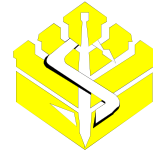




**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN NUTRICIÓN**



**EFFECTOS DE LA CORRECCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE LACTANCIA  
MATERNA EN LA GANANCIA PONDERAL EN LACTANTES 0-6 MESES**

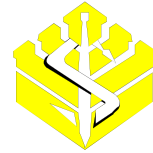
Autor:

**Dra. Nathasha Peralta**

septiembre, 2025



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN NUTRICIÓN**



**EFFECTOS DE LA CORRECCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE LACTANCIA  
MATERNA EN LA GANANCIA PONDERAL EN LACTANTES 0-6 MESES**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO ANTE LA COMISIÓN  
DE POTGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA OPTAR AL  
TÍTULO DE MAESTRÍA EN NUTRICIÓN

Autor:

**Dra. Nathasha Peralta**

Tutor:

**Dra. Claudia Cristina Sánchez**

septiembre, 2025



## ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Grado titulado:

### EFFECTOS DE LA CORRECCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE LACTANCIA MATERNA EN LA GANANCIA PONDERAL EN LACTANTES DE 0-6 MESES

Presentado para optar al grado de **Maestría en Nutrición**. por el (la) aspirante:

**PERALTA G. NATHASHA A**

C.I. V.- 22.310.254

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): **Claudia C. Sánchez**., titular de la C.I V.- 12.606.919, decidimos que el mismo está **APROBADO**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **19/09/2025**

  
**Prof. Maryelin Duno**

(Pdte)

C.I. 13987864

Fecha 19-9-2025



  
**Prof. Claudia C. Sánchez**

C.I. 12606919

Fecha 19-9-2025

  
**Prof. Mercedes Ramirez de Materan**

C.I. 2756417

Fecha 19-9-2025

TG: 71-25

## INDICE GENERAL

### CONTENIDO

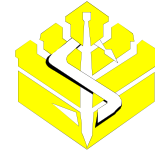
ACTA DE APROBACIÓN.....	1
INDICE GENERAL.....	2
ÍNDICE DE TABLAS.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRAC.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
RESULTADOS.....	19
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES.....	36
REFERENCIAS.....	38
ANEXOS.....	38

## ÍNDICE DE TABLAS

CONTENIDO	pp.
1 Categorización de los aspectos individuales y de la gestación de las madres de los recién nacidos y lactantes 0 a 6 meses de edad incluidos en la muestra. Maternidad y Centro Pediátrico Santa María, en Valencia, estado Carabobo, durante el año 2024.....	19
2 Análisis de los antecedentes perinatales y caracterización de los recién nacidos y lactantes de 0 a 6 meses de edad asistidos en la Maternidad y Centro Pediátrico Santa María, en Valencia, estado Carabobo, durante el año 2024.....	21
3 Factores determinantes que favorecieron la mala técnica de amamantamiento. Recién nacidos y lactantes 0 a 6 meses de edad asistidos en la Maternidad y Centro Pediátrico Santa María, en Valencia, estado Carabobo, durante el año 2024.....	22
4 Descripción de los aspectos antropométricos al momento del nacimiento y del inicio de los controles. Recién nacidos y Lactantes de 0 a 6 meses de edad asistidos en la Maternidad y Centro Pediátrico Santa María, Valencia, estado Carabobo, durante el año 2024.....	23
5 Comparación de la evolución de la ganancia ponderal de los recién nacidos y lactantes de 0 a 6 meses de edad con corrección de la técnica de amamantamiento frente a un grupo control asistidos en la Maternidad y Centro Pediátrico Santa María, Valencia, estado Carabobo, durante el año 2024. .....	25
6 Caracterización nutricional, de acuerdo con la clasificación de la OMS, entre el 1er y el 6to control de Recien Nacidos y Lactantes de 0 a 6 meses de edad con corrección de la técnica de amamantamiento frente a un grupo control. Maternidad y Centro Pediátrico Santa María, Valencia, estado Carabobo, durante el año 2024.....	26



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN



EFFECTOS DE LA CORRECCION DE LAS TECNICAS DE  
LACTANCIA MATERNA EN LA GANANCIA PONDERAL  
EN LACTANTES 0-6 MESES

Autora: **Dra. Nathasha Peralta**

Tutora: **Dra. Claudia Sánchez**  
septiembre, 2025

RESUMEN

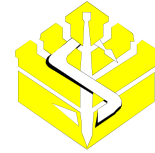
Una técnica de lactancia materna adecuada favorece los reflejos de succión, la producción de prolactina secretada por la hipófisis anterior que estimula la lactogénesis, y la oxitocina que facilita la eyección de la leche, contando con beneficios como la prevención de lesiones en la madre y la alimentación efectiva del neonato. **Objetivo General:** Evaluar los efectos de la corrección de las Técnicas de Lactancia Materna en la Ganancia Ponderal en Lactantes 0-6 Meses asistidos en la Maternidad y Centro Pediátrico Santa María. Valencia. estado Carabobo. Año 2024. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo observacional y de alcance correlacional con un diseño no experimental, de campo, longitudinal y prospectivo; la estuvo conformada por cuarenta y siete (47) lactantes: 26 casos y 21 controles. La técnica para la recolección de información fue la observación directa y como instrumentos se hizo una ficha tipo historia clínica, se evaluó la técnica de amamantado y la evaluación progresiva del crecimiento y desarrollo mediante las medidas antropométricas. Los resultados se presentaron en distribuciones de frecuencias y tablas de medias en los diferentes controles según los grupos. **Resultados:** se trabajó con grupos homogéneos entre sí, en cuanto a antropometría al nacimiento y al inicio del estudio. Ambos grupos de estudio se demostró un aumento significativo durante los controles establecidos en el estudio ( $P < 0,05$ ) ; de igual forma se registraron diferencias estadísticamente significativas del peso, la talla y la circunferencia cefálica desde el primer control hasta el sexto control, siendo este aumento estadísticamente significativo ( $P < 0,05$ ). Según la clasificación de la OMS, en todos los indicadores, el nivel normal aumentó en proporción desde el primer hasta el sexto control en los grupos de estudio, sin diferencias significativas ( $P > 0,05$ ). **Conclusión:** la corrección de la técnica de amamantamiento mostró un efecto positivo y significativo en el desarrollo antropométrico, mejorando la antropometría y el estado nutricional durante los primeros seis meses de vida.

**Palabras Clave:** Lactancia materna exclusiva, Lactantes, medidas antropométricas, ganancia ponderal

**Línea de investigación:** Nutrición y pediatría



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN



EFFECTOS DE LA CORRECCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE LACTANCIA  
MATERNA EN LA GANANCIA PONDERAL EN LACTANTES 0-6 MESES

Autora: **Dra. Nathasha Peralta**  
Tutor: **Dra. Claudia Sánchez**  
septiembre, 2025

**ABSTRAC**

Proper breastfeeding technique promotes sucking reflexes, the production of prolactin secreted by the anterior pituitary gland that stimulates lactogenesis, and oxytocin that facilitates milk ejection, with benefits such as preventing injury to the mother and effective feeding of the newborn. **General Objective:** To evaluate the effects of correcting breastfeeding techniques on weight gain in infants aged 0-6 months assisted at the Santa María Maternity and Pediatric Center. Valencia. Carabobo state. Year 2024. **Methodology:** This is an observational, correlational study with a non-experimental, field, longitudinal, and prospective design. It consisted of forty-seven (47) infants: 26 cases and 21 controls. The technique used to collect information was direct observation, and the instruments used were a medical history form, an evaluation of breastfeeding technique, and a progressive evaluation of growth and development using anthropometric measurements. The results were presented in frequency distributions and tables of means in the different controls according to the groups. **Results:** We worked with homogeneous groups in terms of anthropometry at birth and at the start of the study. Both study groups showed a significant increase during the controls established in the study ( $P < 0.05$ ); similarly, statistically significant differences in weight, height, and head circumference were recorded from the first control to the sixth control, with this increase being statistically significant ( $P < 0.05$ ). According to the WHO classification, in all indicators, the normal level increased proportionally from the first to the sixth check-up in the study groups, with no significant differences ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** Correcting breastfeeding technique had a positive and significant effect on anthropometric development, improving anthropometry and nutritional status during the first six months of life.

**Keywords:** Exclusive breastfeeding, Infants, Anthropometric measurements, Weight gain

**Line of research:** Nutrition and pediatrics

## INTRODUCCIÓN

La leche humana (LH) se considera el alimento por excelencia para los primeros meses de vida, no solo por su aporte nutricional equilibrado, sino también por sus efectos inmunológicos y protectores frente a diversas enfermedades infantiles<sup>1</sup>. Además de reducir la incidencia de infecciones en la niñez, la LH se ha vinculado con beneficios a largo plazo, como menor riesgo de alteraciones dentales, mejor desempeño en el crecimiento físico y motor, estimulación del desarrollo cognitivo y una menor probabilidad de obesidad y diabetes en etapas posteriores de la vida<sup>1</sup>.

Un aspecto particular de la LH es su capacidad de adaptación dinámica: su composición varía a lo largo del proceso de lactancia y durante cada toma, ajustándose a las necesidades cambiantes del lactante. Así, en las primeras succiones predomina un contenido acuoso que contribuye a la hidratación, mientras que hacia el final aumenta la concentración de lípidos y calorías, asegurando el aporte energético requerido<sup>2,3</sup>.

La lactancia materna exclusiva (LME), definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la alimentación del lactante únicamente con leche materna, extraída o directamente del pecho, sin incluir otros líquidos ni sólidos salvo medicamentos, vitaminas o soluciones de rehidratación oral<sup>2</sup>, constituye la estrategia nutricional más recomendada durante los primeros seis meses de vida. El inicio temprano de la lactancia materna, particularmente con la administración del calostro rico en inmunoglobulinas, favorece la maduración del sistema digestivo y la adquisición de defensas protectoras frente a infecciones□.

A nivel mundial, la lactancia materna exclusiva (LME) constituye un indicador fundamental de salud infantil y equidad social. Aunque la mayoría de los recién nacidos son amamantados en los primeros días de vida, las cifras muestran

marcadas diferencias según el contexto socioeconómico. En países de ingresos bajos y medianos, solo el 4% de los lactantes no reciben leche materna, lo que refleja la persistencia de prácticas tradicionales vinculadas al amamantamiento. En contraste, en naciones con mayores recursos, la proporción asciende al 21%<sup>5</sup>, evidenciando la influencia de factores estructurales, culturales y laborales que condicionan la continuidad de la LME y favorecen la introducción temprana de sucedáneos.

En la región de las Américas, la práctica de la lactancia materna presenta avances heterogéneos y desafíos persistentes. De acuerdo con datos publicados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>6</sup>, en América Latina y el Caribe el 52 % de los recién nacidos son amamantados durante la primera hora de vida, lo que refleja un progreso en la implementación de políticas de contacto precoz. Asimismo, el 43% de los lactantes menores de seis meses reciben alimentación exclusiva con leche materna, cifra que, aunque relevante, resulta insuficiente frente a las recomendaciones internacionales. Sin embargo, al analizar el conjunto de las Américas, la tasa desciende al 37%, y alcanza apenas un 27 % en América del Norte, lo cual evidencia desigualdades regionales.

En Venezuela, la reevaluación de la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (*World Breastfeeding Trends Initiative - WBTi*)<sup>7</sup> mostró avances parciales en la implementación de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño. Se reportó que el 43,2% de los recién nacidos iniciaron la lactancia durante la primera hora de vida, mientras que la tasa de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses alcanzó el 27,9%. La duración mediana de la lactancia se estimó en 13 meses, y la alimentación con biberón en lactantes de 0-12 meses fue del 51%. Asimismo, un 67,6% de los niños de 6-8 meses recibieron alimentación complementaria. Estos resultados evidencian la

necesidad de fortalecer políticas, programas y mecanismos de monitoreo que garanticen prácticas de alimentación óptimas.

Específicamente en Valencia estado Carabobo, la Maternidad y Centro Pediátrico Santa María, ha priorizado desde el año 2012 la promoción de técnicas efectivas de lactancia materna y del seguimiento integral del binomio madre-hijo. En este contexto, se han documentado relaciones entre la práctica del amamantamiento y los indicadores antropométricos: peso, talla y circunferencia cefálica, que reflejan el estado nutricional infantil y constituyen parámetros esenciales para la vigilancia del crecimiento y desarrollo<sup>8</sup>.

