



Conductas alimentarias de madres con
niños a término con bajo peso al nacer,
una revisión narrativa de literatura.

Trabajo de grado

Conductas alimentarias de madres con niños a término con bajo peso al nacer,
una revisión narrativa de literatura.

Yineth Daniela Pérez Alba
Anyi Carolina Ramírez Medina
Jailene Dayana Soracá Guio

Universidad Antonio Nariño
Facultad de Enfermería
Bogotá D.C.
2021

Conductas alimentarias de madres con niños a término con bajo peso al nacer,
una revisión narrativa de literatura.

Yineth Daniela Pérez Alba
Anyi Carolina Ramírez Medina
Jailene Dayana Soracá Guio

Tutora
Villerland Rodríguez Gómez

Universidad Antonio Nariño
Facultad de Enfermería
Bogotá D.C.

2021

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIA

Gracias a Dios por la vida y permitirme llegar a este punto tan significativo para mi formación profesional. A Norma Medina autora de mi vida y mi destino, quien ha sido mi bastón en tiempos difíciles. A mi querida maestra por guiarme, con paciencia y entrega, su apoyo fue esencial para la realización de este proyecto. A mis compañeras por el trabajo en equipo, fundamental para la culminación de este proyecto.

Anyi Carolina Ramírez Medina

El presente proyecto lo dedico a Dios y a mi Familia que son lo más valioso en mi vida, que a raíz de su esfuerzo y paciencia tuve la oportunidad de realizar mis estudios, sin importar las adversidades siempre estuvieron en este camino guiándome y apoyándome incondicionalmente, finalmente se ve reflejado en el logro obtenido con este trabajo de investigación.

Jailene Dayana Soracá Guio

Dedico este proyecto de Investigación a Dios, dueño de mi vida, a mi familia por el acompañamiento constante, por sus consejos y su enseñanza continua, a mis abuelos por ser el pilar de mi vida y mi mayor motivación, a mi mamá por los sacrificios que ha hecho por ayudarme a cumplir mi sueño y a ti tu constante motivación y ayuda.

Yineth Daniela Pérez Alba

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por brindarme fortaleza, motivación y salud para seguir estudiando y poder finalizar este proyecto.

A mi familia por su incondicional soporte, energía positiva y cariño, que me brindaron durante mi proceso de formación profesional.

A mi profesora, Villerland Rodríguez, por confiar en mis capacidades para realizar este proyecto, por haber sido muy paciente y transferirme sus conocimientos, por su paciencia y orientación en este proyecto. Gracias a ella conocí y aprendí a manejar recursos electrónicos que facilitarán mi vida profesional y personal.

Anyi Carolina Ramírez Medina

Agradezco a Dios y a mis padres quienes siempre creyeron en mí, La universidad quien fue mi guía a partir de los conocimientos brindados para llegar hasta este momento, a mi tutora de Grado Villerland Rodríguez quien con su paciencia, dedicación y conocimientos estuvo con nosotras trabajando para llegar a la meta y por último a mis compañeras con quienes a pesar de las dificultades logramos trabajar en equipo y sacar adelante este proyecto tan anhelado.

Jailene Dayana Soracá Guio

Agradezco a Dios porque gracias a él tuve la resiliencia y enfoque para culminar este proyecto tan anhelado, a la Universidad Antonio Nariño mi alma mater, a su cuerpo docente en especial a mi tutora Villerland Rodríguez por confiar en mí, por su paciencia y su disposición al compartir sus conocimientos, a mis compañeras por la labor conjunta y el gran equipo que formamos potenciando nuestras habilidades.

Yineth Daniela Pérez Alba

RESÚMEN

El bajo peso al nacer (BPN) es una condición en la cual el recién nacido nace con un peso menor a 2.500 gramos (1). Así mismo, es considerado como un evento de interés en salud pública a nivel mundial que delimita la expectativa de vida de un recién nacido y un adecuado crecimiento y desarrollo. Esta afectación tiene consecuencias de suma importancia dado que representa un riesgo elevado de mortalidad fetal y neonatal en los primeros años de vida, así como también, el retraso del desarrollo cognitivo y crecimiento físico, el aumento de enfermedades crónicas en etapas posteriores al nacimiento e incluso en la adultez (2). El presente estudio busca reconocer las conductas alimentarias que las madres tienen con los niños que nacen a término con bajo peso reportada en la literatura científica. Se utilizó como metodología, una revisión de datos secundarios tipo narrativa de la literatura, se realizó la búsqueda en 6 bases de datos pertenecientes al Sistema Nacional de Bibliotecas de la Universidad Antonio Nariño entre Octubre y diciembre de 2020 (Medline, Ovid Nursing, Science Direct, Scopus, Biblioteca Virtual en Salud, Scielo) usando MeSH y DeCS como términos controlados en inglés, español y portugués de conductas alimentarias, bajo peso al nacer y excluyendo los niños pretérmino, sin límite de tiempo. Se lograron evidenciar en las madres las conductas alimentarias respecto a dos prácticas: 1. Prácticas de alimentación con lactancia materna y 2. Prácticas de alimentación complementaria, de igual forma se realizó la caracterización de 9794 niños y de 5966 madres y otros aspectos sociodemográficos. Se concluye que la evidencia analizada con relación al bajo peso al nacer continúa sugiriendo que en los países con bajo o medianos ingresos persiste esta condición, se debe insistir en la inclusión de políticas que promuevan la salud de la mujer y la de los recién nacidos que favorezcan el desarrollo y crecimiento adecuado, al igual que estudios controlados que puedan evidenciar profundamente las prácticas maternas adecuadas y de riesgo.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. Antecedentes.....	12
1.2. Planteamiento del problema.....	15
1.3. Pregunta de investigación.....	16
2. JUSTIFICACIÓN.....	17
3. OBJETIVOS.....	19
3.1. Objetivo general.....	19
3.2. Objetivos específicos.....	19
4. MARCO DE REFERENCIA.....	19
4.1 Marco conceptual.....	20
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	21
6. METODOLOGÍA.....	22
6.1. Diseño.....	22
6.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	24
6.3 Estrategias de búsqueda.....	26
6.4. Extracción y análisis de los datos.....	31
6.4.1 Proceso de selección.....	32
6.5 Resultados de la búsqueda.....	34
7. RESULTADOS.....	35
7.1. Caracterización de participantes.....	35
7.2. Caracterización de las prácticas alimentarias.....	39

7.2.1. Prácticas alimentarias relacionadas con la Lactancia Materna.....	39
7.2.2. Prácticas de alimentación complementarias.....	41
7.3. Evaluación de las practicas	44
7.3.1. Importancia de la alimentación complementaria	46
8. CONCLUSIONES	47
9. RECOMENDACIONES	48
ANEXOS.....	49
BIBLIOGRAFÍA	51

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Bases de datos utilizadas, descripción.....	23
Tabla 2. Identificación de términos clave y controlados	26
Tabla 3. Términos y palabras claves para la estrategia de búsqueda por bases de datos	27
Tabla 4. Estrategia de búsqueda de bases de datos	30
Tabla 5. Organización de investigadoras para la extracción de datos.....	32
Tabla 6. Características de los infantes	36
Tabla 7. Características maternas	38
Tabla 8. Caracterización de prácticas alimentarias	42
Tabla 9. Evaluación de las prácticas alimentarias.....	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Flujo PRISMA: método de selección.	34
--	----

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes

El bajo peso al nacer (BPN) se define como una condición en la que el recién nacido tiene un peso al nacer menor de 2.500 gramos (1), esta condición puede ser independiente de la edad gestacional, sin embargo, la evidencia reporta que hay varias razones por las cuáles se puede presentar el bajo peso al nacer, entre ellas se listan la restricción del crecimiento intrauterino, dado por comorbilidades maternas, como hipertensión, infecciones de transmisión sexual, tales como la rubeola, sífilis, citomegalovirus, entre otros, enfermedades renales o pulmonares, otras que están directamente implicada con el estilo de vida de la madre en las que se encuentran, obesidad o malnutrición e incluso la anemia y problemas de consumo abusivo de alcohol, cigarrillo y consumo de sustancias psicoactivas; pero también se puede deber a una insuficiencia placentaria, en la cual se le disminuye el aporte de nutrientes, entre ellos el oxígeno al feto (2). Sin duda la edad gestacional también juega un factor determinante en la condición del BPN, ya que cerca del 90% de los niños que nacen con BPN son prematuros, lo que indica que el 10% restante nacen a una edad gestacional superior a las 37 semanas (2), este último porcentaje no tiene un factor predictivo para su ocurrencia, sin embargo, se considera alto y de interés para la salud materna y neonatal, debido a que se considera un estado resultante de los determinantes sociales e inequidades en salud que atraviesa una mujer durante su proceso de gestación (3).

De igual forma, el peso del recién nacido en el momento del nacimiento determinará la sobrevivencia de este, por lo tanto, es considerado un problema mundial de salud pública dado a que delimita la expectativa de vida de un recién nacido y condiciona

un crecimiento y desarrollo adecuado. Entre las consecuencias más relevantes se encuentra un mayor riesgo de muerte fetal y neonatal en los primeros años de vida, así como también, el retraso de crecimiento físico y cognitivo, el aumento de enfermedades crónicas en etapas posteriores del período perinatal, en la niñez e incluso en la edad adulta (3).

En el mundo, cerca del 15% de los neonatos nacen con bajo peso, representándose en alrededor de 20 millones de nacimientos anuales con esta condición, adicionalmente, el BPN constituye cerca de la mitad de las muertes perinatales en recién nacidos con bajo peso (3). Por consiguiente, para la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), la incidencia de bajo peso al nacer es un indicador de gran utilidad para vigilar el progreso de las naciones hacia el logro de la meta de Salud para todos, propuesta desde Alma Ata y materializada como uno de los logros de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2025 (3).

Según datos de la OMS, en la atención médica neonatal se determina que aproximadamente de cada 12 niños que nacen 1 presenta bajo peso al nacer, presentando como problemas más frecuentes, retraso mental, problemas de aprendizaje, parálisis cerebral y la pérdida de la vista y la audición. Se debe tener en cuenta que este problema no solo afecta la salud del nacido, sino que, genera un incremento innecesario de la demanda de atención médica, causa trastornos familiares y sobrecarga en los presupuestos de los servicios de cuidados intensivos, neonatales especiales y en los gastos de bolsillo de las familias (4).

