8vo. semestre que cursaban la materia de metodología de la investigación.

Comité de tesis.

- Espacio:

Áreas facilitadas por el HMN.

3.9 Instrumento de recolección de la información

Instrumento de recolección de datos: encuesta “Lactancia Materna en el prematuro” (Anexo II). Recoge datos sociodemográficos y perinatales de la diada madre-hijo prematuro. Después, viene el cuestionario para la recolección de datos sobre el tipo de lactancia y su seguimiento en los primeros seis meses de vida del lactante. El instrumento fue adaptado del proyecto “Tipos de lactancia en prematuros en un hospital de referencia y su relación con factores sociodemográficos, perinatales y condiciones de salud del niño” (40). Dicho instrumento se validó por constructo y posteriormente por jueceo.

Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna (Anexo III). Este instrumento recoge información sobre los conocimientos de las madres acerca de la Lactancia Materna, tales como: técnica de lactancia, características de la leche materna, beneficios en el binomio, práctica de lactancia materna. Fue adaptado del proyecto “Intervención vincular educativa del valor de alimentación a las madres de niños prematuros y de bajo peso al nacer del área de UCIN del Hospital del Niño y La mujer de San Luis Potosí” (41). Fue validado por constructo y posteriormente por jueceo.

3.10 Plan de procesamiento y presentación de la información

Los datos se organizaron y analizaron en una base de datos por medio del programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SSPS) v20.0. Se utilizó estadística descriptiva para establecer asociación entre las variables del estudio, con frecuencias simples, medias y porcentajes para las prevalencias. Para establecer la correlación de variables categóricas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y t de student.

3.11 Consideraciones éticas y legales

En función a la finalidad del estudio se requiere información personal tanto de los recién nacidos como de las madres, se aseguró el manejo confidencial de dicha información, el cuidado de la vida, la salud, la dignidad, la integridad y el derecho a la autodeterminación. Siempre sujetándonos a las normas éticas, legales y jurídicas al llevarlo a cabo.

Para cumplir con los principios éticos se informó previamente a la madre y al padre sobre el objetivo, procedimientos y usos de los resultados del estudio. Se describieron los procedimientos a realizar en el estudio tales como la entrevista para la obtención de información sociodemográfica, perinatal y de lactancia materna, el procedimiento de seguimiento de lactancia vía telefónica de acuerdo a lo establecido en el protocolo. Así mismo, se aclararon todas las dudas que resultaron en el proceso de recolección de datos del menor. Se informó sobre los beneficios y riesgos, los cuales de acuerdo a la Ley General de Salud en

materia de investigación, se considera de riesgo por debajo del mínimo ya que la participación de los pacientes no los expone a daños físicos ni psicológicos , se mencionó que es gratuito y en caso de negar la participación no existió trato negativo en la estancia hospitalaria además si lo deseaban los padres se podían retirar del estudio cuando lo desearan.

Se explicó la participación en la intervención educativa para fomentar la Lactancia Materna, y según los resultados del estudio, se explicarán siempre y cuando estos no menos caben el secreto de identidad de las participantes.

Una vez confirmado que los participantes comprendieron la información mencionada, se solicitó firma de la carta de consentimiento informado (Anexo I) como muestra de respeto a su derecho de autodeterminación.

Las consideraciones éticas y legales mencionadas se apegan estrictamente a lo señalado en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos (42), título V, capítulo único, artículo 100, fracciones III y IV, relativos a la investigación en el área de la salud con seres humanos, y en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (43), principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos 21, 22, 23, 24 y 25.

CAPÍTULO IV.

RESULTADOS

IV. RESULTADOS

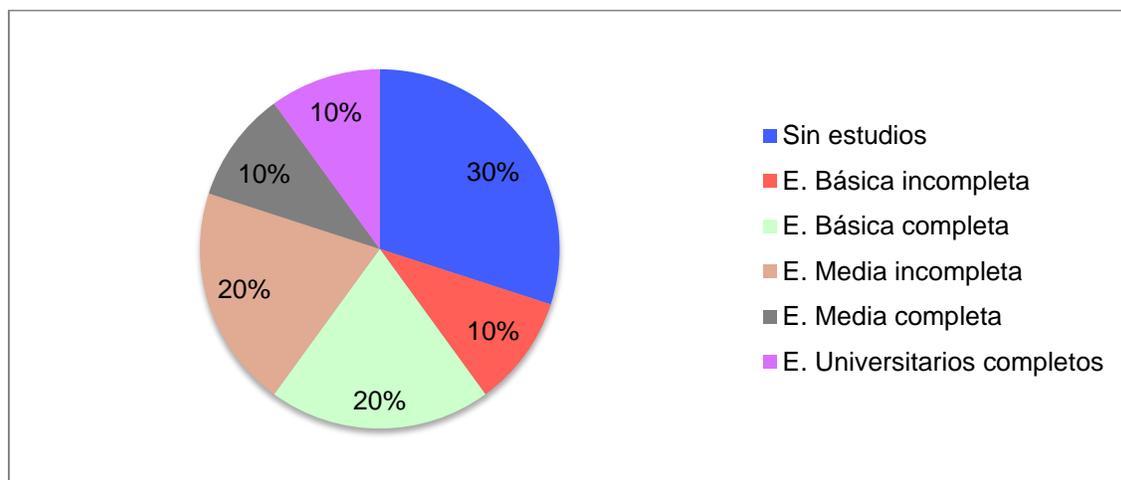
Participaron 20 y 29 diadas madre-hijo prematuro atendidos en el hospital del niño y la mujer “Dr. Alberto López Hermosa” para el grupo control y para el grupo experimental respectivamente. A partir de esto, se obtuvieron los resultados que se presentan a continuación.

4.1 Antecedentes sociodemográficos del grupo control.

Respecto a la categoría de datos sociodemográficos se consideraron la edad y escolaridad materna y paterna, su estado civil, la ocupación de ambos, así como su ingreso mensual familiar. En la edad de las madres se observó (media 22, DE \pm 6.27), la edad de los padres (media 21, DE \pm 10.14).

Los resultados relacionados con el nivel de escolaridad de los padres se muestran en el gráfico 1 y 2.

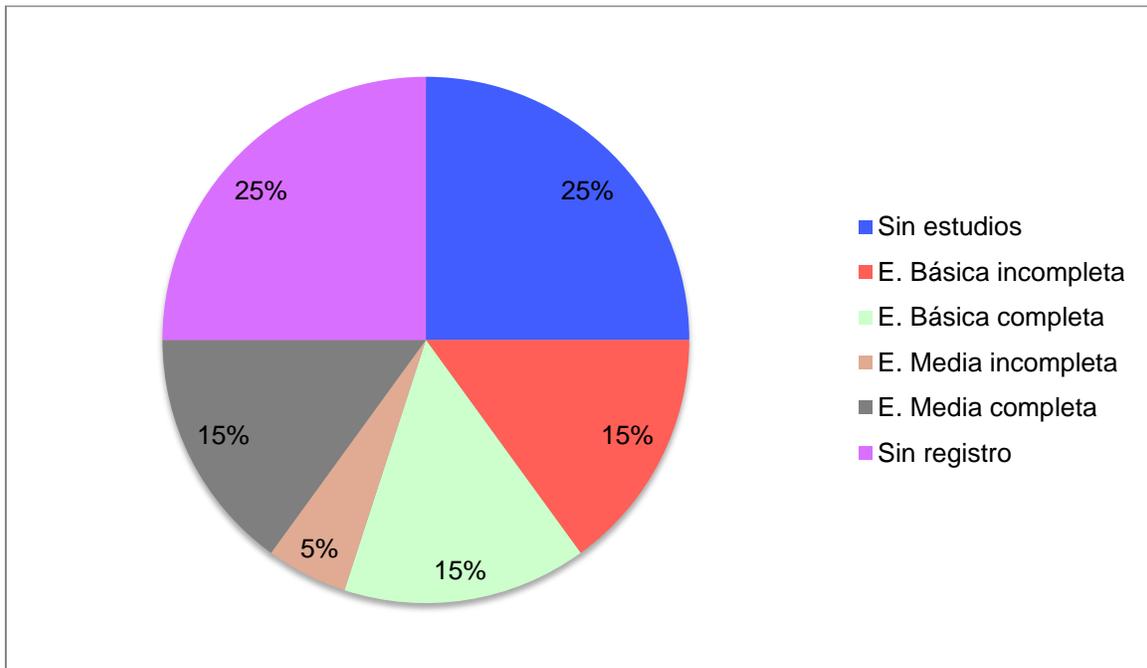
Gráfico 1. Nivel de escolaridad de las madres del grupo control. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como amigo del Niño y de la Niña, S.L.P.2017.



n= 20

Fuente: Encuesta “Lactancia Materna en Prematuros”.

Gráfico 2. Nivel de escolaridad de los padres del grupo control. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como amigo del Niño y de la Niña, S.L.P.2017.



n=20

Fuente: Encuesta “Lactancia Materna en Prematuros”.

