



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“RELACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA VERSUS LA LACTANCIA MATERNA MÁS SUPLEMENTACIÓN EN LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA, CON LA MORBILIDAD PRESENTADA EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE JUAN BENIGNO VELA DURANTE LOS MESES DEL 1 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Peña Pérez, Edison Fernando

Tutora: Dra. Estenoz Álvarez, Maggy

Ambato-Ecuador

Abril, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema **“RELACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA VERSUS LA LACTANCIA MATERNA MÁS SUPLEMENTACIÓN EN LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA, CON LA MORBILIDAD PRESENTADA EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE JUAN BENIGNO VELA DURANTE LOS MESES DEL 1 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014”**, de Peña Pérez Edison Fernando, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del

2015

LA TUTORA

Dra. Estenoz Álvarez, Maggy

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de investigación “**RELACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA VERSUS LA LACTANCIA MATERNA MÁS SUPLEMENTACIÓN EN LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA, CON LA MORBILIDAD PRESENTADA EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE JUAN BENIGNO VELA DURANTE LOS MESES DEL 1 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014**”, así como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2015

EL AUTOR

Peña Pérez, Edison Fernando

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Marzo del 2015

EL AUTOR

Peña Pérez, Edison Fernando

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“RELACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA VERSUS LA LACTANCIA MATERNA MÁS SUPLEMENTACIÓN EN LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA, CON LA MORBILIDAD PRESENTADA EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE JUAN BENIGNO VELA DURANTE LOS MESES DEL 1 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014”**, de Edison Fernando Peña Pérez, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Abril del 2015

Para constancia firman:

PRESIDENTE/A

1ER VOCAL

2DO VOCAL

DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a mi Señor Jesús por haberme dado la vida, por la fortaleza brindada en esos momentos de tinieblas en las que solo él me permitió ver de nuevo la luz, y luchar por un renacer nuevamente, a mi esposa Gabriela Illescas por no abandonarme en esos momentos en que todo parecía perdido y ser mi luz de vida, a mi hija Zoé Peña que con sus juegos y sonrisas sonrisa alegra mi día y quien es la inspiración para finalizar esta hermosa etapa de mi vida, a mi padre Ingeniero Efraín Darío Peña Fiallos, mi madre Sra. María de Carmen Pérez Peña que nunca se rindieron y siempre me brindaron su apoyo incondicional, quien con sus palabras de aliento y a veces regaños han formado una persona de bien “Gracias Papitos” y a mi hermana Diana Peña por siempre está allí y ser esa voz de crítica y de aliento, a mis angelitos, mis hermanitos en el cielo Ciro Efraín Peña y María José Peña por siempre iluminar mi camino, a mi abuelita Natalia Peña por sus consejos y jamás dejarme desfallecer, y a toda mi familia tanto paterna como materna por siempre estar en la buenas y en las malas. Este trabajo también está dedicado a todos los docentes que impartieron sus conocimientos a lo largo de la carrera, quienes poco a poco pusieron un granito de arena para formar un muro de conocimientos, a la Doctora Aida Aguilar quien ha tenido la paciencia para enseñarme a desarrollar este trabajo. Finalmente este trabajo está dedicado a todos mis amigos y compañeros quienes hicieron más ameno el hecho de haber pasado por estas aulas y con quienes se compartió muchísimos momentos agradables.

Edisson Fernando, Peña Pérez.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Señor Jesús por haber sido el pilar fundamental para finalizar esta etapa de mi vida por haberme brindado la fe y fortaleza para continuar, a mi padre por siempre inculcarme el amor por la ciencia y la investigación, a mi madre porque con cada palabra suya me hizo resurgir, a mi esposa y a mi hija por su amor incondicional, a mi hermana por su apoyo en la buenas y en las malas.

Un agradecimiento especial a mi tutora de tesis Dra. Maggy Estenoz Álvarez, por su paciencia y colaboración con este trabajo, a la Dra. Aida Aguilar por compartir sus conocimientos al asesorar esta tesis.

Agradezco a la parroquia de Juan Benigno Vela por su colaboración y su amabilidad mientras se desarrollaba esta investigación, a todo el personal de salud del Centro de Salud de Juan Benigno Vela por la facilidad que se prestó para el uso de las instalaciones, así como por la amistad brindada durante todo este tiempo.

Un especial agradecimiento a mis amigos que estuvieron en esos momentos difíciles quienes refirieron que siempre resurgiría cuál ave fénix de entre las cenizas.

Edisson Fernando, Peña Pérez

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
RESUMEN.....	xvi
SUMMARY	xvii
INTRODUCCIÓN	1

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 Contextualización Histórico-Social	2
1.2.1.1 Macro Contextualización	2
1.2.1.2 Meso Contextualización.....	6
1.2.1.3 Micro Contextualización.....	7
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO	7
1.2.3 PROGNOSIS	9
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:	9
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES:	10
1.2.6 DELIMITACIÓN	10
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	11
1.4 OBJETIVOS:.....	11

1.4.1 Objetivo General:.....	11
1.4.2 Objetivos Específicos:	12

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:.....	13
2.2 FUNDAMENTACIÓN LEGAL:	20
2.2.1 Constitución Política del Estado Ecuatoriano (2008).....	20
2.2.2 Ley Orgánica de Salud, 2006.....	20
2.2.3 Código de la niñez y adolescencia, 2003.....	21
2.2.4 Política Nacional de Lactancia Materna, Ministerio de Salud pública, 2009.	21
2.2.5 Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, 2012.....	22
2.2.6 El Reglamento General A La Ley Orgánica Del Servicio Público, 2011...	25
2.2.7 Código Del Trabajo, 2013	25
2.2.8 Ley Reformatoria a la Ley de Maternidad Gratuita. Ecuador, Registro Oficial N° 381.....	26
2.3 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA:	26
2.4 CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES:	27
2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:.....	27
2.5.1 Introducción.....	27
2.5.2 Antecedentes Históricos	28
2.5.2.1 Civilización Antigua Antes del Cristianismo.....	28
2.5.2.2 Del Siglo I al siglo XVII	29
2.5.2.3 Del Siglo XVII a la Actualidad.....	30
2.5.2.4 Situación Actual de la Lactancia Materna	30
2.5.3 Aspectos Antropológicos en la Práctica de Amamantamiento.....	31
2.5.3.1 Succión.....	31
2.5.4 Lactogénesis.....	33
2.5.4.1 Pezón.....	33

2.5.4.2 Aréola.....	34
2.5.4.3 Mama.....	34
2.5.4.4 Anatomía de la Succión	35
2.5.4.5 Detalles del Epitelio Secretor Mamario	35
2.5.4.6 Regulación de la Síntesis, Secreción y Expulsión de Leche	36
2.5.4.7 Mecanismos Celulares de la Secreción de Leche	38
2.5.5 Composición de la Leche Materna	39
2.5.6 Aspectos inmunológicos de la leche humana	47
2.5.7 Lactancia Artificial	49
2.5.7.1 Composición Leches Artificiales	49
2.5.7.2 Riegos y Perjuicios a Corto Plazo	51
2.5.7.3 Riegos y Perjuicios a Mediano y Largo Plazo	52
2.5.7.4 Riesgos para la Madre.....	54
2.5.8 Duración de la Lactancia Materna.....	54
2.5.9 Periodo de la Alimentación Infantil.....	56
2.5.10 Morbilidad	57
2.5.11 Midiendo el crecimiento del niño	58
2.5.11.1 Medición del Peso	58
2.5.11.2 Mida la longitud o talla	59
2.5.11.3 Determine el IMC (Índice de masa corporal)	61
2.5.12 Interpretando los indicadores de Crecimiento	61
2.5.12.1 Curva de longitud/talla para la edad.....	62
2.5.12.2 Curva de peso para la edad.....	63
2.5.12.3 Curva de peso para la longitud/talla.....	64
2.5.12.4 Curva de IMC para la edad	65
2.6 HIPÓTESIS:.....	66
2.7 SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES:	66

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE INVESTIGATIVO	67
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	67

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	67
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	67
3.4.1 Población:	67
3.4.2 Muestra:	68
3.4.3 Tamaño de la muestra:.....	68
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	70
3.5.1 Variable Independiente	70
3.5.2 Variable Dependiente:	71
3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	72
3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS:	72

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 DATOS GENERALES	73
4.1.1 ETNIA	73
4.1.2 EDAD	74
4.1.3 SEXO	75
4.2 TIPO DE LACTANCIA.....	75
4.2.1 Tipo de Lactancia – Etnia Indígena	76
4.2.2 Tipo de Lactancia – Etnia Mestiza	76
4.2.3 Causas de Abandono Lactancia Materna Exclusiva	77
4.2.4 Tipos de Suplementos Nutricionales	78
4.2.5 Abandono Lactancia Materna Exclusiva – Inicio de Suplementos Nutricionales.....	79
4.2.6 Origen de Agua.....	81
4.2.7 Esterilización del Agua	82
4.3 ANÁLISIS MORBILIDAD	83
4.3.1 Lactancia Materna Exclusiva Relacionada con la Morbilidad por EDA....	84
4.3.2 Lactancia Materna Exclusiva Relacionada con la Morbilidad por IRA	85
4.3.3 Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales Relacionada con la la Morbilidad por EDA	86

4.3.4 Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales – Morbilidad por IRA.....	87
4.3.5 Tipo de Lactancia y su Relación con las Hospitalizaciones	88
4.3.6 Tipo de Lactancia y su Relación con el Motivo de Hospitalización	89
4.3.7 Tipo de Lactancia y su Relación con el Peso.....	91
4.3.8 Tipo de Lactancia y su Relación con la Longitud	93
4.3.9 Tipo de Lactancia y su Relación con el Índice de Masa Corporal	94
4.3.10 Tipo de Lactancia y su Relación Peso/Longitud	96
4.4 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	98
4.4.1 Formulación de la Hipótesis	98
4.4.2 Verificación de Hipótesis en base a los Marcadores de Morbilidad (EDA - Hospitalización)	99
4.4.3 Verificación de Hipótesis en base a los Marcadores de Morbilidad (IRA - Hospitalización)	100
4.4.4 Verificación de Hipótesis El Estado Nutricional de Acuerdo al tipo de Lactancia Materna Influye en la Morbilidad	101

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:	104
5.2 RECOMENDACIONES	105

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS	106
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.	106
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	107
6.4 OBJETIVOS.....	107
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	108
6.6 FUNDAMENTACIÓN LEGAL	108

6.7 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	111
6.8 MODELO OPERATIVO	113
6.9 ADMINISTRACIÓN	114
6.10 PREVISIÓN DE LA PROPUESTA.....	114

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	115
BIBLIOGRAFÍA:.....	115
LINKOGRAFÍA:.....	115
CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA.....	122
ANEXOS.....	124

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla N° 1 Lactancia Materna Exclusiva – Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales	70
Tabla N° 2 Morbilidad y Estado Nutricional.....	71
Tabla N° 3 Edad	74
Tabla N° 4 Causas de Abandono de Lactancia Materna Exclusiva	77
Tabla N° 5 Causas de Abandono de Lactancia Materna Exclusiva Relacionado con el mes de Inicio de Suplementos Nutricionales	80
Tabla N° 6 Relación Etnia y Causas de Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva.....	80
Tabla N° 7 Causas de Morbilidad Infantil Ecuador 2009	83
Tabla N° 8 Lactancia Materna Exclusiva Relacionada con la Morbilidad por EDA..	84
Tabla N° 9 Lactancia Materna Exclusiva Relacionada con la Morbilidad por IRA..	85
Tabla N° 10 Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales Relacionada con la la Morbilidad por EDA	86
Tabla N° 11 Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales Relacionada con la Morbilidad por IRA.....	87

Tabla N° 12 Tipo de Lactancia y su Relación con las Hospitalizaciones	88
Tabla N° 13 Tipo de Lactancia y su Relación con el Motivo de Hospitalización	89
Tabla N° 14 Tipo de Lactancia y su Relación con el Peso.....	91
Tabla N° 15 Tipo de Lactancia y su Relación con la Longitud	93
Tabla N° 16 Tipo de Lactancia y su Relación con el Índice de Masa Corporal	94
Tabla N° 17 Tipo de Lactancia y su Relación Peso/Longitud	96
Tabla N° 18: Frecuencia de EDA y Hospitalizaciones de acuerdo al Tipo de Lactancia	99
Tabla N° 19 Frecuencia de IRA y Hospitalizaciones de acuerdo al Tipo de Lactancia	100
Tabla N° 20 Hipótesis El Estado Nutricional de Acuerdo al tipo de Lactancia Materna Influye en la Morbilidad	101
Tabla N° 21 Hipótesis El Estado Nutricional de Acuerdo al tipo de Lactancia Materna Influye en la Morbilidad por Hospitalizaciones	102
Tabla N° 22 Hipótesis El Estado Nutricional de Acuerdo al tipo de Lactancia Materna Influye en la Morbilidad por EDA.....	102
Tabla No 23 Hipótesis El Estado Nutricional de Acuerdo al tipo de Lactancia Materna Influye en la Morbilidad por IRA	102
Tabla N° 24 Modelo Operativo	113

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura N° 1 Sistema de Alveolo y Conducto en el Interior de la mama	34
Figura N° 2 Medición del Peso	59
Figura N° 3 Infantometro	60
Figura N° 4 Tallimetro	60
Figura N° 5 Proceso Medición de Longitud.....	60
Figura N° 6 Longitud para la Edad	62
Figura N° 7 Marasmo	63
Figura N° 8 Curvas de Peso para la Edad	64
Figura N° 9 Curva de Peso para la Longitud.....	65
Figura N° 10 Curvas del IMC para la Edad	65
Figura N° 11 Etnia.....	73
Figura N° 12 Edad.....	74
Figura N° 13 Sexo	75
Figura N° 14 Tipo de Lactancia	75
Figura N° 15 Tipo de Lactancia – Etnia Indígena.....	76
Figura N° 16 Tipo de Lactancia Etnia Mestiza	76
Figura N° 17 Causas de Abandono de Lactancia Materna Exclusiva	77
Figura N° 18 Tipos de Suplementos Nutricionales	78
Figura N° 19 Abandono de Lactancia Materna Exclusiva – Inicio de Suplementos Nutricionales).....	79
Figura N° 20 Origen del Agua	81
Figura N° 21 Frecuencia de Esterilización del Agua	82
Figura N° 22 Tipo de Lactancia y su Relación con las Hospitalizaciones.....	88
Figura N° 23 Tipo de Lactancia y su Relación con el Motivo de Hospitalización	90
Figura N° 24 Tipo de Lactancia y su Relación con el Peso	91
Figura N° 25 Tipo de Lactancia y su Relación con la Longitud	93
Figura N° 26 Tipo de Lactancia y su Relación con el Índice de Masa Corporal	95
Figura N° 27 Tipo de Lactancia y su Relación Peso/Longitud	97
Figura N° 28 Administración de Recursos.....	114

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

“RELACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA VERSUS LA LACTANCIA MATERNA MÁS SUPLEMENTACIÓN EN LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA, CON LA MORBILIDAD PRESENTADA EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE JUAN BENIGNO VELA DURANTE LOS MESES DEL 1 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014”

Autor: Peña Pérez, Edison Fernando

Tutora: Dra. Estenoz Álvarez, Maggy

Fecha: Marzo del 2015

RESUMEN

La lactancia materna desde la antigüedad ha sido un factor primordial en el desarrollo de la humanidad, tanto en el ámbito físico como intelectual. La presente investigación se desarrolló basada en las necesidades de establecer estrategias para disminuir la morbilidad que se presenta por las malas prácticas de lactancia, además de ser una investigación de campo, ya que se realizó directamente en la comunidad, y de tipo transversal, con un enfoque cuantitativo, ya que los datos se someterán a métodos estadísticos, el cual es basado en un paradigma crítico – propositivo, porque sirvió para analizar y proponer estrategias que disminuyan la morbilidad en estos niños. Se estudiaron 144 niños y niñas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La información se recogió mediante "entrevista directa y encuesta; además, se tomó peso y longitud de cada niño, calculando con ellos el índice de masa corporal que se comparó con la curvas de crecimiento de la OMS. El procesamiento y análisis de la información se hizo mediante el programa IBM SPSS 20, con un intervalo de confianza del 95%, y un margen de error del 5%. El resultado final indicó que existe relación entre el tipo de lactancia recibida en los primeros 6 meses de vida con la morbilidad por EDA, IRA, así como hospitalizaciones por estas causas. Los niños que recibieron lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses, tuvieron menos IRA y Eda y Hospitalizaciones por tales enfermedades. No se encontró relación entre el aporte de suplementos nutricionales y una mejora significativa del estado nutricional de los niños hasta 2 años que acuden al Centro de Salud Juan Benigno Vela.

