

**EFFECTO DE LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN MUJERES EN PERÍODO
DE LACTANCIA SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS
LACTANTES: REVISIÓN NARRATIVA**

NUBIA LUCELLY ACHICANOY DIAZ

ASESORA

CATALINA MARIA ARANGO ALZATE

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

LINEA DE INVESTIGACIÓN SITUACIÓN DE SALUD

MEDELLÍN, 2021

**EFFECTO DE LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN MUJERES EN PERÍODO
DE LACTANCIA SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS
LACTANTES: REVISIÓN NARRATIVA**

NUBIA LUCELLY ACHICANOY DIAZ

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA
SALUD

ASESORA

CATALINA MARIA ARANGO ALZATE

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

LINEA DE INVESTIGACIÓN SITUACIÓN DE SALUD

MEDELLÍN, 2021

CONTENIDO

1.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2	JUSTIFICACIÓN	13
2.	REFERENTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	15
3.	OBJETIVOS	17
3.1	Objetivo general.....	17
3.2	Objetivos específicos.....	17
4.	METODOLOGÍA.....	18
4.1	Tipo de estudio.....	18
4.2	Criterios de elegibilidad de los artículos	18
4.3	Métodos de búsqueda para la identificación de los estudios	19
4.4	Recolección y análisis de los datos.....	20
5.	ASPECTOS ÉTICOS.....	21
6.	RESULTADOS.....	22
7.	CONCLUSION DE LA REVISION	31
8.	ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	32
8.1	DIAGNOSTICO.....	32
8.2	PUBLICOS.....	32
8.3	MENSAJES.....	33
9.	PLAN DE MEDIOS.....	34
9.1	OBJETIVO.....	34
9.2	EL BRIEFING	34
9.3	TRABAJO CON FAMILIAS	34
10.	ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA Y PRESENTACIÓN.....	35
10.1	CONCEPTUALIZACIÓN.....	35
10.2	PLAN DE MEDIOS Y CANALES.....	35
10.3	MEDIOS DE DIFUSIÓN MASIVA.....	35
10.4	CANALES DE COMUNICACIÓN ONLINE – MEDIOS DIGITALES	36
	REFERENCIAS	37

RESUMEN

La desnutrición materna y de la niñez contribuye a más de un tercio de la mortalidad de la niñez y con más del 10% a la carga global de enfermedades. De los factores nutricionales relacionados con la muerte en la niñez, la desnutrición crónica (talla baja para la edad), la desnutrición aguda severa y el retardo del crecimiento intrauterino, constituyen los principales factores de riesgo. Existe evidencia sobre la importancia de asegurar una adecuada nutrición durante los mil primeros días del niño desde su concepción hasta los dos primeros años, para asegurar su adecuado crecimiento físico y desarrollo cerebral, además por ser este tiempo, una ventana de oportunidad para reducir la morbilidad y mortalidad causada por enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde una perspectiva centrada en el individuo define la educación alimentaria y nutricional, como aquella que promueve mejoras en los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las personas, para lograr una vida más sana y productiva.

PALABRAS CLAVE: Educación alimentaria y nutricional, lactancia materna, estrategia de comunicación.

ABSTRACT

Maternal and child malnutrition contributes to more than one third of child mortality and to more than 10 per cent of the global burden of disease. Of the nutritional factors related to childhood death, chronic malnutrition (low height for age), severe acute malnutrition and intrauterine growth retardation are the main risk factors. There is evidence on the importance of ensuring adequate nutrition during the first thousand days of the child from conception to the first two years, to ensure its adequate physical growth and brain development, in addition to being this time, a window of opportunity to reduce morbidity and mortality caused by chronic, non-transmissible diseases in adulthood. The Pan American Health Organization (PAHO) from an individual-centered perspective defines food and nutrition education as one that promotes improvements in people's knowledge, attitudes and practices, to achieve a healthier and more productive life.

KEYWORDS: Food and nutrition education, breastfeeding, communication strategy.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La desnutrición materna y de la niñez contribuye a más de un tercio de la mortalidad de la niñez y con más del 10% a la carga global de enfermedades. De los factores nutricionales relacionados con la muerte en la niñez, la desnutrición crónica (talla baja para la edad), la desnutrición aguda severa y el retardo del crecimiento intrauterino, constituyen los principales factores de riesgo. Por lo tanto, la reducción del retraso del crecimiento del lactante y del niño pequeño es esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la supervivencia de la niñez (ODM 4), así como es esencial la erradicación de la extrema pobreza y del hambre (ODM 1) (1).

El estado nutricional debe considerarse como una situación que hace parte de un contexto, donde interactúan múltiples factores como el empleo, la educación, el ingreso, la propaganda, la salud y la calidad de la vida de las personas; elementos que repercuten considerablemente sobre el funcionamiento integral del niño y posteriormente en su estado adulto. Los estudios sobre la desnutrición en América Latina y en los países en desarrollo, coinciden en la asociación entre el bajo poder adquisitivo, el limitado nivel educativo, las malas condiciones de higiene y la poca inocuidad de los alimentos, con las altas tasas de desnutrición

que aún se presentan, sin descontar la interacción entre la desnutrición y las infecciones que se agravan mutuamente. (2)