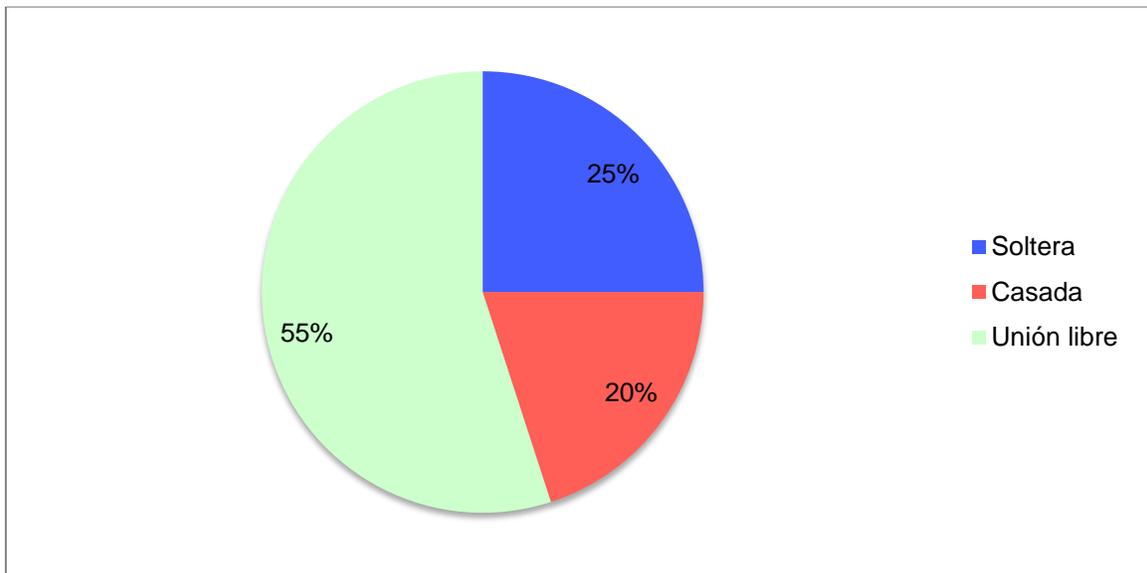
Se observa que la escolaridad de la madre, el 30% (n=20) no contaba con estudios, 10% (n=20) escolaridad básica incompleta, 20% (n=20) escolaridad básica completa, 20% (n=20) escolaridad media incompleta, 10% (n=20) escolaridad media completa y 10% (n=20) estudios universitarios completos. Por otro lado, el nivel de escolaridad del padre, el 25% (n=20) no contaba con estudios, 15% (n=20) escolaridad básica incompleta, 15% (n=20) escolaridad básica completa, 5% (n=20) escolaridad media incompleta, 15% (n=20) escolaridad media completa y el 25% (n=20) no se obtuvo el registro.

La ocupación de las madres correspondió el 65% (n=20) a los labores del hogar, el 15% (n=20) a ser estudiantes y el 20% restante a otras ocupaciones. Por el

contrario, el 15% (n=20) de los padres se dedican a la construcción civil, el 5% (n=20) son campesinos, el 15% (n=20) chofer; mientras que 40% (n=20) a otras ocupaciones y el 5% (n=20) restante no se obtuvo registro.

El estado civil de las madres del grupo control se presentan en el gráfico 3.

Gráfico 3. Estado civil de las madres del grupo control. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como amigo del Niño y de la Niña, S.L.P.2017.



n=20

Fuente: Encuesta: “Lactancia Materna en Prematuros”.

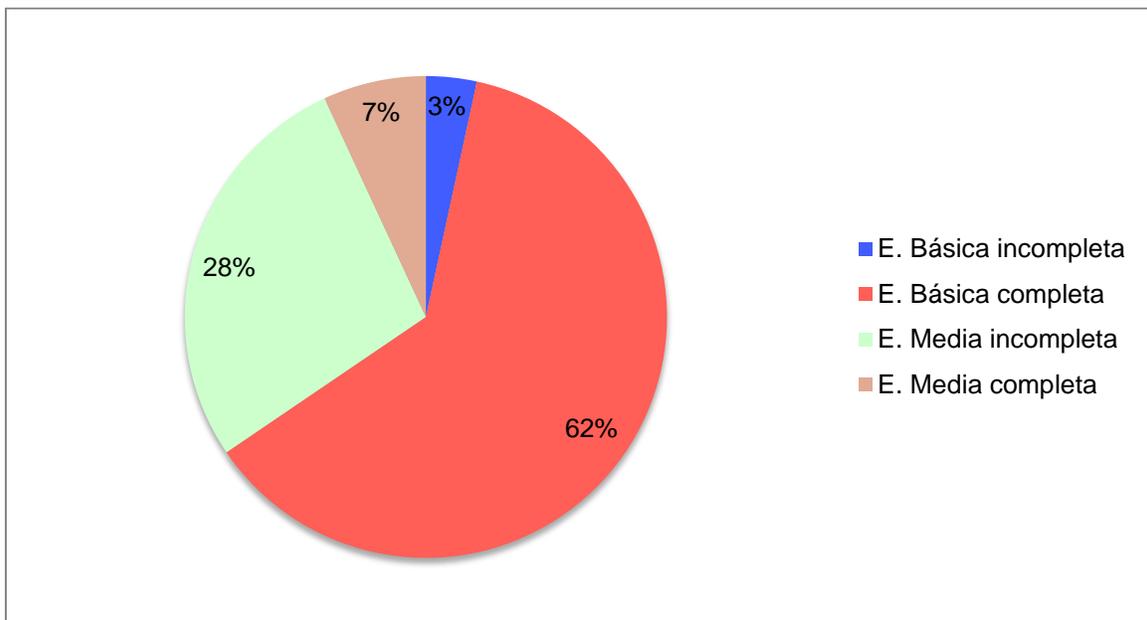
Se observa que el 55% (n=20) de las madres están en unión libre, el 25% (n=20) son solteras y el 20% (n=20) se encuentran casadas. Así mismo, el ingreso mensual del grupo control observados (media 4,155.05, DE \pm 2,578.46). De los cuales el 35% (n=20) son menores a un salario mínimo, el 35% (n=20) 2-3 salarios mínimos, 20% (n=20) 3-5 salarios mínimo, 5% (n=20) más de 5 salarios mínimos, mientras que el 5% restante no se obtuvo registro.

4.2 Antecedentes sociodemográficos del grupo experimental.

En la edad de las madres se observó (media 24, DE \pm 5.61), la edad de los padres (media 25, DE \pm 10.31).

Los resultados relacionados con el nivel de escolaridad de los padres se muestran en el gráfico 4 y 5.

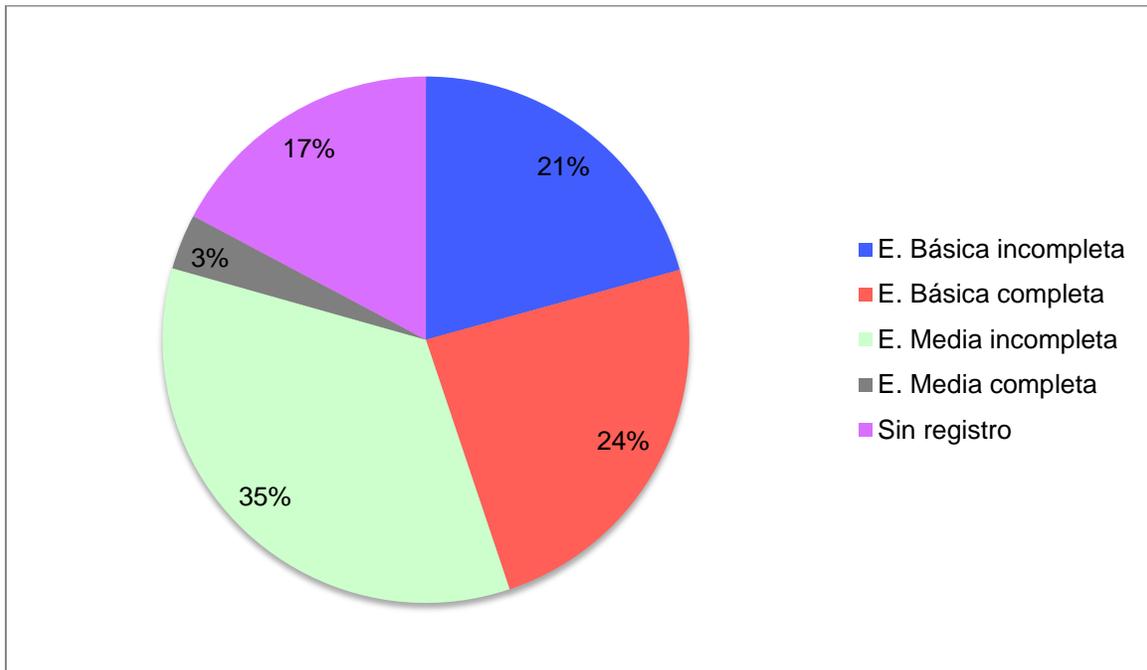
Gráfico 4. Nivel de escolaridad de las madres del grupo experimental. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como amigo del Niño y de la Niña, S.L.P.2017.



n=29

Fuente: Encuesta “Lactancia Materna en Prematuros”.

Gráfico 5. Nivel de escolaridad de los padres del grupo experimental. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como amigo del Niño y de la Niña, S.L.P.2017.



n=29

Fuente: Encuesta “Lactancia Materna en Prematuros”.