PALABRAS CLAVES:

LACTANCIA_MATERNA,

NUTRICIÓN,

SUPLEMENTOS_NUTRICIONALES, MORBILIDAD, PEDIATRÍA.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER**

**"RELATIONSHIP OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING VERSUS
BREASTFEEDING PLUS SUPPLEMENTATION IN THE FIRST SIX
MONTHS OF LIFE, WITH THE DISEASE PRESENTED IN THE FIRST
TWO YEARS OF LIFE IN CHILDREN ATTENDING IN THE HEALTH
CENTER OF JUAN BENIGNO VELA IN THE MONTHS OF OCTOBER 1
TO DECEMBER 31 OF 2014"**

Author: Peña Pérez, Edison Fernando

Tutor: Dr. Estenoz Alvarez, Maggy

Date: March 2015

SUMMARY

Breastfeeding since ancient times has been a primary factor in the development of humanity, both physical and intellectual level. This research was developed based on the needs to develop strategies to reduce morbidity presented by poor breastfeeding practices, besides being a field investigation as it was performed directly in the community, and transversal with a quantitative approach, since the data are subject to statistical methods, which is based on a critical paradigm - purposeful, because it served to analyze and propose strategies to reduce morbidity in these children. 144 children who met the inclusion and exclusion criteria were studied. The information was collected by "direct interview and survey;. Additional weight and length of each child was taken, calculating with them BMI that was compared to the growth curves WHO processing and analysis of information made by IBM SPSS 20 program, with a confidence interval of 95% and a margin of error of 5%. The result indicated that there is a relationship between the type of feeding received in the first 6 months of life with morbidity EDA, IRA and hospitalizations for these causes. Children who were exclusively breastfed for the first 6 months, had fewer IRA and Eda and Hospitalizations for such diseases. No relationship between the intake of nutritional supplements and a significant improvement was found nutritional status of children up to 2 years who come to the health center Juan Benigno Vela.

KEYWORDS:

EXCLUSIVE_BREASTFEEDING, NUTRITION,
NUTRITIONAL_SUPPLEMENTS, MORBIDITY, PEDIATRICS.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna desde tiempos inmemorables ha permitido el desarrollo óptimo de los seres humanos, motivo por el cual la OMS ha realizado varios estudios en los que ha demostrado que la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, es el factor primordial para el desarrollo de una salud óptima tanto en los primeros años de vida como en la vida adulta, ya que se ha visto que los adultos que fueron alimentados con leche materna tienen menor probabilidad de desarrollar obesidad, diabetes entre otras enfermedades crónicas, aparte presenta mejores resultados en pruebas de inteligencia entre además de beneficios para la madre ya que reduce la hemorragia postparto y retrasa el retorno a la fertilidad y beneficios económicos para la familia y el estado.

La revista The Lancet, ha propuesto que la lactancia materna y la alimentación complementaria son dos de las tres prevenciones para prevenir la mortalidad infantil, y que se podría evitar alrededor de 1.4 millones de muertes de niños menores de cinco años si hubiesen tenido una lactancia materna óptima durante los primeros dos años de vida. Por estos y otros motivos es que la lactancia materna exclusiva es indispensable en los seis primeros meses de vida y complementaria hasta los 2 años.

En Ecuador, el promedio de lactancia materna exclusiva en el 2004 es solo hasta los 2.7 meses, con una prevalencia del 39.6%, siendo de mayor en las áreas rurales que en las urbanas.

El Ministerio de Salud destacó que en el 2012 la lactancia materna llegó al 43% y que la meta para el 2017 es de 64%, también los alimentos preferidos para los ecuatorianos para sustituir la leche materna en los primeros 6 meses son otros leches (vaca o fórmula) y agua. Por esta razón y muchas otras más el presente está dirigido a optimizar la lactancia materna durante los seis primeros meses de vida en los niños de la Parroquia Juan Benigno Vela.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN

“RELACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA VERSUS LA LACTANCIA MATERNA MÁS SUPLEMENTACIÓN EN LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA, CON LA MORBILIDAD PRESENTADA EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE JUAN BENIGNO VELA DURANTE LOS MESES DEL 1 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Contextualización Histórico-Social

1.2.1.1 Macro Contextualización

La lactancia materna es tan antigua como la humanidad. Durante miles de años ha sido el único recurso para la alimentación de los lactantes y aquellos que se han visto privados de ella han estado condenados a estar en desventaja sobre los demás o desaparecer en un plazo breve de tiempo (Méndez, 2001)

A nivel mundial menos del 40% de los lactantes menores de 6 meses reciben leche materna exclusiva.

En el siglo pasado, tras una alta tasa morbilidad y mortalidad infantil, surgen movimientos que trabaja a favor de la lactancia materna. Las acciones en pro de ella comienzan los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),

desarrollando proyectos en pro de la alimentación como derecho fundamental de la población mundial, en especial la de la infancia, luego de las nefastas consecuencias de la Segunda Guerra Mundial.

En el año 1978 se hace la Declaración de Alma-Ata, en la antigua Unión Soviética (URSS), sobre Atención Primaria de Salud, en la cual se considera “la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo”, la cual convoca tanto a países desarrollados y en vía de desarrollo, a mejorar la calidad de vida en salud de sus habitantes. Comprometiendo a sus gobiernos a formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales a favor de la promoción y protección de la salud. De manera que impulse el desarrollo económico y social sostenido, al igual que contribuye al mejoramiento de la calidad de la vida. (Ministerio Protección Social Colombia, 2010)

En el año de 1989 la OMS junto con la UNICEF establecen los 10 pasos para una lactancia feliz los cuales son recomendados a todos los hospitales:

1. Disponer una política relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
2. Capacitar a todo el personal y desarrollar esta política.
3. Informar a las embarazadas de los beneficios de la lactancia y como realizarla.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a la madre cómo se debe dar de lactar al niño y como mantener la lactancia, incluso si se ha de separar del niño.
6. Solo dar la leche materna exclusiva.
7. Facilitar la cohabitación de la madre y el hijo veinticuatro horas al día.
8. Fomentar la lactancia a demanda.
9. No dar chupones a los niños alimentados a pecho.
10. Fomentar el establecimiento de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna y contactarse con ellos. (AMAGINTZA, 2000)

En el año 2004, surge en Luxemburgo el Plan Estratégico sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Europa, redactado por la Comisión Europea y la Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. Se considera como algo indispensable para la salud pública, la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia. (Ministerio Protección Social Colombia, 2010)

La OMS en colaboración con la UNICEF, en el 2001 y con basados en evidencias científica, emite la recomendación internacional de promover y garantizar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento y hasta los seis meses de edad. Además, El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981), la Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna (1990), así como la Iniciativa Hospitales Amigos de la Infancia (1991), han informado sobre los beneficios de la lactancia materna, así como sobre los riesgos y costos en los que incurren en los estados que no la promueven, la protegen y la difunden (UNICEF, 2010).

Según información otorgada por la OMS, si se comenzara a dar de lactar al recién nacido en su primera hora de vida y exclusivamente con leche materna por seis meses y continuando hasta los 2 años se salvarían alrededor de 800000 vidas infantiles cada año. (OMS, 2014)

Además la OMS informa que menos del 40% de lactantes menores de seis meses reciben seno materno exclusivo. (OMS, 2014).

La lactancia materna reduce de manera importante las muertes por las infecciones respiratorias agudas y la diarrea, dos importantes causas de mortalidad infantil. En los Estados Unidos encontró un aumento del 25% en la mortalidad de los lactantes no amamantados. En el *Estudio de la cohorte del milenio*, del Reino Unido, la lactancia materna exclusiva durante seis meses se relacionó con una disminución del 53% en las hospitalizaciones por diarrea y una disminución del 27% en las infecciones de las vías respiratorias. (UNICEF, 2010)

En datos revelados por la OPS en la semana mundial de la Lactancia Materna, en la que se evaluó los cambios en las practicas de la lactancia materna en 25 paises, entre los que vale la pena señalar a: Brazil que aumento la duración de la lactancia materna de 5.2 meses en 1986, a 14 meses en el 2006, y la lactancia materna exclusiva de 2.5% a 38.6%. otro caso que se puede citar es de Colombia donde la lactancia materna aumento de 8.5meses a 14.9 meses, entre 1986 y el 2010, y la lactancia materna exclusiva de 15.4% a 46.8%. (OPS, 2012)

En contraste con otros países latinoamericanos en el que el cambio ha sido minimo por ejemplo: República Dominicana, la lactancia materna exclusiva aumentó de 7% a 7,8%, en un plazo de 16 años; en este mismo período, la duración de la lactancia materna descendió de 9,3 meses a 7,1 meses. En México, la duraciónde la lactancia materna aumentó de 9,5 meses a 10,4 meses entre 1987 y 2006. (OPS, 2012).

A nivel mundial se ha venido implementando numerosas estrategias para aumentar la lactancia materna, así es el caso de España donde se formaron los GALM (Grupos de Apoyo de Lactancia Materna), teniendo tanta acogida que se dio el I Encuentro Español de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (Zaragoza, Abril 2001) del que surgió la Federación Española de Asociaciones Pro Lactancia Materna (FEDALMA) y que fue constituida en Zaragoza el 29 de noviembre de 2003. (AEP, 2004)

A pesar de que durante la última década se ha observado un leve aumento en la prevalencia de “todos los tipos de lactancia” a los 3 y a los 6 meses de vida, en ninguno de los subgrupos analizados se logró cumplir con las expectativas de los objetivos “Healthy People 2010”. Por ejemplo, la prevalencia de “cualquier tipo de lactancia” a los 6 meses de vida para el total de la población de los Estados Unidos de América era de 43%; la prevalencia en el caso del subgrupo hispano o latino fue del 46% y la prevalencia en el subgrupo de raza negra no hispano o Afro Americano fue del 27,5%. La prevalencia de lactancia exclusiva está lejos de los objetivos “Healthy People 2010”; ya que sólo un 13% de la población de los

Estados Unidos de América cumple con el requisito de amamantar hasta el sexto mes de vida. Por lo tanto, se observa que a pesar de que la prevalencia de iniciación de la lactancia materna se ha acercado a los objetivos “Healthy People 2010”, el objetivo relativo a la duración de cualquier tipo de lactancia no se ha alcanzado. Más aún, el 24% de las maternidades dan a los lactantes suplementos de leche defórmula comercial como práctica generalizada durante las primeras 48 horas de vida. Estas observaciones permiten concluir que la disparidad en la prevalencia de lactancia materna se asocia a las diferentes prácticas de cada hospital, independientemente del grupo de población. (Academia Americana Pediatría, 2011)

1.2.1.2 Meso Contextualización

Según la última Encuesta Demográfica Materno Infantil del 2004 (ENDEMAIN) mostro que la lactancia materna exclusiva aumento de 42% en 1999 a un 49% en el 2004.

El 97% de niños son amamantados cuando nacen, sólo a la cuarta parte son alimentados con leche materna en la primera hora de nacido. No existen casi diferencias por área, instrucción, edad y grupo étnico con respecto a dar de lactar al momento de nacer, pero si con relación a la primera hora y sobre lactancia exclusiva. Inician más pronto la lactancia las mujeres rurales (32%), madres con menor instrucción (entre 28% y 31%), y la indígenas (31%). Comparado con el nivel nacional de lactancia exclusiva (49%), los más altos porcentajes se observan en el área rural (63%), mujeres de 35-49 años (58%), madres sin instrucción (68%), y mujeres indígenas (80%). (CEPAR-ENDEMAIN, 2005)

En esta encuesta se puede evidenciar que uno de cada cuatro niños menores de cinco años presenta desnutrición crónica. Los indicadores más altos de desnutrición crónica se encuentran entre los hijos de mujeres indígenas 47%, los de madres sin instrucción 38% y los de áreas rurales 31%. Es importante observar que el nivel de desnutrición es el doble entre hijos de mujeres indígenas que de

mestizas, y más de tres veces entre hijos de madres sin educación que de aquellas con instrucción superior. (CEPAR-ENDEMAIN, 2005)

Según el informe de ENDEMAIN - ENSANUT 2012 el porcentaje de niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva es de 43.8%. (UNICEF, 2013)

1.2.1.3 Micro Contextualización

Según ENSANUT – ENDEMAIN realiza el 2012 el 58.9% de las madres de un área rural como Juan Benigno Vela, dan lactancia materna exclusiva. (UNICEF, 2013)

En estudios realizados en la parroquia Quisapincha de la Provincia de Tungurahua, se identifico que la lactancia materna se da en forma inadecuada, por abandono temprano de esta, ya que no han recibido información debido a que esta comunidad, el principal idioma es kechua, como resultado de esto se ha identificado elevados niveles de desnutrición hasta niños de 2 años.