Las mujeres en edad reproductiva tienen más necesidades nutricionales que los varones adultos. Uno de los motivos es que la pérdida de sangre durante la menstruación lleva a una pérdida regular de hierro y otros nutrientes y hace que las mujeres tengan más propensión que los hombres a la anemia. Además, en numerosos países en desarrollo las mujeres trabajan mucho más fuerte que los varones. En áreas rurales, por lo general están muy comprometidas en la agricultura, y en las áreas urbanas, trabajan largas horas en fábricas y otros lugares; cuando regresan a casa, del campo o de la fábrica, aún tienen mucho trabajo que hacer en el hogar, incluso la preparación de los alimentos y el cuidado de los niños. Con frecuencia la pesada carga de recoger agua y combustible recae en las mujeres. Todo este trabajo aumenta las necesidades de energía nutricional y otros nutrientes.(3)

De igual forma el estado nutricional de la mujer, antes, durante y después del embarazo, contribuye a su propio bienestar general, pero también al de sus niños y otros miembros de la familia. El campo de la nutrición materna focaliza la atención a las mujeres como madres. A menudo se concentra en su estado nutricional principalmente pues éste se relaciona con el bienestar de los niños que engendra y su capacidad de amamantarlos, nutrirlos y cuidarlos. La salud y el bienestar de la madre como tal han sido relativamente descuidados. Tal es así que, el campo de la salud materno infantil enfatiza al niño y a la prestación de

servicios y atención de la mujer a fin de que pueda tener embarazos y lactancias exitosos, también en interés del niño, sin preocuparse demasiado por la madre. La función dual de las mujeres como madres y trabajadoras productivas se ve afectada por las dietas deficientes y la mala salud, y no sólo su propio bienestar sino el de toda la familia. La carga excesiva de trabajo puede llevar a la mujer con bajo consumo de alimentos al borde de la malnutrición.(3)

Por lo general en casi todos los países en desarrollo la mayoría de las mujeres lactan a sus niños recién nacidos por un período de semanas o meses después del parto, ya que los beneficios de la lactancia materna exclusiva son ampliamente conocidos.(4)

Sin embargo, se debe reconocer que la práctica de la lactancia materna, con sus beneficios mencionados, no siempre se realiza de la manera, la cantidad o tiempo adecuados, lo que trae diversos trastornos, entre ellos, estados nutricionales insatisfactorios para el lactante denominado desnutrición.

Si bien es cierto, que en temas de salud se ha avanzado a nivel global, aún queda mucho por hacer para salvar las vidas de millones de niños que mueren antes de alcanzar los cinco años de edad.(5)

Numerosos estudios han reportado el papel de las prácticas de nutrición materna en los resultados en salud de sus hijos (6)(7). Las deficiencias de micronutrientes durante el embarazo y la lactancia, así como el aumento de peso insuficiente

tienen implicaciones significativas para los resultados neonatales e infantiles incluyendo parto prematuro, bajo peso al nacer y déficit en micronutrientes en los primeros meses de vida. Las intervenciones que mejoran la nutrición materna antes, durante y/o después del embarazo pueden reducir riesgos en el estado de salud y nutrición de las madres y sus hijos (6) (8).

En los países con bajos y medianos ingresos es muy común que se realicen programas para mejorar la salud materna e infantil que incluyan alimentación complementaria entendida como el suministro de alimentación adicional a niños o familias más allá de la ración habitual de la dieta familiar (9), estas intervenciones generalmente se realizan entre los 6-24 meses de vida porque es esta edad donde se da el pico de déficit nutricionales (10).

Diferentes estudios han evaluado el impacto de estas intervenciones; evidenciando que pueden tener una mejoría significativa en el desarrollo mental y la ganancia de peso, además se ha evidenciado que la alimentación complementaria temprana en el embarazo reduce la incidencia de retraso del crecimiento durante 0-54 meses en los niños, pero no en las niñas (10). Del mismo modo una revisión realizada por el grupo Cochrane reportó que la suplementación alimentaria tenía un efecto positivo en la ganancia de talla en los niños menores de 12 meses pero no encontró otros efectos de estos programas en los niños menores de 5 años por lo que concluyen que alimentación suplementaria tiene un impacto insignificante en el crecimiento del niño, pero resaltan la escasez de estudios disponibles, lo cual hace que sea difícil llegar a

una conclusión firme, estos datos son coherentes a los encontrados en una revisión realizada en 2008 donde la evidencia es inconsistente frente a la ganancia de peso (10).

Estudios que evalúan programas para la atención de niños vulnerables en los países en desarrollo con estrategias educativas dirigidas a sus madres han mostrado que este componente tiene un modesto efecto en la ganancia de peso y talla (10).

La educación nutricional, la consejería y el asesoramiento, son estrategias comúnmente aplicadas para mejorar la nutrición de la madre durante el embarazo y que han mostrado su efectividad acompañada con otras intervenciones. Las estrategias de educación nutricional por lo general se centran en mejorar la calidad de la dieta materna en el aumento de la variedad y cantidad de los alimentos consumidos, aumento de peso adecuado a través del consumo de proteína y energía suficiente, y el uso de suplementos de micronutrientes, o alimentos fortificados. A pesar de que se ha descrito la efectividad en las mujeres gestantes, el efecto de la educación nutricional en la salud materna, neonatal e infantil durante el período de lactancia no ha sido revisado sistemáticamente. Es poco conocido si la educación nutricional a la madre lactante por si misma sin otras estrategias alimentarias puede modificar los resultados en salud del niño durante sus primeros años de vida, especialmente en estudios en países de bajos y medianos ingresos donde la inseguridad alimentaria, el inadecuado acceso a los servicios de salud, la alta

carga de enfermedades infecciosas y la mala infraestructura de salud, contribuyen a agravar las deficiencias nutricionales. Por esta razón se plantea la necesidad de reunir la evidencia científica publicada con el fin de identificar la efectividad de la educación nutricional dirigida a mujeres en período de lactancia materna en la ganancia de peso y longitud de sus hijos lactantes.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Existe evidencia sobre la importancia de asegurar una adecuada nutrición durante los mil primeros días del niño desde su concepción hasta los dos primeros años, para asegurar su adecuado crecimiento físico y desarrollo cerebral, además por ser este tiempo, una ventana de oportunidad para reducir la morbilidad y mortalidad causada por enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde una perspectiva centrada en el individuo define la educación alimentaria y nutricional, como *aquella que promueve mejoras en los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las personas, para lograr una vida más sana y productiva.*(1)