Se observa que la escolaridad de la madre, 3.4% (n=29) escolaridad básica incompleta, 62.1% (n=29) escolaridad básica completa, 27.6% (n=29) escolaridad media incompleta, y el 6.9% (n=29) escolaridad media completa.

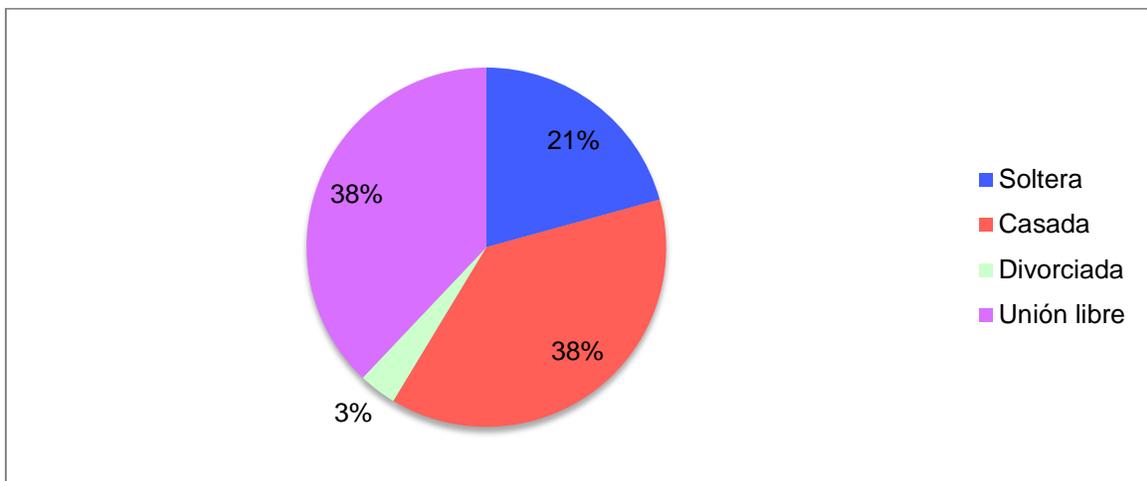
Por otro lado, el nivel de escolaridad del padre, el 20.7% (n=29) escolaridad básica incompleta, 24.1% (n=29) escolaridad básica completa, 3.4% (n=29) escolaridad media incompleta, y 17.2% (n=29) no se obtuvo el registro.

La ocupación de las madres correspondió el 96.6% (n=29) a los labores del hogar, el 3.4% (n=29) a otras ocupaciones. Por el contrario, el 17.2% (n=29) de los padres trabajan por su cuenta, el 27.6% (n=29) se dedican a la construcción

civil, el 3.4% (n=29) son vendedores, el 3.4% (n=29) profesores; mientras que 48.3% (n=29) a otras ocupaciones.

El estado civil de las madres del grupo experimental se presenta en el gráfico 6.

Gráfico 6. Estado civil de las madres del grupo experimental. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como amigo del Niño y de la Niña, S.L.P.2017.



n=29

Fuente: Encuesta “Lactancia Materna en Prematuros”.

Se observa que el 21% (n=29) son solteras, el 38% (n=29) están casadas, el 3% (n=29) divorciadas y el 38% (n=29) en unión libre. Así mismo, el ingreso mensual del grupo experimental observados (media 3,693.17, DE \pm 1,757.67). De los cuales el 13.8% (n=29) son menores a un salario mínimo, el 51.7% (n=29) 2-3 salarios mínimos, 27.6% (n=29) 3-5 salarios mínimo, 6.9% (n=29) más de 5 salarios mínimos, mientras que el 6.9% restante no se obtuvo registro.

4.3 Antecedentes perinatales del grupo control y experimental.

En relación con los datos perinatales se analizaron el tipo de gestación y parto, el sexo de recién nacido, las SDG, y el peso al nacer del neonato. En la tabla 1. Se presentan los datos obtenidos de tipo de gestación y parto, además del sexo. Se observa que, la mayoría de los nacimientos fueron productos únicos (80%, 89.7%) grupo control y grupo experimental respectivamente. El tipo de parto más frecuente fue por cesárea 50% grupo control y 51.7% grupo experimental. Y finalmente, el sexo femenino representó el 55%, 51.7% de la población en el grupo control y el experimental respectivamente.

Tabla 1. Tipo de gestación, tipo de parto y sexo, grupo control y grupo experimental. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017.

Dato perinatal	f		%	
	GC	GE	GC	GE
Tipo de gestación				
Producto único	16	26	80	89.7
Producto doble	4	3	20	10.3
Total	n=20	n=29	100	100
Tipo de parto				
Vaginal	8	14	40	48.3
Cesárea	11	15	55	51.7
Vaginal con fórceps	1	0	5	0
Total	n=20	n=29	100	100
Sexo				
Femenino	11	15	55	51.7
Masculino	9	14	45	48.3
Total	n=20	n=29	100	100

Fuente: Encuesta “Lactancia Materna en Prematuros”.

f: frecuencia
 %: porcentaje
 n: muestra
 GC: grupo control
 GE: grupo experimental

Para clasificar al recién nacido, se utilizó la clasificación de la OMS. Se presenta en la tabla 2. Se observa que la mayoría de los prematuros nacieron entre la semana 32-37 de gestación clasificándose como prematuros tardíos.

Tabla 2. Distribución de prematuros por semana de gestación según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), grupo control y experimental. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017.

	f		%	
	GC	GE	GC	GE
Recién nacido prematuro extremo (<27SDG)	2	1	10	3
Recién nacido muy prematuro (28-32 SDG)	5	8	25	28
Recién nacido prematuro moderado o tardío (32-37 SDG)	13	20	65	69
Total	n=20	n=29	100	100

Fuente: Encuesta “Lactancia Materna en Prematuros”.

f: frecuencia
 %: porcentaje
 n: muestra
 GC: grupo control
 GE: grupo experimental

Por otra parte, el peso de los recién nacidos se clasificó como se muestra en la tabla 3. En la cual podemos observar que fue más frecuente un bajo peso al nacer (2,500-1,500 g) representando el 45% en el grupo control y el 69% en el grupo experimental.

Tabla 3. Clasificación de prematuros por peso al nacer, grupo control y experimental. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017.

	f		%	
	GC	GE	GC	GE
Bajo peso al nacer (2,500 g)	9	20	45	69
Muy bajo peso al nacer (1,500 g)	8	8	40	28
Bajo peso extremo al nacer (1,000 g)	3	1	15	3
Total	n=20	n=29	100	100

Fuente: Encuesta “Lactancia Materna en Prematuros”.

f: frecuencia

#: porcentaje

n: muestra

GC: grupo control

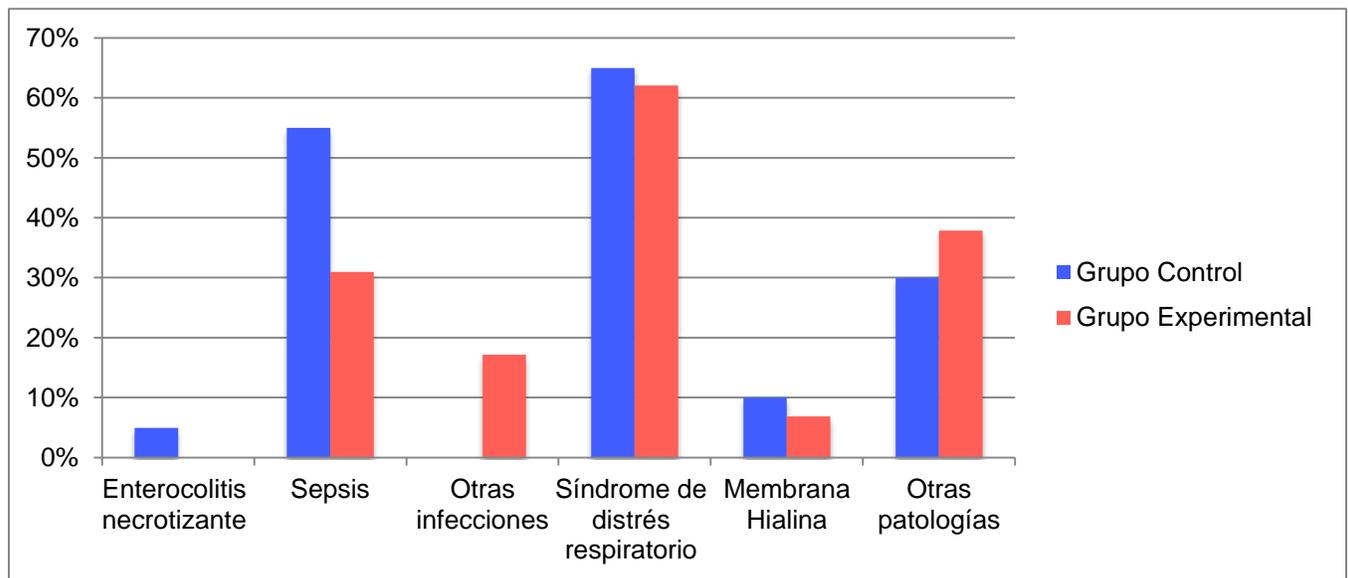
GE: grupo experimental

4.4 Condiciones de salud del prematuro, grupo control y en el grupo experimental.

El 13.8% de la población del grupo experimental presentó complicaciones clínicas al nacer. Mientras que en el grupo control el porcentaje fue mayor (30%). El 100% de la población del grupo experimental presentó alguna patología durante la estancia hospitalaria, siendo síndrome de distrés respiratorio la más recurrente (62.1%); seguido por sepsis (31%). Así mismo, el 85% de la población del grupo control presentó alguna patología durante la estancia hospitalaria, siendo de nuevo el síndrome de distrés respiratorio el más recurrente representando el 65%. El 69% de la población del grupo experimental utilizó oxigenoterapia mientras que el grupo control resultó en 80%.