Cabe destacar que esta condición de bajo peso, no impacta al mundo por igual, si bien a nivel mundial, se estima un porcentaje de nacidos vivos con bajo peso entre un 15% y un 20%, este comportamiento, dependerá de las condiciones de vida y el nivel de desarrollo económico y humano de una nación; es así, como se presenta una amplia variabilidad en la prevalencia en especial los países pertenecientes a Asia meridional (Nepal, Bangladesh, India, Pakistán Afganistán, entre otros) y África

subsahariana, particularmente África occidental (Costa de marfil, Senegal, Guinea-Bissau, entre otros) donde los porcentajes estimado de BPN para el 2019, fue de 27.8% al 15.5%.

En los países de Suramérica el comportamiento estimado para el 2019 del BPN fue: Chile (6.2%), Bolivia, Argentina y Uruguay (7.2%), Paraguay y Brasil (8.4%), Perú y Venezuela (9.4%), Colombia (10%), Ecuador (11%) y Guyana y Surinam (14%) presentando estos últimos los porcentajes más altos de bajo peso al nacer (5).

Así mismo, para Colombia; la Encuesta Nacional de Demografía en Salud – ENDS 2015 - indicó que el bajo peso al nacer se presenta con mayor frecuencia en hijos de madres primerizas, residentes de zonas urbanas de mayor educación y menor pobreza, siendo las ciudades de Bogotá (12%), Valle (10%), Barranquilla, Medellín y Cali (9%) donde se concentra el porcentaje más importante de BPN en Colombia. Las cifras más preocupantes arrojadas en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, son las del Distrito Capital, indicando que de 100 nacidos vivos 12 nacen con un peso inferior a 2500 gramos, muy por encima del promedio nacional que se encuentra en el 7.7%(6).

Cifra que ratifica el Plan Distrital de Desarrollo, el cual indicó que en el periodo del 2011 - 2015 el índice de Bajo Peso al Nacer se encuentra en 12%; y en el 2015 la Secretaria de Integración Social identificó que 1.314 mujeres en gestación presentaron bajo peso gestacional, siendo este un factor de riesgo para que un recién nacido presente bajo peso al nacer (7).

Adicionalmente, un estudio realizado en el Hospital San Pedro de Pasto en Colombia determinó que la inseguridad alimentaria en el hogar durante el último trimestre del embarazo se asociaba con el bajo peso al nacer, siendo esto el principal factor determinante del Bajo Peso al Nacer - BPN -. Por esta razón, para intervenir de forma efectiva la morbilidad que conlleva el Bajo Peso al Nacer, se recomienda priorizar las políticas dispuestas a garantizar la seguridad alimentaria

de la población vulnerable, principalmente en las mujeres en edad reproductiva y gestantes, abordando esta problemática de salud pública desde la perspectiva de promoción y prevención de tal forma que haya un mejoramiento en las condiciones de vida de la población (4).

Finalmente, el rol de enfermería en la atención prenatal, se considera de gran importancia dado que el enfermero logra identificar e interviene oportunamente el riesgo materno y fetal a través de actividades de educación y preparación a los potenciales padres para el embarazo, el mantenimiento de la salud de la madre y el bebé apoya al cuidado del bebe y la madre en la etapa del nacimiento y a lo largo de los cursos de vida del nuevo hijo. En este contexto, el enfermero emerge como un profesional capacitado para brindar una evaluación en el proceso de crecimiento y desarrollo del neonato, valorar el progreso de las conductas motora gruesa y fina, auditiva y del lenguaje y personal social; potenciando los factores protectores de la salud de la infancia y realizando una detección precoz de factores de riesgo y alteraciones en el crecimiento y desarrollo para posteriormente, brindar intervenciones oportunas y congruentes a las necesidades de los sujetos de cuidado. Además, la enfermería aporta sus conocimientos en programas como, madre canguro el cual tiene como objetivo, prevenir y reducir el riesgo de infección en el recién nacido, mejorar la ganancia de peso, optimizar el desarrollo infantil y la lactancia materna (8).

1.2. Planteamiento del problema

En la revisión preliminar que se llevó a cabo para comprender el estado del fenómeno de las prácticas alimentarias, se evidenció que la Organización Mundial de la Salud recomienda que la alimentación con los recién nacidos de bajo peso al nacer con parámetros clínicos estables en países de bajos y medianos ingresos, consiste en iniciar con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses

de edad, con una recomendación alta y evidencia moderada y en aquellos lugares donde existan bancos de leche con estándares altos de calidad se recomienda alimentar a estos recién nacidos con la leche de donadoras, con una alta calidad y fuerte recomendación, sin embargo existe una baja recomendación de alimentación con leche de fórmula o leches enriquecidas, las cuales deben analizarse según la condición médica del recién nacido, la madre o las condiciones sociales en las que se encuentren (1).

Revisando profundamente la guía, no se identifican las prácticas maternas adicionales, a las de la lactancia materna, que se tienen con los recién nacidos con estas características, de hecho, en las recomendaciones de la guía se estipula que se identifiquen prácticas alimentarias que llevan las madres con sus recién nacidos, debido a que en un proceso de implementación con las madres la muestra fue muy pequeña (1).

De igual forma, se realizó una revisión de alcance de literatura en Google académico para identificar los estudios realizados con prácticas alimentarias con niños de bajo peso, al igual que en la guía de la OMS se encuentra que los participantes son en su mayoría recién nacidos pretérmino, es decir, se tiene limitada información relacionada con las prácticas alimentarias de las madres y aún más limitada información relacionada con las mismas prácticas en niños que nacen con bajo peso a término, por lo tanto, el equipo investigador, se propuso hacer una revisión narrativa de los hallazgos de la conducta alimentaria que las madres tenían con sus neonatos con bajo peso a término hasta los 24 meses de edad.

1.3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las conductas alimentarias de madres de niños a término con bajo peso al nacer reportadas en los estudios disponibles en la literatura científica.

2. JUSTIFICACIÓN

La alimentación en las mujeres en estado de gestación es de suma importancia y se encuentra ligado a la condición nutricional y a su vez con el estado de salud de los recién nacidos. También se considera que esta conducta de alimentación de la madre se asocia a problemas como el retraso de crecimiento intrauterino (RCIU), el bajo peso al nacer, el aumento de la morbilidad neonatal y materna durante el parto y las complicaciones durante el mismo, viéndose sus efectos a corto, mediano y largo plazo en la madre y su recién nacido (9).

En este marco, conocer las conductas alimentarias de las mujeres en estado de gestación es un tema imprescindible debido a que podemos promover la salud de las gestantes, los niños, para la reducción de la mala nutrición y las enfermedades crónicas relacionadas con la inadecuada ingesta de alimentos, por medio de la asimilación de prácticas alimentarias saludables, teniendo en cuenta los diversos contextos de la población.

Además, parte fundamental de este componente es identificar como se realiza el involucramiento de las familias en la adopción de hábitos de alimentación aceptados culturalmente, para así mantener un estado de nutrición de las mujeres gestantes, madres en etapa de lactancia y sus neonatos.

En este punto es donde se involucran al personal de la salud, los cuales intervienen para que este procedimiento se lleve a cabo con satisfacción y especialmente los profesionales de enfermería, quienes son los que deben dirigir y ayudar a las madres con aquellas dificultades a la hora de alimentarse. Además, si se logra establecer con aquella población las prácticas adecuadas en cuanto a alimentación, se está ayudando a mitigar el porcentaje tan elevado por el que Colombia atraviesa.

Entonces, teniendo en cuenta las anteriores medidas se puede decir que se logra de manera satisfactoria difundir todas aquellas prácticas de lactancia específicas

para los niños con bajo peso al nacer a la comunidad en general, logrando conciencia y disminución de los índices de morbilidad y mortalidad de niños que nacen con esta condición. Es importante que como talento humano de enfermería y de salud en general demos a conocer el Programa Madre Canguro a las mamás y de esta manera sea mucho más fácil la adaptación a todas las medidas y prácticas que hay que tomar para el beneficio del bebé.

De igual manera, la presente investigación se justifica desde el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual busca la reducción de la preocupación por temas de salud y que debido a esto se plantean objetivos encaminados a la garantía, mejora y mantenimiento de los derechos y disminuciones de riesgo por medio de la atención oportuna, mejores condiciones para disminuir la enfermedad existente y así mismo la morbimortalidad, a través de sus dimensiones prioritarias y transversales, dentro de estas existen 2 que van encaminadas específicamente a nuestro tema de investigación y son: vida saludable y enfermedades transmisibles y seguridad alimentaria y nutricional (10).

En suma, esta investigación se desarrolla dentro de la línea de investigación Salud Pública y la sub-línea Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, con el fin de realizar una revisión narrativa de literatura y consultar la información necesaria para identificar las conductas alimentarias adoptadas por las madres de niños a término con bajo peso al nacer reportados en la literatura.

Finalmente, el reconocimiento de que la actuación frente a la disminución de la incidencia del BPN es labor de todos, permite que logremos que los niños que nacen en esta condición y sus madres mejoren las buenas prácticas de lactancia materna, garantiza un apoyo a la misión del personal de salud, y permite que Programas como el de Madre Canguro, fortalezcan el apoyo familiar y que la madre y su recién nacido mejoran rápidamente su estado de salud sin ningún tipo de complicaciones en su vida a largo plazo.

Esta investigación se justifica en términos de literatura existente ya que se tendrán en cuenta todos los hallazgos encontrados en la misma, y se reportará además abordaje planteado por la investigación los vacíos de conocimiento existentes con el fin de fomentar la investigación en este campo.

3. OBJETIVOS

En este apartado se encontrarán los objetivos que direccionan el presente estudio.

3.1. Objetivo general

Identificar las conductas alimentarias de madres de niños a término con bajo peso al nacer reportados en la literatura.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar los participantes pertenecientes al estudio según sus aspectos sociodemográficos.
- Describir las prácticas de las madres pertenecientes a los estudios con relación a las prácticas alimentarias con su recién nacido de bajo peso.
- Evaluar las prácticas de riesgo en la alimentación de los recién nacido a término con bajo peso al nacer con las recomendaciones dadas por la OMS.

4. MARCO DE REFERENCIA

Se tuvo como marco de referencia los siguientes documentos de la Organización Mundial de la Salud, relacionados con la alimentación óptima de los niños con Bajo

Peso al Nacer: “*Optimal feeding of low birth-weight infants in low and middle income countries (1)* y *Optimal feeding of low birth-weight infants: Technical review (11)*”.