Por lo tanto, la educación nutricional cumple un papel fundamental en el éxito de programas e intervenciones nutricionales, sin embargo, en la práctica se detectan debilidades en la educación dirigida a este grupo poblacional, lo cual se refleja en los datos reportados por la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia–ENSIN- 2015, la cual mostró, En cuanto a la lactancia materna exclusiva, se observó que aproximadamente 1 de cada 3 niños menores de 6 meses (36,1%) fue alimentado solo con leche materna, por lo cual se requiere reforzar esta práctica para llegar a la meta internacional del 50% fijada por la OMS, el 41% de niños de seis a 23 meses de edad amamantados y no

amamantados tienen una dieta mínima aceptable, que contempla frecuencia y variedad de alimentos mínimos.(11)

En consecuencia, es reconocido que, durante la gestación, las mujeres están dispuestas a recibir información que les resulte útil para llevar adelante un embarazo saludable, a su vez, los profesionales de la salud encuentran más oportunidades para asistirlos. Por este motivo es fundamental jerarquizar en esta etapa del ciclo de vida el papel de las intervenciones nutricionales, especialmente las de carácter educativo, cuyo fin último sea lograr la adquisición de los conocimientos necesarios por parte de la gestante y la confianza suficiente para aplicarlos durante todo el desarrollo del embarazo y la lactancia.

En este contexto, la revisión de intervenciones nutricionales basadas en la educación alimentaria y nutricional que logren estimular hábitos saludables durante la lactancia es un desafío actual para los equipos de salud, profesionales de educación inicial y comunidad en general, por lo anterior, este trabajo se planteó con el objetivo de realizar una revisión de experiencias en educación alimentaria y nutricional para identificar oportunidades de éxito y generar pautas de acción para los profesionales encargados de brindar educación inicial en distintos ámbitos geográficos.

2. REFERENTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL

El desarrollo de políticas públicas saludables enfrenta desafíos de distinta índole que deben ser analizados y reconocidos para su formulación, implementación, seguimiento, evaluación y retroalimentación. Siempre se producen en contextos sociales particulares, contruidos y modificados constantemente, con determinantes culturales, políticos, ambientales y económicos que hacen que las propuestas deban enfocarse en fines de elevado valor público que convoquen a la sociedad en su conjunto. (12)

La lactancia materna es un tema fundamental en el ámbito de la salud pública. Por ende, no es una casualidad que sea un tema esencial de preocupación para profesionales de la salud y, sin duda alguna, de la nutrición, puesto que, en el mundo, son cada vez más altos los índices de desnutrición de la población infantil, así como también los factores de riesgo que existen por carencia de un conocimiento y una promoción suficientes de la importancia que tiene brindar una alimentación adecuada a los menores durante sus primeros meses de vida.

Consecuentemente los efectos de la malnutrición durante este período pueden llegar a ser irreversibles, por lo que se habla de una ventana de oportunidad en la cual la práctica y el mantenimiento de una alimentación y hábitos saludable es crucial para el desarrollo físico y neurológico de los niños y niñas.

Asimismo, el estado nutricional de la madre antes de la concepción juega un papel fundamental en el desarrollo del feto, por lo que la promoción de prácticas alimentarias adecuadas en adolescentes y otras mujeres en edad fértil es indispensable.

La educación alimentaria y nutricional efectiva es una de las soluciones importantes que se han propuesto para mejorar la nutrición de las mujeres embarazadas y durante los primeros 1000 días de vida. La educación alimentaria y nutricional es considerada “disponible, asequible, eficaz y rentable”, (13) y se aplica a:

- La promoción de prácticas alimentarias adecuadas para la madre durante el embarazo y la lactancia
- La promoción de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de un niño.
- La promoción de una alimentación complementaria adecuada a partir de los seis meses hasta los dos años de edad.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Describir la efectividad de la educación nutricional dirigida a mujeres en periodo de lactancia materna sobre la ganancia de peso y longitud en niños lactantes.

3.2 Objetivos específicos

- Explorar la relación entre educación nutricional a madres lactantes y el estado nutricional de los niños lactantes.
- Plantear una estrategia de comunicación en educación alimentaria y nutricional para el periodo de lactancia, dirigida a agentes educativos

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Se realizó una revisión narrativa con búsqueda sistemática de la literatura siguiendo las recomendaciones del PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses). La cual tuvo como pregunta de investigación ¿Cuáles son los efectos de la educación nutricional en mujeres en período de lactancia sobre el estado nutricional de los niños lactantes?

4.2 Criterios de elegibilidad de los artículos

Los criterios de elegibilidad de los artículos publicados y para esta revisión fueron los siguientes:

Cuadro 1. Criterios de elegibilidad de los artículos incluidos en la revisión.