En el gráfico 7 se detallan las patologías presentadas durante la estancia hospitalaria, tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

Gráfico 7. Principales patologías presentadas durante la estancia hospitalaria, grupo control y experimental. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017.



n=49

Fuente: Encuesta “Lactancia Materna en Prematuros”.

4.5 Descripción de la muestra

Participaron 20 y 29 diadas madre-hijo prematuro atendidos en el hospital del niño y la mujer “Dr. Alberto López Hermosa” para el grupo control y para el grupo experimental respectivamente. La muestra se mantuvo constante en el grupo control, sin embargo, en a los 3 meses en el grupo experimental hubo una pérdida de 2 diadas. A continuación (fig.2) se muestra la conformación de las diadas del estudio.

Para establecer la igualdad de medias en evaluación basal, se aplicó la prueba t de student en las variables siguientes: edad de la madre, edad gestacional del RN (SDG) y peso al nacer del RN. Las cuales no fueron estadísticamente significativas. Lo cual nos muestra homogeneidad de los grupos. En la variable edad de la madre ($p=0.103$), edad gestacional del RN (SDG) ($p=0.267$) y peso al nacer ($p=0.176$).

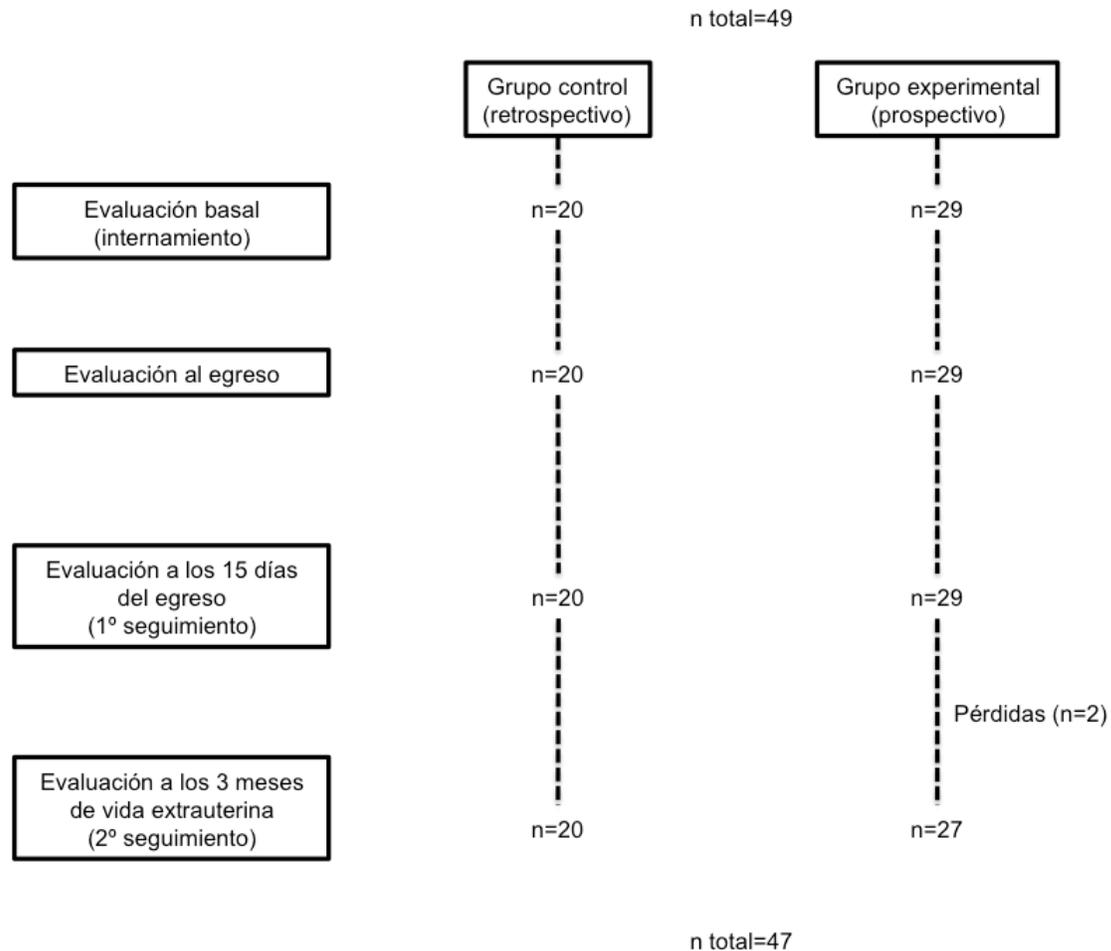


Figura 2. Conformación de la muestra del estudio “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017.

4.6 Prevalencia de tipos de lactancia en prematuros del grupo control y experimental.

Se calcularon 4 prevalencias de los tipos de lactancia, la primera fue en el internamiento, en la cual existió una diferencia significativa en la LME a favor del grupo control, es decir, su porcentaje fue mayor (gráfico 7). Por otro lado, al hacer la encuesta al egreso hospitalario, se observa que el porcentaje en el grupo experimental se eleva a 96.6%, resultando ser significativa esta diferencia comparada con el grupo control. Al hacer el primer seguimiento, el porcentaje de LME es mayor en el grupo experimental (69%) contra el grupo control (60%). Por otra parte, en el segundo seguimiento el porcentaje de LME continúa siendo mayor en el grupo experimental (70%) contra el grupo control (50%). Sin embargo, no hubo diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 4. Prevalencia de tipos de lactancia en prematuros, grupo experimental y grupo control. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017.

Tipo de lactancia	Basal (internamiento)					Egreso hospitalario					1er. Seguimiento (15 días de egreso)					2do. Seguimiento (3 meses de vida extrauterina)				
	GE		GC		p	GE		GC		p	GE		GC		p	GE		GC		p
	F	%	f	%		f	%	f	%		f	%	f	%		f	%	f	%	
LME	9	31	15	75	**	28	96.6	12	60	**	20	69	12	60		19	70	10	50	
LMP	20	69	5	25	**	1	3.4	1	5		7	24	1	5		7	26	2	10	
LMM	0	0	0	0		0	0	7	35	**	0	0	5	25	**	0	0	4	20	*
AA	0	0	0	0		0	0	0	0		2	7	2	10		1	4	4	20	
Total	n=29	100	n=20	100		n=29	100	n=20	100		n=29	100	n=20	100		n=27	100	n=20	100	

Fuente: creación propia.

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

LMP: Lactancia Materna Predominante.

LMM: Lactancia Materna Mixta.

AA: Alimentación Artificial.

GE: Grupo experimental.

GC: Grupo control.

f: Frecuencia.

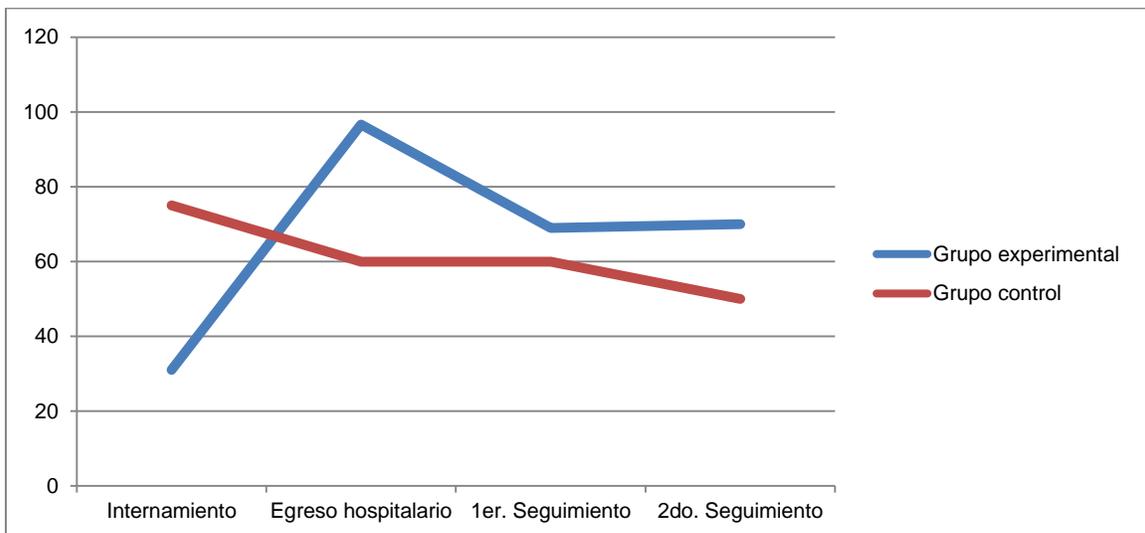
%; Porcentaje.

n: Muestra.

* Es significativa al nivel 0.05.