La corrección de la técnica de lactancia materna, se centra en aspectos como la postura de la madre, la alineación adecuada del lactante (oreja, hombro y cadera en línea recta) y el agarre eficaz, en el que el niño cubre gran parte de la areola con labios evertidos, apoyando la barbilla en el pecho sin obstruir la nariz<sup>9</sup>. Una técnica adecuada favorece la succión, estimula la producción de prolactina y oxitocina (hormonas clave en la lactogénesis y la eyección de la leche), y previene complicaciones frecuentes como grietas, mastitis o vaciamiento incompleto de la mama<sup>10-11</sup>. De esta manera, no solo se garantiza una alimentación efectiva, sino también el fortalecimiento del vínculo madre-hijo y la reducción de la morbimortalidad infantil<sup>12</sup>.

Por el contrario, una técnica inadecuada puede limitar la transferencia de leche materna y generar consecuencias en el crecimiento, manifestadas en insuficiencia de peso, talla y circunferencia cefálica, además de aumentar la susceptibilidad a infecciones gastrointestinales, alergias alimentarias y obesidad en niños alimentados con sucedáneos<sup>13</sup>. Estos riesgos resaltan la importancia de la educación prenatal y postnatal en técnicas de lactancia materna, impartida por

profesionales capacitados que promuevan prácticas sostenibles y seguras desde el nacimiento.

La LME ofrece beneficios sociales y ambientales que contribuye a la economía familiar al reducir gastos en fórmulas, representa una fuente de alimentación natural y sostenible que protege al medio ambiente y fortalece el vínculo afectivo entre madre e hijo, promoviendo la salud emocional y la integración familiar<sup>14</sup>. Sin embargo, la promoción de la LME enfrenta obstáculos como la limitada formación del personal de salud en este ámbito y la influencia de la industria de sucedáneos, que fomenta la introducción temprana de alimentos complementarios. A esto se suma la falta de redes de apoyo para madres lactantes, lo que condiciona la adherencia a prácticas adecuadas de lactancia<sup>14</sup>.

Es así como, evidencias recientes respaldan esta perspectiva. Fernández C, et al. (2023) demostraron que la asesoría profesional y el acompañamiento materno durante el control prenatal y posparto favorecen la adherencia a la LME, mientras que variables como la percepción de hipogalactia no alcanzaron significancia estadística<sup>14</sup>. Otros estudios, como el de Fernández et al. (2022), identificaron factores asociados al abandono temprano de la LME como, dolor mamario, grietas o baja producción percibida en madres adolescentes, lo que subraya la necesidad de intervenciones correctivas de la técnica<sup>15</sup>. De igual forma, Gudiño K (2022) reportó que determinantes biológicos y maternos condicionan la continuidad de la LME, reforzando la importancia de la capacitación técnica<sup>16</sup>.

En términos de impacto nutricional, Esquivel I (2021) observó un mayor riesgo de sobrepeso en lactantes alimentados con sucedáneos en comparación con aquellos bajo LME, quienes presentaron un peso más adecuado para la edad<sup>17</sup>. Hernández N (2021), por su parte, evidenció que programas educativos durante la gestación incrementan la proporción de madres que mantienen la LME hasta los

seis meses<sup>18</sup>. Estos hallazgos, junto con las recomendaciones de la OMS, UNICEF e IBFAN, consolidan a la lactancia materna exclusiva como un eje prioritario de salud pública<sup>1</sup>.

En este marco, la presente investigación busca profundizar en la relación entre la técnica de amamantamiento y la ganancia ponderal del lactante. Se plantea la interrogante: ¿Cuáles son los efectos de la corrección de la técnica de lactancia materna en la ganancia ponderal de lactantes de 0 a 6 meses de edad asistidos en una institución privada de salud?

Con base en lo anteriormente expuesto, se formuló como objetivo general: evaluar los efectos de la corrección de las técnicas de lactancia materna en la ganancia ponderal de lactantes de 0 a 6 meses de edad y como objetivos específicos se incluyen: categorizar a las madres y sus gestaciones, identificar los antecedentes perinatales y neonatales, describir los factores fisiológicos y patológicos asociados a la mala técnica de amamantamiento, determinar aspectos antropométricos al nacer y al primer control, comparar la evolución antropométrica entre los grupos y caracterizar la evolución nutricional a lo largo de seis controles.

Desde el marco teórico, la transición hacia la maternidad se analizó a la luz de la teoría de adopción del rol materno de Mercer, que plantea la influencia de factores individuales, del hijo y del entorno en la construcción de dicho rol. Esta teoría enfatiza que actitudes inadecuadas frente a la alimentación pueden comprometer la nutrición infantil<sup>20</sup>; por ello, la evaluación nutricional entendida como el análisis del estado corporal en relación con la ingesta y utilización de nutrientes<sup>21</sup>. Más allá de medir peso o talla, esta evaluación refleja el crecimiento físico, la maduración cognitiva y socioemocional, la respuesta inmunitaria y la vulnerabilidad a enfermedades, constituyendo un marcador integral de salud. En relación a la antropometría se considera una herramienta esencial de seguimiento, definida

como la evaluación de los incrementos de masa celular, tisular y corporal desde la gestación hasta la pubertad, con el fin de monitorear el crecimiento físico y sus implicaciones en la salud<sup>23</sup>.

Entre los indicadores antropométricos más relevantes se encuentran la talla/edad (T/E), que refleja el crecimiento lineal y permite identificar deficiencias crónicas; el peso/edad (P/E), indicador de masa corporal en relación con la edad cronológica; y la circunferencia cefálica/edad (CC/E), marcador del desarrollo cerebral y neurológico<sup>24-25</sup>. Cada uno de estos parámetros no solo ofrece información sobre el crecimiento, sino que también permite anticipar riesgos relacionados con la nutrición y el desarrollo cognitivo, lo que resulta esencial para planificar intervenciones oportunas y efectivas.

Por su parte, los antecedentes médicos maternos constituyen un factor determinante en la trayectoria fetal y neonatal<sup>26</sup>. Enfermedades previas, hábitos, tratamientos y condiciones obstétricas documentados en la historia clínica permiten contextualizar los hallazgos antropométricos y la edad gestacional, fortaleciendo la capacidad de los profesionales para prevenir complicaciones y optimizar el crecimiento y la salud del recién nacido. La integración de estos datos proporciona un marco sólido para interpretar la evolución del lactante y evaluar el impacto de intervenciones nutricionales o de cuidado específicas.

La paridad materna se reconoce como un factor determinante en la evolución del embarazo y en las condiciones del recién nacido. Diversas investigaciones señalan que el número de gestas condiciona la capacidad de adaptación fisiológica de la madre, ya que las primíparas presentan mayor propensión a complicaciones en comparación con las multíparas<sup>27</sup>. No obstante, se ha descrito que intervalos cortos entre embarazos incrementan la probabilidad de muerte fetal

intrauterina, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer<sup>28</sup>.

La edad materna constituye otro indicador clave en la trayectoria gestacional y en el estado de salud del recién nacido. Los embarazos en adolescentes se vinculan con mayor incidencia de parto pretérmino, bajo peso al nacer y complicaciones perinatales<sup>29</sup>, mientras que las gestaciones en mujeres de edad avanzada se relacionan con mayor prevalencia de diabetes gestacional, trastornos hipertensivos, infecciones y anemia<sup>30</sup>. La literatura especializada ubica el rango de menor riesgo reproductivo entre los 20 y 29 años, etapa en la que las probabilidades de obtener un neonato adecuado para la edad gestacional resultan más elevadas y las complicaciones maternas y neonatales son menos frecuentes<sup>31</sup>.

Asimismo, la edad gestacional se considera un parámetro esencial en la clasificación del recién nacido como adecuado, pequeño o grande para la edad gestacional (AEG, PEG o GEG). La literatura ha documentado que los neonatos pequeños para la edad gestacional reflejan con frecuencia restricción del crecimiento intrauterino, con mayor vulnerabilidad a hipoglucemia, infecciones y dificultades en la lactancia<sup>31</sup>. En contraste, los neonatos grandes para la edad gestacional muestran mayor riesgo de complicaciones respiratorias, alteraciones metabólicas y presencia de malformaciones congénitas<sup>32</sup>. Este indicador se ha consolidado como un criterio fundamental para la valoración clínica y la interpretación de los hallazgos antropométricos neonatales.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional<sup>34</sup>, de nivel comparativo<sup>35</sup>, con diseño caso y control<sup>36</sup>, de campo<sup>35</sup>, longitudinal<sup>37</sup> y prospectivo<sup>38</sup>, orientado a analizar las relaciones de causalidad entre la técnica de lactancia y la evolución antropométrica de los lactantes. La población estuvo constituida por todos los lactantes de entre 0 y 6 meses de edad que asistieron al control de pediatría en la Maternidad y Centro Pediátrico Santa María durante el año 2024.

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico, de carácter intencional y voluntario, estuvo conformada por 47 lactantes que acudieron a la primera consulta de control pediátrico y que además cumplieron los criterios de inclusión establecidos: edad comprendida entre 0 y 6 meses, con alimentación basada en lactancia materna exclusiva (LME), hijos de madres primíparas o multíparas, independientemente de la vía de nacimiento y del peso al nacer, con representantes que otorgaron consentimiento informado para su participación anónima. Fueron excluidos los recién nacidos prematuros menores a las 37 semanas de gestación, lactantes alimentados con sucedáneos de la leche materna, así como aquellos cuyas madres interrumpieron la práctica de LME o suspendieron el seguimiento pediátrico. El consentimiento informado aseguró la adhesión a los principios éticos de la investigación biomédica, garantizando la confidencialidad de los datos y la participación voluntaria de los sujetos. (Anexo B)

La obtención de datos se efectuó mediante observación directa, técnica que permite registrar de forma sistemática, válida y confiable las conductas observables<sup>36</sup>. Como instrumentos de recolección de datos<sup>41</sup>, se utilizaron en primer lugar, una historia clínica neonatal para registrar factores materno-infantiles y características perinatales (Anexo C) y, adicionalmente, una ficha de registro diseñada para recopilar los indicadores antropométricos de peso, longitud y

perímetro cefálico en los seis controles programados (Anexo D). Para detectar factores asociados a la mala técnica de amamantamiento, se realizó examen físico de la madre y el lactante, se aplicó el Test de Lengüita para identificación de anquiloglosia, un protocolo estandarizado desarrollado por Martinelli. Este instrumento evalúa la limitación funcional de la lengua mediante la combinación de historia clínica, evaluación anatomofuncional y análisis de la succión. Se considera que existe limitación funcional cuando la puntuación total  $\geq 13$ , indicando necesidad de intervención.<sup>42</sup> y exámenes paraclínicos según lo interpretado al examen físico. (Anexo E).

Los lactantes incluidos en el estudio fueron clasificados en dos grupos, a partir de la primera consulta, donde fueron identificadas las dificultades en la técnica de amamantamiento mediante la aplicación del Formulario de Observación del Amamantamiento propuesto en la Guía de Capacitación en Manejo de Lactancia de H.C. Armstrong (IBFAN y UNICEF, 1992)<sup>40</sup>, cuya evaluación se tabuló según los ítems afirmativos alcanzados (Anexos F y G), este instrumento es de naturaleza cualitativa y no establece un punto de corte numérico; por tanto, se determinó la necesidad de intervención cuando se identificaron una o más señales de dificultad, entre ellas: dolor materno al amamantar, oreja, hombro y cadera no alineados, succiones rápidas sin degluciones, escasa apertura bucal, ausencia de eversión del labio inferior del lactante.

El grupo control estuvo conformado por aquellos sin evidencia de deficiencias en la técnica de amamantamiento, la cual se consideró adecuada cuando el lactante se encontraba alineado en un eje oreja–hombro–cadera, con la boca bien abierta, el mentón en contacto con el pecho materno y la nariz libre. Asimismo, los labios debían observarse evertidos, cubriendo gran parte de la areola, en especial el cuadrante inferior, con la lengua ubicada por debajo de la misma. Las mejillas del lactante debían presentarse redondeadas, con succiones lentas y profundas,

acompañadas de sonidos audibles de deglución.<sup>39</sup> Por su parte, el grupo de estudio estuvo integrado por lactantes cuyas madres presentaban deficiencias en la técnica de amamantamiento, identificadas en el proceso de observación y evaluación.