Además según información proporcionada por el Centro de Salud Quisapincha, se identifico que solo el 38% de los niños y niñas reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y los niños que continúan con la lactancia hasta los dos años es tan solo del 7%. (Miranda M. , 2013)

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

Una de las principales preocupaciones a nivel internacional, es disminuir la morbilidad y mortalidad en los primeros años de vida, las cuales se han podido lograr en los últimos años gracias a programas implantados por la OMS a nivel mundial de "Lactancia Materna Exclusiva", en especial en los países en vías de desarrollo como Ecuador.

En nuestro país según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), realizada en el 2009 indica que en Ecuador el 43.8% de niños menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva, lo cual se ha visto

reflejado en altos niveles de desnutrición y anemia en la población infantil, los cuales se espera que mejore en el transcurso de los años con una meta del 64% de lactancia materna exclusiva hasta el 2017.

Además se ha identificado que en áreas rurales como Juan Benigno Vela la prevalencia de lactancia materna exclusiva es de 53.9%, y que en el área urbana es de apenas 39.6%, y que 71.6% de madres indígenas amantan a sus hijos y que solo el 34.5% de madres mestizas dan de lactar a sus hijos, para lo cual el Gobierno Ecuatoriano ha implementado programas como Aliméntate Ecuador, en cual se ha indicado de las ventajas de la lactancia materna, por ser de bajo costo y de altísima calidad para niños y niñas menores de 2 años, proporcionándoles el 100% de calorías y nutrientes.

Otro programa que vale la pena recalcar los Bancos de Leche en especial del Hospital Docente Ambato reconocido como el segundo mejor del país, porque la misma es sometida a exámenes físico-químico donde se conoce el grado de acidez, pasteurización y pruebas microbiológicas para conocer la calidad de la leche.

La leche es congelada a menos 17 grados centígrados y el tiempo de consumo es de seis meses; el grado de temperatura para el consumo es de 22 a 26 grados centígrados

Al promover la lactancia materna también se promociona las prácticas saludables para la madre y el niño o la niña que fomentan el apego, así como el contacto madre e hijo, dan cuenta de los esfuerzos en programas de control prenatal, niño sano y formación de los recursos humanos en salud.

Además, en estudios realizados en países desarrollados se ha demostrado que los niños que no reciben lactancia materna tienen de 6 a 10 veces más posibilidades de morir en los primeros meses de vida, esto debido a enfermedades tipo diarrea, neumonía entre las más comunes y otras menos comunes como otitis media, meningitis por *Haemophilus Influenzae* e infecciones del tracto urinario

1.2.3 PROGNOSIS

Con este estudio se identificara si existe una relación entre el tipo de lactancia recibida por el niño en los primeros seis meses de vida y la morbilidad presentada hasta los dos años de edad, y así poder brindar un material de apoyo y logístico con datos reales, actuales al equipo de salud del Centro de Salud de Juan Benigno Vela, con el cual podrían implementar nuevos programas para disminuir la morbilidad.

Si no se hubiera realizado la investigación, no sería posible diseñar propuestas para mejorar las prácticas de lactancia materna en la población de Juan Benigno Vela.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la relación entre la lactancia materna exclusiva versus la lactancia materna más suplementación en los primeros seis meses de vida, con la morbilidad presentada en los dos primeros años de vida en niños y niñas que acuden al Centro de Salud de Juan Benigno Vela?

Variable Independiente:

- Niños y niñas alimentados exclusivamente con leche materna durante los 6 primeros meses de vida
- Los niños y niñas que recibieron leche materna más complementos nutricionales durante los 6 primeros meses de vida

Variable Dependiente:

- La morbilidad presentada en niños y niñas hasta los dos años

Término de relación:

- Relación

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES:

1. ¿Qué tipo de lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida influye en una menor morbilidad en niños hasta 2 años que acuden al Centro de Salud Juan Benigno Vela?
2. ¿Cuáles son las diferencias en la morbilidad según el tipo de lactancia recibida en los 6 primeros meses de vida?
3. ¿Cuál es el estado nutricional de los niños según el tipo de lactancia recibida durante los primeros 6 meses de vida?
4. ¿Cuál es la relación que existe entre el Estado Nutricional de acuerdo al Tipo de Lactancia recibida en los primeros 6 meses de vida y la Morbilidad en los niños hasta los 2 años de edad que acude al Centro de Salud de Juan Benigno Vela?
5. ¿Cuál es la etnia, causa y edad más frecuente por las que se abandonan la lactancia materna exclusiva y el suplemento más frecuente que la reemplazó?
6. ¿Qué estrategias son indispensables para mejorar la morbilidad de los niños y niñas hasta 2 años de edad que acuden al Centro de Salud de Juan Benigno Vela, relacionado con el tipo de lactancia recibida en los 6 primeros meses de vida?

1.2.6 DELIMITACIÓN

DELIMITACION DE CONTENIDO:

- **Área:** Pediatría
- **Campo:** Nutrición infantil
- **Aspectos:** Morbilidad y tipo de lactancia en primeros 6 meses de vida
- Recurrencia de la morbilidad en menores de dos años

DELIMITACION ESPACIAL:

- **Institución:** Centro de Salud Juan Benigno Vela
- **Cantón:** Ambato

- **Provincia:** Tungurahua

DELIMITACION TEMPORAL

- **Período:** 1 de Octubre –31 de Diciembre 2014

1.3 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se realiza basada en las necesidades del equipo de salud para dar respuesta a los problemas que presentan los niños durante los dos primeros años de vida en la comunidad, buscando beneficios para la madre, el personal de salud y el niño mediante estrategias que mejoren las condiciones de vida.

Por tanto, esta investigación es de fundamental interés para el personal de salud, ya que lo utilizarán en el futuro para aplicar diferentes programas, para las madres, la familia y la comunidad, ya que serán los directamente beneficiados y quienes aporten la información, para la universidad ya que es un aporte académico investigativo.

Esta investigación fue factible debido a que el Centro de Salud cuenta con todos los medios físicos y suficiente disponibilidad para usarlos, además esta investigación no tiene impacto ambiental, pero si social.

1.4 OBJETIVOS:

1.4.1 Objetivo General:

Corroborar si la lactancia materna exclusiva o la lactancia materna más suplementos nutricionales durante los primeros 6 meses de vida influye sobre la morbilidad en los 2 primeros años en niños que acuden al Centro de Salud de Juan Benigno Vela

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar las principales enfermedades que son causantes del aumento de la morbilidad en los 2 primeros años, con respecto al tipo de lactancia recibida en los primeros 6 meses.
- Analizar qué tipo de lactancia recibida en los primeros 6 meses de vida influye en un mejor desarrollo del estado nutricional en los 2 primeros años.
- Determinar la morbilidad presentada por los niños en los 2 primeros años con respecto a su estado nutricional y al tipo de lactancia recibida en los primeros 6 meses de vida.
- Determinar la etnia, causas y edad más frecuente por la que se abandonó la lactancia materna exclusiva, así como el principal suplemento que la reemplazo.
- Establecer estrategias para disminuir la morbilidad de los niños hasta los 2 años que acuden al Centro de Salud de Juan Benigno Vela, de acuerdo al tipo de lactancia recibida en los primeros 6 meses de vida.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

En 2009, Kramer M., Kakuma R publicaron el Cochrane una revisión sistemática que incluyó dos ensayos clínicos controlados y 18 estudios (realizados tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo), en la que se planteó como objetivo, evaluar los efectos de la lactancia materna exclusiva durante 3 – 4 meses de edad y de la con lactancia mixta (líquidos o alimentos sólidos) hasta los 6 meses sobre la salud, crecimiento, desarrollo del niño y la salud materna, llegando a la conclusión que los niños que fueron alimentados exclusivamente con leche materna por 6 meses presentaron menor morbilidad por enfermedades gastrointestinales, que aquellos que recibieron lactancia mixta a partir del tercer y cuarto mes; además de esto, no se encontró un déficit de crecimiento en los niños alimentados con lactancia materna exclusiva ni en los países en desarrollo ni en los desarrollados. (Kramer & Kakuma, 2009)

La investigación realizada por Morán M., Naveiro J., mediante diseño transversal retrospectivo y publicado en el Biblioteca electrónica Scielo en el año 2009, analizó la “Prevalencia y Duración de la Lactancia Materna. Influencia sobre el Peso y la Morbilidad”, para lo cual se seleccionó aleatoriamente 384 historias clínicas de niños de la población de San Andrés de Robanedo, que habían nacido entre el 2000 y el 2005, se estimó la lactancia materna desde el nacimiento, a los tres meses y a los seis meses, tomando en cuenta las consultas al pediatra.

Se identificó que al inicio el 63.5% (IC 95%), presentaron lactancia materna exclusiva (LME), a los 6 meses permanecen con LME un 22.6% (IC 95%). El

43.4% de los que comenzaron con LME abandonaron a los tres meses y el 64.4% a los 6 meses, mientras que los niños con Lactancia Materna Total (exclusiva o Mixta) tienen deserciones menores de 26.5% a los tres meses y 54.4% a los seis meses.

Los niños con Lactancia Materna Mixta (LMM) presentaron un peso medio mayor. Los niños con LME consultaron al pediatra 4.5 veces en el primer año mientras que los niños con LMM acudieron 6.5 veces en el primer año. Como conclusión se pudo determinar que la lactancia materna en esta población está muy distante de seguir las sugeridas por la OMS. (Nutrición Hospitalaria, 2009)

Por otra parte, en el estudio tipo caso control, realizado por el Endocrinólogo Rómulo Lu del ISN de Perú en los barrios pobres de Lima, sobre “Los suplementos Líquidos y la Mortalidad Infantil Temprana en los Pueblos Jovenes de Lima”, se recopiló 71 casos de niños que habían fallecido de enfermedades infecciosas, quienes fueron comparados con lactantes sanos de edad similar y de la misma área. Se demostró lo siguiente: la edad promedio que recibieron suplementos líquidos (agua de añís, agua con azúcar) fue 0.9 meses para los casos y 1.6 meses para los controles ($p < 0.01$), para el inicio de otras leche (leche de vaca o fórmula) fue para los casos de 0,7 meses y 1.5 meses para los controles ($p < 0.02$). la duración de la lactancia materna exclusiva fue en los casos de 0.8 meses y 2.0 para los controles ($p < 0.01$). los niños de los casos (fallecidos) tuvieron 15.4 veces (IC95%) más probabilidades de no haber recibido lactancia materna que los controles, y 4.7 veces IC(95%) de que su madre haya sido jefa de hogar. En conclusión la mortalidad en estos niños aumentó gracias a la temprana utilización de suplementos líquidos y a que sus madres eran jefa de hogar. (Instituto Salud del Niño Perú, 1997)

Según un estudio de cohorte de base poblacional, realizado por el Buñuel del Institut Catala de la Salut, cuyo título es “El aumento de la Duración de la Lactancia Materna (Exclusiva o Mixta) produce una disminución de la morbilidad respiratoria y de la frecuentación de servicios sanitarios)”. Este estudio se realizó

con el seguimiento de 2860 niños hasta el primer año de edad, de cual solo terminaron el 91% (2602 niños). Entonces en los resultados finales pudo identificar que los niños que recibieron LMEx por menos de 2 meses usaron con mayor frecuencia los servicios sanitarios por Infecciones del Tracto Respiratorio Superior (ITRS), con más de cuatro consultas al médico y/o al Hospital u Hospitalizaciones. Una duración de LMM menor seis meses también se asoció con una mayor incidencia de ITRS. La LMEx por menos de seis meses se asoció con una mayor frecuencia de ETRI (más de 2 consultas) y con mayor número de hospitalizaciones. Como conclusión se puede decir que a mayor tiempo de duración de Lactancia ya sea Exclusiva o Mixta menor es el riesgo de enfermedades respiratorias y de hospitalizaciones. (Asociación Española de Pediatría, 2009)

Otro estudio realizado por la Trinchet X. et al., de título “Lactancia Materna, Prevalencia y Morbilidad asociada en niños menores de 2 años del grupo básico de trabajo N 3 “Policlínico 5 Septiembre” -Octubre 2004 a Octubre 2005”. Este estudio se realizó con 165 niños menores de 2 años en 5 consultorios, con los siguientes resultados: la prevalencia de la lactancia materna fue de 75.7%, la mayor duración fue hasta los 4 meses con un 70.3%, y la causa más frecuente por la que se interrumpió la lactancia dijeron las encuestadas que no tenían leche 35%. Las patologías asociadas niñas frecuentes son EDA 4.8% e IRA 1.6%. los niños que recibieron lactancia materna exclusiva tuvieron un baja índice de ingresos hospitalarios. (Trinchet, 2005)

El estudio realizado por Tatiana de la Vega Pazitkova, de tipo descriptivo retrospectivo, con el tema “Lactancia Materna y su Influencia en el Comportamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas”, incluyó 80 casos transicionales en el policlínico “Ana Betancourt”, en el que predominaron los lactados con 83%; de estos, sólo el 25% tuvo lactancia exclusiva, la lactancia mixta fue de 58% que predomina por debajo de los 4 meses, y un 17% fue lactado de forma artificial. Las infecciones respiratorias afectaron más a los niños que recibieron lactancia materna mixta (19%), y en los de lactancia artificial (14%), en

su mayoría predominó la Otitis Media y Neumonías, y solo 3 pacientes fueron hospitalizados. En los niños amamantados exclusivamente las infecciones predominaron en aquellos que lactaron menos de 3 meses, y de 5 enfermos, 3 solo lactaron 1 mes.

Los investigadores concluyeron que a menor tiempo de lactancia mayor es el riesgo de sufrir infecciones respiratorias y de que aumente la severidad. Además se observó predominio de lactancia mixta. (Revista Cubana de Medicina General Integral, 2010)

El estudio “Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda en Lactantes contra Lactancia Materna”, realizado por Ricardo Busto Aguilar en el 2007, en el Hospital Provincial Pediátrico “Eliseo Noel Caamaño” de Matanzas, con diseño retrospectivo longitudinal descriptivo con 79 pacientes menores de 1 año que ingresaron a la sala de cuidados intermedios durante el año 2006 con EDA, 57 casos (72%) eran menores de un año y se los distribuyo en 25 casos menores de 3 meses, 20 casos entre 4 y 7 meses, y 12 casos entre 8 y 12 meses.