**Es significativa al nivel 0.01. estadístico χ^2 .

Gráfico 8. Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva en prematuros, grupo experimental y grupo control. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017.



Fuente: Encuesta “Lactancia Materna en Prematuros”.

En la tabla 5 se presentan las principales técnicas de alimentación utilizadas, donde predomina el pecho en ambos grupos, seguido por vasito y al final el biberón.

Tabla 5. Técnicas de alimentación utilizadas a los 15 días del egreso hospitalario y 3 meses de edad, grupo control y grupo experimental. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017.

Técnica de lactancia	1er. Seguimiento (15 días de egreso)				2do. Seguimiento (3 meses de edad)			
	GE		GC		GE		GC	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Solo pecho	20	69	11	55	18	67	10	50
Pecho y vasito	4	14	0	0	2	7	0	0
Pecho y biberón	3	10	7	35	6	22	6	30
biberón	2	7	2	10	1	4	4	20
Total	n=29	100	n=20	100	n=27	100	n=20	100

Fuente: creación propia.

GE: grupo experimental.

GC: grupo control.

f: frecuencia

%. porcentaje

Al analizar las principales causas de abandono de la lactancia materna se encontró que existió un predominio de “poca producción de leche” y “dificultades del prematuro para succionar”, seguido de “haber sido parto gemelar”, “inició el biberón”, “enfermedad materna” y finalmente “por intolerancia a la lactosa” (Tabla 6).

Tabla 6. Causas de abandono de Lactancia Materna a los 15 días del egreso hospitalario y 3 meses de edad, grupo control y grupo experimental. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017.

Causa de abandono de Lactancia Materna	1er. Seguimiento (15 días de egreso)				2do. Seguimiento (3 meses de edad)			
	GE		GC		GE		GC	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Se le secó la leche	0	0	0	0	0	0	2	50
Poca leche	4	32	2	50	4	29	0	0
Dificultades del prematuro para succionar	0	0	2	50	0	0	2	50
No quería amamantar	0	0	0	0	0	0	0	0
Dificultades en la anatomía de la mama	0	0	0	0	0	0	0	0
Parto gemelar	2	17	0	0	2	14	0	0
Inició el biberón	2	17	0	0	5	36	0	0
Por que el amamantamiento no fue precoz	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad materna	2	17	0	0	1	7	0	0
Intolerancia a la lactosa	2	17	0	0	2	14	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	12	100	4	100	14	100	4	100

Fuente: creación propia.

GE: grupo experimental.

GC: grupo control.
 f: frecuencia
 %: porcentaje
 n: muestra.

4.7 Nivel de conocimiento de las madres sobre Lactancia Materna antes y después de la intervención.

Los resultados relacionados con la evaluación de las madres participantes acerca de sus conocimientos sobre Lactancia Materna se evaluaron previamente y posteriormente a la intervención educativa, los cuales se presentan en la tabla 7, donde se puede observar que se comportaron de manera diferente entre la evaluación previa a la intervención y posterior a la misma. Se observó que aumentaron los conocimientos sobre las técnicas de amamantamiento principalmente obteniendo una calificación mayor en la evaluación post intervención.

Tabla 7. Diferencias entre los conocimientos maternos sobre Lactancia Materna previos y posteriores a la intervención. “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017.

	Media	DE	T	Significancia
			student	
Conocimientos previos a la intervención	18.34	1.95	-	0.000
Conocimientos posteriores a la intervención	21.14	1.06	7.92	

Los conocimientos previos observaron (media 18.34, DE \pm 1.95), y conocimientos posteriores (media 21.14, DE \pm 1.06), con una t de student (IC95%, p=0.000) , por ende son diferentes.

4.8 Factores de éxito y fracaso en la práctica de la Lactancia Materna tanto en el grupo control, como en el experimental.

La lactancia materna es un proceso único que proporciona la alimentación ideal a los RN, sin embargo, se presentan barreras en su práctica las cuales anticipan el término de la misma. En la tabla 8 y 9 se detallan los factores que actúan como barrera o facilitador en la práctica de la Lactancia Materna tanto en el grupo control como en el experimental

La edad de la madre presentó una correlación moderada con alimentación del hijo con LME a los 3 meses de egreso (r Pearson 0.420, $p \leq 0.05$), mientras la madre tiene más edad, mayormente se encontraba realizando LME. El nivel de escolaridad materno se correlacionó moderada y negativamente con la AA a los 15 días de egreso (r Pearson -0.459, $p \leq 0.05$) y a los 3 meses de vida (r Pearson -0.490, $p \leq 0.01$), a menor nivel de escolaridad mayor utilización de AA. El tiempo que tardó en iniciar el contacto piel a piel obtuvo una correlación moderada con el inicio de la LM en días de vida extrauterina (r Pearson 0.570, $p \leq 0.01$), cuanto más temprano es el contacto piel a piel, más rápido se iniciará la LM.

La duración total del internamiento se correlacionó moderadamente con la edad de la primera toma láctea (r Pearson 0.443, $p \leq 0.05$) y con el inicio de la LM en días de vida extrauterina (r Pearson 0.481, $p \leq 0.01$), cuanto menor sea la duración del internamiento, más pronto será la primera toma láctea y el inicio de la LM en días de vida extrauterina. Y por último la edad post natal en la que el RN fue amantado por primera vez presentó una correlación alta con la duración total del internamiento (r Pearson 0.837, $p \leq 0.01$), a menor edad post natal de ser amamantado, menor será la duración total del internamiento.

Tabla 8. Relación de los factores sociodemográficos, con los tipo de alimentación láctea de los prematuros desde la hospitalización hasta los 3 meses de vida en grupo experimental. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017.

	Duración total del internamiento	Edad de la primera toma láctea	Inicio de la LM en días de vida extrauterina	15 días del alta hospitalaria	3 meses de vida	
					LME	AA
				AA	LME	AA
Edad de la madre					0.420*	
Nivel de escolaridad de la madre				-0.459*		-0.490**
Tiempo que tardó en iniciar el contacto piel a piel			0.570**			
Duración total del internamiento		0.443*	0.481**			
Edad post natal en la que el RN mamó por primera vez	0.837**	0.371*	0.428*			

Dato numérico: regresión lineal bivariada (r Pearson) *p≤0.05 **p≤0.01

LME: Lactancia Materna Exclusiva

LMP: Lactancia Materna Predominante.

LMM: Lactancia Materna Mixta.

AA: Alimentación Artificial.

Fuente: creación propia.

El hecho que los padres residan juntos se correlacionó moderada y negativamente con LME a los 15 días del alta hospitalaria (r Pearson -0.471, $p \leq 0.05$), y a los 3 meses de vida, los padres no residen juntos, mayor LME. La edad de la madre presentó una correlación negativa y moderada con LMM a los 15 días del alta hospitalaria (r Pearson -0.524, $p \leq 0.05$), y a los 3 meses de vida (r Pearson -0.507, $p \leq 0.05$), a menor edad de la madre, mayor LMM. La duración total del internamiento obtuvo una correlación moderada con el inicio de la LM en días de vida extrauterina (r Pearson 0.603, $p \leq 0.01$), menos días de internamiento, más pronto será la LM en días de vida extrauterina. La edad

post natal en la que el RN fue amamantado por primera vez se correlacionó moderada y negativamente con LMM a los 3 meses de vida (r Pearson -0.457, $p \leq 0.05$), a menor edad postnatal del primer amamantamiento, mayor LMM a los 3 meses de vida.

Tabla 9. Relación de los factores sociodemográficos, con los tipos de alimentación láctea de los prematuros desde la hospitalización hasta los 3 meses de vida en grupo control. Hospital Certificado como Amigo del Niño y de la Niña. San Luis Potosí, S.L.P., 2017.

	Inicio de la LM en días de vida extrauterina	15 días del alta hospitalaria		3 meses de vida		
		LME	LMM	LME	LMP	LMM
Los padres residen juntos		-0.471*		-0.577**		
Edad de la madre			-0.524*			-0.507*
Duración total del internamiento	0.603**					
Edad post natal en la que el RN mamó por primera vez	0.748**					-0.457*

Dato numérico: regresión lineal bivariada (r Pearson) * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

LME: Lactancia Materna Exclusiva

LMP: Lactancia Materna Predominante.

LMM: Lactancia Materna Mixta.

AA: Alimentación Artificial.

Fuente: creación propia.

CAPÍTULO V.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de la intervención educativa en función de la prevalencia de los tipos de Lactancia Materna en madres con recién nacidos prematuros en el internamiento, al egreso, a los 15 días de egreso y 3 meses de vida, así como determinar la relación entre los tipos de lactancia en prematuros y los factores de éxito y fracaso. Por lo que a continuación se aportan las evidencias con los resultados obtenidos.

5.1 En la prevalencia de Lactancia Materna

Los resultados demostraron que la prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva durante el internamiento fue del 31% en el grupo de intervención y del 75% en el grupo control, la cual al egreso hospitalario aumentó en el grupo experimental a 96.6% esto debido a las políticas del hospital como Amigo del Niño y de la Niña siendo un requisito para su egreso del mismo el que tengan una buena práctica de Lactancia Materna. Sin embargo, en el grupo control disminuyó el porcentaje a un 60% a los 15 días del egreso, se reportó una prevalencia del 69% en el grupo de intervención y 60% en el grupo control. A los 3 meses de vida, el porcentaje aumentó a 70%, mientras que en el grupo control disminuyó a 50%. En comparación con otros estudios realizados, se muestran prevalencias similares en la cual, el porcentaje de Lactancia Materna Exclusiva es menor en el grupo control en comparación con el grupo de intervención. En el estudio realizado por Ahmed (44) en 2008, la prevalencia al momento del alta hospitalaria fue del 80% en el grupo de intervención, mientras que en el grupo control era del 40%.