De igual forma, para esta revisión narrativa se realizó una búsqueda rápida de revisiones de la literatura, haciendo uso de los términos MeSH y DeCS, en la cual los hallazgos obtenidos se tuvieron en cuenta para la identificación del vacío en el reporte de la literatura. Por lo tanto eso se hace necesario realizar una búsqueda minuciosa en las bases de datos, la cual permita la identificación de lo reportado en los estudios primarios, es importante mencionar que el estudio se enfocó en la descripción de las conductas alimentarias adoptadas por las madres de niños a término con bajo peso al nacer sin límite de años, para esto se tuvo en cuenta las condiciones políticas, sociales, culturales, económicas que se encuentran las madres y sus recién nacidos frente a esta problemática.

4.1 Marco conceptual

Los términos descritos a continuación, serán la manera analítica comprender cada una de las características que se tendrán en cuenta cuando se mencionan en todo el documento y permitirá a los lectores mayor fluidez y claridad en la lectura de este.

Conductas alimentarias: Respuestas comportamentales o rutinas asociadas al acto de alimentarse, modos de alimentarse, patrón rítmico de la alimentación (intervalos de tiempo - horarios y duración de la alimentación).

Lactancia materna: Nutrición de un lactante al mamar.

Lactante: Niño entre 1 y 23 meses de edad.

Niños a término son aquellos que nacen entre las 38 y 42 semanas de gestación.

Peso al nacer: Es la primera medida del peso del recién nacido hecha después del nacimiento. Debe ser medido preferiblemente dentro de la primera hora de vida.

Bajo peso al nacer: recién nacido con un peso inferior de 2500 g, este valor se toma indistintamente de la edad de gestación.

Peso muy bajo al nacer: Recién nacido con un peso al nacer menor de 1500 g separadamente de la edad gestacional.

Método madre canguro: implica sostener al niño en un contacto piel con piel. Se utiliza ampliamente para favorecer la lactancia materna, la regulación térmica y energética del neonato asegurando la ganancia de peso y su crecimiento.

Conocimientos: Conjunto de saberes populares, técnicos y/o profesionales con relación a una condición de salud.

Mortalidad neonatal: Se considera toda defunción entre el parto hasta los 27 días después del nacimiento.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se guía por lo dispuesto en la Resolución 008430 de 1993, *“por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”*, su artículo 11 la cataloga como sin riesgo, debido a que no hay manipulación de variables biológicas, y se hace uso de datos secundarios publicados en investigaciones científicas (12).

Consideraciones adicionales: Esta investigación no genera alteraciones ambientales que impacten en la calidad del medio ambiente, adicionalmente se amparan en las políticas de la Universidad frente al uso consecuente de los recursos (papel).

Por otro lado, se realizan las citaciones correspondientes de las publicaciones utilizadas con el fin de salvaguardar la propiedad intelectual de los autores de los artículos usados en esta investigación (37).

6. METODOLOGÍA

A continuación, se evidenciará la ruta metodológica que condujo la revisión narrativa de la literatura, la misma se caracteriza por la utilización de datos secundarios como fuente de información relacionando los datos de las practicas alimentarias de aquellas madres con sus recién nacidos donde se proporciona la visión panorámica de la situación y como se ha llevado a cabo investigaciones relacionadas con las mismas.

6.1. Diseño

Se realizó una revisión de datos secundarios tipo revisión narrativa de literatura, que busca recopilar, analizar, sintetizar y discutir la información publicada sobre un tema, posibilitando la inclusión o no de un examen crítico del estado de los conocimientos reportados en la literatura (13), su finalidad es la de rastrear, detallar y argumentar un tema específico ampliamente, considerando varios factores desde la óptica teórica y contextual (14), la búsqueda para reconocer las prácticas alimentarias de madres con sus recién nacidos a término con bajo peso al nacer hasta los 24 meses posnatales reportada en la literatura, se realizó entre Octubre del 2020 y Marzo del 2021.

Se incluyeron 6 bases de datos: Biblioteca Virtual en Salud, Science Direct, Ovid Nursing, Scopus, Scielo y Pubmed disponibles en los recursos del Sistema Nacional de Bibliotecas de la Universidad Antonio Nariño, dada la relevancia para la

búsqueda en temas relacionados con ciencias de la salud. Se describen a continuación, cada una de las bases de datos utilizadas (Ver tabla 1)

Tabla 1. Bases de datos utilizadas, descripción.

Base de datos	Característica
Biblioteca Virtual en Salud (BVS)	El Portal Regional de la BVS es el espacio de integración de fuentes de información en salud que promueve la democratización y ampliación del acceso a la información científica y técnica en salud en América latina y el Caribe. Es desarrollada y operada por BIREME (Es un centro especializado de la OPS (BIREME/OPS/OMS) con la misión de contribuir para el desarrollo de la salud en 3 idiomas (inglés, portugués y español). Aplica la interfaz integrada de búsqueda IAHx con recursos de filtros, exportación de resultados, búsqueda avanzada e interoperación con DeCS/MeSH. (15)
Science Direct	Es una colección multidisciplinar que ofrece más de 8 millones de artículos y a más de 59 mil de resúmenes de artículos de todos los campos de la ciencia. Dentro de esta plataforma, se tienen dos productos, las revistas y los libros electrónicos o eBooks. Incluye una amplia colección de ciencias de la salud, que cubren educación, información de referencia y apoyo a la toma de decisiones, lo mantienen actualizando sobre los avances médicos para estimular la investigación y mejorar la atención al paciente. (16)
Ovid Nursing	Fortalece el área de Enfermería con la suscripción a 23 libros en esta área, la base de datos Ovid Nursing Database y la Interfase Nursing@Ovid que además de integrar el contenido ya suscrito en Enfermería, adiciona la posibilidad de buscar en otros 3 productos suscritos por la Universidad con el metabuscador Ovid Universal Search, de nuestra compañía Ovid ayudando a encontrar información médica importante para que puedan tomar decisiones críticas para mejorar la atención al

	paciente, mejorar la investigación en curso e impulsar nuevos descubrimientos.(17)
Scopus	Scopus es la mayor base de datos de resúmenes y citas de literatura revisada por pares: revistas científicas, libros y actas de congresos. Al ofrecer una descripción general completa de la producción de investigación mundial en los campos de la ciencia, la tecnología, la medicina, las ciencias sociales y las artes y las humanidades, Scopus presenta herramientas inteligentes para rastrear, analizar y visualizar la investigación. (18)
Scielo	SciELO Data es un repositorio multidisciplinario para depositar, preservar y difundir datos de investigación de artículos enviados, aprobados para publicación o ya publicados en revistas de la Red SciELO o depositados en SciELO Preprints. SciELO Data ofrece a la comunidad de autores y editores de revistas de la Red SciELO y usuarios de SciELO Preprint un repositorio de datos de investigación que adopta las mejores prácticas y estándares internacionales para la gestión de datos de investigación. (19)
Pubmed	PubMed es un recurso gratuito que apoya la búsqueda y recuperación de literatura biomédica y de ciencias de la vida con el objetivo de mejorar la salud, tanto a nivel mundial como personal. La base de datos PubMed contiene más de 32 millones de citas y resúmenes de literatura biomédica. No incluye artículos de revistas de texto completo; sin embargo, los enlaces al texto completo suelen estar presentes cuando están disponibles en otras fuentes, como el sitio web del editor o PubMed Central (PMC). (20)

Fuente: Elaboración propia

6.2 Criterios de inclusión y exclusión.

A continuación, se presentan los criterios tenidos en cuenta para la inclusión y exclusión de los estudios de la presente investigación.

6.2.1 Criterios de inclusión: Se incluyen estudios primarios cuantitativos de tipo observacional (cohorte, casos y controles; ensayos clínicos controlados o no controlados), también se incluyeron artículos cualitativos de tipo descriptivo (etnográficos, fenomenológicos, investigación-acción y hermenéuticos) e interpretativos de teoría fundamentada, sin límite de tiempo, dado la necesidad de explorar sobre las prácticas alimentarias de las madres de niños a término con bajo peso al nacer y el comportamiento en cuanto a la inclusión de otros alimentos hasta los 24 meses posnatales.

En cuanto al análisis de los participantes en los estudios se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión para su selección:

Criterios de inclusión

- Madres de cualquier edad.
- Niños que nazcan a una edad gestacional de 37 semanas o más y cuyo peso al nacer sea menor a 2500 gramos.
- Que identifiquen, evalúen, analicen las conductas alimentarias con recién nacidos a término con bajo peso hasta los 24 meses de edad.

6.2.2 Criterios de exclusión: Se excluyeron todos aquellos artículos que fueran de cartas al autor o editoriales y los cuales no se incluyeran niños a término con bajo peso al nacer y que las madres presentaran alteraciones cognitivas y/o limitaciones físicas o complicaciones postparto que le impidan realizar atención y el cuidado de su recién nacido.

6.3 Estrategias de búsqueda

La estrategia de búsqueda en esta revisión narrativa se realizó con el propósito de captar la mayor cantidad de estudios posibles publicados y no publicados. Esta recolección de datos estuvo enfocada en realizar una búsqueda de literatura en inglés español y portugués de los términos controlados tesauros, DeCS y MeSH, incluyendo las palabras claves principales: conducta alimentaria, bajo peso al nacer, lactancia materna y excluyendo nacimiento pretérmino, en las bases de datos disponibles en la biblioteca de la Universidad Nariño tales como Medline, Scopus, Science direct, Ovid nursing, Biblioteca virtual en Salud, Scielo, Academic Search Complete y Pubmed. Siguiendo los criterios establecidos en The Joanna Briggs Institute (21).

Para la búsqueda se tuvo en cuenta los operadores booleanos y los términos conectores AND, OR y NOT, estos términos permiten realizar combinaciones de los descriptores que fueron utilizados en la búsqueda, siendo AND una combinación restricta, OR una combinación de adición y NOT una combinación excluyente

FASE 1:

- Se identificó las palabras claves iniciales basadas en el conocimiento del campo para realizar una búsqueda inicial en dónde los investigadores crearon una matriz de palabras claves y términos controlados para su posterior revisión en los títulos y resúmenes.