En cuanto a la recolección de los datos, este proceso se realizó entre enero y diciembre del año 2024. Posterior a la identificación de las dificultades de la técnica de amamantamiento mediante la aplicación del Formulario de Observación de Amamantamiento explicado anteriormente, se inició la intervención correspondiente en el grupo de estudio (Corrección de la técnica de LM). La obtención de la información se efectuó en seis controles consecutivos: el primero se efectuó dentro de los 28 días posteriores al nacimiento y los siguientes a intervalos mensuales. Para cada control se consideraron como referencia los datos clínicos registrados al momento del nacimiento.

En relación a las mediciones antropométricas se siguieron protocolos estandarizados de acuerdo con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006; 2008)<sup>43-44</sup> y de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2001)<sup>45</sup>, asegurando la precisión, validez y comparabilidad de los datos. En un primer momento, para estimar la edad gestacional y evaluar el crecimiento fetal a los recién nacidos, se emplearon estándares clínicos respaldados por evidencia multicéntrica y multiétnica. El proyecto INTERGROWTH-21st<sup>46</sup> aportó herramientas de gran relevancia para la valoración de la maduración intrauterina y el tamaño neonatal. Estos criterios fortalecen la interpretación de los indicadores antropométricos, consolidándose como un referente internacional que orienta el seguimiento del recién nacido y facilita intervenciones oportunas basadas en la evidencia. (Anexo H)

En cuanto a los instrumentos y procedimientos empleados, para la determinación de los perímetros corporales se utilizó una cinta métrica flexible, inextensible, fabricada en material sintético y graduada en milímetros. El perímetro cefálico fue registrado con el lactante en posición sedente o sobre el regazo materno, colocando la cinta alrededor de la cabeza y pasando por el punto más prominente del occipucio y la glabella, asegurando un ajuste firme, pero sin compresión de los tejidos.

La talla y el peso corporal durante los controles fueron evaluados mediante un Infántometro con balanza integrada, Marca Health o meter diseñado para lactantes y niños menores de dos años. Para determinar la talla, el niño fue colocado en decúbito supino, con la cabeza apoyada en el tope fijo y el plano de Frankfurt correctamente alineado (línea imaginaria entre el borde inferior de la órbita y el trago de la oreja). Las piernas fueron extendidas suavemente y los pies posicionados a 90° contra el tope móvil, registrándose el valor con una precisión de 0,1 cm. El peso corporal se midió en la balanza mecánica del Infántometro marca Health o meter, colocando al lactante sin ropa ni pañal y verificando previamente el cero de la báscula. Durante la medición, se evitó cualquier contacto físico para no alterar la lectura. La balanza fue calibrada previamente con pesa de calibración con patrón de 1000gr (un instrumento de medición de masa con un valor nominal y una precisión certificada). Por cada variable antropométrica se efectuaron al menos dos mediciones por personal calificado, siguiendo procedimientos estandarizados de medición. Se consideró como valor definitivo el promedio de las mediciones obtenidas, con el propósito de asegurar la precisión y confiabilidad de los datos.

Para evaluar el crecimiento en el recién nacido, lactante y niño pequeño se empleó la tabla de valores antropométricos de la Organización Mundial de la Salud. (OMS)<sup>47</sup> (Anexo I), con puntos de corte Z-score, según la siguiente

clasificación: Indicador peso para la edad (P/E), en este indicador la categorización establecida está dada por: Sobrepeso: indicador mayor a +2 DE Normal: Se identifica cuando el indicador se ubica en el rango de mayor o igual a -2DE y a menor o igual a +2 DE y la categoría de bajo peso: cuando el indicador es mayor o igual a -3DE y menor a -2DE y bajo peso severo: menor a -3DE. En cuanto a la talla para la edad (T/E), los criterios se clasifican como Talla baja severa: indicador menor a -3DE, Talla baja: Es cuando el valor es mayor o igual a -3DE a menor a -2DE. Talla Normal: cuando el indicador se ubica en mayor o igual a -2DE a menor o igual a +2DE. Y, Talla alta: cuando el valor es mayor a +2DE. Por último, en relación a la circunferencia cefálica para la edad (CC/E), se ubican tres categorías: Riesgo de microcefalia: Es cuando el indicador es mayor o igual a -3DE y menor a -2DE. Normal: Cuando se ubica en mayor o igual a -2DE a menor o igual a +2DE y, riesgo de macrocefalia, cuando se ubica en mayor a +2DE.

Una vez aplicados los instrumentos y recolectada la información, los datos fueron sistematizados en una tabla maestra utilizando Microsoft® Excel. Posteriormente, se organizaron y analizaron mediante estadística descriptiva, empleando tablas de contingencia con sus frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central y dispersión, de acuerdo con los objetivos específicos del estudio.

Para las variables antropométricas se calcularon la media aritmética y el error típico, comparándose entre grupos mediante la prueba t de Student para diferencia de medias; de igual forma se aplicó el análisis de varianza (ANOVA) con el fin de evaluar las variaciones intragrupo de cada indicador en los seis controles del estudio.

Asimismo, la relación entre los resultados antropométricos en el sexto control y los grupos de estudio se examinó mediante la prueba no paramétrica de Chi cuadrado

para independencia de variables. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 18, estableciéndose como criterio de significancia un valor de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

De los 47 lactantes incluidos en la muestra del estudio a los cuales se les aplicó el Formulario de Observación del Amamantamiento, el 55,32% (26 casos) formó parte del grupo experimental (corrección de la técnica de lactancia materna, en adelante CTLM), integrado por binomios madre-hijo que demostraron técnicas inadecuadas de lactancia materna y, por tanto, requirieron intervención para su corrección en la primera consulta antes de los 28 días de vida, con una media de 16 días para el grupo CTLM y 17 días para el grupo control. Por su parte, el 44,68% restante (21 casos) correspondió al grupo control, compuesto por lactantes cuyas madres aplicaban una técnica de lactancia adecuada, sin necesidad de modificaciones. Esta distribución permitió establecer comparaciones entre ambos grupos en relación con la ganancia ponderal observada.

Del total de madres incluidas en el estudio se registró una edad promedio muestral de 29,97 años  $\pm$  0,58, con una mediana de 30 años, una edad mínima de 22 años, una máxima de 38 años y un coeficiente de variación de 13%, sin diferencias significativas entre los promedios de edad según los grupos de estudio ( $P > 0,05$ ). En la Tabla No. 1, se puede apreciar que el grupo de edad más frecuente fue el de 26 a 30 años (44,68%), siendo más frecuente en el grupo experimental (CTLM) (15/26). En segundo lugar, están aquellas madres con 30 o más años (40,43%), con mayor frecuencia en el grupo control (11/21). De la paridad, predominaron las primigestas con un 61,70% (29 casos), siendo la paridad más frecuente en ambos grupos de estudios: experimental (17/26) y control (12/21). Solo un 8,51% de las madres presentó algún antecedente médico en el embarazo (4 casos) todas del grupo experimental (CTLM). De los antecedentes médicos maternos se tiene que 3 casos presentaban hipotiroidismo y un caso de resistencia a la insulina. En su mayoría, las madres refirieron embarazos controlados predominando aquellos con 8 y 11 controles de embarazo (93,62%) predominando en ambos grupos de

estudio: experimental (23/26) y control (21/21). Un 55,32% de las madres negaron la presencia de complicaciones durante el embarazo, siendo un aspecto frecuente en ambos grupos: experimental (15/26) y controles (11/21).

**Tabla N° 1:** Categorización de los aspectos individuales y de la gestación de las madres de los recién nacidos y lactantes 0 a 6 meses de edad incluidos en la muestra. Maternidad y Centro Pediátrico Santa María, en Valencia, estado Carabobo, durante el año 2024.

Grupos	Corrección de técnica de LM		Control		Total	
	f	%	f	%	f	%
<b>Edad materna</b>						
20 – 25	4	15,38	1	4,76	7	14,89
26 – 30	15	57,69	6	28,57	21	44,68
>30	8	30,77	11	52,38	19	40,43
$\bar{X} \pm Es$	29,5 +/- 1,37		30,57 +/- 2,09		t = -0,92; P = 0,3627	
<b>Gestas</b>	f	%	f	%	f	%
1	17	65,38	12	57,14	29	61,70
2	7	26,92	9	42,86	16	34,04
3	2	7,69	0	0	2	4,26
<b>Antecedente médico materno</b>	f	%	f	%	f	%
Si	4	15,38	0	0	4	8,51
No	22	84,62	21	100	43	91,49
<b>Numero de controles</b>	f	%	f	%	f	%
5 – 7	3	11,54	0	0	3	6,38
8 – 11	23	88,46	21	100	44	93,62
<b>Complicaciones durante el embarazo</b>	f	%	f	%	f	%
Si	11	42,31	10	47,62	21	44,68
No	15	57,69	11	52,38	26	55,32
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>
<b>Suplementación</b>	f	%	f	%	f	%
Ácido fólico	21	80,77	19	90,48	40	40,43
Hierro	17	65,38	19	90,48	36	76,60
Polivitamínicos	16	61,64	2	9,52	18	38,30
Calcio	3	11,54	3	14,28	6	12,77
Otro suplemento	7	26,92	1	4,76	8	17,02

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peralta N; 2024)

De las madres que se presentaron complicaciones en el grupo experimental fueron más frecuentes aquellas con infección del tracto urinario (4 casos), amenaza de parto prematuro (APP) (3 casos); HTA (1 caso) y preeclampsia (1 caso); del grupo control fueron más frecuentes aquellas con HTA (3 casos), Oligohidramnios (2 casos); RPM (2 casos) y amenaza de parto prematuro (2 casos)

De los suplementos consumidos durante la gestación en el grupo experimental (CTLM) predominó el consumo de ácido fólico (80,77%), seguido del consumo de hierro (65,38%) y el consumo de polivitamínicos. En el grupo control, predominó el consumo de ácido fólico, además del hierro con similar proporción (90,48%). De los otros suplementos se tiene el consumo de: Omega 3 (6 casos), vitamina D (2 casos), magnesio y complejo B (1 caso por igual)

En la Tabla N° 2 se muestran los antecedentes perinatales y otras características de los lactantes estudiados, donde se puede apreciar que un 57,45% de los lactantes eran del género masculino (27 casos), siendo el género predominante en el grupo experimental (CTLM) (20/26) mientras que en el grupo control predominó el género femenino (14/21). La edad gestacional a término completo, predominó a nivel muestral (91,49%) siendo la edad que mayormente se presentó en ambos grupos: experimental (23/26) y control (20/21). La presentación cefálica predominó en ambos grupos estudio: experimental (24/26) y control (18/21), lo mismo ocurrió con la resolución del embarazo por cesárea: grupo experimental (21/26) y control (17/21). Solo 3 lactantes presentaron complicaciones perinatales (6,38%) de los cuales 1 caso presentó hipoglicemia, otro con aspiración de líquido meconial (grupo control) y un caso de sufrimiento fetal agudo (grupo experimental).

Desde una perspectiva categórica, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos de estudio y el peso al nacer ( $X^2=4,20$ ; 2 gl;  $p=0,1225 > 0,05$ ); tampoco con la edad al momento del primer control ( $X^2=0,18$ ; 1 gl;  $P=0,6711$ ), por lo que se puede decir que a partir de estos indicadores que los grupos de estudio son homogéneos entre sí.

**Tabla N° 2:** Análisis de los antecedentes perinatales y caracterización de los recién nacidos y lactantes de 0 a 6 meses de edad asistidos en la Maternidad y Centro Pediátrico Santa María, en Valencia, estado Carabobo, durante el año 2024.