De acuerdo a otro estudio realizado en el 2011 (45), informa que las madres que reciben apoyo de lactancia materna durante el internamiento del recién nacido, tienen más posibilidades de continuar amamantando hasta un mes después del alta hospitalaria, además de mejorar la confianza de las madres en la LM. Este mismo estudio sugiere que un seguimiento individualizado con llamadas telefónicas o visitas domiciliarias podría ayudar en mantener esa confianza en el amamantamiento y proporcionar tranquilidad.

El Sakka et al en el 2014 (46) reportaron en su trabajo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de lactancia materna al alta en el grupo de intervención (100%) en comparación con el grupo control (43.48%) ($p=0.0001$). Otro estudio que concuerda en esto, es el realizado por Mei-Chiao en 2012 (47), en el cual después de la intervención educativa se elevó la prevalencia de lactancia materna al egreso hospitalario de 23.3% a 67.5%.

5.2 Del nivel de conocimientos maternos sobre Lactancia Materna previo y posterior a la intervención educativa.

Los conocimientos maternos sobre lactancia materna demostraron ser significativamente diferentes ($p=0.000$) comparándose previa y posteriormente la intervención educativa. Resultados que concuerdan con un estudio de intervención cuasi experimental en 2014 por Guerra et al (48). Se aplicó una estrategia educativa sobre LM en donde previa y posteriormente se evaluaron sus conocimientos de la misma y se compararon con los resultados iniciales. Así mismo se determinó la duración de la LME hasta los 3, 4, 5 y 6 meses. El nivel de conocimientos sobre LM antes y después de aplicada la estrategia educativa fueron estadísticamente significativos ($p=0.000$). Además, reportan que el 100% tuvo una duración de LME a los 3 meses y el 90% a los 6 meses.

De igual manera, Ahmed en 2008 (44), implementó un programa educativo de lactancia de cinco sesiones en el grupo experimental basado en la Teoría Cognitiva Social de Bandura durante la hospitalización del bebé. Señala que el conocimiento de las madres incrementó significativamente en el grupo de la intervención pero no en el grupo control ($p=0.041$). El grupo de intervención mostró una mejoría gradual en las prácticas de lactancia materna, es decir, comenzó la extracción de la leche materna antes y tuvo más frecuencia que el grupo de control. Del grupo de intervención, el 80% fueron dados de alta en lactancia materna exclusiva en comparación con el 40% en el grupo de control, y los problemas de lactancia fueron menores en el grupo de intervención.

En 2004, Delgado et al (49), realizaron un estudio descriptivo en el cual se desarrolló un cuestionario para establecer los conocimientos de LM de las madres. El 20.2% de la muestra estuvo por debajo del puntaje considerado como aceptable. Aunque el nivel de conocimientos fue aceptable, el estudio establece la necesidad de un programa educativo para reforzar las conductas sobre LM.

5.3 Factores de éxito y fracaso de Lactancia Materna

Inevitablemente la lactancia maternal está ligada a diversas influencias aún siendo esta un hecho biológico. Para diseñar adecuadas políticas de intervención, se necesita información sobre los factores que contribuyen a una lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. En el presente estudio, se demostró que mientras la madre tiene más edad, mayormente se encontraba realizando LME, a menor nivel de escolaridad mayor AA. Resultado que concuerda con un estudio realizado en 2012 en Santiago, Chile (50), en el cual se observó que a menos edad materna, disminuye el período de lactancia. Y un factor asociado a una lactancia exclusiva hasta los 6 meses fue un menor nivel de escolaridad. En otro estudio realizado por Félix et al en 2011 (51), se reporta que a medida que aumenta el nivel de escolaridad materno se incrementó el número de madres que lactan a sus hijos más de un mes. Así mismo, se encuentra mayor probabilidad de abandono de lactancia materna entre las madres con mayor nivel de escolaridad y madres solteras.

Cuanto más precoz se inició la alimentación a seno materno, mayor fue la duración de LME. El contacto temprano de la madre y su hijo constituye un estímulo decisivo en el comienzo y mantenimiento a largo plazo de la lactancia materna. Estos resultados son reportados por González (52) en 2008. Así mismo, en el presente estudio se observó que cuanto más temprano es el contacto piel a piel, más rápido se iniciará la LM, cuanto menor sea la duración del internamiento, más pronto será la primera toma láctea. Y por último, a menor edad post natal de ser amamantado, menor será la duración total del internamiento.

CONCLUSIONES

Considerando los múltiples beneficios que la lactancia materna tiene en el desarrollo del recién nacido prematuro, el presente estudio evaluó la efectividad de una intervención educativa en función de la prevalencia de los tipos de Lactancia Materna en madres con recién nacidos prematuros en el internamiento, al egreso, a los 15 días de egreso y a los 3 meses de vida, así como los conocimientos sobre LM de las madres previos y posteriores a la intervención educativa. A partir de los resultados obtenidos, se puede concluir lo siguiente:

A) Existió una diferencia en LME a los 3 meses de vida a favor del grupo experimental, es decir, su porcentaje fue mayor. Sin embargo, no logró ser significativa. Además, las madres estaban más tranquilas con la continuación del apoyo de la lactancia y el seguimiento después del alta.

B) La intervención educativa fue efectiva en el nivel de conocimientos maternos sobre LM, pues se obtuvo una diferencia significativa entre la evaluación previa y posterior a misma, siendo mayor el conocimiento posterior.

C) Un menor nivel de escolaridad se relacionó con la utilización de Alimentación Artificial, el pronto contacto piel a piel (programa madre canguro) se relacionó con el pronto inicio de LM, al igual que una duración de internamiento baja.

RECOMENDACIONES

Los datos del presente estudio fueron recolectados de un solo hospital, por lo cual, se recolectó una muestra pequeña la cual tuvo un impacto en las estadísticas de los resultados.

Aunque numerosos temas se abordaron en la intervención educativa, se necesitan incluir temas psicológicos, así como la ayuda del equipo de salud para una mayor facilidad en la integración de las madres. El personal de salud debe ayudar a las madres al amamantamiento precoz, así como educarlas sobre el impacto positivo que esto tiene.

Se necesita más investigación para examinar el efecto de estas intervenciones sobre la lactancia a largo plazo, al menos al sexto mes de vida extrauterina del prematuro. Además de identificar periodos clave en los cuales se presentan las barreras para el establecimiento de la lactancia materna exitosa, esto ayudará a actuar para eliminar las mismas.

REFERENCIAS

1. Kinney, M.V., Howson, C.P, McDougall, L., & Lawn JE. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros: Nacidos Demasiado Pronto [Internet]. Resumen Ejecutivo. 2012. p. 12. Available from: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Tasa de Nacimientos Prematuros por 100 Nacimientos. 2010. p. 1–4.
3. Minguet-Romero, Ramón, Cruz-Cruz, Polita del Rocío, Ruíz-Rosas Roberto Aguli H-VM. Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012). *Ginecol Obs Mex.* 2014;82:465–71.
4. Ziadi M, Héon M, Aita M. A Critical Review of Interventions Supporting Transition from Gavage to Direct Breastfeeding in Hospitalized Preterm Infants. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2016;16(2):78–91.

5. De Freitas BAC, Lima LM, Carlos CFLV, Priore SE, Do Carmo Castro Franceschini S. Duration of breastfeeding in preterm infants followed at a secondary referral service. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2016;34(2):189–96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.02.010>
6. Menezes G, De Lima-Cavalcanti L, De Moraes-Oliveira AM, De Melo Costa-Pinto R, Steffen-Abdallah VO. Evaluación de la recolección domiciliar realizada por un banco de leche humana de un hospital universitario de Brasil. *Salud Publica Mex*. 2014;56(3):245–50.
7. Schanler RJ. Evaluation of the evidence to support current recommendations to meet the needs of premature infants: the role of human milk. *Am J Clin Nutr*. 2007;85(2):625S–628S.
8. Briere C-E, McGrath JM, Cong X, Brownell E, Cusson R. Direct-breastfeeding in the neonatal intensive care unit and breastfeeding duration for premature infants. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2016;32:47–51. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089718971630012X>
9. Meier P, Patel AL, Wright K, Engstrom JL. Management of Breastfeeding During and After the Maternity Hospitalization for Late Preterm Infants. *Clin Perinatol* [Internet]. 2013;40:689–705. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2013.07.014>
10. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012. 2012. p. 180.
11. Alonso-Díaz C, Utrera-Torres I, de Alba-Romero C, Flores-Antón B, López-Maestro M, Lora-Pablos D, et al. Prácticas de alimentación con leche materna en recién nacidos menores de 1.500 g o de menos de 32 semanas. *An Pediatr* [Internet]. 2015; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.08.013>
12. Borrero-Pachón MDP, Olombrada-Valverde AE, Martínez de Alegría MI. Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en un recién nacido pretérmino. *Enfermería clínica* [Internet]. 2010;20(2):119–25. Available from:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862110000161>

13. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatría* [Internet]. 2005;63(4):340–56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13079817>
14. Briere CE, Lucas R, Mcgrath JM, Lussier M, Brownell E. Establishing breastfeeding with the late preterm infant in the NICU. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015;44(1):102–13.
15. Hernández-González MG. Leche, vida y tradición. Lactancia Materna en Cuentepec, Morelos. 2012.
16. Hernández E. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*. 2008.
17. Perkin E. Nacimiento prematuro. Retos y oportunidades de la predicción y la prevención. *PerkinElmer Life and Analytical Sciences*. 2009;80.
18. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. 2010. p. 1–23.
19. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
20. Gómez-gómez M, Danglot-banck C, Aceves-gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos. 2012;79(1):32–9.
21. Rodríguez SR, García de Ribera C, Aragón Garcia MP. El recién nacido prematuro. *Asociación Española de Pediatría* [Internet]. 2008;66–77. Available from: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
22. García Casanova MC, García Casanova S, Pi Juan M, Ruiz Mariscal E, Parellada Esquius N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? *Atención Primaria* [Internet]. 2005;35(6):295–300. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13073415>
23. Geddes, Donna Hassiotou Foteini Wise, Michael Hartmann P. Human Milk Composition and Function in the Infant [Internet]. Fifth Edit. *Fetal and*

- Neonatal Physiology. Elsevier Inc.; 273-280 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4160-3479-7.10030-8>
24. Ballard, Olivia Morrow AL. Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(1):49–74.
 25. Tobergte DR, Curtis S. Nutricion en niño prematuro. *J Chem Inf Model* [Internet]. 2013;53(9):1689–99. Available from: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000709cnt-2015-10_nutricion-del-ninio-prematuro.pdf
 26. Underwood MA. Human milk for the premature infant. *Pediatr Clin North Am* [Internet]. 2013;60(1):189–207. Available from: [doi:10.1016/j.pcl.2012.09.008](https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.09.008).
 27. Buckley KM, Charles GE. Benefits and challenges of transitioning preterm infants to at-breast feedings. *Int Breastfeed J.* 2006;13(1):1–7.
 28. UNICEF. 10 pasos para la lactancia materna eficaz [Internet]. Available from: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964_breastfeeding.html
 29. Medicine A of B. Protocolo Clínico de la ABM # 7 : Políticas para el Modelo de Lactancia Materna (Revisión 2010). *Med la Lact Matern.* 2010;5(4).
 30. AWHONN. Breastfeeding Support: Prenatal Care Through the First Year. 2007. p. 89.
 31. Association I lactation C. Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding. 2005.
 32. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. 2003. p. 1–30. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/ga_infant_feeding_spa.pdf
 33. Freire P. Pedagogía Del Oprimido. Sort [Internet]. 2011;257(November):1–175. Available from: www.mendeley.com
 34. International N. NANDA International DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS : D efiniciones y clasificación. 2011.
 35. López E MÁ. Etapas del cambio conductual ante la ingesta de frutas y verduras, control de peso y ejercicio físico de estudiantes de la

- Universidad del Desarrollo, Sede Concepción, Chile. Rev Chil Nutr [Internet]. 2008;35(3):215–24. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000300007%5Cn
36. Gallegos Martínez Josefina, Reyes Hernandez Jaime SSCG. La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. Perinatol y Reprod Humana [Internet]. 2010;24(2):98–108. Available from: <http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/ip102b.pdf>
 37. Gallegos Martínez, Josefina Reyes Hernández J. “El vínculo de apego y la lactancia en el niño prematuro.” 49 p.
 38. Organización Mundial de la Salud. Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante [Internet]. 2016. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/
 39. Organización Mundial de la Salud. Maternal and perinatal health [Internet]. [cited 2016 Dec 13]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/
 40. TORRES CARREÓN FDSC. TIPOS DE LACTANCIA EN PREMATUROS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA Y SU RELACIÓN CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, PERINATALES Y CONDICIONES DE SALUD DEL NIÑO. Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2016.
 41. Rosales Gaytán ME. Intervención vincular educativa del valor de alimentación a las madres de niños prematuros y de bajo peso al nacer del área de UCIN del Hospital del Niño y La Mujer de San Luis Potosí. Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2014.
 42. Ley general de salud. 2006.
 43. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008. p. 5.
 44. Ahmed AH. Breastfeeding preterm infants: an educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt. Pediatr Nurs [Internet]. 2008;34(2):125–30, 138. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18543837>

45. Brett J, Staniszevska S, Newburn M, Jones N, Taylor L. A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open* [Internet]. 2011;1(1):1–11. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmjopen-2010-000023>
46. Elmer P, El A, Sami M, Shimi E, Hamed S. Effect of Implementing Breastfeeding Promotion Program in Neonatal Intensive Care Unit on Newborn Weight and Breastfeeding Practices. *Int J Clin Pediatr*. 2014;3(2):40–5.
47. Su M-C, Tsai C-F, Su T-P, Hsu H-H, Yeh S-H. A Program to Improve Exclusive Breastfeeding of Premature Infants in a Neonatal Intensive Care Unit. *Tzu Chi Nurs J* [Internet]. 2012;11(2):81–5. Available from: <http://ezproxy.library.dal.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104560734&site=ehost-live>
48. Ortiz, Yamile Arias Guerra, Electra Valdés, Idalmis MArtínez, María Esther Martínez A. Conocimientos , actitudes , motivaciones y prácticas sobre lactancia materna vinculados a intervención Policlínico “ Jimmy Hir tzel ”. *Bayamo - Granma. Multimed*. 2014;18(2):1–15.
49. Delgado MJO. Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2004;55(1):9–17.
50. Niño M. R., Silva G. AE. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatría*. 2012;83(2):161–9.
51. Valenzuela AJF, Eduardo Martínez C, Sotelo EI. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría Mex* [Internet]. 2011;13(2):47–56. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2011/pm112b.pdf>
52. Gonzales, Andrés,;Huespe, M. S,;Auchter MC. Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. *Rev Posgrado la Vía Cátedra Med*. 2008;177(1):1–5.

ANEXOS



Anexo I.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICIÓN-UASLP



Fecha: _____.

Al firmar este documento yo _____ doy mi consentimiento para participar en el grupo de madres con hijos internados en la sala de neonatos (UCIN, UCIREN, sala de crecimiento y desarrollo y programa madre canguro) del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” en el proyecto de investigación “Efectividad de una intervención educativa del valor de la alimentación al seno materno a las madres de niños prematuros atendidos en un hospital de referencia”, para proporcionar datos acerca de la alimentación de mi hijo y participar en el taller sobre Lactancia Materna bajo la responsabilidad de la Dra. Josefina Gallegos Martínez y la P.L.N. Sandra Luz Molina Castro. De acuerdo a la información proporcionada entiendo que se me preguntará solo de temas relacionados con Lactancia Materna. Estoy enterada(o) de que puedo ser entrevistada(o) en más de una ocasión por ser necesario.

Los beneficios de esta investigación conllevan capacitación para las madres de prematuros con respecto a Lactancia Materna, con esta información se diseñarán y realizarán acciones que ayuden a mejorar la situación de salud y los servicios de salud.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione para este estudio será confidencial, es decir, será utilizada únicamente por el equipo de trabajo de este proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito.

Riesgos potenciales/Compensación: La participación en este proyecto no implica ningún riesgo para usted ya que la entrevista y el taller sobre Lactancia Materna son sencillos y de preguntas claras. Sin embargo, si alguna pregunta o actividad le incomoda, puede usted dejar de responderla sin existir ningún problema.

Participación voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en la plena libertad de participar, negarse o retirar su participación del mismo en cualquier momento sin que esto afecte de ninguna manera la atención otorgada a su menor hijo.

Datos de contacto: Si usted tiene cualquier duda, pregunta y/o comentario acerca de este proyecto, puede comunicarse con la responsable del estudio y/o con la P.L.N al teléfono 8232600 Ext. 5023 y a la Facultad de Enfermería y Nutrición al teléfono (444) 8-34-25-52 ext. 5085. Si tiene alguna pregunta o duda acerca de lo anterior permítanos aclararla y si usted decide participar en la entrevista, le pediremos que firme el consentimiento informado.

Su firma indica su aceptación para participar en el estudio.

Consentimiento para participar en el estudio. Nombre y Firma.

Testigo



Anexo II.- Hoja de recolección de datos.

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS
“LACTANCIA MATERNA EN PREMATUROS”
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICIÓN.



Presentación. El presente cuestionario pretende conocer los tipos de alimentación de los pacientes pretérmino hospitalizados en una sala de neonatología y el tiempo en el que prevalece el tipo de alimentación de acuerdo a las condiciones de salud de cada paciente así como la influencia de su contexto, por lo cual solicitamos amablemente responder a los datos que se le soliciten.

1.- DATOS PERSONALES:

1.1 Nombre de la madre: _____

1.2 Teléfono:_____.

2. DATOS SOCIO – DEMOGRAFICOS DE LOS PADRES.

2.1 Los padres viven juntos: 1. Si () 2. No ().

Datos Maternos. 2.2 Edad: _____ años.