Tabla 2. *Identificación de términos clave y controlados*

PRÁCTICA ALIMENTARIA

Medical Subject Headings (MeSH)	Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)	Palabras claves (términos no controlados - usado por autores)
Feeding Behavior	Conducta alimentaria Comportamento Alimentar Eathing behavior Consumo Alimentar Consumo de comida Food consumption	Nutrição da Criança Nutrición infantil Infant Nutrition
BAJO PESO AL NACER		
Medical Subject Headings (MeSH)	Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)	Palabras claves (términos no controlados - usado por autores)
Low Birth Weight	Birth Weight Baixo Peso	Low Birth Weight / growth & development Low Birth Weight / metabolism
NIÑO A TÉRMINO		
Medical Subject Headings (MeSH)	Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)	Palabras claves (términos no controlados - usado por autores)
Term Birth	Nacimiento a término Nascimento a Termo Naissance á terme	Parto a término

Fuente: Elaboración propia

- Se analizó las palabras del texto contenidas en los títulos y resúmenes de artículos, y de los términos de índices usados en cada una de las bases de datos para construir una estrategia de búsqueda específica y comprensiva para cada base de datos.

Tabla 3. Términos y palabras claves para la estrategia de búsqueda por bases de datos

TESAUROS POR BASE

BASE DE DATOS	TERMINOLOGIA	DESCRPTORES		
		Niño a término	Conducta alimentaria	Bajo peso al nacer
BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD	DECS	Lactante Lactente	Conducta alimentaria Comportamento alimentar Comportement alimentaire.	Peso al Nacer Peso ao Nascer Poids de naissance
	MESH	Infant	Feeding Behavior	Birth Weight
SCIENCEDIRECT	DECS	Lactante Lactente	Conducta alimentaria Comportamento alimentar Comportement alimentaire	Peso al Nacer Peso ao Nascer Poids de naissance
	MESH	Infant	Feeding Behavior	Birth Weight
	PALABRAS CLAVES	Neonates Newborn baby	Prácticas alimentarias Breast-feeding education Parental feeding practices Mother behavior Mother-infant interaction Baby nutrition	Low birth weight
OVID NURSING	MESH	Infant nutrition Infant Infant food Infant feeding Newborn infant	Feeding behavior Mothers Milk human Feeding Practices Breast feeding	Birth weight
	PALABRAS CLAVES	No aplica	childcare	No aplica
SCOPUS	MESH	Infant	Feeding behavior	Birth weight Infant low birth weight
	EMTREE	No aplica	Breast feeding Child nutrition Infant feeding Mother human Breastfeeding early Mother child relation	Low birth weight

TESAUROS POR BASE				
BASE DE DATOS	TERMINOLOGIA	DESCRIPTORES		
		Niño a término	Conducta alimentaria	Bajo peso al nacer
	PALABRAS CLAVES	Infant newborn Term birth	Mother Feeding behavior Breast feeding Eating behavior Health education Human Infant nutrition Child nutrition	No aplica
SCIELO	DECS	Lactante Lactente	Conducta alimentaria Comportamento alimentar Comportement alimentaire	Peso al Nacer Peso ao Nascer Poids de naissance
	MESH	Infant	Feeding Behavior	Birth Weight
	PALABRAS CLAVE	Recém-Nascido	Comportamento Alimentar	Term birth
PUBMED	DECS	Lactante Lactente	Conducta alimentaria Comportamento alimentar Comportement alimentaire	Peso al Nacer Peso ao Nascer Poids de naissance
	MESH	Infant	Feeding Behavior	Birth Weight
	PALABRAS CLAVE	Infant Infant, low birth weight Newborn	Feeding behavior Infant feeding mother-child relations Breast Feeding	Low Birth Weight / growth & development Low Birth Weight / metabolism

Fuente: Elaboración propia

FASE 2:

- Se implementaron estrategias de búsqueda específicas para cada base de datos incluidas en el protocolo.

En esta fase se detalló la estrategia de búsqueda específica para cada base de datos, así:

Tabla 4. Estrategia de búsqueda de bases de datos

Base de datos	Estrategia de búsqueda
Biblioteca Virtual en Salud	("Feeding Behavior" OR "Eathing behavior" OR "Nutrição da Criança" OR "Nutrición infantil" OR "Infant Nutrition" OR "Conducta alimentaria" OR "Comportamento alimentar") AND ("Bajo peso al nacer" OR "birth weight" OR "Peso ao Nascer" OR "Peso al nacer") AND ("Niño a termino" OR "term birth")
Science Direct	("Feeding Behavior" OR "Eathing behavior" OR "Nutrição da Criança" OR "Nutrición infantil" OR "Infant Nutrition" OR "Conducta alimentaria" OR "Comportamento alimentar") AND ("Bajo peso al nacer" OR "birth weight" OR "Peso ao Nascer" OR "Peso al nacer") AND ("Niño a termino" OR "term birth")
Scielo	("Feeding Behavior" OR "Eathing behavior" OR "Nutrição da Criança" OR "Nutrición infantil" OR "Infant Nutrition" OR "Conducta alimentaria" OR "Comportamento alimentar") AND ("Bajo peso al nacer" OR "birth weight" OR "Peso ao Nascer" OR "Peso al nacer") AND ("Low birth weight" OR "Infant" OR "New born baby" OR "recém nascido" OR "term birth" OR "New born")
Ovid Nursing	feeding behavior\$ OR conducta alimentaria\$ OR comportamento alimentar\$ OR eathing behavior\$ OR consumo alimentar\$ OR consumo de comida\$ OR food consumption\$ OR Nutrição da Criança\$ OR nutricion infantil\$ OR infant nutrition\$ OR feeding practices\$ OR breast feeding\$ AND bajo peso al nacer OR peso ao nascer OR birth weight OR peso al nacer AND niño a termino OR newborn baby

	OR term birth OR Recém-Nascido OR infant feeding OR humans
Scopus	"feeding behavior" OR "conducta alimentaria" OR "Comportamento Alimentar" OR "Eathing behavior" OR "Consumo Alimentar" OR "Consumo de comida " OR "Food consumption" OR "Nutrição da Criança" OR "Nutrición infantil" OR "Infant Nutrition" AND "bajo peso al nacer" OR "peso ao nascer" OR "birth weight" OR "peso al nacer" AND "Niño a termino" OR "term birth"
Pubmed	((((birth weight[MeSH Terms]) OR (infant, low birth weight[MeSH Terms])) AND (mother child relations[MeSH Terms])) OR (behavior, feeding[MeSH Terms])) AND (term birth[MeSH Terms])

Fuente: Elaboración propia

FASE 3:

- Se involucró la revisión de las listas de referencia de todos los estudios que son recuperados para la evaluación y búsqueda de estudios adicionales.

En esta fase se revisaron las bibliografías de los artículos para la búsqueda exhaustiva de posibles artículos que no arrojaran las bases de datos, denominada como búsqueda manual de literatura.

Esta búsqueda se realizó de la revisión de las bibliografías utilizadas por los artículos que fueron leídos en texto completo. A fin de encontrar en los mismos estudios que fueran relevantes para ser leídos y que no fueron arrojados en la búsqueda de las bases de datos seleccionadas.

6.4. Extracción y análisis de los datos

Una vez identificada la estrategia de búsqueda por base de datos, se realizó una afinación del proceso de búsqueda por parte de la directora de tesis para cada una

de las investigadoras, en este proceso se indicó sobre el uso adecuado de los booleanos y el uso de los términos controlados, una vez terminado este proceso se procedió a la obtención del mayor número de artículos, para lo cual realizó una división de las bases de datos entre los investigadores de la siguiente manera:

Tabla 5. Organización de investigadoras para la extracción de datos

Base de datos	Investigadora responsable de la búsqueda
Biblioteca Virtual en Salud	Carolina Ramírez
Science Direct	
Scielo	Dayana Soracá
Pubmed	
Scopus	Daniela Pérez
Ovid Nursing	

Fuente: Elaboración propia

Al finalizar el proceso de búsqueda, se procedió a realizar la revisión de los artículos por título y resumen teniendo en cuenta, los criterios de selección, para esto se descargaron las búsquedas arrojadas por cada base de datos y se transcribieron en una matriz elaborada por las investigadoras para el registro de resultados y análisis de datos de Microsoft Excel (ver anexo 1).

6.4.1 Proceso de selección

El proceso de selección de los estudios para la revisión se condujo de la siguiente forma:

1. Proceso de selección de estudios por medio del título: La revisión de los títulos de los estudios arrojados según la ecuación de búsqueda, nos permitió localizar palabras clave que insinúan relevancia para el fenómeno de la revisión narrativa, en caso de no haber certeza para la inclusión o exclusión del estudio, se clasificaba como dudoso y se realizaba la lectura del resumen.

2. Proceso de selección de estudios por medio del resumen: La revisión de los resúmenes entre los elegibles, proporcionó elementos para una selección inicial e incrementar la información sobre el estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

3. Proceso de selección de estudios por medio del texto completo: La revisión de los documentos por texto completo se realizó con los estudios seleccionados en el paso anterior, la inclusión de estudio dentro de la revisión se realizó de acuerdo con el cumplimiento de todos los criterios de inclusión. Una vez elegidos los estudios por texto completo se examinaron cuidadosamente, con el fin de obtener de sus referencias o citas más estudios pertinentes.

Las investigadoras formaron dos grupos independientes de lectura con el propósito de afinar la lectura y ser más precisos en la búsqueda de criterios de inclusión y llegar a un acuerdo en la elección de los artículos que cumplieran con dichos criterios. Estos artículos fueron leídos por cada uno de los investigadores, posteriormente, se reunieron para realizar la socialización, análisis y discusión de los resultados obtenidos en la selección de estos.