Grupos	Corrección de técnica de LM		Control		Total	
	f	%	f	%	f	%
<b>Género</b>						
Femenino	6	23,08	14	66,67	20	42,55
Masculino	20	76,92	7	33,33	27	57,45
<b>Edad gestacional al nacimiento</b>						
A termino completo	23	88,46	20	95,24	43	91,49
A termino temprano	3	11,54	1	4,76	4	8,51
<b>Presentación</b>						
Cefálica	24	92,31	18	85,71	42	89,36
Podálico	2	7,69	3	14,28	5	10,64
<b>Resolución</b>						
Cesárea	21	80,77	17	80,95	38	80,85
Parto vaginal	5	19,23	4	19,05	9	19,15
<b>Complicación en el recién nacido</b>						
Ausente	25	96,15	19	90,48	44	93,62
Presente	1	3,85	2	9,52	3	6,38
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>55,32</b>	<b>21</b>	<b>44,68</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peralta N; 2024)

En la Tabla No. 3. De los determinantes que favorecieron la mala técnica de amamantamiento (grupo experimental – CTLM), todas las madres referían afecciones de mamas (26 casos), de las cuales predominó la presencia de dolor y

grietas en el pezón (92.31%= 24 casos). Cuatro casos (15.38%) presentaron mastitis. Solo 3 lactantes refirieron trastornos bucales (anquiloglosia) (11.54%).

**Tabla N° 3:** Factores determinantes que favorecieron la mala técnica de amamantamiento. Recién nacidos y lactantes 0 a 6 meses de edad asistidos en la Maternidad y Centro Pediátrico Santa María, en Valencia, estado Carabobo, durante el año 2024.

<b>Afecciones de mamas</b>	<b>f</b>	<b>%*</b>
Dolor + grietas	24	92,31
Mastitis	4	15,38
Dolor	2	7,69
Obstrucción de conductos	1	3,85
<b>Trastornos Bucles</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Anquiloglosia	3	11,54
Ausente	23	88,46
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peralta N; 2024)

\*Porcentaje calculado a partir del tamaño muestral (n=26)

**Tabla N° 4:** Descripción de los aspectos antropométricos al momento del nacimiento y del inicio de los controles. Recién nacidos y Lactantes de 0 a 6 meses de edad asistidos en la Maternidad y Centro Pediátrico Santa María, Valencia, estado Carabobo, durante el año 2024.

Grupos	Corrección de técnica de LM		Control		Total	
	f	%	f	%	f	%
<b>Peso al nacer</b>						
PEG	2	7,69	6	28,57	8	17,02
AEG	23	88,46	15	71,43	38	80,85
GEG	1	3,85	0	0	1	2,13
$\bar{X} \pm Es$	<b>3357,9 ± 99,34</b> (2450 – 4900)		3037 ± 87,72 (2300 – 3700)		t=2,36; <b>0,0227*</b>	
<b>Edad al 1er control (días)</b>	f	%	f	%	f	%
7 – 16	14	53,85	10	47,62	23	48,94
17 – 27	12	46,15	11	52,38	24	51,06
Md (rango)	16 (10 – 27)		17 (7 – 27)		W = 270,0; P = 0,9572	
<b>Estado nutricional OMS 1er control</b>	f	%	f	%	f	%
Bajo peso	15	57,69	12	57,14	27	57,45
Normal	11	42,31	7	33,33	18	38,30
Sobrepeso	0	0	2	9,52	2	4,26
Peso						
$\bar{X} \pm Es$	3525,38 ± 120,5		3777,14 ± 217,07		t=1,67; 0,1029	
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>55,32</b>	<b>21</b>	<b>44,68</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peralta N; 2024)

\*Denota diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $P < 0,05$ )

En la tabla N° 4 se presenta lo correspondiente al peso al nacer de los lactantes estudiados, predominó el adecuado para la edad gestacional con un 80,95%, siendo la clasificación más frecuente en ambos grupos de estudio: experimental (23/26) y control (15/21). El peso promedio al nacer del grupo experimental (CTLM) fue estadísticamente mayor que el grupo control ( $p < 0,05$ ). De la edad al primer control se registró una mediana de 16 días, una edad mínima de 7 días y una máxima de 27 días, sin diferencias significativas entre las medianas de ambos grupos ( $p > 0,05$ ) siendo mas frecuentes aquellos con 17 y 27 dias de nacidos (51,06%). Con respecto al estado nutricional al inicio del estudio, fueron más

frecuentes aquellos con bajo peso con un 57,45%, siendo el estado mas frecuente en ambos grupos: CTLM (15/26) y control (12/21).

En cuanto a la comparación de las medidas antropométricas a lo largo de los diferentes controles en la tabla nº 5 puede evidenciarse que el grupo de estudio (CTLM) se evidenció una ganancia ponderal desde el primer control, en el caso del peso el aumento más importante se dio desde el 5to al 6to control, en el caso de la talla la ganancia fue paulatina a razón de 2 puntos por cada control, lo mismo que en la circunferencia cefálica, demostrándose un aumento estadísticamente significativo desde el primer hasta el sexto control ( $p < 0,05$ ). No se registraron diferencias estadísticas significativas entre los promedios de los indicadores según los grupos de estudio en cada uno de los momentos del estudio ( $p > 0,05$ )

**Tabla N° 5:** Comparación de la evolución de la ganancia ponderal de los recién nacidos y lactantes de 0 a 6 meses de edad con corrección de la técnica de amamantamiento frente a un grupo control asistidos en la Maternidad y Centro Pediátrico Santa María, Valencia, estado Carabobo, durante el año 2024.

Grupos	Corrección de técnica de amamantamiento $\bar{X} \pm Es$ (n=26)	Control $\bar{X} \pm Es$ (n=21)
<b>Peso (grs)</b>		
1er control	<b>3525,38</b> ± 120,5	<b>3777,14</b> ± 217,07
2do control	4410,19 ± 161,8	4871,9 ± 289,8
3er control	5501,35 ± 214,08	5826,19 ± 326,3
4to control	6403,9 ± 246,2	6594,76 ± 302,9
5to control	7063,27 ± 256,0	7300,86 ± 270,3
6to control	<b>7638,46</b> ± 255,3	<b>7927,62</b> ± 291,2
F	54,09	29,53
P valor	0,0000*	0,0000*
<b>Talla (cm)</b>	$\bar{X} \pm Es$ (n= 26)	$\bar{X} \pm Es$ (n= 21)
1er control	<b>51,67</b> ± 0,44	<b>53,16</b> ± 0,81
2do control	55,31 ± 0,54	56,69 ± 0,98
3er control	58,83 ± 0,66	60,12 ± 1,08
4to control	61,33 ± 0,71	62,88 ± 0,88
5to control	63,72 ± 0,68	65,53 ± 0,74
6to control	<b>65,69</b> ± 0,67	<b>67,52</b> ± 0,69
F	71,01	38,59
P valor	0,0000*	0,0000*
<b>Circunferencia cefálica (cm)</b>	$\bar{X} \pm Es$ (n= 26)	$\bar{X} \pm Es$ (n= 21)
1er control	<b>35,82</b> ± 0,31	<b>36,1</b> ± 0,40
2do control	37,88 ± 0,26	37,52 ± 0,47
3er control	39,33 ± 0,33	39,53 ± 0,42
4to control	40,9 ± 0,37	40,96 ± 0,40
5to control	42,05 ± 0,33	42,60 ± 0,46
6to control	<b>43,08</b> ± 0,34	<b>43,58</b> ± 0,42
F	69,84	45,28
P valor	0,0000*	0,0000*

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peralta N; 2024)

\*Denota un aumento estadísticamente significativo (P < 0,05)

En el grupo experimental (CTLM) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el promedio de peso (t=-14,57; P=0,0), de la talla (t=-17,51;

P=0,0) y de la circunferencia cefálica ( $t=-15,98$ ;  $P=0,0$ ), desde el primer control posterior a la corrección de la técnica de lactancia hasta el sexto, siendo los promedios más altos en el último control. Lo mismo ocurrió con el grupo de lactantes del grupo control, donde las diferencias registradas en los indicadores antropométricos fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ): Peso ( $t=-11,43$ ;  $P=0,0$ ), talla ( $t=-13,46$ ;  $P=0,0$ ) y circunferencia cefálica ( $t=-12,78$ ;  $P=0,0000$ ). No se registraron diferencias estadísticas significativas entre los promedios de los indicadores según los grupos de estudio en cada uno de los momentos ( $p > 0,05$ ).

De la clasificación según la OMS para estado nutricional (tabla nº 6), se puede visualizar que en el grupo experimental (CTLM), el indicador Peso/Edad en el primer control fueron más frecuentes aquellos en el nivel bajo peso (57,69%), al sexto control la categoría predominante fue la normal con un 69,23%. En el Indicador Talla/Edad en el primer control predominó la clasificación normal (61,54%) y ya para el sexto control, esta misma categoría aumentó a un 80,77%. En el indicador circunferencia cefálica/Edad, en el primer control predominaron aquellos lactantes clasificados como normales (76,92%) y ya para el sexto control el porcentaje de esta categoría aumentó a un 84,62%.

En el grupo control en el indicador Peso/Edad, durante el primer control fue más frecuente el nivel bajo peso (57,14%), ya para el sexto control la categoría predominante era la normal con un 61,90%. En el Indicador Talla/Edad en el control 1 fueron más frecuentes aquellos clasificados con talla baja (38,10%) y talla normal (33,33%) y ya para control 6, fue más frecuente la categoría normal con un 57,14%. En el indicador circunferencia cefálica/Edad, en el primer control predominaron aquellos lactantes clasificados como normales (76,19%) y en el sexto control el porcentaje de esta categoría se mantuvo (76,19%).

**Tabla N° 6:** Caracterización nutricional, de acuerdo con la clasificación de la OMS, entre el 1er y el 6to control de Recien Nacidos y Lactantes de 0 a 6 meses de edad con corrección de la técnica de amamantamiento frente a un grupo control. Maternidad y Centro Pediátrico Santa María, Valencia, estado Carabobo, durante el año 2024

Grupos	Corrección de técnica de amamantamiento (n=26)		Control (n=21)	
	f	%	f	%
<b>Peso/Edad</b>				
<b>1er control</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Bajo peso	15	57,69	12	57,14
Normal	11	42,31	7	33,33
Sobrepeso	0	0	2	9,52
<b>6to control</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Bajo peso	6	23,08	2	9,52
Normal	18	69,23	13	61,90
Sobrepeso	2	7,69	6	28,57
<b>Talla/Edad</b>				
<b>1er control</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Talla Baja	10	38,46	8	38,10
Normal	16	61,54	7	33,33
Talla Alta	0	0	6	28,57
<b>6to control</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Talla Baja	4	15,38	3	14,29
Normal	21	80,77	12	57,14
Talla Alta	1	3,85	6	28,57
<b>CC/Edad</b>				
<b>1er control</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Normal	20	76,92	16	76,19
Riesgo de microcefalia	6	23,08	3	14,29
Riesgo de macrocefalia	0	0	2	9,52
<b>6to control</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Riesgo de macrocefalia	2	7,69	4	19,05
Normal	22	84,62	16	76,19
Riesgo de microcefalia	2	7,69	1	4,76

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Peralta N; 2024)

No se encontraron diferencias significativas entre los porcentajes de las categorías más frecuentes en cada uno de los indicadores según los grupos de estudio ( $p > 0,05$ ). Solo se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el resultado del indicador T/E en el primer control ( $X^2=9,32$ ; 2 gl;  $p=0,0095$ )

pues los lactantes del grupo de estudio estaban más hacia la normalidad ( $p < 0,05$ ); con el resto de los indicadores no hubo asociación significativa según los grupos de estudio ( $p > 0,05$ ).

## DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio permiten contextualizar los efectos de la intervención destinada a corregir la técnica de lactancia materna sobre el crecimiento infantil.

Solo un 8,51% de las madres refirió antecedentes médicos durante la gestación (4 casos), todas del grupo CTLM: tres con hipotiroidismo y una con resistencia a la insulina. La mayoría de los embarazos fueron controlados, con predominio de 8 y 11 controles prenatales (93,62%) tanto en el grupo CTLM (23/26) como en el control (21/21). El 55,32% de las madres negó complicaciones gestacionales, hallazgo también homogéneo entre grupos: CTLM (15/26) y controles (11/21). Estos resultados coinciden con lo reportado por Fernández et al<sup>14</sup>, quienes describen embarazos mayoritariamente a término y recién nacidos con peso adecuado al nacer, reforzando el valor del control prenatal como factor protector para la salud perinatal y para el inicio exitoso de la lactancia materna.