Criterios de elegibilidad de los artículos	
Tipo de estudios	Ensayos clínicos Estudios de cohorte
Tipo de participantes	Mujeres lactantes
Tipo de intervenciones	Intervenciones que compararon mujeres en período de lactancia expuestas a programas y proyectos de educación en salud, alimentación y/o nutrición versus mujeres en período de lactancia que no estuvieron expuestas a estos programas
Tipo de resultados	Ganancia peso y longitud del niño lactante

Además de las características de los estudios antes mencionadas, se establecieron como características de los reportes que fueran estudios publicados, no se incluyeron estudios no publicados o en curso, ni resúmenes

de congresos o conferencias; la búsqueda se limitó por lenguaje qué fuera en inglés, español o portugués.

4.3 Métodos de búsqueda para la identificación de los estudios

Búsqueda electrónica.

Se realizó una búsqueda en MEDLINE, Pubmed, Lilacs, y Bireme. Los períodos de estudio en cada base fueron desde el año 2000 hasta febrero de 2021. En la en el cuadro dos que se presenta continuación se detallan los criterios para la Buscar a los artículos.

Cuadro 2. Criterios para la búsqueda de los artículos.

Criterios para la búsqueda	
Bases de datos electrónicas	MEDLINE, Pubmed, Lilacs, Bireme, Cochrane.
Año	2000-2020
Idioma	Inglés y español
Términos de búsqueda MeSH	Breast Feeding OR Lactation Food and Nutrition Education Nutrition programs Counselling Health programs Health education Food Assistance Food supply Body weight Height Gain weight Cohort studies randomized controlled trial
Términos de búsqueda DeCS	Lactancia Educación alimentaria y nutricional Asistencia alimentaria Estudios de cohorte Ensayos clínicos aleatorizados
Términos libres	Programas de capacitación Programas de salud

4.4 Recolección y análisis de los datos

Selección de los estudios

Dos autores (la investigadora principal y la asesora del trabajo) analizaron los títulos y los resúmenes de los artículos seleccionados por la estrategia de búsqueda de forma independiente y examinaron el texto completo de aquellos que potencialmente cumplieran con los criterios de inclusión, los cuales fueron: que la intervención se aplicara a madres lactantes; que las intervenciones fueran programas de educación en salud, de educación alimentaria, de educación en salud o de promoción de lactancia materna exclusiva; que los desenlaces evaluados fueran ganancia de peso, peso para la talla y talla para la edad, todos en el período de lactancia y que los diseños fueran ensayos clínicos controlados aleatorizados o estudios de cohorte con un seguimiento de mínimo 6 meses. Se excluyeron aquellos estudios en los que la intervención fue únicamente la suplementación alimentaria sin acompañamiento de intervenciones educativas. Cuando existieron controversias respecto a la elegibilidad de alguno de los estudios, éstas se resolvieron por consenso.

Extracción y manejo de los datos

Se extrajeron los datos de los artículos seleccionados utilizando Excel; las variables consideradas fueron: métodos, que correspondieron a los tipos de estudios realizados; participantes: se consideró la población de estudio y el tamaño de la muestra; intervención se tuvo en cuenta el tipo de intervención y el desenlace evaluado y su forma de medición.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Según el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 esta investigación es sin riesgo ya que se trata de una investigación documental retrospectiva, aquella en la que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.(14)

6. RESULTADOS

Se revisaron 14 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión definidos en el presente proyecto. Estos fueron realizados en: Filipinas (Agrasada, 2005), India (Bhandari, 2001; Bhandari, 2003; Veena Singh 2017), Burkina FASO (Laetitia Nikièma 2017), (África Occidental (Jakobsen, 2008), Brasil (Santos, 2001), Bangladesh (Thakur, 2012 y Aatekah Owais2017), Perú (Julca Toribio,2017) y Colombia (Restrepo, 2010). Estos estudios fueron heterogéneos en relación con: el tipo de intervención aplicada y el tamaño de muestra. Ocho de los estudios fueron realizados con madres lactantes y sus hijos, siete en mujeres gestantes y uno incluyó la familia de la mujer lactante.

Siete estudios correspondieron a ensayos seis fueron estudios de cohorte.

En el estudio conducido por Agrasada et al (15) se compararon dos intervenciones: capacitación en lactancia materna exclusiva, capacitación en cuidado de los bebés contra un grupo sin ninguna capacitación, las capacitaciones duraron aproximadamente 40 horas y se hicieron 8 visitas domiciliarias. Bhandari et al (16), se realizaron cuatro intervenciones: suplementación alimentaria dos veces por semana durante los primeros 6 meses, el segundo grupo recibió consejería nutricional mensual de 30 - 45 minutos mensuales, pero no recibió suplementación, el tercer grupo actuó como control sin ninguna intervención y el cuarto grupo recibió sólo visitas médicas mensualmente. Por su parte Jakobsen et al (17), hicieron dos intervenciones: un grupo recibió educación en salud basada en las recomendaciones de la OMS y la UNICEF y el grupo control, no recibió ninguna intervención. Mientras que el

grupo liderado por Thakur (18), llevaron a cabo dos intervenciones: un grupo recibió educación nutricional, dos veces a la semana durante dos meses para promover la lactancia materna exclusiva y buenas prácticas de amamantamiento y el grupo control no recibió ninguna intervención.

En el estudio conducido por Bhandari et al (16), se intervinieron ocho comunidades: cuatro de ellas recibieron capacitación en buenas prácticas alimentarias, resaltando la lactancia materna exclusiva, con intervenciones comunitarias cada tres meses, las visitas se hicieron mensualmente hasta el primer año de vida y en las cuatro comunidades restantes no se realizó intervención educativa, pero las evaluaciones se hicieron en los mismos momentos.