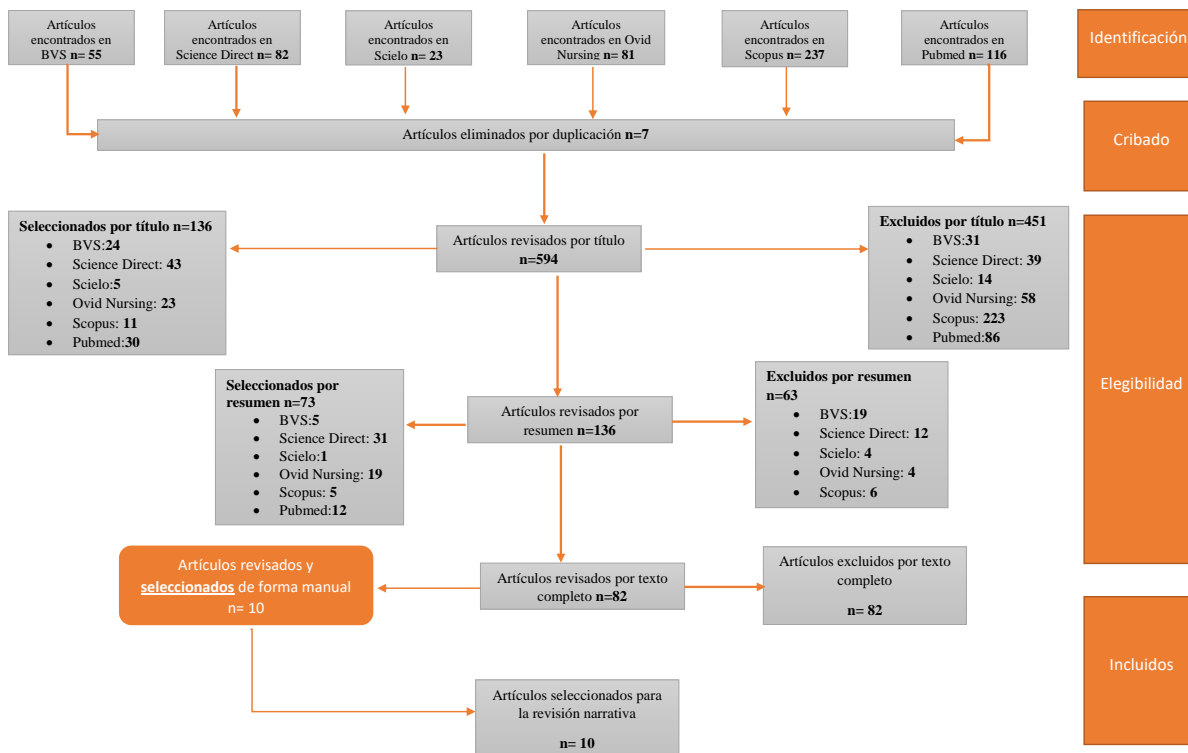
Para hacer operativo el proceso y mejorar el tratamiento de los artículos identificados en las búsquedas y posterior selección de estudios, se diseñó documento en Microsoft Excel que incluía: tiempo de búsqueda, intención de la búsqueda, estrategia pico, numeración de la búsqueda, estrategia de búsqueda, ecuaciones de búsqueda tomadas del histórico de la base, límites de la búsqueda, acotaciones de la búsqueda, productos obtenidos de la búsqueda, número de

documentos seleccionados/dudosos/excluidos por título, número de documentos seleccionados/dudosos/excluidos por resumen, número de documentos seleccionados/dudosos/excluidos por texto completo, motivos para la exclusión, este documento de Excel facilitó la socialización, el estudio y el diálogo entre las investigadoras de la información encontrada en cada documento a fin de dar respuesta a los objetivos del estudio (ver anexo 2).

6.5 Resultados de la búsqueda

Se encontraron 594 referencias mediante la búsqueda en las bases de datos; 451 fueron excluidas por título 63 por resumen; 73 artículos fueron revisados por texto completo analizando la existencia de los criterios de exclusión e inclusión, subsiguientemente se evidenció que 10 documentos aportaban información útil en la identificación de las prácticas alimentarias de las madres con niños a término con bajo peso al nacer. (figura 1)

Figura 1. Flujo PRISMA: método de selección.



Fuente: Elaboración propia

7. RESULTADOS

En la presente investigación los resultados buscan responder a los objetivos planteados en la mismas, por lo tanto iniciará con la caracterización de los participantes, posteriormente a la identificación de las practicas alimentarias y finalmente con la evaluación de estas y siguiendo los parámetros establecidos por la OMS en recién nacidos con bajo peso.

7.1. Caracterización de participantes

A continuación, se presenta la población participante de los estudios, se inicia con la presentación de los infantes y posteriormente con la caracterización de las madres.

De los 9794 infantes incluidos en los estudios (tabla 6), 3791 (38.8%) reportaban un peso inferior de 2.500 gramos al nacer, de igual forma, el reporte del nacimiento a término de estos fue de 8.8% (856 infantes), si bien los estudios mencionan que se realizaron los estudios con niños a término, no reportan las semanas de gestación de los mismos, en un 36.8% (22,23, 24), debido a perdida de datos o que no fue relevante en los análisis multivariados realizados (25,26), en un 51.6%, información sin lugar a dudas relevante para identificar si por estas características gestacionales se presenta el BPN, estos datos son similares a los reportados oficialmente por la UNICEF, donde globalmente el porcentaje de pérdida de datos relacionados con el nacimiento de infantes con bajo peso es del 28.2% (27).

Se reportó un porcentaje superior de infantes de sexo femenino con BPN (17.8%) en comparación con el sexo masculino (14.3%), si bien la guía para la nutrición optima del neonato con peso inferior a 2.500 g no menciona nada en relación con esta característica, los estudios revisados reportan que hay una tendencia leve a que se presenten mayor cantidad de bajo peso al nacer en niñas que en niños (23,25,28,29, 30).

Tabla 6. Características de los infantes

Características infantes	
Total: N= 9794	
Género	
Femenino	1742 (17.8%)
Masculino	1400 (14.3%)
No reportado*	6652 (67.9%)
Edad gestacional	
>37 semanas	856 (8.8%)
Perdida de dato^	5058 (51.6%)
<37 semanas	271 (2.8%)
No reportado*	3609 (36.8%)
BPN	
<2500 g	3791 (38.8%)
>2500 g	3315 (33.8%)
No reportado	2688 (27.4%)
Región de procedencia de nacimientos	
África	-
Central: Uganda	No reportado

Occidental: Ghana	3411
Sur : Sudáfrica	219
Norte: Emiratos árabes Unidos	134
Asia	-
Asia oriental: Filipinas	3201
Asia Meridional:	-
Bangladesh	No reportado
India	261
Latinoamérica y el caribe	-
Brasil	2370
Europa	-
Londres	198

Fuente: Elaboración propia

Es importante notar que la región que más reporta estudios de nacimientos con bajo peso, son la región de África subsahariana, particularmente Ghana (3411) (22), Asia Oriental, con Filipinas (3201) (26,29) y de Latinoamérica, Brasil (2370) (25), países que, según reportes del Banco Mundial, se encuentran entre países de bajos y medianos ingresos, considerándose aún más un reto enfrentar las inequidades en salud y responder con políticas claras a esta condición de interés público (31)

En cuanto a las madres de los infantes (tabla 7), en el estudio tenían una edad entre los 18 a los 47 años (92.2%) con predominio de los 20-26 años, un alto porcentaje de estas reportaron haber alcanzado estudios de primaria (44.9%) (25,26,28) y en cuanto a la ocupación a pesar de haber un porcentaje considerable no reportado (61.6%) en su mayoría se dedicaban al hogar o se encontraban desempleadas (29%) (25,28,30).

En cuanto a las condiciones del parto, 4064 mujeres (68.1%) tuvieron sus hijos en los hospitales, debido a que varios de los mismos fueron conducidos o los datos recolectados procedían de entornos hospitalarios o historias clínicas. Cabe resaltar que en cuanto a la paridad predominaron las mujeres multíparas (58.7%), contrario a una de las condiciones del bajo peso al nacer donde en su mayoría se presenta en las mujeres primigestantes, sin embargo, esto se puede considerar un hallazgo de interés dado a que esta condición se puede presentar en las mujeres que llevan su gestación hasta el término pero pueden cursar con otras condiciones de especial

importancia que se debe realizar un análisis más profundo para lograr identificar si existe una relación considerable.

Tabla 7. Características maternas

Características maternas	
Total: N= 5966	
Entorno donde dieron a luz	
Hospital	4064 (68.1%)
Hogar	1849 (31.0%)
No reportado	53 (0.9 %)
Edad	
18-47 años	5502 (92.2%)
No reportado	464 (7.8 %)
Educación	
Primaria (6 años)	2678 (44.9%)
Secundaria (10 años)	1565 (26.2%)
Superior (>12 años)	882 (14.8%)
No reportado	841 (14.1%)
Paridad	
Primípara	1941 (32.5%)
múltipara	3500 (58.7%)
No reportado	525 (8.8%)
Modo de parto	
Vaginal	1335 (22.4%)
Cesárea	1326 (22.2%)
No reportado*	3305 (55.4%)
Ocupación	
Desempleada/hogar	1731 (29 %)
Empleada	559 (9.4%)
No reportado	3676 (61.6%)
Creencias religiosas	
Islam	8 (0.13%)
Protestantes	5 (0.08%)
Católica romana	3 (0.05%)
No reportado	5950 (99.7%)
Estado civil	
Soltera	1345 (22.5%)
Casada	907 (15.2%)
No reportado	3714 (62.3%)
Región	
África	-
Central: Uganda	16
Occidental: Ghana	No reportado
Sur: Sudáfrica	276

Norte: Emiratos árabes Unidos	134
Asia	-
Asia oriental: Filipinas	3226
Asia Meridional:	-
Bangladesh	12
India	261
Latinoamérica y el caribe	-
Brasil	1843
Europa	-
Londres	198

Fuente: Elaboración propia

Finalmente hay un estudio que muestra las creencias religiosas (32), sin embargo, no se encuentran aspectos considerables que asocien las practicas alimentarias a estas creencias, pero puede ser de interés para profundizar en los artículos.

7.2. Caracterización de las prácticas alimentarias

Una vez realizado el proceso de lectura de los diferentes artículos encontrados y seleccionados por búsqueda manual, se decidió clasificar los hallazgos teniendo en cuenta la edad del niño, los resultados alcanzados según las características de los participantes de cada investigación y las prácticas alimentarias de los participantes, las cuales se dividieron en dos grupos: 1. Practicas alimentarias relacionadas con la lactancia materna (teniendo en cuenta duración, tiempo y dificultades en caso de presentarse), 2. Prácticas de alimentación complementarias (teniendo en cuenta la edad del niño, lugar y tipo).