En el grupo CTLM predominó el consumo de ácido fólico (80,77%), seguido del hierro (65,38%) y polivitamínicos; en el grupo control, ácido fólico y hierro mostraron proporciones similares (90,48%). Además, se reportó consumo de Omega 3 (6 casos), vitamina D (2 casos), magnesio y complejo B (1 caso por igual). Estos resultados son consistentes con las recomendaciones de atención prenatal y concuerdan con lo descrito por Hernández<sup>18</sup>, quien encontró un patrón de suplementación semejante y demostró que la educación prenatal mejora el conocimiento y la adherencia a estas prácticas. La uniformidad en la ingesta de micronutrientes favorece el inicio de la lactancia y reduce el riesgo de complicaciones nutricionales en el binomio madre-hijo.

El 57,45% de los lactantes fueron del género masculino (27 casos), predominando en el grupo CTLM (20/26) mientras que en el grupo control prevaleció el género femenino (14/21). La edad gestacional a término completo alcanzó el 91,49%, con distribución similar en ambos grupos. La presentación cefálica fue la más frecuente: grupo CTLM (24/26) y control (18/21). La cesárea constituyó la vía de parto predominante: grupo CTLM (21/26) y control (17/21). Solo tres lactantes presentaron complicaciones perinatales (6,38%): hipoglicemia, aspiración de líquido meconial (grupo control) y sufrimiento fetal agudo (grupo CTLM). En cuanto al peso al nacer, predominó el adecuado para la edad gestacional (80,95%), siendo la clasificación más frecuente en ambos grupos, aunque el promedio en el grupo CTLM fue significativamente mayor ( $p < 0,05$ ), lo cual podría asociarse a un mejor pronóstico en la evolución nutricional. Respecto a la edad al primer control, la mediana fue de 16 días, sin diferencias significativas entre grupos ( $p > 0,05$ ), con mayor frecuencia en los lactantes evaluados a los 17 y 27 días (51,06%). En contraste, al inicio del estudio el estado nutricional mostró una mayor proporción de bajo peso (57,45%), situación presente tanto en CTLM (15/26) como en el grupo control (12/21), lo que pone de manifiesto que, a pesar del predominio de un peso al nacer adecuado, el riesgo de alteraciones nutricionales tempranas fue elevado en ambos grupos. Estos hallazgos guardaron relación con lo reportado por Fernández et al<sup>14</sup>, quienes también describen gestaciones mayoritariamente a término y recién nacidos con peso adecuado, siendo la cesárea la vía de parto más frecuente. La coincidencia sugiere que, incluso en contextos poblacionales distintos, las características perinatales tienden a mantenerse dentro de parámetros favorables; sin embargo, el hallazgo de un alto porcentaje de bajo peso al inicio del estudio pone de relieve que las complicaciones obstétricas o neonatales no serían el factor principal que explique variaciones en la efectividad de la lactancia materna, sino más bien aspectos vinculados a las prácticas de alimentación y al acompañamiento en los primeros días de vida.

En el grupo CTLM todas las madres presentaron afecciones de mamas (26 casos), predominando dolor y grietas en el pezón (88,46%= 23 casos), en menor frecuencia mastitis (3 casos). Tres lactantes (11.54%) presentaron trastornos bucales (anquiloglosia). Estas dificultades estuvieron asociadas al mal agarre, postura inadecuada de la madre, posición inadecuada del lactante durante el amamantamiento y la ausencia de educación prenatal sobre lactancia materna, factores que favorecieron la mala técnica inicial. La intervención correctiva permitió la continuidad de la lactancia materna y favoreció una ganancia ponderal sostenida, contrastando con los hallazgos de Fernández et al.<sup>14</sup>, donde la ausencia de medidas compensatorias contribuyó al abandono de la LME en madres adolescentes.

En concordancia, Fernández et al<sup>15</sup>, observaron que solo el 55,7 % de los casos compartieron habitación con la madre frente al 80,2% de los controles, mientras que Gudiño K <sup>16</sup>, confirmó la asociación positiva entre la lactancia precoz y la práctica de LME ( $p < 0,05$ ). Estos antecedentes aunque sin evaluar variables antropométricas, coinciden con los resultados actuales, al reforzar que prácticas inmediatas como el inicio del amamantamiento en la primera hora de vida, el apego precoz y la corrección de la técnica de lactancia durante el control prenatal, son factores determinantes para mantener la LME.

Ambos grupos de estudio reportaron aumentos estadísticamente significativos en los promedios de peso, talla y circunferencia cefálica, desde el primer control posterior a la corrección de la técnica hasta el sexto control ( $P < 0,05$ ). La intervención transversal orientada a la corrección técnica equilibró las trayectorias antropométricas entre los grupos, compensando diferencias iniciales y demostrando eficacia en el crecimiento infantil. En este sentido, se comprueba lo expuesto por Hernández<sup>18</sup> quien evidenció que, tras una intervención educativa, las diferencias en peso y talla entre lactantes con LME y sucedáneos se redujeron o

revirtieron en favor de la LME, particularmente en los indicadores peso/edad y peso/talla, con significancia estadística. La presente investigación respalda que la intervención correctiva de la técnica de amamantamiento incide positivamente en el crecimiento infantil, reforzando la interpretación de Hernández sobre el valor de las intervenciones educativas.

Asimismo., Ahmed et al<sup>48</sup>, demostraron que los lactantes alimentados con LME permanecen mayoritariamente dentro de los rangos normales de peso y talla, sin variaciones relevantes en el perímetro cefálico. De manera consistente con el presente estudio, donde se demostró una ganancia ponderal sostenida en el grupo de intervención desde el primer control posterior a la intervención de la corrección de la técnica, con mayor incremento de peso entre el quinto y sexto control; la talla aumentó de forma paulatina, aproximadamente dos puntos por control, y la circunferencia cefálica mostró incrementos estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ), sin diferencias significativas entre grupos en cada momento ( $p > 0,05$ ). Esta concordancia sugiere que, como señaló Ahmed, el peso y la talla son los indicadores más sensibles a la efectividad de la lactancia, mientras que el crecimiento craneal obedece en mayor medida a determinantes genéticos y neurológicos.

La clasificación nutricional según la OMS mostró, que en el grupo experimental (CTLM), el indicador Peso/Edad mejoró en proporción el nivel bajo peso (57,69%) desde el primer control posterior a la corrección de la técnica hasta el sexto control donde predominaron aquellos con en normal (69,23%). En el Indicador Talla/Edad, la clasificación normal del primer control (61,54%) aumentó en proporción para el sexto control (80,77%). En el indicador circunferencia cefálica/Edad, en el primer control predominaron aquellos lactantes clasificados como normales (76,92%) y ya para el sexto control el porcentaje de esta categoría aumentó levemente (84,62%).

Similar hallazgo reportó el grupo control, a excepción del indicador circunferencia cefálica/Edad donde no hubo cambios entre el primer y último control.

En correspondencia a lo anteriormente planteado, Omid et al<sup>49</sup>, demostraron que programas educativos en lactancia mejoran de manera significativa la ganancia ponderal de lactantes con bajo peso al nacer, especialmente a partir de las primeras dos semanas de vida. Aunque este antecedente se centra en una población de riesgo, coincide con los hallazgos presentes, pues la corrección del agarre y de la postura actuó como una intervención formativa dirigida, que favoreció una mejor transferencia láctea y permitió un incremento progresivo de los indicadores de crecimiento. El efecto temprano observado en peso/edad y talla/edad en el grupo intervenido guarda correspondencia con lo reportado en dicha investigación, lo cual reafirma el valor de la educación práctica como estrategia para sostener la LME.

Del mismo modo, Moradi et al<sup>50</sup>, reportaron que la LME confiere ventajas significativas sobre la alimentación con fórmula o combinada en relación con peso, talla y circunferencia cefálica durante los primeros seis meses de vida. Esta evidencia respalda la normalización temprana de la talla/edad observada en el primer control del grupo intervenido, probablemente explicada por una transferencia de leche más eficiente, tras la corrección técnica. La ausencia de diferencias marcadas en los indicadores globales entre los grupos de este estudio puede atribuirse a la alta prevalencia de LME en ambos, lo que reduce la brecha en las trayectorias de crecimiento.

La evidencia sintetizada por Da Silva et al<sup>51</sup>, indicó que, los patrones de crecimiento de lactantes alimentados con LME durante los primeros seis meses son comparables e incluso superiores a las referencias internacionales de NCHS (1977) y OMS (2006), con mayor expresión en el segundo trimestre. Este

antecedente coincide con los incrementos progresivos en peso y talla observados en ambos grupos del presente estudio y apoya la interpretación de que las intervenciones oportunas como la corrección de la técnica de amamantamiento no solo reducen complicaciones, sino que también aseguran un impacto positivo y sostenido en el desarrollo infantil.

En síntesis, los resultados de este estudio demuestran que la corrección de la técnica de lactancia materna genera un efecto temprano y sostenido en los indicadores antropométricos, con un incremento ponderal significativo desde el primer control posterior a la corrección de la técnica hasta el sexto control ( $p < 0,05$ ) acompañado de una mejora progresiva en talla y circunferencia cefálica, con significancia estadística en ambos grupos ( $p < 0,05$ ). No obstante, en el primer control del grupo CTLM posterior a la corrección de la técnica de amamantamiento, mostró una mayor proporción de valores normales en el indicador T/E ( $P = 0,0095 < 0,05$ ), lo que sugiere un efecto temprano favorable de la intervención.

## **CONCLUSIONES**

Los hallazgos obtenidos en esta investigación demuestran que la corrección de la técnica de lactancia materna produce un efecto positivo y sostenido sobre la ganancia ponderal y la evolución antropométrica de los lactantes durante los primeros seis meses de vida, contribuyendo a un desarrollo físico armónico. Esto resalta la importancia de la intervención oportuna en la técnica de amamantamiento como una estrategia eficaz para promover la lactancia materna exclusiva y asegurar una adecuada nutrición infantil.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda elaborar protocolos escritos que respalden programas de educación en lactancia materna dirigidos a madres y personal de salud, incorporando la consulta pediátrica prenatal como un espacio fundamental para brindar información y entrenamiento práctico en la técnica de amamantamiento. Asimismo, promover el inicio de la lactancia en la primera hora de vida, el alojamiento conjunto y la enseñanza de la correcta colocación del bebé al pecho durante la estancia hospitalaria, evitando el uso de sucedáneos de la leche materna. Al egreso, derivar al binomio madre-hijo a grupos de apoyo y garantizar un seguimiento regular mediante controles antropométricos y orientación continua. Finalmente, se sugiere replicar este estudio en poblaciones más amplias y diversos contextos para fortalecer la evidencia disponible.