En el estudio conducido por Santos et al (19), se hizo una intervención en 28 hospitales, de los cuales 14 se aplicaron las guías de la OMS para el fomento de buenas prácticas alimentarias y los en los 14 hospitales restantes, se hizo el seguimiento habitual de los bebés.

Los estudios de cohorte fueron realizados en 12966 participantes y fueron realizados en Estados Unidos por Benjamin et al (20), Bielorrusia por Kramer et al (21), y en Bangladesh por Saha et al (22), . El tamaño de la muestra de estos estudios osciló entre 1128 y 10495 participantes.

En la investigación realizada por Benjamin et al (20), se evaluaron madres gestantes y sus niños pertenecientes al proyecto VIVA llevado a cabo en 8 centros asistenciales de Boston Massachusetts; en este se evaluó el tipo de cuidado recibido por los niños: si era realizado en centros de cuidado, por un

cuidador diferente a la familia en el hogar o si era realizado por los padres, se evaluaba cuántas horas pasaba en cada uno de los tipos de cuidado.

El estudio conducido por Krammer et al (21), se basó en un ensayo clínico aleatorizado por clúster, realizado para evaluar la estrategia de promoción de la lactancia materna (PROBIT) en 31 hospitales, en dicho estudio, 16 hospitales recibieron la intervención que correspondía a la intervención de cuidado de los bebés propuesta por la OMS y las Naciones Unidas para el cuidado de los niños, en este grupo, las madres recibían asistencia profesional en salud referente al inicio y mantenimiento de la lactancia materna y apoyo en la lactancia materna después del parto y los otros 15 hospitales fueron el grupo control que tuvieron las prácticas y políticas de alimentación infantil habituales.

En el caso de Saha et al (22), el estudio se basó en el seguimiento de un subconjunto de bebés hijos de mujeres que participan en el estudio Minimat; estos bebés se siguieron desde el nacimiento hasta los dos años de edad; sólo se incluyeron niños cuyas madres siguieran las práctica de alimentación adecuadas para la edad según las recomendaciones actuales de alimentación infantil de la OMS y UNICEF; las madres de estos niños recibieron un complemento alimenticio a partir de las 17 semanas de gestación, además de mensajes de educación para la salud, con o sin consejería en lactancia materna intensiva.

Efectos de las intervenciones

Agrasada, reportó que la puntuación Z del peso promedio para la edad a los 6 meses de edad de los bebés, no mostró diferencias significativas entre los tres

grupos de intervención: capacitación en lactancia materna exclusiva, capacitación en cuidado de los bebés y ninguna capacitación, sin embargo se observó ganancia de peso en los tres así: -1.96 ± 0.26 a -1.10 ± 0.83 en el grupo de lactancia; -1.91 ± 0.18 a -0.92 ± 0.93 en el grupo de cuidado de los niños, y -1.91 ± 0.22 a -0.92 ± 0.87 en el grupo control.

Bhandari, mostró que los niños en el grupo de suplementación alimentaria ganaron 250 g. (IC 95% 20-480 g) más que el peso de los niños del grupo de grupo de visita exclusiva durante el estudio. En comparación con el grupo sin intervención, los niños con suplementos alimenticios ganaron 100 g más de peso, (IC95% 120 a 320 g). No hubo un beneficio significativo de la consejería nutricional en el incremento del peso en comparación con el grupo de visita exclusiva y el grupo de no intervención, pero se apreció que el grupo de consejería nutricional obtuvo 90 g, (IC95% 296-276 g) más peso que el grupo de las visitas durante todo el estudio.

Bhandari, no encontró diferencias significativas en la ganancia de peso ni en las puntuaciones Z de los indicadores de talla para la edad y peso para la edad entre ambos grupos (capacitación en buenas prácticas alimentarias, resaltando la lactancia materna exclusiva vs ninguna capacitación) este efecto tampoco se apreció en los niños con bajo peso al nacer.

Jakobsen, encontró que los niños entre 4-5 meses del grupo de intervención (educación en salud basada en las recomendaciones de la OMS y la UNICEF), tuvieron una ganancia de peso y un peso para la edad significativamente menor en comparación con los niños del grupo control (ninguna intervención): 6,8 kg vs 7 kg; ($p=0,01$) y 0,19 puntaje Z del peso para la edad (WAZ) vs 0,47 WAZ;

($p=0,02$), respectivamente. De manera similar, los niños entre 5 - 6 meses de edad del grupo de intervención tuvieron un peso significativamente menor en comparación con los niños del grupo control: 7,5 kg vs 7,8 kg ($p=0,04$).

Santos, evidenció que existió una mayor ganancia de peso en el grupo intervenido (buenas prácticas alimentarias de la OMS) comparado con el grupo control (seguimiento habitual): 3.18 kg y 3.02 kg respectivamente.

Thakur, mostró que el peso promedio de los niños a los dos meses de edad fue mucho mayor en los niños del grupo control (ninguna intervención) comparado con el grupo de intervención (educación nutricional): 3.62 ± 0.22 vs 3.32 ± 0.30 kg ($p=0.001$) y la ganancia de peso fue mayor en un 26% en el grupo de intervención comparada con el control (1.4 Kg vs 1.1 kg)

Benjamin, encontró que no se asoció ningún tipo de cuidado con una mayor ganancia de peso al año de edad a excepción del grupo de cuidado por parte de personal capacitado en casa y este se asoció con una puntuación Z superior a 1 en el indicador peso para la estatura (estimación ajustada: 0,11 U, IC 95%: 0,01-0,20, por cada incremento de 10 horas por semana).