Se estableció que entre los niños de hasta 6 meses, el 73 % de estos recibía lactancia mixta, o lactancia artificial exclusiva. Además, se demostró que en el 49% de estos niños, las madres cometían errores al preparar los biberones y por tanto en los niños menores de 6 meses se evidencia un porcentaje mayor de EDA con relación a la alimentación recibida. Los criterios que se tomaron en cuenta para los ingresos fueron: la deshidratación, vómito, diarrea y la acidosis metabólica. El predominio de las EDA fue especialmente de tipo viral y por disalimentación en especial en menores de 6 meses. (Busto, 2007)

Un estudio realizado por el Sánchez A. et al., en el Centro de Investigación de Nutrición en la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela en el año 2008 cuyo tema es “Prácticas inadecuadas de alimentación entre el 4^o y 6^o mes de vida y su asociación con el déficit nutricional en un grupo de Lactantes Venezolanos”. En este estudio se analizaron 240 niños menores de 24 meses de edad, en una

zona urbana de nivel socioeconómico bajo de la ciudad de Valencia – Venezuela. En el cual se distribuyó en 2 grupos, uno de Lactancia Materna Exclusiva (LME) y otro que no recibieron Lactancia Materna Exclusiva (NLME), se calcularon los puntajes Z en cuanto a los indicadores peso/talla, según referencia del CDC, considerando déficit por debajo de -2, normal entre +2 y -2, y exceso mayor a +2, con un Odds Ratio de 95% de confianza. Con esto se analizó y se vio que tan solo un 27% recibió LME, y que el déficit de P/T, T/E es de 11.3% y 5.4% respectivamente, el grupo de NLME presentó un riesgo de 5.25 veces mayor de déficit nutricional.

Como conclusión se indica que las inadecuadas prácticas de alimentación durante los primeros 6 meses de vida tiene un efecto negativo directo sobre el estado nutricional antropométrico de los niños hasta los 2 años. (Armando, 2008)

El estudio sobre “Lactancia materna reduce el riesgo de Morbilidad y mortalidad en niños menores de dos años”. El tipo de estudio fue una revisión sistemática, en el cual tuvo como grupo de estudio a niños menores de 24 meses con riesgos de neumonía y el tipo de lactancia en las siguientes bases MEDLINE, Ovid, EMBASE y en COCHRANE, después de una revisión profunda y análisis de datos se obtuvo 10 estudios que cumplían con los requisitos, de ellos, siete fueron de cohorte prospectivos y tres fueron de casos controles, realizados en Latinoamérica, Asia, África y Pacífico Occidental.

En relación a los bebés que fueron alimentados exclusivamente con leche materna de 0 a 5 meses el riesgo relativo (RR) de neumonía fue mucho menor que los niños que no fueron amamantados, el riesgo de neumonía incidente aumentó en los niños que no se amamantaron de 6 a 23 meses, El RR estimado de neumonía fue mayor entre niños alimentados parcialmente con leche materna (rr: 5,45; ic del 95%: 1,35 a 21,97) entre los que no la recibieron (rr: 5,61; ic del 95%: 1,23 a 25,53) lactantes amamantados 0-5 meses de edad en comparación con los lactancia materna exclusiva.

El riesgo relativo estimado de mortalidad por neumonía fue mayor entre parcialmente amamantados (RR: 2,50; IC del 95%: 01.03 a 06.04) en comparación con los lactantes amamantados en forma exclusiva de 0-5 meses de edad.

Al valorar la mortalidad entre los diversos tipos de lactancia, se estableció que el RR de mortalidad por todas las causas fue mayor entre los niños que no recibieron lactancia materna (RR: 14,40; IC del 95%: 6,13 a 33,86) y fue diez veces menor entre los niños alimentados con lactancia materna exclusiva, (RR: 1,48; IC del 95%: 1,14 a 1,92).

En conclusión la lactancia materna durante los primeros 6 meses disminuye los riesgos de padecer de neumonía y si la lactancia continua hasta los 18 meses mejora la supervivencia infantil al disminuir las comorbilidades. (Lamberty, 2013)

El estudio “Alimentación Infantil y morbilidad por diarrea”, realizado por la Vieira G. et al, en el que se evaluaron a 2319 niños, la razón de prevalencia se calculó con un p (intervalo de confianza de 0.05 y 95%). La incidencia de diarrea fue de 11.6%, con un mayor porcentaje en mayores de 6 meses 63.3%.

Los niños menores de 6 meses no amamantados tuvieron un 64% más de diarrea que aquellos que fueron amamantados, y en comparación con los niños amamantados exclusivamente los niños no amamantados presentaron un 82% más de diarrea.

Como conclusión se puede decir que la lactancia materna es un factor protector frente a cuadros diarreicos. (Vieira, 2003)

El estudio realizado por la Dra. Jaqueline Hernández con el tema “Nutrición y Salud en niños menores de 1 año Policlínico “Manuel Díaz Legra” enero 2004 – agosto 2005, que se realizó mediante encuesta a las madres de 67 niños, dio como resultado que los niños con lactancia inadecuada presentaron un porcentaje mayor

de bajo peso que los niños con adecuada lactancia, además de tener una frecuencia mayor de episodios de infecciones respiratorias y diarreicas agudas.

Como conclusión la lactancia materna influye positivamente en el estado nutricional y en la protección ante diferentes enfermedades.

El estudio realizado por el Dr. Jiménez sobre "Relación del tipo de alimentación con algunas variables del tipo de crecimiento, estado nutricional y morbilidad del Lactante", tuvo una población de 77 lactantes, a quienes se les realizó un estudio clínico, antropométrico al mes, tres, cinco, nueve y doce meses, en la que se obtuvo que no hay variaciones en la media del peso hasta el noveno mes, en ninguna etapa hubo variaciones con respecto a la longitud según el tipo de alimentación, si se presentó diferencia en la morbilidad por diarreas e infecciones respiratorias.

La conclusión es que no se diferencia evoluciones importantes en cuanto al peso y longitud por el tipo de lactancia recibida, pero si en la morbilidad presentada. (Jiménez, R., 2005)

El estudio realizado por la Romonita M sobre educación de la lactancia materna a mujeres de áreas rurales de Filipinas, en el cual se comparo con un grupo control de una comunidad, en el cual se tomo en cuenta las practicas de alimentación y episodios de enfermedades. En el cual evidencio que el grupode madres que recibio educación sobre lactancia, sus hijos presentaron una menor frecuencia de episodios diarreicos por tanto eran más saludables, entre el segundo y septimo mes, (Romonita, 2010)

El estudio realizado en Morogoro – Tanzania en cual se aplicó encuestas a 400 parejas (madre e hijos), en 17 centros de Morogoro, para investigar lactancia materna prácticas de destete e influencia en los patrones de crecimiento, en el cual se obtuvo que el 93% de las madres urbanas destetaron a sus hijos a los 3.5 meses, mientras que el 89% de las madres rurales destetaron a los 4.5 meses, además el 40.5% de madres rurales y el 37.5% de madres urbanas, tenían bajo peso, en

ambos grupos el crecimiento comienza a alterarse entre 3.5 y 4 meses, esto relacionado con el tiempo de destete de los niños.

Al final se observó que los niños que crecieron mejor son los niños de áreas urbanas con una p menor a 0.05 (Mosha, 1998)

2.2 FUNDAMENTACIÓN LEGAL:

La base legal de esta investigación se soporta en la legislación ecuatoriana y en numerosas políticas y normativas:

2.2.1 Constitución Política del Estado Ecuatoriano (2008)

Sección Quinta: Niñas, niños y adolescentes

Artículo 45: "Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar." (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

2.2.2 Ley Orgánica de Salud, 2006.

Que el Artículo 17.- "La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia

materna durante los primeros seis meses de vida del niño/a o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad." (MSP/Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

2.2.3 Código de la niñez y adolescencia, 2003.

Para esta investigación me base en los siguientes artículos:

Artículo 24, "Derecho a la lactancia materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna." (Asamblea Nacional del Ecuador, 2003)

2.2.4 Política Nacional de Lactancia Materna, Ministerio de Salud pública, 2009.

1. Fomentar la práctica de lactancia materna involucrando a mujeres, hombres, familias y comunidad mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida de niños y niñas.
2. Fortalecer la capacidad de los servicios de salud para asegurar la práctica adecuada de la lactancia materna mediante:
 - a) El cumplimiento obligatorio del apego precoz dentro de los primeros 30 minutos de vida en todas las unidades de salud pública y de la red complementaria que atiende los partos.
 - b) El cumplimiento obligatorio del alojamiento conjunto en todas las unidades de salud pública y de la red complementaria que atienden partos y recién nacidos.

Art. 27: El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende, entre otras cosas:

9. Acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre;

10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas. (Ministerio de Salud Pública, 2009)

2.2.5 Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, 2012.

Para esta investigación me base en los siguientes artículos:

Artículo 1, "La lactancia materna es un derecho natural del niño y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo."

Artículo 2, "Corresponde al Ministerio de Salud Pública, a través de sus unidades operativas, la aplicación de las disposiciones de la presente Ley. Para este efecto deberá diseñar e implementar acciones tendientes a: a) Fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva durante el primer año de vida del niño;

b) Establecer en todos los servicios de salud públicos y privados, normas obligatorias que garanticen el contacto inmediato del niño con su madre, luego de su nacimiento;

c) Promover y desarrollar educación continua en lactancia materna a los miembros del equipo de salud, la familia y la comunidad;

d) Impartir la instrucción oportuna a toda madre embarazada o en período de lactancia sobre los beneficios nutricionales, inmunitarios, psicoafectivos y el efecto anticonceptivo de la lactancia materna, así como respecto del peligro que conlleva el cambio injustificado de ésta por biberones y chupones para los lactantes;

e) Propugnar el cumplimiento de las normas del Código Internacional sobre comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la Organización Mundial de la Salud (OMS); y,

f) Eliminar toda propaganda relacionada con las fórmulas lácteas en los servicios de salud."

Artículo 3, "Esta Ley propende a garantizar una nutrición segura y suficiente a los niños recién nacidos que no tengan necesidades especiales de alimentación dentro del período de lactancia, mediante el fomento y protección de la lactancia materna y la regulación y control de la comercialización de alimentos infantiles, incluyendo los llamados sucedáneos de la leche materna."

Artículo 4, "La lactancia materna, como recurso natural, debe proveerse hasta que el niño o niña cumpla dos años de edad."

Artículo 5, "Se constituye el Consejo Nacional para el Apoyo a la Lactancia Materna (CONALMA), compuesto por los siguientes miembros:

- a) El Ministro de Salud Pública o el Subsecretario General, quien lo presidirá;
- b) El Ministerio de Industrias y Productividad.
- c) Un delegado del Ministerio de Educación y Cultura;
- d) Un delegado del Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- e) La Presidenta Nacional del Instituto de la Niñez y la Familia (INFA) o su delegado."

Artículo 6, "El CONALMA podrá solicitar, con el carácter de obligatorio, la participación de entidades públicas y privadas para asegurar el cumplimiento de los fines y objetivos de la presente Ley."

Artículo 7, "Son funciones del Consejo Nacional:

- a) Aprobar los programas destinados al fomento y protección de la lactancia materna, así como apoyar los que, sobre esta materia, desarrollen instituciones no gubernamentales;
- b) Crear comités interinstitucionales provinciales para organizar, coordinar, ejecutar y evaluar programas de lactancia materna;
- c) Fomentar la formación y capacitación de los recursos humanos encargados de ejecutar los proyectos de lactancia materna;
- d) Promover la investigación científica y técnica relacionada con la lactancia materna;

- e) Coordinar las acciones que, para el cumplimiento de las políticas y planes relacionados con la promoción, apoyo y protección a la lactancia materna, realicen las agencias de cooperación internacional y el Gobierno Nacional;
- f) Vigilar que la publicidad y venta de los productos designados cumplan estrictamente con las disposiciones legales sobre la materia, demandando la debida sanción en casos de incumplimiento; y,
- g) Elaborar y desarrollar, a través de la Secretaría Nacional de Comunicación (SENACOM), campañas de información destinadas a promocionar el fomento, apoyo y protección de la lactancia materna, así como el conocimiento de las disposiciones de la presente ley."

Artículo 8, "Los temas sobre los cuales tratarán los materiales educativos e informativos relacionados con la alimentación de los lactantes, se determinarán en el Reglamento de esta Ley."

Artículo 9, "Los materiales informativos y educativos provenientes de las instituciones del sector público, sean impresos o audiovisuales, no podrán contener el nombre o logotipo del fabricante o distribuidor de ningún producto designado.

Los materiales destinados a los profesionales de salud podrán contener información acerca de los productos designados, sólo con fines educativos o científicos.

En ningún establecimiento del sistema de salud se promocionará preparados o productos alimenticios substitutivos de la leche materna."

Artículo 10, "Los directores de las unidades de salud en todos sus niveles, aplicarán las medidas necesarias para fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna, conforme a los preceptos de la presente Ley."

Artículo 11, "Todo agente de salud o persona, profesional o no, que brinde servicios de salud, deberá fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna, así como eliminar toda práctica que, directa o indirectamente, retrase la iniciación o dificulte la continuación de la lactancia materna."

Artículo 12, "Prohíbese a las personas naturales o jurídicas realizar acciones que contravengan las disposiciones de la presente Ley y de su Reglamento." (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012)

2.2.6 El Reglamento General A La Ley Orgánica Del Servicio Público, 2011.

En el Art. 35, que trata de Licencia por maternidad y paternidad, se acuerda que: "La servidora podrá hacer uso del derecho a la licencia por maternidad desde dos semanas anteriores al parto, las que se imputará a las 12 semanas establecidas en la letra c) del artículo 27 de la LOSEP, que podrán ser acumulables. La licencia se justificará con la presentación del respectivo informe médico, y en caso de acumularse a más tardar dentro del término de tres días hábiles de haberse producido el parto mediante la presentación del certificado de nacido vivo otorgado por la autoridad competente; y, a falta de éste, por otro profesional de la salud, y será validado en el IESS en el término de 15 días." (Asamblea Nacional del Ecuador, 2011)

2.2.7 Código Del Trabajo, 2013

Artículo 155.- Guardería infantil y lactancia.- En las empresas permanentes de trabajo que cuenten con cincuenta o más trabajadores, el empleador establecerá anexo o próximo a la empresa, o centro de trabajo, un servicio de guardería infantil para la atención de los hijos de éstos, suministrando gratuitamente atención, alimentación, local e implementos para este servicio.

Las empresas que no puedan cumplir esta obligación directamente, podrán unirse con otras empresas o contratar con terceros para prestar este servicio.

Durante los doce (12) meses posteriores al parto, la jornada de la madre lactante durará seis (6) horas, de conformidad con la necesidad de la beneficiaria.