## REFERENCIAS

1. Victora C, Bahl R, Barros A, França G, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
2. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington; 2010. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocumentrodriguezavilles/2010/IYCF\\_model\\_SP\\_web.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocumentrodriguezavilles/2010/IYCF_model_SP_web.pdf)
3. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna: guía para profesionales. Madrid: AEP; 2004. Disponible en: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/Comit%C3%A9-de-Lactancia-Materna-de-la-AEP.-Lactancia-materna.-gu%C3%ADa-para-profesionales.-2004.pdf>
4. Campoy C, Martín-Torres N, Martín B. Nutrición durante los primeros 1.000 días de vida. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2023;1:441-54. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36\\_nutricion\\_1000\\_dias.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36_nutricion_1000_dias.pdf)
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 250 millones de niños y niñas en el mundo viven en zonas de conflicto. Disponible en: <https://unicef.org/ec/conflictos>
6. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. En la Semana Mundial de la Lactancia Materna, se insta a los países a invertir en sistemas de salud y brindar apoyo a las madres lactantes. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/6-8-2025-semana-mundial-lactancia-materna-se-insta-paises-invertir-sistemas-salud-brindar>
7. World Breastfeeding Trends Initiative. Venezuela Reportcard 2017. Disponible en: <https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/country-data/country-reportcard/Venezuela-Reportcard-2017.pdf>
8. Araque C. Técnicas de lactancia materna: manejo del agarre para una lactancia efectiva. *Gac Méd Caracas*. 2021;129(3):S573-9. doi:10.47307/gmc.2021.129.s3.10.
9. Quintero E, Roque P, De la Mella S, Fong G. Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. *Medicentro Electrón*. 2014;18(4):156-62. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432014000400003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000400003&lng=es)
10. Livoğlu B. Fisiología de la lactancia materna. En: Guía clínica en lactancia materna: fisiología, éxito y desafíos. Londres: IntechOpen; 2022. doi:10.5772/intechopen.1010255.
11. Fernández I, González C. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enferm Glob*. 2013;12(31):443-51. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000300023&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300023&lng=es)

12. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Análisis de la situación sobre la práctica de la lactancia materna en los servicios de maternidad en Venezuela. Caracas: MPP S; 2015. ISBN: 978-980-6468-66-5. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/media/776/file/An%C3%A1lisis%20de%20la%20situaci%C3%B3n%20sobre%20la%20pr%C3%A1ctica%20de%20la%20lactancia%20materna.pdf>
13. Ortega J, Quizhpe D, Barzallo T, Espinoza R. Desarrollo pondoestatural y psicomotor en niños alimentados con leche materna en comparación con los alimentados con leche de fórmula. LATAM. 2023;4(1):1652-76. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/366>
14. Fernández C, D'Amato-Gutiérrez M, Neira-Trujillo L, Morales R, Barrientos L, Vera-Marín C. Factores que afectan la práctica de lactancia materna exclusiva en un centro de referencia: un estudio de casos y controles. Rev CES Med. 2023;37(2):50-8. doi:10.21615/cesder.7080.
15. Fernández P, Hierrezuelo N, Blanch M. Factores de riesgo relacionados con el abandono de la lactancia materna exclusiva. Multimed. 2022;26(5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182022000500005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000500005&lng=es)
16. Gudiño K. Factores asociados a la práctica de lactancia materna exclusiva en madres en período de lactancia, usuarias del centro de salud N°1 Ibarra, provincia Imbabura en abril - mayo del 2022 [tesis de maestría]. Quito: Universidad Internacional del Ecuador; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/5451/1/UIDE-Q-TMSP-2022-8.pdf>
17. Esquivel I. Evaluación del impacto de la alimentación con leche materna o sucedáneos sobre los indicadores antropométricos de lactantes de Tula de Allende, Hidalgo [tesis de maestría]. Hidalgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2022. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/jspui/bitstream/231104/2891/1/AT26548.pdf>
18. Hernández N. Intervención educativa sobre lactancia materna en gestantes de la comunidad Hermanos Aguilera desde enero de 2020 a septiembre de 2021 [tesis]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas de Holguín; 2022. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=2349>
19. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Consejería en lactancia materna: curso de capacitación. Guía del capacitador. Ginebra: OMS; 1993. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/Consejeria%20en%20LM%20Curso%20de%20Capacitacion%20Guia%20del%20Capacitador%201993.pdf>
20. Mercer R. Becoming a mother versus maternal role attainment. J Nurs Scholarsh. 2004;36(3):226-32. doi:10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x.
21. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA). Nutrición en pediatría. Tomo I. 2ª ed. ampliada. Caracas: Empresas Polar, CANIA; 2009. 795 p

22. Lattari A. Edad gestacional. En: Manual MSD. Kenilworth (NJ): Merck Sharp & Dohme LLC; 2023. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-ve/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/edad-gestacional>
23. Flores S. Antropometría, estado nutricional y salud de los niños. Importancia de las mediciones comparables. Bol Med Hosp Infant Mex. 2006;63(2):73-5. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462006000200001](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000200001)
24. Cárdenas-López C, Haua-Navarro K, Suverza-Fernández A, Perichart-Perera O. Mediciones antropométricas en el neonato. Bol Med Hosp Infant Mex. 2005;62(3):214-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2005/hi053i.pdf>
25. Jessri M, Farmer A, Maximova K, Willows N, Bell R. Predictores de la lactancia materna exclusiva: observaciones del estudio de nutrición y resultados del embarazo de Alberta (APrON). BMC Pediatr. 2013;13:77. doi:10.1186/1471-2431-13-77.
26. Alcaraz M, Nápoles Y, Chaveco I, et al. La historia clínica: un documento básico para el personal médico. Rev MEDISAN. 2010;14(7):982-93. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192010000700018](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700018)
27. Comité de Población del Consejo Nacional de Investigación (EE. UU.); Parnell AM, editor. Uso de anticonceptivos y fertilidad controlada: problemas de salud para mujeres y niños. Washington (DC): National Academies Press; 1989. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235085/>
28. İmamoğlu M, Şimşek D, Dinçgez B, Ünal S, Demirci A, İlhan O, et al. Short interdelivery interval in modern obstetrics: maternal and neonatal outcomes. Turk J Obstet Gynecol. 2022;19(4):295-301. doi:10.4274/tjod.galenos.2022.50576.
29. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population-based retrospective cohort study. Int J Epidemiol. 2007;36(2):368-73. doi:10.1093/ije/dyl284.
30. Ye X, Baker PN, Tong C. La comprensión actualizada de la edad materna avanzada. Investig Fundam. 2024;4(6):1719-28. doi:10.1016/j.fmre.2023.09.013.
31. Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med Chile. 2014;142(2):168-74. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>
32. Paisán L, Sota I, Muga O, Imaz M. El recién nacido de bajo peso. San Sebastián: Hospital Donostia, UPV. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9_1.pdf)
33. Ballesté I, Álvarez A, Alonso R, Campo A, Díaz R, Amador R. Factores de riesgo para complicaciones del recién nacido grande para su edad gestacional

- al. *Investig Educ Enferm*. 2012;30(1):95-100. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3928357>
34. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int J Morphol*. 2017;35(1):227-32. doi:10.4067/S0717-95022017000100037.
  35. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 4ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
  36. González-Garay A, Díaz-García L, Chiharu M, Anzo-Osorio A, García de la Puente S. Generalidades de los estudios de casos y controles. *Acta Pediatr Mex*. 2018;39(1):72-80. doi:10.18233/APM1No1pp72-801542.
  37. Myers D. *Psicología*. 7ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006.
  38. Chávez N. *Introducción a la investigación educativa*. Zulia: Editora la Columna; 2004.
  39. Organización Mundial de la Salud. Proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: la Iniciativa Hospital Amigo del Niño para el decenio 2018–2020. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513807>
  40. Vicent J, Esquivel J, Valcarce I, Ciriza E, García C, López A, et al. Traducción al español y validación de una escala para la observación de la lactancia materna: The Bristol Breastfeeding Assessment Tool. *An Pediatr (Barc)*. 2022;96(4):286-93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403321001818>
  41. Palella S, Martins F. *Metodología de la investigación cuantitativa*. 3ª ed. Caracas: Fedupel; 2012.
  42. Martinelli R, Marchesan IQ, Rodrigues A, Berretin-Felix G. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. *Rev CEFAC*. 2012;14(1):138-45.
  43. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO; 2006. ISBN: 924154693X. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>
  44. World Health Organization. WHO child growth standards: training course on child growth assessment. Geneva: WHO; 2008. ISBN: 9789241595070. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43601/9789241595070\\_A\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43601/9789241595070_A_eng.pdf)
  45. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Human energy requirements. Rome: FAO; 2001. Disponible en: <https://www.fao.org/4/y5686e/y5686e00.htm>
  46. INTERGROWTH-21st. Proyecto multicéntrico internacional para el estudio del crecimiento fetal y el desarrollo infantil. Oxford: Universidad de Oxford. Disponible en: <https://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/es>
  47. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO; 2006. ISBN: 92415469

- 3X. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>
48. Ahmed S, Hamid H, Shanmugam A, Gabir M, Abdalla S. Impact of exclusive breastfeeding on physical growth. *Nutr Open Sci.* 2023;49:101-6. doi:10.1016/j.nutos.2023.04.008.
  49. Omidi A, Rahmani S, Amini R, Karami M. The effect of a planned lactation education program on the mother's breastfeeding practice and weight gain in low birth weight infants: a randomized clinical trial study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):482. doi:10.1186/s12884-022-04810-z.
  50. Moradi M, Ahmadi Angali K, Behzadi MH, Farnoosh R. The effect of breastfeeding on children's growth indices up to 6 months: An application of multivariate linear mixed model. *J Res Med Sci.* 2023;28:31. doi:10.4103/jrms.jrms\_75\_22.
  51. Da Silva R, De Aguiar J, Konstantyner T, et al. Anthropometric indices and exclusive breastfeeding in the first six months of life: a comparison with reference standards NCHS, 1977 and WHO, 2006. *Int Breastfeed J.* 2015;10:20. doi:10.1186/s13006-015-0045-6.

## ANEXOS

### ANEXO A

#### Cuadro de operacionalización de variables

**Objetivo general:** Evaluar los efectos de la corrección de las Técnicas de Lactancia Materna en la Ganancia Ponderal en Lactantes 0-6 Meses de edad asistidos en la Maternidad y Centro Pediátrico Santa María. Valencia. estado Carabobo. Año 2024.

Objetivo específico	Variable	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Caracterizar los aspectos individuales y de la gestación de las madres de los lactantes de 0 a 6 meses de edad	Antecedentes gestacionales	Condiciones obstétricas durante embarazo y parto	Nº gestaciones, tipo de parto, controles prenatales	Historia clínica materna
Identificar antecedentes perinatales de los lactantes de 0 a 6 meses de edad	Antecedentes perinatales	Condiciones neonatales al nacimiento	Semanas de gestación, peso (g), Apgar, género	Historia clínica neonatal
Describir determinantes de la mala técnica de amamantamiento	Técnica de lactancia materna	Condiciones observables durante el amamantamiento	Postura, agarre areolar, alineación, respiración.	Formulario de Observación del Amamantamiento
Cuantificar aspectos antropométricos al nacimiento	Antropometría neonatal	Peso, talla y circunferencia cefálica	Peso (g), talla (cm), CC (cm)  Control al nacer	Ficha de medidas antropométricas
Comparar la evolución de la ganancia ponderal en los lactantes con técnica corregida vs. control	Ganancia ponderal	Variación de peso/talla/ circunferencia cefálica entre controles sucesivos	Peso (g), talla (cm), CC (cm)  Controles sucesivos	Ficha de medidas antropométricas
Contrastar la antropometría registrada entre el 1er y 6to control	Crecimiento antropométrico	Evolución de peso, talla y circunferencia cefálica	Peso (g), talla (cm), CC (cm)  Incremento de medidas	Ficha de medidas antropométricas

Fuente: Peralta N; 2024

## ANEXO B: Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**

### Consentimiento informado

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, y representante legal de \_\_\_\_\_, expreso por este medio, mi voluntad de que mi representado participe libremente en el estudio denominado: **Correlación entre la Lactancia Materna Exclusiva y las medidas antropométricas en lactantes de 0 a 6 meses de edad.** Realizado por la Dra. Nathasha Peralta y tutorado por la Dra. Claudia Sánchez. cuya investigación representa su tesis, para la obtención del grado de Magister en Nutrición.

Expreso que se me ha informado las características de la investigación, su propósito, beneficios y voluntariamente me ofrezco a que los investigadores puedan realizar la evaluación y encuestas necesarias.

Asimismo, manifiesto que los investigadores pueden ponerse en contacto con mi persona, por lo que libremente suministro mi número de teléfono para ser ubicado(a), así como para obtener cualquier otra información que ayude a culminar esta investigación. Estoy al tanto que la información que proporcione será confidencial y solo será conocida por los investigadores.

Consentimiento que autorizo en la ciudad de Valencia, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

—

---

Nombre  
Cedula  
Tif.