Kramer, encontró que los niños que fueron destetados tempranamente, tuvieron de un 20% a 60% más probabilidad de tener menor WAZ de peso para edad, comparados con los niños en los que se fomentó la lactancia materna.

Saha, empleó tres modelos multinivel para medir la asociación entre las prácticas de alimentación infantil (IFP) y la ganancia de peso (en g) y longitud (en mm) de los niños de 1 a 12 meses de edad: el primero incluyó sólo los resultados de las prácticas nutricionales recomendadas por la OMS y UNICEF; el segundo modelo se controló por variables de los niños: sexo, morbilidad, peso al nacer y la talla

al nacer y el tercer modelo se controló por variables de la madre: edad, peso, educación e índice de riqueza. Las IFP estuvieron asociadas significativamente ($p < 0,001$) con el aumento en el peso y en la longitud durante 1-12 meses de edad y dicha asociación se mantuvo en los modelos 2 y 3. Se encontraron asociaciones similares en los resultados del puntaje Z del peso para la edad y del puntaje Z de la longitud para la edad como variables dependientes.

En el cuadro que se presenta continuación se resumen las características de los estudios incluidos en la presente revisión.

Artículo	Tipo de estudio	Participantes	Intervenciones	Comparación	Desenlace
Agrasada 2005	Ensayo clínico controlado aleatorizado	204 Madres lactantes con hijos con bajo peso al nacer	68 madres recibieron capacitación en lactancia materna; 67 madres, capacitación en cuidado de los bebés	69 madres no recibieron ninguna intervención	No hubo diferencias significativas en la ganancia de peso a los 6 meses de edad en los tres grupos.
Bhandari 2001	Ensayo clínico controlado aleatorizado	418 Madres lactantes y sus hijos	104 madres y sus hijos recibieron suplementación alimentaria; 104 madres y recibieron consejería nutricional y 104 madres recibieron sólo visitas médicas mensualmente	106 madres no recibieron ninguna intervención	No existió beneficio significativo en la ganancia de peso en el grupo de la consejería nutricional vs los demás grupos. El grupo de suplementación alimentaria ganó significativamente más peso que el grupo de visitas exclusivas
Bhandari 2003	Ensayo clínico controlado por clúster	1115 Familias que viven en comunidades	588 familias pertenecientes a cuatro comunidades, recibieron capacitación en buenas prácticas alimentarias	527 familias pertenecientes a cuatro comunidades, no recibieron ninguna intervención	No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la ganancia de peso y en los índices de talla para la edad y peso para la edad
Jakobsen 2008	Ensayo clínico controlado aleatorizado	1714 Madres lactantes y sus hijos	850 madres recibieron información en salud y en las guías de buenas prácticas de alimentación de la OMS	864 madres no recibieron ninguna intervención	Los niños del grupo de intervención tuvieron un peso y un peso para la edad significativamente menor en comparación con los niños del grupo control
Santos 2001	Ensayo clínico controlado por cluster	424 Madres lactantes y sus hijos que asisten a centros hospitalarios	206 madres con sus hijos, fueron seleccionados de 14 centros hospitalarios y recibieron capacitación en buenas prácticas alimentarias de la OMS	218 madres con sus hijos fueron seleccionados de 14 centros hospitalarios y recibieron sólo el seguimiento habitual	Existió una mayor ganancia de peso en el grupo intervenido comparado con el grupo control
Saha 2008	Estudio de cohorte	1343 Madres lactantes y sus hijos	Madres lactantes con sus hijos recibieron complemento alimenticio y mensajes de educación para la salud con promoción de la lactancia materna exclusiva	Madres lactantes con sus hijos recibieron complemento alimenticio y mensajes de educación para la salud sin promoción de la lactancia materna exclusiva	
Benjamin 2009	Estudio de cohorte	1128 Madres lactantes y sus hijos	Madres lactantes y sus hijos que participaron el proyecto VIVA, recibieron: cuidado en los centros de asistencia para los niños, cuidado por parte de los padres o	Se compararon los tres diferentes tipos de cuidado	Los niños que fueron cuidados por personal capacitado obtuvieron una mayor ganancia de peso

Artículo	Tipo de estudio	Participantes	Intervenciones	Comparación	Desenlace
			familiares y cuidado por personas diferentes a la familia		
Kramer 2011	Estudio de cohorte	10495 Madres lactantes y sus hijos	Madres con sus niños pertenecientes al estudio PROBIT fueron seleccionados de 31 hospitales; en 16 de ellos se hizo intervención en buenas prácticas nutricionales basadas en las guías de la OMS	En 15 hospitales se les dio a las madres y a sus hijos el cuidado habitual	Se encontró que los niños que fueron destetados tempranamente, tuvieron de un 20% a 60% más probabilidad de tener menor score del peso para la edad, comparados con los niños en los que se fomentó la lactancia materna.
Thakur 2012	Ensayo clínico controlado aleatorizado	184 Madres lactantes con hijos con bajo peso al nacer	92 madres recibieron educación nutricional	92 madres no recibieron ninguna intervención	Existió una mayor ganancia de peso en el grupo intervenido comparado con el grupo control
Laetitia Nikiéma 2017	Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados	Gestantes y niños hasta los 18 meses.	Se siguieron a 2253 parejas madre-hijo trimestralmente hasta que el niño tenía 18 meses.		Las prácticas dietéticas prenatales de las mujeres, las prácticas de lactancia materna temprana, la lactancia materna exclusiva, la introducción oportuna de alimentos complementarios, la frecuencia de alimentación del niño y la diversidad dietética, el peso medio al nacer de los niños, la prevalencia del punto final del retraso en el crecimiento y la incidencia acumulada de diarrea, fiebre y enfermedades respiratorias agudas.
Aatekah Owais 2017	Estudios de cohortes	Gestantes	Un programa de educación nutricional en las zonas rurales de Bangladesh se asoció con mejores prácticas de alimentación, pero no con el crecimiento infantil	Se realizó una evaluación basada en cohortes que incluyó a 2400 mujeres inscritas a las 28-31 semanas de gestación.	Las tasas de LME a los 3 meses se mantuvieron sin cambios
Veena Singh Saifuddin 2017	Estudio de cohorte	Gestantes	Se seleccionaron 81 aldeas en un distrito de intervención y 84 aldeas en un distrito de comparación. Se inscribió una cohorte de 957 mujeres embarazadas del tercer trimestre identificadas durante las	Un paquete de programas integrados de nutrición y salud en IYCN mejora la lactancia materna pero no la alimentación complementaria y el	Las prácticas óptimas de lactancia materna fueron más altas entre las mujeres en las áreas de intervención que en las áreas de comparación, incluida la iniciación de la lactancia materna dentro de la hora del parto.