7.2.1. Prácticas alimentarias relacionadas con la Lactancia Materna

Siendo la lactancia materna una de las prácticas alimentarias más importantes y necesarias para el desarrollo óptimo y el crecimiento adecuado de los niños, fue de vital importancia reconocer las prácticas adoptadas en diferentes lugares del

mundo, dentro de los cuales se encontró que según la clasificación del World Bank Country and Lending Groups (33) el 10% corresponde a países con bajos ingresos (Uganda) (32), el 50% corresponde a medianos ingresos (Filipinas, Manila, Ghana, Bangladesh e India) (26,29,22,24,30), el 20% corresponde a economía media-alta (Provincia de Limpopo y Brasil) (35,25) y el 20% restante corresponde a países con altos ingresos (Emiratos Árabes y Londres) (28,23).

Una de las características evidenciadas en la lectura de los artículos fue el inicio de la Lactancia Materna; en el 30% de los artículos *el inicio de la lactancia fue temprano*, es decir, durante las primeras horas de vida en donde según el reporte de la literatura los países Ghana (22), Manila (29) e India (30) menciona el inicio exacto calculado en horas de la Lactancia Materna en un rango de 1 hora hasta 24 horas. Un 20% de los artículos incluidos dentro del estudio correspondientes a los países Uganda (32) y Abu Dhabi (28) reportaron un *inicio de la Lactancia Materna tardío* relacionado con condiciones tales como: nacimiento por cesárea, complicaciones durante el parto y escaso apoyo por parte del personal de salud, sin embargo, en el 50% de los artículos se evidenció como común denominador el *no reporte* del inicio de la lactancia materna, situación que preocupa dado a los requerimientos nutricionales del recién nacido son elevados y podría desencadenar en el aumento de la morbilidad neonatal si se superan las 24 horas (1). Por otro lado, cabe resaltar que el único país que siguió las recomendaciones de la OMS en cuanto a la Lactancia Materna exclusiva de 0 a 6 meses, fue Manila logrando una protección hacia infecciones respiratorias y diarrea, reportando de igual forma un mejor estado de salud en los niños (29).

Otro de los hallazgos, está relacionado con los beneficios y la importancia del inicio oportuno de la lactancia materna y el asesoramiento que reciben las madres sobre esta temática cuando el nacimiento del niño es en un entorno asistencial y

que además es un nacimiento por parto normal (vaginal), por esta razón se obtiene un mejor resultado en cuanto a los esfuerzos que realiza el personal de salud para garantizar la lactancia materna exclusiva, evidenciándose que se mejora la adherencia y se mantiene por un mayor periodo de tiempo la misma, a diferencia de cuando es parto por cesárea, tal y como se evidencia en la tabla 8.

Con relación a lo anterior la OMS (34) publicó unos indicadores relacionados con las prácticas alimentarias dentro de estas se encuentra la *Lactancia materna exclusiva* (Solo leche materna) siendo esta la práctica alimentaria que menos duración tuvo en el reporte de los estudios con un rango de 0 a 1 mes de vida en países como Uganda, Ghana, Londres e India.

Teniendo en cuenta lo anterior las madres que no recibieron un asesoramiento oportuno utilizaron otras prácticas alimentarias que se describirán a continuación en el apartado de *Prácticas de alimentación complementarias*.

7.2.2. Prácticas de alimentación complementarias

Las prácticas de alimentación complementaria se relacionan con los indicadores de la OMS; dentro de estos encontramos: *Lactancia Predominante* (Leche materna con agua u otros líquidos sin incluir otro tipo de leche) con una incidencia del 10% dentro de los estudios incluidos en esta revisión ya que India (30) fue el único país que realizaba esta práctica. Otra de los indicadores de la OMS (34) es *Lactancia Parcial* (niños que reciben leche materna y otros alimentos incluyendo otros tipos de leche) dentro de este indicador se encuentra la mayoría de los artículos con un 50% en los cuales predominaba la alimentación con agua con azúcar, leche de fórmula, infusiones de té de hierbas, alimentación con leche animal, alimentación con mijo o gachas de soja, esta última pertenece a Uganda (32) la cual tiene una fuerte influencia cultural ya que está relacionada con la

ganancia de peso del niño. Por último, *la Lactancia Complementaria* (leche materna con sólidos o pures) en los países Londres (23), Brasil (25) y Provincia de Limpopo (35) con una prevalencia del 30% en las cuales se incluye alimentación con papillas de maíz blando, arroz para bebés, carne, frijoles, verduras, frutas, gaseosa, jugo procesado y patatas fritas, frente a esta última práctica el rango de edad en el que se incluyó lactancia complementaria fue de los 6 a los 24 meses de edad.

En este apartado se tuvieron en cuenta poblaciones bastante diversas tales como Uganda(32), Ghana(22), Londres (23), Bangladesh (24), Abu Dhabi (Emiratos Árabes Unidos)(28), Brasil (25), Provincia de Limpopo (Sudáfrica) (35), Filipinas(26) e India(30), en donde se encontró que las prácticas alimentarias dependen de las características de la madre, las condiciones del niño(a) y de la cultura a la que pertenezca, teniendo en cuenta esto puede haber predominio por lactancia materna exclusiva, lactancia materna predominante, lactancia parcial o lactancia complementaria en las cuales se ha evidenciado que no son aptas para la edad de los niños y que influyen directamente con el estado salud-enfermedad de los mismos. En cuanto a las edades de los participantes se tuvieron en cuenta niños desde el nacimiento hasta los 2 años, a los cuales se les evaluó las prácticas alimentarias adoptadas después del nacimiento ya que un común denominador de esta población fue el nacimiento con bajo peso.

Tabla 8. Caracterización de prácticas alimentarias

Tabla 8. Caracterización de prácticas alimentarias

	Reconocimiento y atención domiciliaria de los recién nacidos de bajo peso: estudio cualitativo de los conocimientos, las creencias y las prácticas de las madres de Iganga-Mayuge Centro de vigilancia sanitaria y demográfica, Uganda (32)	Impacto de las prácticas de alimentación infantil temprana en la mortalidad de los recién nacidos de las zonas rurales de Ghana (22)	¿Comprenden las madres los principios de la alimentación saludable para los bebés de bajo peso? (23)	Percepciones y prácticas relacionadas con el peso al nacer en las zonas rurales de Bangladesh: Implicaciones para los programas de salud neonatal en entornos de ingresos bajos y medios (24)	Factores de riesgo asociados al inicio de la lactancia materna entre las madres con bebés de bajo peso: Un estudio multicéntrico transversal en Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos (28)	Prácticas alimentarias de los recién nacidos de bajo peso y factores asociados (25)	Prácticas de alimentación y crecimiento de los niños desde el nacimiento hasta los 12 meses en la región central de la provincia sudafricana de Limpopo (35)	El bajo peso al nacer reduce la probabilidad de amamantar entre los bebés filipinos (26)	Lactancia materna exclusiva de niños de bajo peso durante los primeros seis meses: morbilidad infantil y antropometría materna e infantil (29)	Directrices de la Organización Mundial de la Salud para la alimentación de lactantes de bajo peso al nacer: Efectos de la aplicación en los centros de salud de primer nivel de referencia en la India (30)
LUGAR	UGANDA	GHANA	LONDRES, INGLATERRA	BANGLADESH	ABU DHABI, EMIRATOS ARABES UNIDOS	BRASIL	PROVINCIA DE LIMPOPO DE SUDAFRICA	FILIPINAS	MANILA, FILIPINAS	INDIA
EDAD DEL NIÑO	Primeros 2 meses de Vida	*Lactates de 2 a 28 días	*Peso al nacer registrado de 2500 g o menos peso al nacer *Hasta 24 meses de edad.	*Hasta 1 año	6 meses	Edades entre los 6 y 12 meses.	Hasta 12 meses de edad	Hasta los 6 meses de edad	*Hasta los 6 meses de edad *Bebés que nacieron a término (39±0,5 semanas)	*Entre 24 y 48 horas * A los 14 días
PRACTICAS RELACIONADAS CON LA LACTANCIA MATERNA	*Desconocimiento de las madres acerca de cuál era el mejor tiempo para iniciar la lactancia materna *Lactancia materna exclusiva se practica en los partos en los Centros de salud. * Inicio tardío debido a que durante el parto fue necesaria la reanimación del niño y posterior vigilancia.	*Lactancia materna exclusiva del día 1 hasta después del día 3. *La iniciación de la leche materna abarca practicas con baso, madre y nodriza.	*Lactancia materna durante >2 meses, pero <6meses y luego alimentación mixta *Lactancia materna exclusiva hasta las 4 semanas sin incluir otro tipo de alimentos. *La mayoría de las madres en algún momento amamantaron	*Lactancia materna (no menciona tiempo)	Un gran porcentaje de las madres no recibieron asesoramiento. *La mayoría de las madres iniciaron lactancia materna después. El inicio tardío de la lactancia materna se ve influenciado por cesáreas *El retraso en el inicio de la lactancia se ve afectado por el escaso apoyo del personal médico.	*Lactancia materna duración <18 meses * Lactancia materna en mayor proporción en el 1 mes * Leche materna combinada con formula con prevalencia en el 3 mes de vida.	*Lactancia materna poco frecuente en esta población. * Algunas condiciones de salud interfieren en la disponibilidad de lactar al bebé.	* La minoría de los lactantes fueron alimentados con leche materna exclusiva durante 6 meses. * Un porcentaje mayor de lactantes fueron amamantados parcialmente.	*Edad de la primera toma de lactancia materna (<1h, 1-6h, >6h) *Lactancia Materna exclusiva en las primeras 24h. * Lactancia Materna No exclusiva en las primeras 24h.	
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIAS	*Cuando el bebé no puede mamas, las mamas que tenían partos domiciliarios les dan agua con azúcar antes de iniciar la lactancia. *Los bebés recibían mijo o gachas de soja para ganar peso más rápido (consejos familiares)	*Fórmula infantil *Líquidos a base de leche (leche enlatada, fórmula infantil) *Líquidos a base de agua (agua, té, azúcar en agua, hierbas tradicionales) *Alimentos sólidos (gachas, avena, pan en agua).	*El arroz para bebés fue el primer alimento de destete o combinación de otros alimentos. *Introducción de alimentos sólidos a la semana 11.	*La alimentación con leche animal *La alimentación con agua azucarada *La alimentación con de leche artificial	No menciona	Consumo de alimentos tales como: carne, frijoles, leche, verduras, frutas, gaseosa, jugo procesado, galleta cracker, patatas fritas y otro tipo de leche no especificada	*Alimentación con Papilla de harina de maíz blanda, Té, bebidas a base de hierbas. (no especifica qué tipo de hierbas) *Leche de formula con prevalencia en el 9 mes	*Alimentación con líquidos no nutritivos (Infusiones de hierbas) *Alimentación con nutrilíquidos sólidos y semisólidos *Muestra de leche de fórmula	*Mas o menos la mitad de las lactantes fueron alimentados con leche de formula.	*Ningún bebé se alimentó con biberón. * Alimentación prelateal (agua). *Paladeo con cuchara.
RESULTADOS ALCANZADOS	*Cuando las madres dan a luz fuera de un centro de salud no reciben la educación en lactancia materna. *Son muy marcadas las diferencias de un parto domiciliario a un parto en un centro de Salud.	Se evidencio mayor aumento de mortalidad con el aumento del retraso en el inicio de la lactancia materna *La alimentación prelateal se asoció con un riesgo de mortalidad 3 veces mayor en los niños nacidos con bajo peso al nacer	*Las madres nulíparas en su mayoría amamantaron a sus hijos en comparación con las madres multiparas	* Las participantes no estaban familiarizadas con los términos técnicos de las categorías de peso al nacer (por ejemplo, BPN, alto peso al nacer) *Madres desconocen los riesgos del BPN	No menciona	*La mayor prevalencia encontrada fue la del agua, seguida de la leche materna, la leche no materna o las papillas, algún otro tipo de leche no materna	* La lactancia materna sigue siendo común en las zonas rurales de Sudafrica. * Las gachas de maíz son el principal suplemento alimenticio introducido	*Los niños nacidos en países menos desarrollados con una menor incidencia de la lactancia materna tienen una consecuencia desafortunada del riesgo para la salud.	Los bebés que fueron alimentados exclusivamente con leche materna desde 0-6 meses estaban protegidos contra la diarrea y las infecciones respiratorias.	No hubo cambios en las habilidades evaluadas en cuanto a lactancia materna.