Corresponde a la Dirección Regional del Trabajo vigilar el cumplimiento de estas obligaciones y sancionar a las empresas que las incumplan. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2013)

2.2.8 Ley Reformativa a la Ley de Maternidad Gratuita. Ecuador, Registro Oficial N° 381.

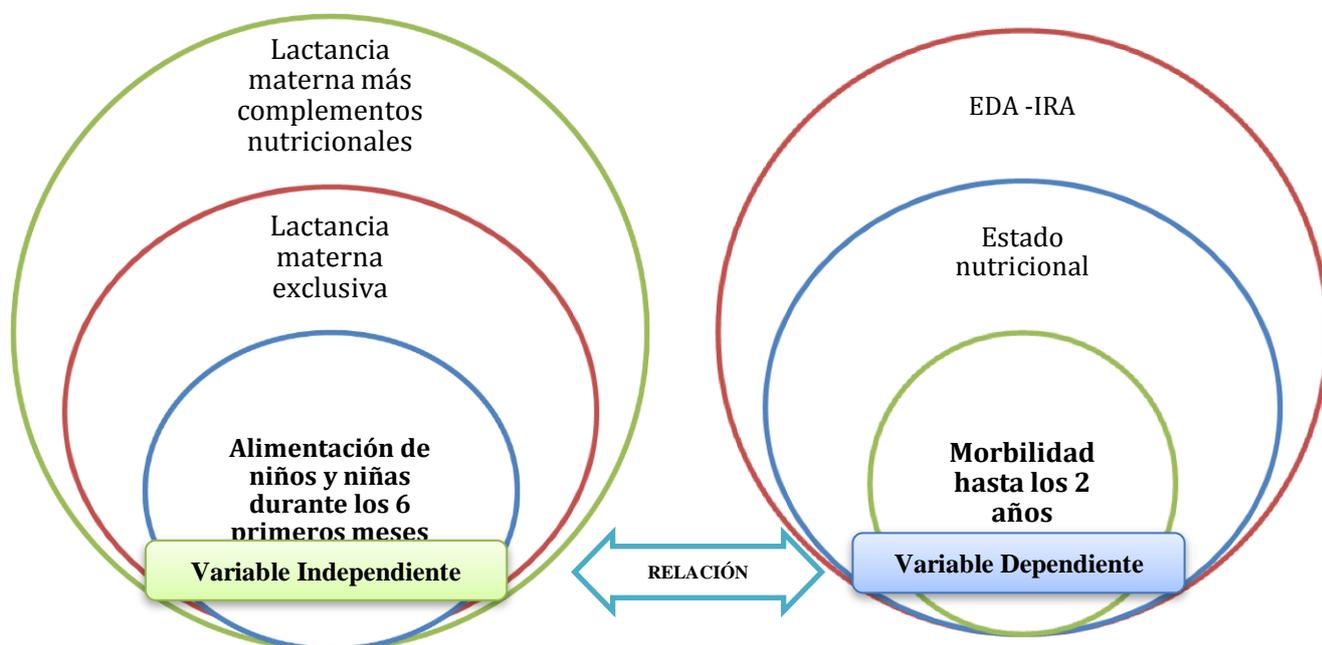
“La lactancia materna debe ser precoz, exclusiva, mandatoria y a libre demanda”. Programa de maternidad Gratuita y Atención a la infancia. (MSP/Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

2.3 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA:

La presente investigación tiene un paradigma crítico – propositivo, es crítico porque pretende investigar, comprender y explicar cuál es la concurrencia de la morbilidad en los niños de Juan Benigno Vela ya sea que recibieron leche materna exclusiva o lactancia materna más suplementos nutricionales; y es propositiva porque mediante esta investigación vamos a proponer argumentos y soluciones mediante estrategias para disminuir la morbilidad en los niños menores de 2 años.

Esta investigación se basa en el enfoque Ontológico, porque pretende ver los múltiples aspectos que influyen en la salud de un lactante, que se alimenta sola y exclusivamente de leche materna o se alimenta con fórmula. Enfoque epistemológico, porque pretende hacer un análisis de los factores de lactancia que influyen en la salud de un niño lactante. Axiológico, porque la investigación está comprometida e influida en los valores que se desarrollan dentro de la medicina sin faltar a la ética médica.

2.4 CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES:



2.5 FUNDAMENTACIÓN TEORICA:

2.5.1 Introducción

Según la OMS, la leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros 6 meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida. (OMS, 2014)

La lactancia materna (LM) es una estrategia importante para mejorar infantil / morbilidad y mortalidad infantil, la mejora de la morbilidad materna y ayudar a controlar los costos de atención de salud (James D & Lessen R 2009). (El-Khedr, S., & Lamadah, S.,2014)

2.5.2 Antecedentes Históricos

2.5.2.1 Civilización Antigua Antes del Cristianismo

La lactancia materna es el fenómeno biocultural por excelencia. En los humanos, además de un proceso biológico, la lactancia es un comportamiento determinado por la cultura. (AEP, 2004)

El código de Hammurabi 1800 A.C. contenía regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer por dinero (la alimentación al pecho se debía dar por un mínimo de 2 años hasta un máximo de 4 años). En Esparta, la esposa del rey estaba obligada a amamantar a su hijo mayor. El segundo hijo del rey Temistes heredó el reino de Esparta sólo porque su madre le había dado pecho, pues el hijo mayor había sido amamantado por una extraña y, por ende, le fue negada la posibilidad de heredar el trono (Universidad Costa Rica, 2008)

En el Papiro de Ebers, se detallan descripciones de los cuidados de los bebés, del amamantamiento e incluso de algunas posturas para dar de mamar. Se describían también enfermedades de la lactancia, la mortalidad infantil por parásitos y se planteaban criterios para determinar la calidad de la leche. Incluso en el Talmud se definía que lactancia debía darse hasta los 3 años de vida y debía ser exclusivamente administrada por las madres, pero se excusaba a las madres que estaban gravemente enfermas. (Cordero, 2005)

Además, también se le atribuye a los romanos la promulgación de las primeras leyes de protección al infante, en las que el tutelar estaba a cargo de cada niño y de velar por su salud y su buena alimentación.

Los griegos, en especial la figura de Sorano de Éfeso, considerado el padre de la puericultura, aseguraba que el destete debía realizarse pasados los dos o tres años de lactancia y que, junto con la dentición, constituía uno de los episodios más importantes y relevantes de la vida del niño. También aquí surge la figura de

la nodriza, que era bastante solicitada por la clase alta, pues no sólo ellas podían acceder a una mejor situación social convirtiéndose en nodrizas sino que, además, la familia que la contrataba adquiría cierto prestigio en su comunidad, dado que era un lujo que no todos podían darse; tan buena posición lograban estas mujeres, que dejaban de considerarse esclavas pues el nexo que nacía entre ellas y el niño era muy valorada en esta cultura, puesto que los infantes crecían más sanos y fuertes, características esenciales y necesarias en pueblos como el griego, en el que muchos de estos niños serían guerreros en un futuro. (Universidad Costa Rica, 2008)

Por otro lado, en China, por orden del Emperador Amarillo, se escribe un libro conocido como el Estatuto de la Medicina, el cual establece que la lactancia debía darse por al menos dos años después del nacimiento o hasta que se diera un nuevo embarazo en esa mujer (Universidad Costa Rica, 2008)

2.5.2.2 Del Siglo I al siglo XVII

Durante los inicios de la Era Cristiana, se fomenta aún más el cuidado de los niños pues se les consideraba portadores de un alma inmortal, sin embargo, con el pasar de los siglos, por el aumento del período de lactancia, incrementó el número de niños que había que cuidar y alimentar. (Universidad Costa Rica, 2008)

Nuevamente, son los romanos quienes empiezan a dictar las pautas, no sólo respecto de la legislación y perfil de las mujeres encargadas de amamantar a los niños y las niñas, sino que además empiezan a documentar enfermedades que se contagian a través de la lactancia, y las medidas higiénicas aplicadas no sólo a las nodrizas sino a también a todos los instrumentos que utilizaban para alimentar al bebé. Se fija el tiempo por ley para alimentar a los lactantes (tres años) y la contratación de las nodrizas se fija en períodos (10 a 20 años), aparecen, de igual modo, las primeras exclusiones, pues las mujeres enfermas (básicamente las contagiadas de sífilis), las musulmanas y las judías, no podían ejercer como nodrizas de cristianos (Cordero, 2005)

2.5.2.3 Del Siglo XVII a la Actualidad

A partir de la Segunda Guerra Mundial, con la introducción de la leche en polvo y los suplementos de la lactancia, el papel de las nodrizas cae en detrimento, hasta su total desaparición en la década de los años ochenta, en que coincide con la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, pues es a partir de este momento que se toma una certera conciencia que a través de la leche, se pueden transmitir enfermedades que a largo plazo serían mortales para el bebé. (Universidad Costa Rica, 2008)

Ahora en el siglo XXI, se tiene la certeza de que la lactancia materna es el alimento más completo con el que pueden contar los recién nacidos y lactantes; no obstante, se hace necesaria una sensibilización social que permita conocer las ventajas científicas demostradas de la lactancia, tanto para el bebé como para la madre (Cordero, 2005)

2.5.2.4 Situación Actual de la Lactancia Materna

A nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva. (OMS, 2014)

La lactancia materna óptima de los lactantes menores de dos años de edad tiene más repercusiones potenciales sobre la supervivencia de los niños que cualquier otra intervención preventiva, ya que puede **evitar 1,4 millones de muertes de niños menores de cinco años** en el mundo en desarrollo. (UNICEF, 2010)

La lactancia materna sub óptima todavía representa un estimado de 800.000 muertes en niños menores de cinco años anualmente (alrededor del 13% del total de muertes de niños), según el Lancet 2013 Nutrition Series. Los datos de 2011 indican que sólo el 39% de los niños de 0 a 5 meses en los países de bajos ingresos son amamantados exclusivamente. (UNICEF, 2010)

2.5.3 Aspectos Antropológicos en la Práctica de Amamantamiento

2.5.3.1 Succión.

Los médicos hemos empezado a aceptar la lactancia a demanda como la mejor manera de satisfacer las necesidades del pequeño lactante.

La evolución ha marcado la frecuencia de las tomas en las diferentes especies en función del contenido en solutos de la leche de los diferentes mamíferos. Por ejemplo, la leche de león marino contiene 62-65% de solutos y se alimenta una vez por semana; la de conejo contiene 33% y se alimenta cada 24 horas; la de rata contiene 21% y amamanta de forma continua. La leche humana contiene 12,4% ¿Cada cuánto tiempo debería amamantar entonces una cría humana? Sabemos que el tiempo de digestión de la leche materna es aproximadamente 20 minutos. ¿Resultaría razonable entonces pedirle a una madre que amamante a su hijo cada 3 horas? No podemos pasar por alto la satisfacción emocional que supone la succión para el bebé y su reconocida importancia para el desarrollo cerebral que determina un mejor desempeño cognoscitivo y psicoafectivo. Éste se ve alterado por el uso de biberón, puesto que no sólo interrumpe el proceso fisiológico, sino que tampoco satisface la succión no nutritiva al ser retirado una vez vacío de la boca del niño. (Comité Lactancia Materna AEP, 2004)

Los bebés aprenden este proceso de succión dentro del útero de sus madres, al succionar y deglutir el líquido amniótico. Dicho aprendizaje se inicia a las 16 semanas de gestación, con la aparición del reflejo de deglución, y se completa más tarde, hacia las 20 semanas, con la aparición del reflejo de succión. La coordinación de ambos reflejos se produce a las 32 semanas de gestación, por lo que los niños prematuros que nazcan antes no tendrán la capacidad de alimentarse por sí mismos. (ALBA, 2013)

Cuando el bebé se dispone a mamar, no sólo debe abrir la boca, sino también realizar una compleja coreografía para conseguir una succión adecuada y una buena transferencia de leche.

La coreografía de la succión y la deglución. (ALBA, 2013)

Cuando un bebé activa el reflejo de búsqueda (se produce al rozar sus mejillas o sus labios con cualquier objeto) ocurre lo siguiente:

- La lengua se sitúa encima de la encía inferior.
- La lengua protruye (sale) por encima de la encía.
- La lengua se curva formando una U.
- El maxilar inferior se eleva y dirige la areola y el pezón hacia unos milímetros más adelante del punto en el que se unen el paladar duro y el blando (punto S).
- Las succiones cortas y repetitivas activan el reflejo de eyección de la leche.

Simultáneamente:

- Los labios sellan el pecho y lo afianzan dentro de la boca.
- La lengua cubre y sobrepasa la encía inferior, y se mantiene en esta posición.
- El bebé efectúa una presión intra oral negativa (PIN).
- Cuando la lengua del bebé desciende en la parte más posterior, la PIN es máxima y la leche fluye hacia la garganta del bebé. (ALBA, 2013)

Existen 2 tipos de succión de tipo nutritiva y no nutritiva:

La succión nutritiva es la que utilizan para comer. Se trata de una succión profunda y rítmica que suele durar unos minutos y da paso a la succión no nutritiva, la que realizan hacia el final de la toma. No obstante, si la madre tiene un reflejo de eyección de leche durante la toma y el bebé quiere más leche, volverá a realizar la succión nutritiva. (ALBA, 2013)

La succión no nutritiva, por su parte, es superficial y rápida, y no es raro oír decir que el bebé “está usando a la madre de chupete” cuando realiza este tipo de succión, aunque es el chupete el que quiere ser una imitación del pecho, no al revés. No hay que despreciar la succión no nutritiva, ni evitarla, puesto que mientras los bebés la realizan “practican”, por así decirlo, para la succión nutritiva. (ALBA, 2013)

2.5.4 Lactogénesis.

A nivel mundial el 95% de las mujeres en edad fértil están aptas para amamantar pero a nivel de los países desarrollados se ha visto un porcentaje superior de deserción al 5 % por los nuevos estilos de vida.

El tamaño y la forma de la mama puede variar según cada mujer, esto va a depender de la cantidad de tejido adiposo y de tejido conectivo, por lo tanto no hay relación entre el tamaño y la capacidad de producir leche.