# ANEXO C: Historia Clínica Neonatal. (Modelo)

## Historia Clínica Neonatal

FECHA: \_\_\_\_\_

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_  MASCULINO  
 FEMENINO  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad de la madre: \_\_\_\_\_ Número Tel: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Diabetes  Hipertensión  Cardiovasculares  Renales  Hepáticos  Neoplasias  TB  
 Especifique: \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PREGESTACIONALES

Historia obstétrica: número de embarazos \_\_\_\_\_ abortos espontáneos \_\_\_\_\_ hijos vivos \_\_\_\_\_  
 P: \_\_\_\_\_ C: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ Última cesárea: \_\_\_\_\_ Ectópico: \_\_\_\_\_ Óbito: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad de padre: \_\_\_\_\_ Escolaridad de la madre: \_\_\_\_\_  
 Condición socioeconómica: Buena  Regular  Mala   
 Casa: Madera  Concreto  Intemperie  Piso:  Madera  Cemento  Tierra  
 Habitaciones: \_\_\_\_\_ Habitantes: \_\_\_\_\_  
 Ventilación:  Sí  No Luz Eléctrica:  Sí  No Agua Potable:  Sí  No Drenaje:  Sí  No  
 Estado nutricional de la madre: Bueno  Regular  Malo   
 Recibió la madre alguna inmunización en el embarazo: \_\_\_\_\_  
 Tabaquismo:  Sí  No Evolución: \_\_\_\_\_ Alcoholismo:  Sí  No Evolución: \_\_\_\_\_  
 Toxicomanías:  Sí  No Evolución: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PRENATALES

Grupo y Rh de la madre: \_\_\_\_\_ Grupo y Rh del padre: \_\_\_\_\_  
 Control prenatal: \_\_\_\_\_ A partir de que semana: \_\_\_\_\_  
 Alteraciones detectadas durante el embarazo: Oligohidramnios \_\_\_\_\_ Polihidramnios \_\_\_\_\_ Retraso CIU \_\_\_\_\_  
 Patologías durante el embarazo: Rubéola \_\_\_\_\_ Toxoplasmosis \_\_\_\_\_ Citomegalovirus \_\_\_\_\_  
 Pre eclampsia \_\_\_\_\_ Eclampsia \_\_\_\_\_ Diabetes Gestacional \_\_\_\_\_ Diabetes Mellitus: \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_  
 Fármacos durante el embarazo: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES INTRANATALES

Antecedentes del parto:  
 Tipo de parto: Vaginal  Cesárea  Atención hospitalaria \_\_\_\_\_ Resucitación \_\_\_\_\_  
 Duración \_\_\_\_\_ Aplicación de fórceps: \_\_\_\_\_ Uso de analgesia: \_\_\_\_\_ Uso de anestesia: \_\_\_\_\_  
 RPM  Prolapso De cordón umbilical  Placenta previa:   
 Condiciones de líquido amniótico: \_\_\_\_\_  
 Condiciones de la placenta: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES POSTNATALES

Edad gestacional \_\_\_\_\_ SDG por Capurro \_\_\_\_\_ Apgar \_\_\_\_\_ Silverman \_\_\_\_\_  
 Alimentación del neonato: Fórmula  Lactancia materna   
 Tamiz realizado: Sí  No  Inmunizaciones: \_\_\_\_\_  
 Aplicación de vitamina K: Sí  No   
 Antecedentes neonatales: Apneas  Ventilación mecánica  Síndrome de Dificultad Respiratoria   
 Hemorragia  Sepsis  Enterocolitis Necrosante  Convulsiones  Hipoglucemia

### EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos Vitales:  
 Temperatura: \_\_\_\_\_ °C FC: \_\_\_\_\_ x' FR: \_\_\_\_\_ x'  
 Somatometría:  
 Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ PT: \_\_\_\_\_ SI: \_\_\_\_\_ Pie: \_\_\_\_\_  
 Exploración regional:  
 Color de piel: \_\_\_\_\_ Fascie: \_\_\_\_\_ Movimientos anormales: \_\_\_\_\_  
 Tipo de sueño: \_\_\_\_\_ Lesiones dérmicas: \_\_\_\_\_ Postura: \_\_\_\_\_  
 Tipo de respiración: \_\_\_\_\_ Signos abdominales: \_\_\_\_\_  
 Cabeza: Sin alteraciones \_\_\_\_\_ Cefalohematoma \_\_\_\_\_ Caput succedaneum \_\_\_\_\_ Tono de fontanelas \_\_\_\_\_  
 Separación de huesos del cráneo \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
 Ojos: Sin alteraciones \_\_\_\_\_ Conjuntivitis \_\_\_\_\_ Cataratas \_\_\_\_\_ Reflejos \_\_\_\_\_ Estrabismo \_\_\_\_\_ Hipertelorismo \_\_\_\_\_  
 Oreas: Implantación adecuada: \_\_\_\_\_ Implantación baja \_\_\_\_\_ Conducto auditivo \_\_\_\_\_  
 Nariz: Sin alteración \_\_\_\_\_ Permeable \_\_\_\_\_ Secreciones \_\_\_\_\_ Aleteo nasal \_\_\_\_\_  
 Boca: Sin alteraciones \_\_\_\_\_ Labio leporino \_\_\_\_\_ Paladar hendido \_\_\_\_\_ Dientes \_\_\_\_\_  
 Lengua: Sin alteraciones \_\_\_\_\_ Micrognatia \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_  
 Cuello: Sin alteraciones \_\_\_\_\_ Anomalia músculo ECM \_\_\_\_\_ Tumores \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
 Tórax: Sin alteraciones \_\_\_\_\_ Fractura de clavícula \_\_\_\_\_ Hipertrofia de mamas \_\_\_\_\_ Secreción láctea \_\_\_\_\_ Pezones  
 supernumerarios \_\_\_\_\_ Deformidades de parrilla costal \_\_\_\_\_ Soplo \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
 Abdomen: Sin alteraciones \_\_\_\_\_ Hepatomegalia \_\_\_\_\_ Esplenomegalia \_\_\_\_\_ Hernia umbilical \_\_\_\_\_ Hernia \_\_\_\_\_  
 Características del cordón umbilical: \_\_\_\_\_  
 Pelvis: Sin alteraciones \_\_\_\_\_ Lusación congénita de cadera \_\_\_\_\_  
 Genitales: Sin alteraciones \_\_\_\_\_ Hipertrofia de clitoris \_\_\_\_\_ Crecimiento peneano \_\_\_\_\_ Hipospadias \_\_\_\_\_  
 Hidrocele \_\_\_\_\_ Criptorquidia \_\_\_\_\_ Permeabilidad anal \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
 Extremidades: Tono muscular \_\_\_\_\_ Movilidad \_\_\_\_\_ Tamaño \_\_\_\_\_  
 Polidactilia \_\_\_\_\_ Sindactilia \_\_\_\_\_ Parálisis del plexo braquial \_\_\_\_\_  
 Artrogriposis \_\_\_\_\_ Pliegues y surcos de palmas y plantas \_\_\_\_\_ fractura \_\_\_\_\_  
 Pie equino varo \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

### ESTUDIOS PARACLÍNICOS

\_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO

\_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 MEDICO TRATANTE  
 (NOMBRE, CEDULA Y FIRMA)

\_\_\_\_\_  
 MEDICO DE GUARDIA  
 (NOMBRE, CEDULA Y FIRMA)

**ANEXO D:** Ficha de medidas antropométricas

**MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

Fecha de evaluación:					
<b>DATOS PERSONALES</b>					
Nombre y Apellidos:					
Fecha y lugar de Nacimiento:					
Edad:			Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
<b>MEDICIONES AL NACER</b>					
Peso:			Talla:		
<b>CONTROLES</b>					
No.	Fecha	Edad	Peso	Talla	Observaciones
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Fuente: Peralta N; 2024

**Anexo E: Test de la Lengüita.**

**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA  
CON PUNTUACIÓN PARA BEBÉS  
Martinelli y col., 2012**

**HISTORIA CLÍNICA**

Nombre y apellidos:	_____	FN:	____/____/____		
Fecha de examen:	____/____/____	Género:	M ( ) F ( )		
Nombre de la madre:	_____				
Nombre del padre:	_____				
Dirección:	_____	N°:	_____		
Distrito:	_____	Ciudad/estado:	_____	Seguro Med.:	_____
Teléfonos:	( ) _____	( ) _____	( ) _____		
	Casa	Trabajo	Celular		
Correo electrónico:	_____				

**Antecedentes familiares (Investigar si existen casos en la familia con alteración del frenillo de la lengua)** ( ) No (0) / ( ) Si (1)  
¿Quién y que dificultad presenta? \_\_\_\_\_

**Problemas de salud:** ( ) No ( ) Si  
¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

**Lactancia materna:**

- ¿Cuál es el tiempo entre tomas? ( ) 3h (0) ( ) 2h (0) ( ) 1h o menos (2)
- ¿Presenta cansancio al lactar? ( ) No (0) ( ) Si (1)
- ¿Lacta un poco y se duerme? ( ) No (0) ( ) Si (1)
- ¿Va soltando el pezón? ( ) No (0) ( ) Si (1)
- ¿Muerde el pezón? ( ) No (0) ( ) Si (2)

**Puntuación total de la historia clínica: Mejor resultado = 0 Peor resultado = 8**

**EXAMEN CLÍNICO**  
(se sugiere filmar para realizar un análisis posterior)

**PARTE I – EVALUACIÓN ANATOMOFUNCIONAL**

**1. Postura habitual de labios**



( ) Labios cerrados (0)



( ) Labios entreabiertos (1)



( ) Labios abiertos (1)

**2. Tendencia de la posición de la lengua durante el llanto**



( ) Lengua en la línea media (0)



( ) Lengua elevada (0)



( ) Lengua en la línea media con elevación de los laterales (2)



( ) Lengua baja (2)

**3. Forma de la lengua cuando se eleva durante el llanto**



( ) Redondeada (0)

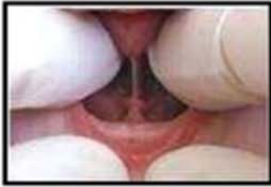


( ) Ligera fisura en ápice (2)



( ) Forma de corazón (3)

#### 4. Frenillo de la lengua



Se puede visualizar



No se puede visualizar



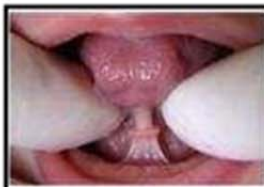
Visualizado con maniobra\*

**EN CASO DE NO SER OBSERVADO, PROSEGUIR CON LA SEGUNDA PARTE (Evaluación de las funciones orofaciales)**

#### 4.1 Espesor del frenillo



Delgado (0)



Grueso (2)

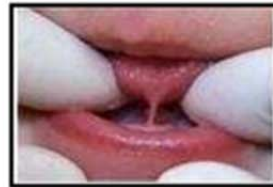
#### 4.2 Fijación del frenillo en la cara sublingual (ventral) de la lengua



En el tercio medio (0)

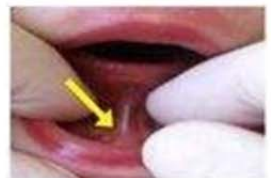


Entre el tercio medio y el ápice (1)



En el ápice (3)

#### 4.3 Fijación del frenillo en el piso de la boca



Visible a partir de las carúnculas sublinguales (0)



Visible a partir de la cresta alveolar inferior (1)

\* Maniobra de elevación y posteriorización de la lengua.

Si no se observa, acompañar el caso.