7.3. Evaluación de las practicas

La tabla 9, muestra la evaluación de las prácticas según las guías de alimentación óptima para el recién nacido con bajo peso de la OMS.

Tabla 9. Evaluación de las prácticas alimentarias.

	Reconocimiento y atención domiciliar de los recién nacidos de bajo peso: estudio cualitativo de los conocimientos, las creencias y las prácticas de las madres de Iganga-Mayuge Centro de vigilancia sanitaria y demográfica, Uganda (32)	Impacto de las prácticas de alimentación infantil temprana en la mortalidad de los recién nacidos de las zonas rurales de Ghana (22)	¿Comprenden las madres los principios de la alimentación saludable para los bebés de bajo peso? (23)	Percepciones y prácticas relacionadas con el peso al nacer en las zonas rurales de Bangladesh: Implicaciones para los programas de salud neonatal en entornos de ingresos bajos y medios (24)	Factores de riesgo asociados al inicio de la lactancia materna entre las madres con bebés de bajo peso: Un estudio multicéntrico transversal en Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos (28)	Prácticas alimentarias de los recién nacidos brasileños de bajo peso y factores asociados (25)	Prácticas de alimentación y crecimiento de los niños desde el nacimiento hasta los 12 meses en la región central de la provincia sudafricana de Limpopo (35)	El bajo peso al nacer reduce la probabilidad de amamantar entre los bebés filipinos (26)	Lactancia materna exclusiva de niños de bajo peso durante los primeros seis meses: morbilidad infantil y antropometría materna e infantil (29)	Directrices de la Organización Mundial de la Salud para la alimentación de lactantes de bajo peso al nacer: Efectos de la aplicación en los centros de salud de primer nivel de referencia en la India (30)
PRACTICAS RELACIONADAS CON LA LACTANCIA MATERNA	<p>*Desconocimiento de las madres acerca de cuál era el mejor tiempo para iniciar la lactancia materna</p> <p>*Lactancia materna exclusiva se practica en los partos en los Centros de salud.</p> <p>* Inicio tardío debido a que durante el parto fue necesaria la reanimación del niño y posterior vigilancia.</p>	<p>*Lactancia materna exclusiva del día 1 hasta después del día 3.</p> <p>*La iniciación de la leche materna abarca practicas con baso, madre y nodriza.</p>	<p>*Lactancia materna durante >2 meses, pero <6meses y luego alimentación mixta</p> <p>*Lactancia materna exclusiva hasta las 4 semanas sin incluir otro tipo de alimentos.</p> <p>*La mayoría de las madres en algún momento amamantarón</p>	<p>*Lactancia materna</p> <p>(no menciona tiempo)</p>	<p>Un gran porcentaje de las madres no recibieron asesoramiento.</p> <p>*La mayoría de las madres iniciaron lactancia materna después.</p> <p>El inicio tardío de la lactancia materna se ve influenciado por cesáreas</p> <p>*El retraso en el inicio de la lactancia se ve afectado por el escaso apoyo del personal médico.</p>	<p>*Lactancia materna</p> <p>duración <18 meses</p>	<p>*Lactancia materna duración <18 meses</p> <p>* Lactancia materna en mayor proporción en el 1 mes</p> <p>* Leche materna combinada con formula con prevalencia en el 3 mes de vida.</p>	<p>*Lactancia materna poco frecuente en esta población.</p> <p>* Algunas condiciones de salud interfieren en la disponibilidad de lactar al bebé.</p>	<p>* La minoría de los lactantes fueron alimentados con leche materna exclusiva durante 6 meses.</p> <p>* Un porcentaje mayor de lactantes fueron amamantados parcialmente.</p>	<p>*Edad de la primera toma de lactancia materna (<1h, 1-6h, >6h)</p> <p>*Lactancia Materna exclusiva en las primeras 24h.</p> <p>* Lactancia Materna No exclusiva en las primeras 24h.</p>

Evaluación de la práctica según Guía OMS	<p>En relación al inicio tardío de la lactancia materna se debe iniciar la lactancia materna por vía enteral el primer día de vida, con una recomendación débil de baja evidencia</p>	<p>La lactancia materna exclusiva se debe extender hasta los 6 meses de edad, con una recomendación fuerte y baja evidencia Por lo tanto la práctica realizada por las madres de este estudio no es recomendada</p>	<p>La lactancia materna exclusiva se debe extender hasta los 6 meses de edad, con una recomendación fuerte y baja evidencia Por lo tanto la práctica realizada por las madres de este estudio es moderadamente recomendada</p>	<p>La lactancia materna exclusiva se debe extender hasta los 6 meses de edad, con una recomendación fuerte y baja evidencia Por lo tanto la práctica realizada por las madres de este estudio no es recomendada</p>	<p>En relación al inicio tardío de la lactancia, se recomienda iniciar durante la primera hora post parto máximo 2 horas con una recomendación fuerte y evidencia baja. La lactancia materna debe ser promovida en todos los espacios, no solo el hospitalario, por lo tanto la práctica realizada en este estudio es poco recomendada</p>	<p>La lactancia materna exclusiva se debe extender hasta los 6 meses de edad, con una recomendación fuerte y baja evidencia Por lo tanto la práctica realizada por las madres de este estudio es recomendada</p>	<p>La lactancia materna exclusiva se debe extender hasta los 6 meses de edad, con una recomendación fuerte y baja evidencia Por lo tanto la práctica realizada por las madres de este estudio es recomendada La combinación de leche materna y leche de fórmula en edades tempranas dependerá de la condición nutricional de la madre, por lo tanto se requiere analizar esta condición y suplementar la alimentación con una recomendación situacional débil y baja evidencia, por lo tanto la práctica es recomendada según las condiciones presentadas</p>	<p>La lactancia materna exclusiva se debe extender hasta los 6 meses de edad, con una recomendación fuerte y baja evidencia Por lo tanto la práctica realizada por las madres de este estudio no es recomendada</p>	<p>La lactancia materna exclusiva se debe extender hasta los 6 meses de edad, con una recomendación fuerte y baja evidencia Por lo tanto la práctica realizada por las madres de este estudio es recomendada</p>	<p>La lactancia materna exclusiva se debe extender hasta los 6 meses de edad, con una recomendación fuerte y baja evidencia Por lo tanto la práctica realizada por las madres de este estudio no es recomendada</p>
--	---	---	--	---	--	--	---	---	--	---

7.3.1. Importancia de la alimentación complementaria

Cuando la leche materna deja de ser insuficiente para preservar las necesidades nutricionales del lactante se debe agregar alimentos complementarios a su dieta. El cambio de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria comprende generalmente la etapa que va desde los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es un ciclo de fragilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud cuantifica que en los países de bajos ingresos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento.

La alimentación complementaria debe iniciarse en el momento oportuno, lo que significa que todos los niños deben comenzar a recibir otros alimentos, además de la leche materna. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuada y suministrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita superponer el menester nutricional del niño en desarrollo, sin abandonar la lactancia materna.

Por otro lado, es fundamental que los alimentos se preparen y administren en condiciones seguras, además, deben suministrarse de forma apropiada, esto significa que debe tener una textura acorde a la edad del niño y de forma que responda a su demanda.

Así mismo, la pertinencia de la alimentación complementaria en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación depende de las prácticas de alimentación de los cuidadores y de la disponibilidad. Además, esta última requiere de cuidados y estimulación activa, que su cuidador garantice y responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que se alimente. (36)

8. CONCLUSIONES

La evidencia analizada con relación a la bajo peso al nacer continua sugiriendo que en los países con bajo o medianos ingresos persiste esta condición, se debe insistir en la inclusión de políticas que promuevan la salud de la mujer en la etapa previa a la gestación, para el fortalecimiento del estado nutricional, de las condiciones socioeconómicas, particularmente con la escolarización y el empleo, al igual que garantizar condiciones sanitarias que le permitan la asistencia a controles prenatales una vez haya iniciado su proceso de gestación, realizar asesorías relacionadas con la lactancia materna, en cuanto a duración, modos y frecuencias.

Se evidencia que el nacimiento de niños con bajo peso desestimula a las madres iniciar con la lactancia materna de forma exclusiva, dado que por condiciones culturales se ven motivadas a la inclusión temprana de alimentos azucarado, leche de origen animal e incluso alimentación a base de granos y cereales, entre otros, que tradicionalmente se han asociado a la ganancia de peso en niños con deficiencias nutricionales. Esto evidencia que se requiere fortalecer en la sociedad la diferenciación entre un niño que nace con bajo peso y aquel que presenta carencias nutricionales durante el crecimiento y desarrollo.