2.5.4.1 Pezón

El pezón, está formado por tejido eréctil, cubierto con epitelio, contiene fibras musculares lisas. Musculatura circular, radial y longitudinal, que actúan como esfínteres controlando la salida de la leche. En el pezón desembocan los tubos lactíferos por medio de unos 15-20 agujeros, es como una criba. Todas las estructuras de la mama (conductos, venas, arterias, linfáticos, nervios) son de disposición radial en la mama. (UNIZAR, 2003)

El pezón es de vital importancia ya que facilita el acoplamiento de la boca del bebe con el mismo, además es el origen de los estímulos sensoriales que activan la secreción hormonal. Fuera de la succión, el tejido muscular del pezón ejerce de esfínter para evitar el goteo continuo de leche. Durante la succión, aproxima los conductos galactóforos entre sí y acorta su longitud por delante del seno galactóforo, con objeto de que resulten más fáciles de vaciar al ser exprimidos por la lengua. El pezón más favorable a la lactancia, y el más frecuente, es blando en reposo y tiene poco más de un centímetro de altura y de anchura. Es bastante frecuente que el pezón resulte poco prominente, dando la sensación de pezón plano, pero que tome forma y sobresalga fácilmente al ser estimulado. Cuando se inicia la succión, el dolor de los pezones es un problema frecuente. A partir de la pubertad la sensibilidad del pezón guarda relación con el nivel de estrógenos. Durante el embarazo es poco sensible al tacto y al dolor, debido a los altos niveles

de estrógenos. En las 24 horas siguientes al parto la sensibilidad aumenta llamativamente, aunque la mujer no amamante, para activar el mecanismo de liberación de oxitocina y prolactina. (AEP, 2004)

2.5.4.2 Aréola

Es una placa con forma circular y de color marrón que, generalmente, se sitúa al centro de la mama. Su diámetro aproximado no supera los 2,5 milímetros, aumentando durante el embarazo y la lactancia. En su interior y de forma irregular hay pequeñas protuberancias o bultos conocidos como Tubérculos de Morgani (existen entre 12 y 20), que son glándulas sebáceas de gran tamaño, además cuenta con glándulas sudoríparas y sebáceas, pero carece de pelo. (EcuRed, 2011)

2.5.4.3 Mama

El tejido glandular de la mama está formado por gran número de alvéolos, los conductos son inicialmente de pequeño calibre los conductos terminales, 0,2 mm, a la altura de la aréola los conductos alcanzan su mayor calibre, entre 2 y 4 mm, conductos galactóforos y finalmente formando los senos galactóforos. A lo largo de todos los conductos hay fibras musculares mioepiteliales que provocan acortamiento y estiramiento durante la succión para favorecer la progresión de la leche hacia el pezón (AEP, 2004)

Figura N° 1 Sistema de Alveolo y Conducto en el Interior de la mama

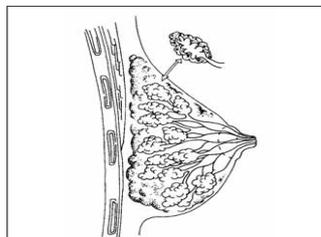


Figura 1. Sistema de alvéolos y conductos en el interior de la mama.

Fuente: Asociación Española Pediatría Elaborado AEP

Desde las primeras semanas del embarazo la mama se prepara para lactar. El aumento de tamaño durante el embarazo depende sobre todo de crecimiento del árbol de conductos. A partir del quinto o sexto mes el aumento de tamaño depende del inicio de función de las células alveolares y del acúmulo de secreción en los alvéolos y conductos. La mama está preparada para fabricar leche y de hecho se pueden detectar pequeñas cantidades de lactosa y alfa, lactoalbúmina en sangre y orina. A esta etapa se la denomina lactogénesis I. (AEP, 2004)

2.5.4.4 Anatomía de la Succión

Al tratarse de fibras lisas, la contracción muscular es involuntaria; depende de la liberación de oxitocina y es imprescindible para crear un gradiente de presión que empuje la leche hacia los conductos más distales. En cuanto al ordeño, es importante que una buena porción de la mama entre dentro de la boca. La lengua presiona la mama contra el paladar al tiempo que hace un movimiento de adelante hacia atrás con la punta de la lengua. Este movimiento de expresión complementado con otro de aspiración consigue vaciar la leche de los senos y conductos galactóforos, disminuyendo la presión en la parte final del sistema y favoreciendo el avance de la leche desde los alvéolos hacia el pezón. (AEP, 2004)

2.5.4.5 Detalles del Epitelio Secretor Mamario

Los componentes de la leche pasan de las células secretoras a la luz del alvéolo por cinco vías: exocitosis, transcitosis, secreción de grasas, secreción de iones agua, y la vía paracelular. Merece la pena conocer alguna de las peculiaridades de estos mecanismos en la mama. (AEP, 2004)

Significado de la concentración de cloro y sodio en la leche

Durante el embarazo, las células del epitelio mamario no están estrechamente unidas y permiten el paso de sustancias a través del espacio que existe entre dos células adyacentes el canal paracelular. Es muy característico el paso de cloro y

sodio en grandes cantidades hacia el alvéolo con- siguiendo concentraciones de 60 mM/L de sodio, tanto en la leche fabricada duran- te el embarazo como en el calostro inicial. Tras el parto, la unión entre estas células se hace muy estrecha cerrando esa fácil vía de comunicación entre el plasma y la luz alveolar. La consecuencia más inmediata y fácil de objetivar es la disminución del paso de cloro y sodio. La caída en la concentración de sodio en la leche comienza inmediatamente tras el parto y se completa a las 72 horas postparto (alrededor de 20 mM/L). Por el contrario, un aumento en la concentración de cloro una vez instaurada la lactancia puede indicar la existencia de mastitis o involución glandular. (AEP, 2004)

Síntesis y secreción de lípidos

La grasa sale de la célula envuelta por membrana celular, formando pequeñas gotas de triglicéridos. Esta membrana que envuelve la grasa impide la coalescencia con otras gotas, evitando que se formen grandes glóbulos de grasa difíciles de eliminar a través de los conductos. El batido enérgico rompe estas membranas y aumenta la consistencia de la leche proceso similar al de la formación de mantequilla. (AEP, 2004)

2.5.4.6 Regulación de la Síntesis, Secreción y Expulsión de Leche

El período de la lactancia se inicia después del parto. El nivel de progesterona en la sangre de la madre baja progresivamente y se suprime la acción inhibidora que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche, iniciándose la secreción láctea 30-40 horas.

Después de la eliminación de la placenta. Las mamas se llenan de calostro y el volumen de leche aumenta de 50 hasta 500 ml del primero al 4to día postparto.

Luego del parto, hay un rápido cambio en la composición de la leche debido primero, a la disminución del sodio y cloro, que se inicia inmediatamente después del parto y se completa a las 72 horas por el cierre de los espacios intercelulares

bloqueando la vía paracelular, y luego al aumento en la síntesis de la lactosa y proteínas, al aumento de la síntesis y secreción de grasas y a los cambios en la tasa de transporte de inmunoglobulinas y otras proteínas no sintetizadas por la célula mamaria. A esto se suma la acción osmótica de la lactosa que atrae agua, produciendo un aumento del volumen de leche. (UNICEF, 2008)

La variedad entre la velocidad de producción de leche en el ámbito de los diferentes alvéolos hace parecer que ésta se produce en forma continua. Existen dos niveles hormonales de regulación: (1) regulación de la tasa de síntesis y secreción de leche y (2) regulación de la eyección de leche.

El reflejo liberador de prolactina es controlado por las neuronas dopaminérgicas del hipotálamo. El estímulo del pezón y de la areola produce por vía de un reflejo neurohormonal, la inhibición de la secreción de dopamina. La cantidad de dopamina que alcanza a las células lactotropas de la hipófisis anterior, determina la cantidad de prolactina secretada por ellas. El estímulo del pezón-areola inhibe la secreción de dopamina y por lo tanto permite la liberación de prolactina por la hipófisis anterior. Las drogas que impiden la síntesis de la dopamina o bloquean su acción (reserpina, fenotiazinas, metoclopramida, sulpiride) producen hiperprolactinemia, pero solo aumentarían la producción de leche cuando existe un adecuado reflejo eyecto-lácteo y vaciamiento de la mama. El nivel de prolactina plasmática en la mujer no embarazada es de 10 ng/ml; su concentración aumenta gradualmente con el embarazo hasta 200 ng/ml, pero disminuye abruptamente después del parto. En las mujeres que no amamantan este nivel regresa a 10 ng/ml en el período de 2 semanas. Quienes amamantan presentan un alza de hasta 150 ng/ml, declinando la concentración basal hasta alrededor de 50 ng/ml.

La introducción de alimentación complementaria, significa una disminución de la frecuencia y duración de las mamadas además de un menor nivel de prolactina plasmática. La leche no fluye espontáneamente hacia los conductos y por lo tanto no se encuentra disponible para el niño. Para que la leche fluya desde los alvéolos

es necesario que éstos sean exprimidos por las células mioepiteliales que los rodean. La contracción de estas fibras, o reflejo eyecto-lácteo, es producida por la liberación de oxitocina por la hipófisis posterior. Las fibras mioepiteliales de la mama y el útero tienen receptores específicos para la oxitocina y estos receptores aumentan durante el tercer trimestre del embarazo, especialmente en los primeros 5 días después del parto. La oxitocina es la hormona galactopoyética más importante y es indispensable para el vaciamiento de la leche durante el amamantamiento. Estudios en humanos demuestran que la secreción de oxitocina generada por la succión del niño, especialmente en las horas próximas al parto puede favorecer el establecimiento del vínculo entre madre e hijo y tener efecto a largo plazo. (UNICEF, 2008)

2.5.4.7 Mecanismos Celulares de la Secreción de Leche

Cada célula del epitelio mamario produce leche completa cuyos componentes se secretan o transporta por 5 vías diferentes: exocitosis (I), síntesis y secreción de lípidos (II), transporte a través de la membrana apical (III), trancitosis (IV) y paracelular (V).

La vía I, o exocitosis se inicia en el núcleo con la síntesis de RNAm específico para las proteínas de la leche. Las moléculas de proteínas son modificadas en el aparato de Golgi hasta formar parte de una vesícula secretora. La principal proteína del suero de la leche humana es la alactoalbúmina, la que es parte de la enzima lactosa sintetasa, responsable de la síntesis de lactosa en el galactocito. En el mismo Golgi se sintetiza la lactosa, la que atrae agua hacia la célula. Gran parte de la lactosa es sintetizada a partir de la glucosa del plasma, pero también existe hexoneogénesis, es decir, síntesis de lactosa en la célula mamaria a partir de otros sustratos diferentes de la glucosa. Este mecanismo es especialmente utilizado en períodos de ayuno. Ahí también se forman las micelas de caseína, ligadas a Ca, Zn, Fe y Cu. Todo el contenido avanza en las vesículas secretoras hacia la membrana plasmática del lumen alveolar descargándose en exocitosis.

La vía II es la que usan los lípidos. Los triglicéridos sintetizados en el retículo endoplásmico liso a partir de ácidos grasos y glicerol, son envueltos por la membrana plasmática y salen en forma de micelas.

La vía III, de transporte a través de la membrana apical, es la que usan el sodio, potasio, cloro, algunos monosacáridos y el agua, pero no es usada por el calcio, fosfato ni citrato. (UNICEF, 2008)

La vía IV permite el paso de proteínas intactas entre las que se encuentran la IGA, insulina, prolactina, factores de crecimiento y otras hormonas que son transportadas del plasma hacia la leche.

La vía V es el paso de sustancias entre las células. Esta vía se observa durante el embarazo, durante episodios de mastitis o durante el período de destete, pero no está presente durante la lactancia ya que las células se unen estrechamente. (UNICEF, 2008)

2.5.5 Composición de la Leche Materna

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son calostro, leche de transición, leche madura y leche del pretérmino.

Calostro. Durante el último trimestre de la gestación y los siguientes 4 días al parto la glándula mamaria acumula en el lumen de los alvéolos una sustancia llamada precalostro, formada principalmente por exudado de plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa. El calostro tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, urea, vitaminas hidrosolubles, PTH y nucleótidos que la leche madura. Sin embargo, contiene más proteínas, ácido siálico, vitaminas liposolubles E, A, K y carotenos que la leche madura. Además tiene un contenido muy elevado en inmunoglobulinas especialmente IgA, lactoferrina, células (linfocitos y macrófagos), oligosacáridos, citoquinas y otros factores defensivos, que protegen

a los recién nacidos de los gérmenes ambientales y favorecen la maduración de su sistema defensivo. (AEP, 2004)

Leche de transición. Es la leche que se produce entre el 4 y 15 día postparto. Entre el 4-6 día se produce un aumento brusco en la producción de leche (subida de la leche), que sigue posteriormente aumentando hasta alcanzar un volumen de 600- 700 ml día entre los 15 y 30 días postparto. Esta leche es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura. (AEP, 2004)

Leche del pre término. Las madres que tienen un parto pre término, producen durante un mes una leche de composición diferente, que se adapta a las características especiales del prematuro. Esta leche tiene un mayor contenido en proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico. Los niveles de minerales son parecidos a los del término, así como las concentraciones de vitaminas del grupo B. Sin embargo, los niveles de vitaminas liposolubles, lactoferrina e IgA son superiores en la leche del prematuro. Esta es más pobre en lactosa y vitamina C que la leche madura del término. Por eso la leche de banco no es apropiada para alimentar a un prematuro, pero sí la de su propia madre. (AEP, 2004)

Leche Humana Madura contiene agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. Su volumen promedio es de 700-900 ml/día en los primeros 6 meses de postparto y de 600 ml en el segundo semestre. Contiene un 88% de agua y su osmolaridad es de 286 mOs, semejante a la del plasma, lo que le permite mantener un perfecto equilibrio electrolítico, contenido energético de 68-74 Kcal /100 ml. (UNICEF, 2008)

Proteínas

La mayoría de las proteínas se sintetizan en la glándula mamaria, excepto la seroalbúmina que procede de la circulación materna. La leche humana tiene un contenido en proteínas más bajo que las del resto de los mamíferos (0,9-1,1 g/100 ml). El nitrógeno no proteico (*NPP*) es el 20% aproximadamente del nitrógeno

total. Se utiliza en un 20-50% para sintetizar aminoácidos no esenciales y para reciclar el amonio. Las mucinas son proteínas de membrana que rodean los glóbulos de grasa, están presentes en baja cantidad. La *caseína* de la leche humana está formada sobre todo por beta-caseína. Está en forma de micelas complejas de caseinato y fosfato cálcico. La proporción proteínas del suero/caseína es de 60/40 en la leche madura. Las proteínas del suero son: alfa-lactoalbúmina, lactoferrina, seroalbúmina, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento y hormonas (AEP, 2004).