Artículo	Tipo de estudio	Participantes	Intervenciones	Comparación	Desenlace
			encuestas casa por casa y, después del parto, se realizó un seguimiento de las díadas madre-hijo cada tres meses desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad.	estado nutricional en las zonas rurales del norte de la India	
Restrepo 2010	Estudio de cohorte	Gestantes	Seguimiento de la cohorte de gestantes seleccionadas, antes y después de una intervención nutricional.		El programa desarrollado, los productos entregados y la educación nutricional tuvieron un impacto positivo y significativo en el estado nutricional de las madres.
Julca Toribio, 2017		Gestantes	Las participantes del estudio fueron 303 gestantes entre 19 a 35 años atendidas en el Hospital de Huaycán, en el primer, segundo y tercer trimestre de gestación.		Los resultados mostraron que 87.1% de las gestantes tuvieron nivel de conocimiento regular sobre la actividad física, mientras que 50% tuvieron actitud favorable sobre la actividad física. Sin embargo, 57.8% no practica actividad física. Finalmente, respecto a los hábitos alimentarios, se encontró que solo 42.2% tiene hábitos alimentarios adecuados.

7. CONCLUSION DE LA REVISION

Es importante resaltar que son pocas las revisiones sistemáticas disponibles enfocadas en madres en el período de lactancia y en el efecto que tienen las intervenciones educativas en el estado nutricional de sus hijos lactantes; pero con la evidencia recolectada no se puede concluir que los programas de educación nutricional en el período de la lactancia sin apoyo de otras estrategias mejoren el estado nutricional del niño lactante; se plantea a partir de esta revisión la necesidad de ampliar la investigación de los efectos de los programas educativos en nutrición, no sólo en las madres gestantes, sino en las madres en el período de lactancia.

A partir de la realización de esta revisión narrativa surge la necesidad de diseñar una propuesta de estrategia de comunicación dirigida al personal que atiende mujeres en periodo de gestación y en periodo de lactancia que permita no sólo mejorar sus hábitos alimentarios si no que tenga un impacto sobre la salud materno infantil y el estado nutricional de los niños.

8. ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

8.1 DIAGNOSTICO

Una maternidad saludable y una lactancia exitosa dependen, en parte, de la información y la educación que reciba la madre, su pareja y el grupo familiar, sobre los diferentes aspectos que los afectan. El conocimiento que toda mujer debería tener sobre los cuidados prenatales llega a ser determinante para garantizar la salud del binomio madre-hijo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que mantener una dieta saludable, el reconocimiento de signos de alarma y la asistencia al control prenatal, entre otras, son prácticas fundamentales para llevar la gestación a feliz término (23).

La política pública, definida a través de la Ley 1122, Decreto 3039 y el Conpes 113 determina la necesidad de garantizar la seguridad alimentaria y nutricional en grupos poblacionales de riesgo, entre ellos las gestantes, considerando aspectos como la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el nivel socioeconómico, la ubicación geográfica y las condiciones de desplazamiento.

8.2 PUBLICOS

- Problema a resolver o prevenir
 - Bajo peso en lactantes

- Público Primario

→ Mujeres lactantes y en edad reproductiva 15 – 30 años

- Público secundario

→ Agentes educativos y Promotores de salud

8.3 MENSAJES

7.3.1 Tabla 1:

Comportamiento	Público primario	Público secundario	Mensaje Principal	Mensaje de apoyo
Promover la alimentación adecuada primando el bienestar de las lactantes y sus hijos	Mujeres lactantes y en edad reproductiva 15 – 30 años	Agentes educativos y Promotores de salud	Durante el periodo de lactancia no es necesario el consumo de alimentos industrializados.	El mejor regalo que nos podemos dar es cuidar nuestra salud, Consume alimentos naturales.

9. PLAN DE MEDIOS

Campaña social o cívica

9.1 OBJETIVO

- La estrategia tiene como objetivo prevenir carencias nutricionales en niños y niñas lactantes.

9.2 EL BRIEFING

Para lograr este objetivo se contará con un plan que contenga todas las acciones encaminadas a la identificación oportuna de madres lactantes a las cuales se brindará educación alimentaria y nutricional a favor del bienestar binomio madre e hijo.

9.3 TRABAJO CON FAMILIAS

Se abordará a las familias por medio de diferentes medios de comunicación, llevando un mensaje de apoyo a toda la familia, la cual puede organizarse y apoyar exitosamente la lactancia, asegurándose de que la madre reciba una adecuada nutrición y un adecuado descanso mientras amamanta.

10. ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA Y PRESENTACIÓN.

10.1 CONCEPTUALIZACIÓN

Tono del mensaje: informal

Textos: textos cortos, se dará prevalencia al uso de imágenes.

Slogans: Nutriendo para 2.

Elementos gráficos: se utilizarán imágenes de alimentos, con colores vivos y llamativos para el público primario.

10.2 PLAN DE MEDIOS Y CANALES

En la ejecución se utilizarán variaciones en las piezas donde se especificarán los siguientes rangos de edad:

Mujeres lactantes

Mujeres en edad reproductiva 15 – 30 años

Los agentes educativos y promotores de salud serán los encargados de apoyar el mensaje que se va a ejecutar con las herramientas necesarias para dar charlas y distribuir el mensaje con otros medios como los medios digitales.

10.3 MEDIOS DE DIFUSIÓN MASIVA

Se utilizarán afiches, folletos, cápsulas informativas para disponerlos en los espacios y momentos de capacitación, carteleras de sitios de alta afluencia para lograr una mayor respuesta.

10.4 CANALES DE COMUNICACIÓN ONLINE – MEDIOS DIGITALES

Redes sociales: aplicable para los 2 públicos como mensaje global, se utilizará Facebook e Instagram.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la salud; La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y El Caribe: Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio.pdf [Internet]. [citado 13 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/malnutritionspa.pdf>
2. Martínez JW, Torres AG, Salazar NV. de 14 años y las mujeres gestantes residentes en la Comuna del Río de la Ciudad de Pereira. :22.
3. FAO; Capítulo 6: Nutrición durante períodos específicos del ciclo vital: embarazo, lactancia, infancia, niñez y vejez [Internet]. [citado 13 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s0a.htm>
4. Ares S.Susana , Arena A. José , N. D.Gómez Marta, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; La importancia de la nutrición materna durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? [Internet]. [citado 13 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-pdf-S1695403315003057>
5. Viamonte KR. Lactancia materna y desnutrición en niños de 0 a 6 meses. :12.
6. Abu-Saad K, Fraser D. Maternal Nutrition and Birth Outcomes. Epidemiol Rev. 4 de enero de 2010;32(1):5-25.
7. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 1 de abril de 2006;367(9516):1066-74.
8. Briley C, Flanagan NL, Lewis N. In-home prenatal nutrition intervention increased dietary iron intakes and reduced low birthweight in low-income African-American women. J Am Diet Assoc. julio de 2002;102(7):984-7.
9. Sguassero Y, de Onis M, Bonotti AM, Carroli G. Community-based supplementary feeding for promoting the growth of children under five years of age in low and middle income countries. Cochrane Database Syst Rev Online. 2012;6:CD005039.
10. Dewey K, Adu-Afartuwah S. Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. Matern Child Nutr 2008 4 Pp 24–85. 2008;4:24-85.

11. Ministerio de la Protección Social ICBF, Instituto Nacional de Salud, Profamilia. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2015.
12. Plan Decenal de Lactancia Materna, Ministerio de la Protección Social, Acción Social, UNICEF y Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas.pdf [Internet]. [citado 14 de marzo de 2021]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SN/A/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>
13. Red-ICEAN: Alimentación materna e infantil [Internet]. [citado 14 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.fao.org/red-icean/temas/alimentacion-materna-e-infantil/es/>
14. Resolución 8430 de 1993.PDF - Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
15. Agrasada GV, Gustafsson J, Kylberg E, Ewald U. Postnatal peer counselling on exclusive breastfeeding of low-birthweight infants: a randomized, controlled trial. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. agosto de 2005;94(8):1109-15.
16. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK, et al. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 26 de abril de 2003;361(9367):1418-23.
17. Jakobsen MS, Sodemann M, Biai S, Nielsen J, Aaby P. Promotion of exclusive breastfeeding is not likely to be cost effective in West Africa. A randomized intervention study from Guinea-Bissau. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. enero de 2008;97(1):68-75.
18. Thakur SK, Roy SK, Paul K, Khanam M, Khatun W, Sarker D. Effect of nutrition education on exclusive breastfeeding for nutritional outcome of low birth weight babies. *Eur J Clin Nutr*. marzo de 2012;66(3):376-81.
19. Santos I, Victora CG, Martines J, Gonçalves H, Gigante DP, Valle NJ, et al. Nutrition counseling increases weight gain among Brazilian children. *J Nutr*. noviembre de 2001;131(11):2866-73.
20. Benjamin SE, Rifas-Shiman SL, Taveras EM, Haines J, Finkelstein J, Kleinman K, et al. Early Child Care and Adiposity at Ages 1 and 3 Years. *Pediatrics*. agosto de 2009;124(2):555-62.
21. Kramer MS, Moodie EEM, Dahhou M, Platt RW. Breastfeeding and infant size: evidence of reverse causality. *Am J Epidemiol*. 1 de mayo de 2011;173(9):978-83.

22. Saha KK, Frongillo EA, Alam DS, Arifeen SE, Persson LA, Rasmussen KM. Appropriate infant feeding practices result in better growth of infants and young children in rural Bangladesh. *Am J Clin Nutr.* junio de 2008;87(6):1852-9.
23. Trujillo LET, Jiménez GÁ, Higueta GC, Arrieta JCF, Galeano SCL, Restrepo MAF, et al. Conocimientos y prácticas alimentarias en gestantes asistentes al programa de control prenatal, en municipios del departamento de Antioquia, Colombia. 2010. *Perspectivas en Nutrición Humana.* 2012;14(2):185-98.