Puntuación total de la evaluación anatomofuncional: Mejor resultado = 0 Peor resultado = 12

## PARTE II – EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES OROFACIALES

### 1. Succión no nutritiva (succión del dedo meñique con guante)

#### 1.1. Movimiento de la lengua

- adecuado: protrusión lingual, movimientos coordinados y succión eficiente (0)
- inadecuado: protrusión lingual limitada, incoordinación de movimientos y demora para iniciar la succión (1)

### 2. Succión nutritiva (próxima a la hora de lactar, observar al bebé lactando durante 5 minutos)

#### 2.1. Ritmo de succión (observar grupos de succión y pausas)

- varias succiones seguidas con pausas cortas (0)
- pocas succiones con pausas largas (1)

#### 2.2. Coordinación entre succión/deglución/respiración

- adecuada (0) (equilibrio entre la eficiencia alimenticia y las funciones de succión, deglución y respiración, sin señales de estrés)
- inadecuada (1) (tos, náuseas, disnea, regurgitación, hipo, ruidos durante la deglución)

#### 2.3. "Muerde" el pezón

- No (0)
- Si (2)

#### 2.4. Chasquidos durante la succión

- Ninguno (0)
- Asistemáticos (1)
- Frecuentes (2)

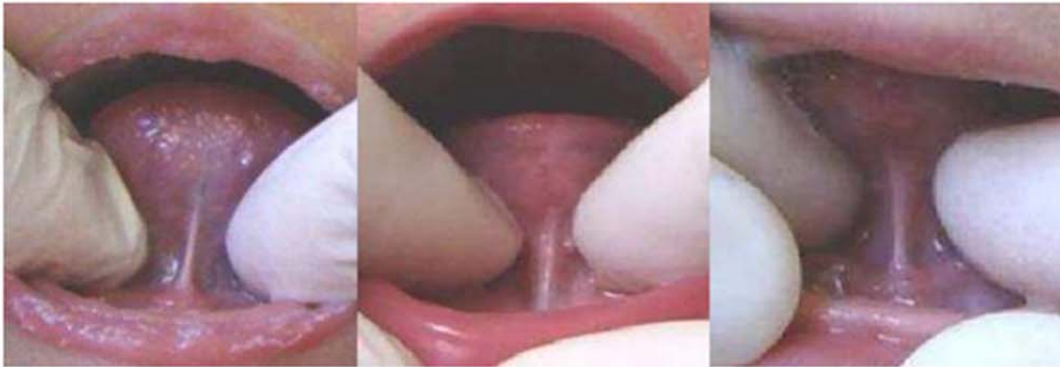
Puntuación total de la evaluación de las funciones orofaciales:

Mejor resultado = 0 Peor resultado = 7

PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL DE LAS PRUEBAS: Mejor resultado = 0 Peor resultado = 27

Cuando la suma de la historia y del examen clínico es igual o mayor que 9, se puede considerar al FRENILLO DE LA LENGUA como ALTERADO.

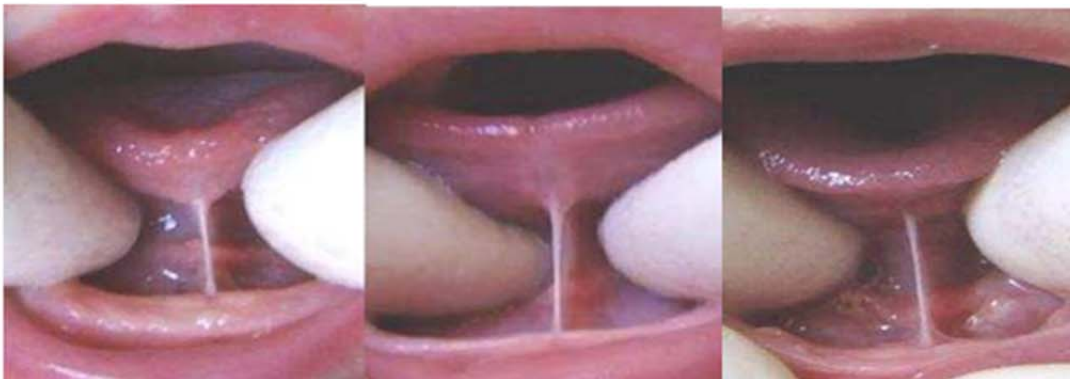
**CLASIFICACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA EN BEBES - MARTINELLI, R**  
**Frenillos normales**



**Frenillos cortos**



**Frenillos con fijación anteriorizada**



**CLASIFICACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA EN BEBES – MARTINELLI, R**  
**Frenillos cortos y con fijación anteriorizada**



**Frenillos submucosos**



**Anquiloglosia**



Fuente: Martinelli R et al(2012)

## ANEXO F: Formulario de Observación del Amamantamiento

### Observación del Amamantamiento

#### OBSERVACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del bebé: \_\_\_\_\_ Edad del bebé: \_\_\_\_\_

(Los signos entre paréntesis se refieren al recién nacido, no a bebés mayores)

#### SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA

#### SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD

##### GENERALES

##### Madre:

- Se ve saludable
- Está relajada y cómoda
- Signos de vínculo afectivo madre/bebé  
(Acaricia al bebé, lo sostiene segura y confiada, mucho contacto)

##### Madre:

- Se ve enferma o deprimida
- Está tensa e incomoda
- No existe contacto visual madre/bebé  
(Lo toca poco, no hay casi contacto físico)

##### Bebé:

- Se ve saludable
- Está calmado y/o alerta mientras mama
- Busca el pecho si tiene hambre  
(Búsqueda, explora el pecho con la lengua)

##### Bebé:

- Se ve somnoliento o enfermo
- Está inquieto o llorando
- No busca el pecho  
(No se observa búsqueda)

#### PECHOS

- Blandos después de la mamada
- No presentan dolor o molestias
- Sostiene el pecho con los dedos en la areola lejos del pezón
- Pezón sobresale de su base
- Pechos redondeados mientras el bebé mama

- Pechos ingurgitados (pletóricos)
- El pecho enrojecido y/o el pezón dolorido
- Sostiene el pecho con los dedos en la areola
- Pezón plano, no sobresale
- Pechos estirados o halados

#### POSICIÓN DEL BEBÉ DURANTE LA LACTANCIA

- La cabeza y el cuerpo están alineados
- Está en contacto con el cuerpo de la madre
- Todo el cuerpo del bebé es sostenido (Nalgas del bebé apoyadas)
- Aproximación al pecho, nariz se dirige al pezón

- El cuello y la cabeza están torcidos
- El bebé no está en contacto
- Sólo la cabeza y el cuello son sostenidos
- Aproximación al pecho, labio inferior/mentón al pezón

#### AGARRE DEL PECHO

- Se ve más areola por encima del labio superior
- La boca está muy abierta
- El labio inferior hacia fuera
- El mentón toca el pecho

- Más areola por debajo del labio inferior
- La boca no está muy abierta
- Los labios apuntan hacia adelante o hacia adentro
- El mentón no toca el pecho

#### SUCCIÓN – DEGLUCIÓN

- Lengua adelante y acanalada
- Succiones lentas, profundas, con pausas
- Mejillas redondeadas
- Se puede ver u oír al bebé deglutendo
- El bebé suelta el pecho espontáneamente
- La madre experimenta signos del reflejo de oxitócina (Chorro, entuertos)

- Lengua posterior y/o plana
- Succiones rápidas, superficiales
- Mejillas tensas o chupadas cuando succiona
- Se oye al bebé chasqueando
- La madre retira al bebé del pecho
- No se observan signos del reflejo de oxitócina

El bebé mamó durante \_\_\_\_\_ minutos.

---

*Adaptado de la ficha del mismo nombre "Guía de Capacitación en manejo en lactancia" de H. C. Armstrong, New York, IBFAN y UNICEF, 1992, Consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño.*

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

## **ANEXO G: Valoración Observación de la Lactancia Materna**

### **Valoración Observación de la Lactancia Materna**

#### **• Generales (Madre / bebé) (6 ítems)**

- Deficiente: 0 a 1 ítems afirmativos
- Regular: 2 a 3 ítems afirmativos
- Buena: 4 a 6 ítems afirmativos

#### **• Pechos (5 ítems)**

- Deficiente: 0 a 1 ítems afirmativos
- Regular: 2 a 3 ítems afirmativos
- Buena: 4 o a ítems afirmativos

#### **• Posición del bebe durante la lactancia (4 ítems)**

- Deficiente: 0 a 1 ítems afirmativos
- Regular: 2 ítems afirmativos
- Buena: 3 a 4 ítems afirmativos

#### **• Agarre del pecho (4 ítems)**

- Deficiente: 0 a 1 ítems afirmativos
- Regular: 2 ítems afirmativos
- Buena: 3 a 4 ítems afirmativos

#### **• Succión- Deglución (6 ítems)**

- Deficiente: 0 a 2 ítems afirmativos
- Regular: 3 a 4 ítems afirmativos
- Buena: 5 a 6 ítems afirmativos

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

Anexo H: Tablas de valores antropométricos. INTERGROWTH-21st.

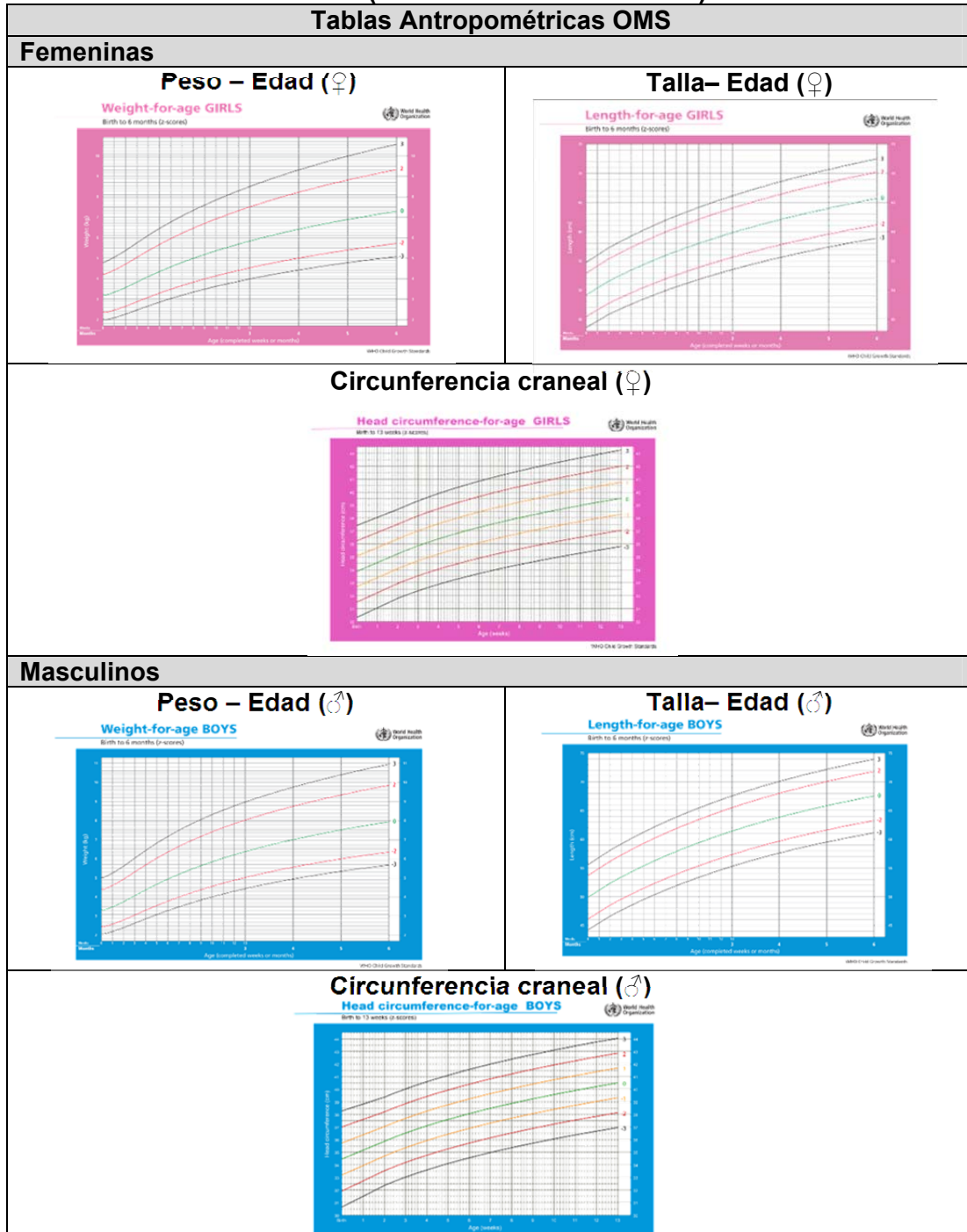
Tablas de valores antropométricos. INTERGROWTH-21st.  
(Puntos de corte Z-score)

Femeninas			
Peso al nacer (♀)		Longitud al nacer (♀)	
Circunferencia de la cabeza al nacer (♀)			
Masculino			
Peso al nacer (♂)		Longitud al nacer (♂)	
Circunferencia de la cabeza al nacer (♂)			

Fuente: INTERGROWTH-21st.

Anexo I: Tablas de valores antropométricos. OMS

Tablas de valores antropométricos. OMS  
(Puntos de corte Z-score)



Fuente: Organización Mundial de la Salud