Un gran número de infantes no fueron alimentados con leche materna, en línea con lo que se espera según las guías internacionales de alimentación óptimas para los infantes con bajo peso al nacer, lo que implica la necesidad de aunar esfuerzos con la comunidad y los profesionales de la salud, en cuanto enviar el mensaje correcto establecido desde las políticas públicas que garanticen un mayor soporte de la lactancia, acceso a bancos de leche que sean de calidad y sustentables para favorecer las condiciones de salud y económicas de las madres y aumentar la duración de la lactancia materna.

Si bien los estudios muestran que las madres incorporan alimentos a las dietas de los recién nacidos con bajo peso en etapas tempranas, se requiere fortalecer la educación de estas, garantizando que la incorporación de nuevos alimentos se realice hasta los 6 meses y que a estos se les analice los niveles azúcares y de suplementos a base de Vitamina A, D, calcio y Zinc que estas le pueden proporcionar a fin de mantener un equilibrio nutricional. De igual forma evaluar las cantidades de hierro que estas le pueden aportar teniendo en cuenta que el hierro es un nutriente esencial en el crecimiento y desarrollo de los niños.

9. RECOMENDACIONES

Dado a que la principal limitación que encontramos en los estudios era la posibilidad de contar con las edades gestacionales de las madres para identificar si su parto fue a término o no, se recomienda que los investigadores tengan en cuenta esta característica, pues esto nos puede dar indicios claros si hay diferencias en cuanto a las características alimentarias que debe tener un recién nacido con bajo peso a término versus a uno pretérmino. De igual forma realizar una actualización a las guías para que las recomendaciones óptimas tengan en cuenta este grado de madurez neuromotora que puede tener un recién nacido a término comparado a quien no lo es.

Muchos estudios tampoco reportan el tipo de parto, esto es de vital importancia para la identificación de aquellas madres que prolongan el inicio de la lactancia materna debido a complicaciones de este proceso, particularmente las que son sometidas a cesáreas, además nos puede dar una tendencia de que tantas cesáreas se practican dadas las condiciones de bajo peso y si se recomienda este procedimiento en lugar de un parto vaginal cuando se está a término con la condición del bajo peso.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Guidelines on Optimal feeding of low birth-weight infants in low and middle income countries [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011. 60 p. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf
2. Sabbaghchi M, Jalali R, Mohammadi M. A Systematic Review and Meta-analysis on the Prevalence of Low Birth Weight Infants in Iran. J Pregnancy. 2020; 2020:3686471. DOI:10.1155/2020/3686471
3. Organización Mundial de la Salud. Documento normativo sobre bajo peso al nacer [Internet]. Ginebra, Suiza; 2017. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf?ua=1
4. Morillo-Rosero HH, Rojas-Botero ML. Bajo peso al nacer e inseguridad alimentaria en el hogar en Pasto, Colombia. Univ y Salud [Internet]. 2019 Apr 16;21(2):166–75. Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/4054>
5. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, (UNICEF). Estado mundial de la infancia 2016: Una oportunidad para cada niño [Internet]. New York, Estados Unidos; 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015. Tomo I [Internet]. 2015. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>
7. Arias Buitrago RJ, Ortiz Monsalve D, Lopez Lopez RA, Soto Bejarano MC, Rueda Diaz CA. Plan Distrital de Desarrollo. Bogotá [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/20160429_proyecto_pdd.pdf
8. Baptista RS, Dutra MOM, Coura AS, Stélio de Sousa F. Atención prenatal: acciones esenciales desempeñadas por los enfermeros. Enferm glob [Internet]. 2015;14(40):96–111. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400005&lng=es.
9. Amezcua López JA, García Morales E, Solís Pacheco JR, Gutiérrez Padilla JA, Zepeda Morales ASM, Angulo Castellanos E, et al. Influencia de la dieta de mujeres mexicanas sobre la calidad nutricional y la presencia de microorganismos benéficos en la leche humana. Nutr Hosp [Internet]. 2019;36(5):1139–49. Disponible en: <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/02477/show>

10. Ministerio de Salud y Protección. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Colombia: Diario Oficial 48811 de junio 4 de 2013; 2013 p. 452.
11. Edmond K, Rajiv B. Optimal feeding of low birth-weight infant: technical review. India: Organización Mundial de la salud; 2007. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43602/9789241595094_eng.pdf?sequence=1
12. República de Colombia M de S. Resolución 008430 de 1993. Bogotá; 1993. p. 24.
13. Cué Brugueras Manuel, Díaz Alonso Guillermo, Díaz Martínez Ana Gloria, Valdés Abreu Manuela de la C. El artículo de revisión. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 Dic [citado 2021 Abr 08] ; 34(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400011&lng=es.
14. Zillmer, Juliana & Díaz-Medina, Blanca. (2018). Revisión Narrativa: elementos que la constituyen y sus potencialidades. Journal of Nursing and Health. 8. 10.15210/jonah.v8i1.13654.
15. Biblioteca Virtual en salud. Página web. Acerca de BVS. Consultado el 30 de marzo de 2021. Disponible en: <https://bvsenfermeria.bvsalud.org/blog/vhl/la-bvs/acerca-de-la-bvs-enfermeria/>
16. Science Direct. Página web del Sistema Nacional de Bibliotecas UAN. Recursos Multidisciplinarios. Consultado el 30 de marzo de 2021. Disponible en: <http://biblioteca.uan.edu.co/recursos-electronicos-multidisciplinarios>
17. Ovid Nursing. Página web. Acerca de Ovid. Consultado el 30 de marzo de 2021. Disponible en: <https://ezproxy.uan.edu.co:2857/about-ovid.html?top=42>
18. Scopus. Página web. Qué es Scopus. Consultado el 30 de marzo de 2021. Disponible en: https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/15534/supporthub/scopus/#tips
19. Scielo. Página web. Sobre Scielo. Consultado el 30 de Marzo de 2021. Disponible en: <https://scielo.org/es/sobre-el-scielo/scielo-data-es/sobre-scielo-data-es/>
20. Pubmed. Página web. Sobre Pubmed. Consultado el 30 de marzo de 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
21. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition [Internet]. 2014. Disponible en: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>
22. ¹ Edmond KM, Kirkwood BR, Tawiah CA, Owusu Agyei S. Impact of early infant feeding practices on mortality in low birth weight infants from rural Ghana. J Perinatol. 2008 Jun;28(6):438-44. doi: 10.1038/jp.2008.19. Epub 2008 Mar 6. Erratum in: J Perinatol. 2009 Feb;29(2):181. Agyei, S O [corrected to Owusu Agyei, S]. PMID: 18322552.
23. Morgan JB, Williams P, Foote KD, Marriott LD. Do mothers understand healthy eating principles for low-birth-weight infants? Public Health Nutr. 2006 Sep;9(6):700-6. doi: 10.1079/phn2005890. PMID: 16925874.

24. Nisha MK, Raynes-Greenow C, Rahman A, Alam A. Perceptions and practices related to birthweight in rural Bangladesh: Implications for neonatal health programs in low- and middle-income settings. *PLoS One*. 2019 Dec 30;14(12):e0221691. doi: 10.1371/journal.pone.0221691. Erratum in: *PLoS One*. 2020 Feb 7;15(2):e0229165. PMID: 31887122; PMCID: PMC6936797.
25. Ortelan Naiá, Neri Daniela Almeida, Benicio Maria Helena D'Aquino. Feeding practices of low birth weight Brazilian infants and associated factors. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 17] ; 54: 14. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100212&lng=en. Epub Jan 31, 2020. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001028>.
26. Adair LS, Popkin BM. Low birth weight reduces the likelihood of breast-feeding among Filipino infants. *J Nutr*. 1996 Jan;126(1):103-12. doi: 10.1093/jn/126.1.103. PMID: 8558289.
27. UNICEF, Datos mundiales del bajo peso al nacer [Internet]. 2021 [citado 20 abril 2021]. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/>
28. Taha Z, Ali Hassan A, Ludmilla Wikkeling-Scott, Dimitrios Papandreou. Risk Factors Associated with Initiation of Breastfeeding among Mothers with Low Birth Weight Babies: A Cross-sectional Multicenter Study in Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Open Access Maced J Med Sci* [Internet]. 2020 Feb. 5 [cited 2021 Apr. 19];8(B):38-44. Disponible en: <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/oamjms.2019.855>
29. Agrasada GV, Ewald U, Kylberg E, Gustafsson J. Exclusive breastfeeding of low birth weight infants for the first six months: infant morbidity and maternal and infant anthropometry. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2011;20(1):62-8. PMID: 21393112.
30. Investigators of WHO LBW Feeding Study Group, Delhi, India. World Health Organization Guidelines for Feeding Low Birth Weight Infants: Effects of Implementation in First Referral Level Health Facilities in India. *Indian J Pediatr*. 2016 Jun;83(6):522-8. doi: 10.1007/s12098-015-1874-4. Epub 2015 Oct 12. Erratum in: *Indian J Pediatr*. 2016 Jun;83(6):529. PMID: 26456835.
31. Banco Mundial, nivel de ingresos por países [Internet]. 2021 [citado 20 abril 2021]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/nivel-de-ingresos/paises-de-ingreso-bajo>
32. Nabiwemba, E.L., Atuyambe, L., Criel, B. et al. Recognition and home care of low birth weight neonates: a qualitative study of knowledge, beliefs and practices of mothers in Iganga-Mayuge Health and Demographic Surveillance Site, Uganda. *BMC Public Health* 14, 546 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-546>
33. The world bank group. THE WORLD BANK. [Online]; 2021. Acceso 19 de Abril de 2021. Disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>.

34. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. 2007.
35. Mamabolo RL, Alberts M, Mbenyane GX, Steyn NP, Nthangeni NG, Delemarre-Van De Waal HA, Levitt NS. Feeding practices and growth of infants from birth to 12 months in the central region of the Limpopo Province of South Africa. *Nutrition*. 2004 Mar;20(3):327-33. doi: 10.1016/j.nut.2003.11.011. PMID: 14990278.
36. OMS | Alimentación complementaria. 2013 [citado el 8 de mayo de 2021]; Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
37. Antonio Nariño U. Estatuto de propiedad intelectual [Internet]. Uan.edu.co. 2007 [cited 21 May 2021]. Disponible en: https://www.uan.edu.co/images/Institucion/ItemsInstitucionales/documentos/Auerdo23_EstatutodePropiedadIntelectual.pdf