2.3 Escolaridad: Sistema educativo Mexicano. 1. Sin estudio ()

- 2.E. básica incompleta () 4.E. media incompleta () 6.E. universitarios incompletos ()
3.E. básica Completa () 5.E. media completa () 7.E. universitarios completos ()

2.4 Estado Civil: 1.Soltera () 2.Casada () 3.Divorciada () 4.U. Libre () 5.Viuda ()

2.5 Profesión: (formación profesional o no):

2.6 Empleo actual: _____

- 1.Labores del Hogar () 4.Vendedora () 7.Cajera ()
2.Estudiante () 5.Profesora () 8.Recepcionista ()
3. Empleada Doméstica () 6.Estilista () 9. Otra:_____

Datos paternos. 2.7 Ausente () ir a 2.14

2.8 Edad: _____ años.

2.9 Escolaridad: Sistema educativo Mexicano. 1. Sin estudio ()

- 2.E. básica incompleta () 4.E. media incompleta () 6.E. universitarios incompletos ()
3.E. básica Completa () 5.E. media completa () 7.E. universitarios completos ()

2.10 Ocupación:

- 1.Trabaja por su cuenta () 4.Campesino () 7.Vigilante ()
2.Construccion civil () 5.Vendedor () 8.Profesor ()
3. desempleado () 6.Chofer () 9. Otra:_____

2.11 Ingreso mensual Familiar: \$ _____

- 1.Ausente () 4. 3-5 salarios mínimos \$219.10-\$365.15 ()

1ª Alimentación láctea (datos del expediente):

6.2 Tipo de leche en la 1ª alimentación:

1. Leche materna/banco exclusivo en la unidad neonatal () ir para 7.1
2. Formula infantil () Ir para 6.3 a 6.5.

6.3 Edad: _____ horas. Si es más de 72 horas, registrar edad en días: _____

6.4 Vía de administración en la 1ª alimentación láctea: 1. Oral () 2. Sonda ()

7. DATOS DE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.

7.1 Edad del inicio de la LM: _____ horas. Si es más de 72 horas, registrar en días: _____

7.2 Vía de administración en el inicio de la LM: 1. Oral () 2. Sonda ()

Lactancia (en el pecho)

7.3 Lactancia en el pecho: 1. Si () Día de inicio: _____, 2. No () Ir para 8.1

7.4 Tiempo de vida: _____ horas. Si es más de 72 horas, registrar en días: _____

7.5 Edad corregida: _____ semanas, _____ días.

7.6 Peso: _____ gramos.

7.7 Técnica de inicio de la lactancia:

- | | | |
|-----------------------|---------------------------------|--|
| 1. Solo pecho () | 5. Pecho + biberón () | 9. Translactacion+Gravedad/jeringa () |
| 2. Pecho + sonda () | 6. Translactacion () | 10. Translactacion + biberón () |
| 3. Pecho + guante () | 7. Translactacion+ gravedad () | 11. Sin dato () |
| 4. Pecho + vasito () | 8. Translactacion + vasito () | |

8. DATOS DE LA LACTANCIA MATERNA AL EGRESO HOSPITALARIO.

8.1 Fecha: _____ 8.2 Edad corregida: _____ semanas, _____ días.

8.2 Peso: _____ gramos.

8.3 Tipo de alimentación:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. LM exclusiva ¹ () | 3. Lactancia mixta ² () |
| 2. LM predominante ³ () | 4. Alimentación artificial/sin LM ⁴ . Ir para 9. () |

9. DATOS DE LACTANCIA MATERNA EN EL DOMICILIO (7 a 15 días después del alta).

9.1 Fecha: _____ Tiempo de egreso hospitalario: _____ días.

9.2 Tipo de alimentación (últimas 24 horas):

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. LM exclusiva ¹ () | 3. Lactancia mixta ² () |
| 2. LM predominante ³ () | 4. Alimentación artificial/sin LM ⁴ |

9.3 Si no estuviera en amamantamiento cuales son los motivos:

- | | |
|--|--|
| 1. se le seco la leche () | 7. Inicio el biberón () |
| 2. Poca leche () | 8. El amamantamiento no fue precoz () |
| 3. Dificultades del prematuro para succionar () | 9. Enfermedad materna () |
| 4. No quería amamantar () | 10. Intolerancia a la lactosa () |
| 5. Anatomía de la mama () | 11. Otro: _____ |
| 6. Parto gemelar () | |

9.4 ¿Cuándo dejó de amamantar? Fecha: _____ Edad cronológica (Meses): _____

¹ Solo leche materna como fuente de nutrición.

² Leche materna y formula/sustituto de leche como fuente de nutrición.

³ La leche materna es la principal fuente de nutrición, pero el niño también puede recibir agua, bebidas a base de agua (agua con azúcar y sabores, infusiones, té), jugo de frutas, solución de sales de rehidratación oral, etc.

⁴ Recibe solo fórmula y / o sustituto de la leche como única fuente de nutrición.

Anexo III.

Cuestionario para identificar el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna

NO	PREGUNTA	RESPUESTA	
1	La lactancia materna exclusiva, es dar solo seno materno a su bebe los primeros seis meses de vida.	SI	NO
2	La leche humana aporta al bebe prematuro defensas que le ayudan a combatir enfermedades infecciosas.	SI	NO
3	La lactancia materna favorece el vínculo afectivo madre- hijo, así como la unión familiar.	SI	NO
4	La primer leche de la madre, llamada calostro tiene grandes beneficios para su bebé porque contiene defensas.	SI	NO
5	Del siguiente dibujo cual es la posición correcta. 	1	2
6	Si el labio inferior del bebe esta hacia afuera al ser amamantado, significa que tiene buen agarre.	SI	NO
7	Si el mentón del bebe no toca el pecho al ser amantado, significa que tiene buen agarre.	SI	NO
8	Cuando la succión es lenta y se escucha el trago podemos decir que hay buena succión.	SI	NO
9	Cuando su bebe tiene hambre puede observar que abre la boca y busca el pecho.	SI	NO
10	Es normal que su bebe orine cada que come.	SI	NO
11	El tomar abundantes líquidos aumenta la producción de leche	SI	NO
12	Si no puede alimentar directamente a su bebé debe extraer la leche manualmente.	SI	NO
13	La extracción manual de leche debe realizarla por lo menos cada tres horas.	SI	NO
14	Si usted extrae su leche manualmente aumenta su producción.	SI	NO
15	Si tiene problemas en el pezón, puede continuar la lactancia materna.	SI	NO
16	Rotular la leche, refrigerarla y trasladarla en un recipiente con hielo, son cuidados que debe	SI	NO

	tener con la leche que es extraída manualmente.		
17	La lactancia materna cubre todas las necesidades de su bebe y no necesita darle otros alimentos durante los primeros 6 meses de su bebé.	SI	NO
18	Si usted deja de darle seno materno a su bebe y después de un tiempo quiere volver a intentarlo, puede volver a producir leche.	SI	NO
19	Cuando los pechos se agrietan ¿solo los aceites y las cremas pueden solucionar el problema?	SI	NO
20	¿La señal del bebé de quedarse dormido mientras está siendo amamantado es sinónimo de saciedad?	SI	NO
21	El método madre canguro, favorece el vínculo madre-hijo y proporciona tranquilidad en el bebé, hacen que lllore menos y lo ayuda a recuperar el peso.	SI	NO
22	¿Hay algún problema por el cual no se deba aplicar una vacuna en un bebé prematuro?	SI	NO
23	Las fórmulas contienen la misma cantidad de nutrientes que la leche materna.	SI	NO

Anexo IV. Carta de aprobación del protocolo.



SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO

SAN LUIS POTOSÍ



UNIDAD: HOSPITAL DEL NIÑO Y LA MUJER
DR. ALBERTO LOPEZ HERMOSA
AREA: ENS. CAP. E INV.
DOMICILIO: ANTONIO ROCHA CORDERO No. 2510
C.P. 78364
NUMERO DE OFICIO: -1318
EXPEDIENTE: 16S.2

ASUNTO: Relacionado con Protocolo.

San Luis Potosí, S.L.P.,

08 MAR 2017

DIRECTO

L. E. CLAUDIA ELENA GONZALEZ ACEVEDO MEP
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICION
DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
NIÑO ARTILLERO No. 130
ZONA UNIVERSITARIA
CIUDAD

AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITENSE LOS DATOS
CONTENIDOS EN EL ANGULO SUPERIOR DERECHO

Por medio del presente notifico a usted, que el Protocolo de Investigación "Efectividad de una Intervención Educativa del Valor de la Alimentación al Seno Materno a las Madres de Niños Prematuros atendidos, en un Hospital de Referencia", a cargo de la PNL Sandra Luz Molina Castro, sometido a consideración del Comité Local de Ética e Investigación en Salud de esta Unidad Hospitalaria, cumple con la calidad metodológica así como los requisitos Éticos y de Investigación, a lo cual se **AUTORIZA** su aplicación en el Área Hospitalaria. Dicho Protocolo tiene como registro **HNM/02-2017/045**.

ATENTAMENTE
LA DIRECTORA DEL HOSPITAL

DRA. ELISA VAZQUEZ GOVEA

SLP SERVICIOS DE SALUD
08 MAR. 2017
RECEBIDO

FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICION
S.L.P.
RECEBIDO
13 MAR. 2017
DIRECCION

JAYZ/RLG/jcmm*