Aminoácidos esenciales y condicionalmente esenciales de la leche humana: la leche humana contiene todos los aminoácidos y en especial todos los esenciales, que son: arginina, cistina, histidina, isoleucina, leucina, lisina, metionina, fenilalanina, treonina, triptófano, tirosina y valina. Actualmente se cree que otros alfa-aminoácidos de la leche humana como alanina, glicina, glutamato y aspartato, pueden ser esenciales. Contiene taurina que es un aminoácido libre derivado de la cisteína, que el recién nacido no es capaz de sintetizar y se encuentra en grandes cantidades en el tejido nervioso y en la retina madura. Tiene carnitina que facilita la entrada y oxidación de ácidos grasos en las mitocondrias. Carnitina y taurina son esenciales en el período postnatal. (AEP, 2004)

Función de las proteínas de la leche humana

Actividades relacionadas con la digestión:

La lipasa estimulada por las sales biliares ayuda a la digestión de los lípidos (30-40% en recién nacidos), particularmente en pretérminos.

Amilasa: compensa la baja amilasa pancreática y salivar del recién nacido, es estable a PH ácido y a la degradación por pepsina, y colabora en la digestión de los carbohidratos complejos.

Alfa-1-antitripsina: inhibidor de las proteasas, evita la degradación de la

lactoferrina y otras proteínas funcionales. (AEP, 2004)

Actividades relacionadas con la absorción:

Beta-caseína es una proteína altamente fosforilada y la más abundante de las caseínas. Durante su digestión se forman fosfopéptidos solubles que ligan el calcio y el zinc facilitando su absorción. Contribuyen a su alta biodisponibilidad. (AEP, 2004)

Lactoferrina: facilita la captación del hierro por las células intestinales. Una elevada proporción del hierro de la leche está unido a lactoferrina.

Haptocorrina (proteína transportadora de la vitamina B12): casi toda la vitamina B12 está ligada a esta molécula, que favorece su absorción y que tiene también actividad antibacteriana.

Proteína transportadora de folatos: facilita su absorción y es estable a PH ácido.
Alfa-lactoalbúmina: tiene un efecto favorecedor de la absorción de minerales de la leche ligando Ca y Zn. Proteínas transportadoras de IGFI y IGFII, que les protegen de la digestión y prolongan su vida media.

Actividades antimicrobianas de las proteínas: una multitud de proteínas de la leche humana tienen efecto inhibitorio contra microorganismos patógenos. Hay una considerable redundancia, es decir, se observan diferentes sistemas actuando sobre el mismo patógeno, lo que explica la baja tasa de infección entre los niños alimentados al pecho. (AEP, 2004)

Inmunoglobulinas: en la leche materna se pueden encontrar diferentes inmunoglobulinas séricas, pero la más importante es la IgA secretora (IgAs), que es resistente a la proteólisis intestinal. Sus concentraciones son muy altas al principio de la lactancia (1-2 g/L) y se mantiene entre 0,5 y 1 g/L hasta el 2o año.

La inmunidad de la madre contra algunos patógenos se transfiere al niño a través de la IgAs (eje entero-mamario). (AEP, 2004)

Lactoferrina: también muestra una intensa capacidad bactericida frente a ciertos patógenos.

Lisozima: es uno de los principales componentes de las proteínas del suero, degrada la pared bacteriana de los gram positivos. Bactericida contra gram negativos actuando sinérgicamente con la lactoferrina.

Kapacaseína: es una subunidad menor de la caseína humana que evita que se adhieran las bacterias a la mucosa intestinal, actuando como un análogo del receptor.

Lactoperoxidasas: bactericidas en tracto digestivo superior.

Haptocorrina: también inhibe el crecimiento bacteriano.

Lactoalbúmina: en su digestión se forman polipéptidos con capacidad bactericida. (AEP, 2004)

Estímulo de flora intestinal la N-acetilglucosamina (factor bifidus) y otros oligosacáridos estimulan la formación de lactobacilos y bifidobacterias. Hay también péptidos procedentes de la degradación de la lactoferrina y de la IgA, que tienen un efecto bifidógeno muy potente.

Inmunocompetencia: Las citokinas: la leche humana contiene varias citokinas como la interleukina 1beta, IL6, IL8, IL10, TNF- alfa y TGF-beta, todas con papel inmunomodulador, la mayoría son antiinflamatorias y disminuyen los efectos perjudiciales de la infección. (AEP, 2004)

Hidratos de carbono

La lactosa es el principal hidrato de carbono de la leche y es muy abundante (7,3 g/dl). Proporciona el 40% de su energía. Es un disacárido compuesto de glucosa y galactosa, que se desdobra para ser absorbida por el intestino. La galactosa participa en la formación de los galactósidos cerebrales.

Oligosacáridos: se han identificado más de 130 en la leche humana (1,2-1,4% de la leche madura y el 2,3% del calostro). Son moléculas complejas, muchas de las cuales contienen nitrógeno (forman parte del NPP), glucosa, galactosa, fructosa, N-acetilglucosamina y ácido siálico. (AEP, 2004)

Lípidos

Es el componente más variable de la leche humana. Su concentración varía desde 2 g /100 ml en calostro a 4-4,5 g/100 ml en leche madura. La principal fuente de energía para el lactante son las grasas. La leche materna proporciona el 40-50 % de las calorías en forma de grasa. Además aportan ácidos grasos esenciales de cadena larga (PUFAs) y vitaminas liposolubles.

La n-6 con el ácido linoléico (LA) o (18:2n6), precursor del ácido araquidónico (AA) o 20:4n-6. El ácido araquidónico es un constituyente de los fosfolípidos de la membrana celular y un precursor de prostaglandinas, prostaciclina, tromboxanos y leucotrienos. (AEP, 2004)

La familia n-3 con el ácido linolénico (ALA) o 18:3n3, como ácido graso básico, precursor del eicosapentaenoico (EPA) o 20:5n3 y del docosahexaenoico (DHA) o 22:6n-3. Son constituyentes de las membranas celulares y el DHA se concentra sobre todo en cerebro y retina.

Los *triglicéridos* constituyen más del 98% de la grasa de la leche humana, el resto son fosfolípidos 0,7%, ácidos grasos libres, mono y diglicéridos y colesterol 0,5%. (AEP, 2004)

Minerales

Calcio, fósforo. La relación calcio-fósforo es 2:1, lo que favorece su absorción (se absorbe el 75% del calcio ingerido). En la leche de vaca esta proporción es

1:3. Cuando la madre ingiere poco calcio y fósforo, se movilizan los depósitos óseos. Incluso en situaciones de deficiencia de Vitamina D materna la mineralización del niño es buena, por lo que se especula que exista también una absorción independiente de la vitamina D. (AEP, 2004)

Hierro. El hierro de la leche humana tiene una excelente biodisponibilidad. Se absorbe en un 50% mientras que el de la leche de vaca en un 10%. Esta biodisponibilidad se debe a la acidez del tracto digestivo, a la presencia de niveles adecuados de Zn y Cu, a la lactoferrina y a la ferritina presentes en la leche humana. (AEP, 2004)

Zinc. El zinc es esencial para la estructura y funcionamiento de las enzimas, para el crecimiento y el desarrollo de la inmunidad celular. Tiene mucha mejor biodisponibilidad que la fórmula.

Selenio tiene un contenido superior al de la leche de vaca o fórmula, con mejor biodisponibilidad. Es un nutriente esencial ya que forma parte del sistema del glutatión peroxidasa, que defiende del daño oxidativo. (AEP, 2004)

Cobre: sus niveles declinan lentamente durante la lactancia. Tiene buena biodisponibilidad, y su carencia, que produce una anemia microcítica e hipocroma con alteraciones neurológicas, nunca se observa en alimentados al pecho. (AEP, 2004)

Yodo: El contenido de la leche materna es adecuado a sus necesidades, salvo cuando la madre utiliza yoduro de potasio u otros yoduros que pueden alterar la función tiroidea, ya que se absorben por piel y se concentran en la glándula. (AEP, 2004)

Sodio: sus niveles son más bajos que los de potasio y cloro, como ocurre en los fluidos corporales. No dependen de la ingesta materna y varían a medida que progresa la lactancia. El contenido de sodio de la leche de vaca es 3 veces

superior, lo que puede condicionar una deshidratación hipernatrémica. (AEP, 2004)

Vitaminas

Vitaminas liposolubles: en zonas poco soleadas la leche humana es deficitaria en vitamina D, pero aun así no se observan carencias en los niños amamantados. Los niveles de vitamina K son inferiores a los de la leche de vaca. Se suministra a todos los recién nacidos para evitar la enfermedad hemorrágica. El déficit en vitamina A es raro en la leche materna. Tiene niveles mayores que la leche de vaca. En el calostro hay el doble que en la leche madura. Su predecesor, el betacaroteno, es un potente antioxidante. (AEP, 2004)

Vitaminas hidrosolubles: sus niveles son más altos en madres bien nutridas. **Ácido fólico:** esencial para la síntesis de hemoglobina, aminoácidos, DNA y RNA. Su déficit produce anemia. **Niacina, riboflavina (B2), tiamina (B1), piridoxina (B6) y cobalamina (B12):** necesarias para el metabolismo de las proteínas y de la energía. La tiamina es esencial en el metabolismo de los carbohidratos en el sistema muscular y nervioso. La concentración de vitamina B12 es muy baja, pero es muy biodisponible gracias a su factor específico de transferencia, la haptocorrina. Su déficit produce anemia y daño en el sistema nervioso. Las madres vegetarianas pueden necesitar un suplemento de vitaminas del grupo B durante la lactancia. (AEP, 2004) La vitamina C, interviene en la formación de los tejidos, sobretodo conectivo y vascular. **Substancias no nutritivas de la leche humana.** (AEP, 2004)

Nucleótidos

Son compuestos derivados del ácido nucleico, consisten en ácido fosfórico combinado con un azúcar y una purina o un derivado de pirimidina. Los nucleótidos presentes en la leche materna participan en la síntesis y metabolismo del ácido nucleico y en la síntesis de leche. Intervienen en la síntesis de proteínas y factores de crecimiento como el EGF, IGF I e IGF II y GFN. La citidina

monofosfato y el uracilo son los nucleótidos de más alta concentración de la leche humana. (AEP, 2004)

Enzimas

La leche humana tiene múltiples enzimas diferentes, que ejercen variadas funciones. Unas son importantes para el desarrollo neonatal, otras participan en la digestión como la lipasa, amilasa y enzimas proteolíticas. Hay enzimas con función inmunológica directa. Su concentración es más alta en calostro que en leche madura.

Hormonas

Se pueden detectar todas las hormonas maternas en la leche humana, aunque se desconoce su papel en el niño. Algunas de ellas se concentran en la glándula mamaria y tienen niveles superiores en la leche que en el suero materno, como prolactina, oxitocina, esteroides suprarrenales y ováricos, GnRH, GRF, insulina, somatoestatina, calcitonina, PTH, neurotensina. Mientras otras, como TSH, TRH y T3 se detectan en valores inferiores. (AEP, 2004)

Factores de crecimiento

IGF1, FGF (factor estimulante de los fibroblastos), HGF (factor estimulante de los hepatocitos) TGF-alfa (factor transformador del crecimiento alfa) y EGF (factor de crecimiento epidérmico) estimulan el crecimiento y maduración del tubo digestivo. Sus niveles son mayores en el calostro que en la leche madura. Son importantes en el prematuro. Previenen la enterocolitis necrotizante.

La eritropoyetina de la leche humana estimula la eritropoyesis, la inmunidad, la maduración del SNC y del intestino. Sus niveles aumentan lentamente durante los primeros meses de lactancia. Activina A y follistatina, alfa timosina, factor de crecimiento nervioso (NGF) son otros factores de crecimiento recientemente descritos. (AEP, 2004)

2.5.6 Aspectos inmunológicos de la leche humana

Este apoyo inmune lo recibe vía placenta y por la leche materna.

Vía placentaria

El transporte activo de IgG de la madre al feto hace que en el momento del nacimiento el recién nacido a término tenga unos niveles de IgG que son un 90% los de su madre. Estos anticuerpos confieren inmunidad durante los primeros meses de vida. Se ligan a los patógenos de las mucosas, de los tejidos y circulantes, a continuación activan el complemento y los neutrófilos, produciendo una reacción inflamatoria con liberación de citoquinas proinflamatorias. (AEP, 2004)

Vía leche materna

La IgA secretora: es la inmunoglobulina principal de la leche materna, está en grandes cantidades: 0,5-1,5 g/L. Sólo contiene, sin embargo, pequeñas cantidades de IgG e IgM. Eje entero-mamario: los linfocitos emigran desde los tejidos linfoides y placas de Peyer intestinales a la glándula mamaria de la madre lactante. Allí producen las IgAs de la leche, que proporcionarán protección contra microbios y proteínas alimentarias que la madre tiene en el intestino.

La lactoferrina: cuya concentración es muy elevada (1-4 g/L) en la leche madura, es relativamente resistente a la degradación enzimática. Actúa sinérgicamente con la IgAs, ambas son importantes para la defensa y nutrición del bebé. La lactoferrina es bactericida, inmunoestimulante y antiinflamatoria, suprime la producción de muchas citoquinas inflamatorias como IL- beta, IL-6, TNF-alfa, IL-8. (AEP, 2004)

Protección frente a la alergia

La leche humana protege contra la alergia. Durante el primer año de vida los niños alimentados con lactancia materna desarrollaron menos asma, rinitis, atopia y alergia a proteínas, que los alimentados con biberón. A mayor duración de la lactancia, mayor cantidad de TGF-beta-1 recibe el niño y menos sibilancias.

La leche materna previene las enfermedades alérgicas siempre que la madre tome una adecuada ingesta de grasas, es decir, con bajo cociente n-6/n-3 PUFAs.

Bajos niveles de n-3 PUFAs en la leche humana y alto contenido de ácido araquidónico (n-6 PUFA) se asocia con síntomas alérgicos en el bebé.

Parece que son los niveles bajos de alfa-linolénico y de n-3 ácidos grasos poliinsaturados de 20 y 22 carbonos, los que se asocian con la atopia en el niño. La leche de madres alérgicas tenía niveles superiores de IL-4, IL-3 e IL-5 (citocinas con efecto inflamatorio), así como mayor IgE, que la de madres no alérgicas. (AEP, 2004)

2.5.7 Lactancia Artificial

El lactante no amamantado deja de obtener numerosos beneficios existiendo evidencia suficiente para afirmar que estos lactantes están expuestos a un mayor riesgo de morbilidad y generan un importante coste económico y social.

2.5.7.1 Composición Leches Artificiales

Generalmente la leche artificial comercial para lactantes es elaborada a partir de leche de vaca o productos de soja industrialmente modificados.

Se ha evidenciado infecciones peligrosas para la vida de los recién nacidos, debido a contaminación con bacterias patógenas como el *Enterobacter sakazakii*, encontrado en la leche artificial comercial en polvo. La leche artificial comercial con soja contiene fito-estrógenos, que tienen una actividad similar a la hormona humana estrógeno, la cual tiene la potencialidad de reducir la fertilidad en niños y provocar pubertad precoz en niñas. (OMS, 2010)

Las leches artificiales se usan de acuerdo con la edad del niño o niña entre las cuales tenemos:

Leche de Inicio Tipo 1: Desde el nacimiento hasta los 4-6 meses. Las proteínas de la fórmula deben tener un valor biológico no inferior al 85% del de la caseína. Otros componentes, como la taurina, deben añadirse también a las fórmulas de

inicio, ya que el bebé sufre un déficit transitorio y la necesita para el correcto desarrollo del sistema nervioso central y la visión. Las fórmulas 1 se caracterizan por una capacidad energética de 65-75 kcal/100 ml, con una proporción del 50-55% de grasa, 5% de proteínas y 30-35% de hidratos de carbono (Granada Farmaceutica, 2009)

Leche de Continuación Tipo 2: De los 4-6 meses a 12-18 meses. Las diferencias más importantes con las leches de inicio son:

- Mayor densidad energética por adición de hidratos de carbono.
 - Contenido proteico más elevado. • Hidratos de carbono variados, pudiendo contener maltodextrinas, además de lactosa y almidón.
 - Mayor contenido de sodio, cloro y potasio, así como de calcio, fósforo y hierro.
- (Granada Farmaceutica, 2009)

Leche de Crecimiento Tipo 3: Transición entre fórmulas de continuación y leche de vaca. La ESPGHAN (European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) recomienda la leche de continuación como el alimento adecuado para lactantes entre 5 y 12 meses, y para niños de 1-3 años de edad, como parte de una dieta diversificada. (Granada Farmaceutica, 2009)

Normas de Preparación:

Se seguirán las normas de reconstitución de las fórmulas dadas por el fabricante. En general se reconstruyen añadiendo una medida rasa por cada 30 ml de agua para obtener la concentración recomendada sea en torno del 13% según el fabricante. Los utensilios, biberones, tetinas, etc., deben lavarse concienzudamente y esterilizarse para el lactante de menos de 4 meses. Las cantidades de cada toma se establecerán de acuerdo con las necesidades energéticas recomendadas anteriormente según edad y peso. (AEP, 2010)

2.5.7.2 Riesgos y Perjuicios a Corto Plazo

Existe una peor adaptación gastrointestinal: La alimentación con sucedáneos provoca un tránsito intestinal más lento, 3 horas para el vaciado gástrico frente a 1 hora en los niños amamantados junto con una eliminación de meconio más lenta. La ausencia de hormonas en los sucedáneos (insulina, hormona de crecimiento) retrasa la maduración del epitelio intestinal y el cierre de las uniones intercelulares favoreciendo el paso de antígenos y bacterias a la circulación sistémica los primeros días de vida, lo que condiciona que los lactantes alimentados con sucedáneos sean más susceptibles a las intolerancias alimenticias, principalmente a la leche de vaca, al cólico del lactante, al estreñimiento, al reflujo gastroesofágico y a la hernia inguinal. Así mismo hay un aumento en la incidencia y duración de procesos infecciosos ya que el lactante alimentado con sucedáneos no dispone de factores que estimulen su inmunidad y que ejerzan un efecto barrera frente a agentes infecciosos o potencialmente nocivos. Por ello padecen con mayor frecuencia infecciones gastrointestinales *por Rotavirus, Giardia Lamblia, Shigella, Campylobacter y E. Coli* enterotoxigénica. Las *infecciones respiratorias de vías bajas* por Virus sincitial respiratorio, Haemophilus influenzae y neumococo son hasta un 60% más elevadas.

Las infecciones de orina, la otitis media aguda y la sepsis y meningitis también son más frecuentes en niños y niñas no amamantados incluso meses después de finalizar el periodo de lactancia. Entre los prematuros se observa mayor incidencia de enterocolitis necrotizante y de sepsis neonatal tardía. Paricio et al., en un estudio de cohortes que incluyó a más de 1.000 niños valencianos, demostraron que el riesgo de hospitalización por procesos infecciosos en el primer año de vida, es 5 veces mayor entre los lactantes no amamantados y 2,5 veces mayor entre los que fueron amamantados menos de 4 meses, frente a los amamantados durante 4 o más meses. Por cada mes de no lactancia el riesgo de hospitalización se multiplicó por 1,5. El amamantamiento durante más de 4 meses hubiera prevenido el 56% de los ingresos que tuvieron como causa una infección no perinatal. (AEP, 2010)

El síndrome de muerte súbita del lactante ocurre con mayor incidencia global en los lactantes no amamantados con clara relación dosis respuesta: a menor tiempo de amamantamiento mayor riesgo de muerte súbita. Así mismo, en EEUU se constató que el riesgo relativo de mortalidad postneonatal entre los lactantes no amamantados fue 1,3 veces mayor cuando se comparó con la mortalidad de los amamantados; el efecto protector aumentó con el tiempo de amamantamiento. (AEP, 2010)

2.5.7.3 Riesgos y Perjuicios a Mediano y Largo Plazo

Infecciones del aparato respiratorio y otitis media:

El riesgo de internación a causa de infecciones del aparato respiratorio inferior durante el primer año de vida se reduce a un 72% en los niños amamantados exclusivamente hasta el cuarto mes de vida. Cualquier tipo de lactancia materna comparada con las leches de fórmula comercial, disminuye la incidencia de otitis media en un 23%. (Academia Americana Pediatría, 2011)

Enfermedad celíaca

Existe una disminución del 52% en el riesgo de desarrollar enfermedad celíaca en los lactantes amamantados al momento de la exposición al gluten. El factor protector crítico resulta ser la superposición de la lactancia materna al momento de la ingesta inicial del gluten, y no el momento de exposición al gluten. Por lo tanto, los alimentos que contienen gluten deberían ser introducidos mientras el lactante todavía se alimenta en forma exclusiva con leche humana y no cuando recibe leche de fórmula u otros productos de origen bovino. (Academia Americana Pediatría, 2011)

Obesidad

A pesar de que confluyen factores complejos en los estudios sobre obesidad, existe una disminución entre el 15 y el 30% en los índices de obesidad adolescente y adulta si la persona recibió leche humana en algún momento de la lactancia. El estudio “Framingham Offspring” observó una asociación entre

lactancia materna y un menor Índice de Masa Corporal (IMC) y mayor concentración de lipoproteínas de alta densidad en adultos. La duración de la lactancia materna se encuentra inversamente asociada al riesgo de sobrepeso; cada mes de lactancia materna constituye un 4% de disminución del riesgo. (Academia Americana Pediatría, 2011)

Diabetes

Se observó una disminución del 30% en la incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en lactantes amamantados en forma exclusiva durante 3 meses, evitando la exposición a la proteína de la leche de vaca, postulado que el mecanismo causante del desarrollo de la diabetes mellitus tipo 1 es la exposición del lactante a la lactoglobulina beta, que estimula un proceso inmunológico mediado que reacciona con las células pancreáticas beta. (Academia Americana Pediatría, 2011)

Leucemia y Linfoma infantil

Los lactantes amamantados durante seis meses o más tienen 20% menos riesgo de leucemia linfocítica aguda, y 15% menos riesgo de leucemia mieloide aguda. Aún no se ha dilucidado si el efecto protector de la lactancia materna es un mecanismo directo de la leche humana sobre los tumores malignos o si se trata de un efecto secundario de la disminución de infecciones durante la primera infancia. (Academia Americana Pediatría, 2011)

Logros del desarrollo neurológico

El “Estudio de intervención aleatorizado para la promoción de la lactancia materna” (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial) evidenció que los logros intelectuales y las calificaciones académicas de los alumnos son mejores en los niños que habían sido amamantados (Academia Americana Pediatría, 2011)

Beneficios económicos

Un detallado análisis de costos pediátricos basado en el informe AHRQ concluyó que si el 90% de las madres de los Estados Unidos de América

adhirieran a la recomendación de amamantar a sus bebés en forma exclusiva durante seis meses, se produciría un ahorro de 13 billones de dólares por año. (Academia Americana Pediatría, 2011)

2.5.7.4 Riesgos para la Madre

La madre que no amamanta está expuesta a un mayor riesgo de hemorragia postparto, peor involución uterina y pérdidas menstruales en los meses siguientes al parto que dificultan la recuperación de los depósitos de hierro y aumentan el riesgo de anemia. (Bartick, 2013)

Así mismo existe una peor recuperación del peso preconcepcional, habiéndose demostrado una asociación entre amamantamiento y pérdida de peso postnatal de hasta medio kilo por mes de lactancia materna. (AEP, 2010)

En un estudio de seguimiento de 121.700 enfermeras se observó un aumento de incidencia de artritis reumatoide en las mujeres en relación inversa al tiempo de amamantamiento. Este mismo estudio detectó que el riesgo de diabetes tipo II disminuye un 15 % por cada año de lactancia materna. En relación al cáncer, el riesgo de cáncer de mama se incrementa 4,3 veces por cada 12 meses de no lactancia. (Bartick, 2013)

Según los resultados de un reciente metanálisis, la incidencia acumulada de cáncer de mama en los países desarrollados podría reducirse a la mitad si la mayoría de las mujeres amamantaran a sus hijos. También se ha descrito un riesgo más elevado de cáncer epitelial de ovario en relación al tiempo total de amamantamiento, así como de cáncer endometrial. (AEP, 2010)

2.5.8 Duración de la Lactancia Materna.

Las recomendaciones de la OMS y el UNICEF para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la Estrategia Mundial son:

1. Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días); (Jessri M. et al., 2012).
2. Iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más. (OMS, 2010)

El indicador lactancia materna exclusiva incluye ser amamantados por una nodriza y alimentación con leche materna extraída. Se pensó, sin embargo, que era más simple retener el término “lactancia materna exclusiva” en vez del término más preciso pero complicado “alimentado exclusivamente con leche materna”. (OMS, 2007)

Alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etario para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 23 meses de edad, aún cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años (OMS, 2010)

Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, comparada con la lactancia materna parcial, se reconocen desde el año 1984. Una revisión de estudios disponibles encontró que el riesgo de muerte por diarrea entre lactantes de menos de 6 meses de edad, alimentados con lactancia materna parcial, fue 8.6 veces mayor, en comparación con niños alimentados con lactancia materna exclusiva. Para aquellos que no recibieron lactancia materna, el riesgo fue 25 veces mayor (OMS, 2010)

En muchos países, el período de la alimentación complementaria, de los 6 a los 23 meses, es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas. Incluso después de la introducción de los alimentos complementarios, la lactancia materna continúa siendo una fuente crítica de nutrientes para el niño pequeño. La leche materna aporta el 50% de las necesidades de energía del lactante hasta el año de edad, y hasta un tercio durante el segundo año de vida. (OMS, 2010).

2.5.9 Periodo de la Alimentación Infantil

El lactante se alimenta fundamentalmente de leche. Comprende la edad que va desde el nacimiento a 12 meses. Los “Periodos de la Alimentación del Niño” como definió el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría en 1982 son tres:

- **Período de lactancia:** comprende los 6 primeros meses de vida, durante los cuales su alimento debe ser de forma exclusiva la leche materna (según la OMS), y en su defecto, las fórmulas para lactantes.
- **Periodo transicional:** integra el segundo semestre de vida, hasta cumplir un año. En el cual se inicia la Diversificación Alimentaria (DA) que comporta el inicio progresivo de la alimentación complementaria, introduciendo alimentos distintos a la leche materna o fórmula.
- **Período de adulto modificado:** abarca la edad preescolar y escolar hasta los 7-8 años de edad. En este periodo el niño va adoptando una alimentación progresivamente más parecida a la de los adultos, y gradualmente a una dieta que proporcione un 30% de la energía total en forma de grasa, y de esta un tercio en forma de grasa saturada, en lugar del 50% de grasa y mayor proporción de grasa saturada propia de la leche materna.

Las necesidades diarias de agua del lactante son aproximadamente 150 ml/kg de peso y día. Aunque puede variar en función de la temperatura, aumento de pérdidas o carga renal de solutos de la alimentación. El NRC (National Research Council) en 2004 recomienda 1,5 ml/Kcal de energía administrada que es la relación agua / energía de la leche humana.

Las requeridas para actividad física oscilan entre 9 Kcal/día en los primeros meses, hasta 23 Kcal/kg/día en el segundo semestre. El ajuste de energía aconsejable es de 108 Kcal/kg/día en los primeros 6 meses y 96 Kcal/kg/ día de los 6 a 12 meses. La proporción de energía suministrada por los principios inmediatos debe ser similar a la aportada por la leche humana. Así las grasas el

50-54% de la energía, los hidratos de carbono el 36- 40% y las proteínas un 7% de la energía.

2.5.10 Morbilidad

Se define como morbilidad la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado. (Real Academia de la Lengua Española, 2012)

También se puede definir como un alejamiento del estado de bienestar físico o mental como resultado de una enfermedad o traumatismo del cual está enterado el individuo afectado, excluyendo pacientes que por su edad no están conscientes de su patología, incluye no sólo enfermedad activa o progresiva, sino también inhabilidad, esto es, defectos crónicos o permanentes que están estáticos en la naturaleza y que son resultados de una enfermedad, traumatismos o malformación congénita.

En la mortalidad perinatal e infantil influyen a la vez el grado de la exposición a las infecciones exteriores y el nivel de resistencia a esas infecciones (Resistencia que a su vez depende de la nutrición y de otros factores del medio). Como esos factores están directamente relacionados con el nivel de vida, la mortalidad infantil guarda una relación inversa con el desarrollo, socioeconómico, sirviendo así de índice de éste, al menos hasta la fase en que los riesgos exógenos (infección, malnutrición, etc.) son mínimos, es decir, hasta una etapa avanzada de desarrollo económico. (Biblioteca Virtual en Salud)

Un 45% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros 2 años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. (OMS, 2010)

Según el informe de morbilidad de Honduras las principales causas de morbilidad en el lactante menor son: infecciones gastroentéricas (diarreas), infecciones respiratorias: bronquitis, bronconeumonía, etc; desnutrición proteico-calórica, enfermedades exantemáticas: sarampión, tos ferina, meningitis, encefalitis, malformaciones congénitas, septicemias, infecciones renales (síndrome nefrítico-nefrosis).

En el lactante mayor las principales causas de morbilidad son Infecciones gastroentéricas, infecciones respiratorias (Bronconeumonías - tuberculosis, etc.), desnutrición proteica-calórica, enfermedades exantemáticas, septicemias, intoxicaciones diversas, infecciones del sistema nervioso central (Meningitis encefalitis), malformaciones congénitas, neoplasias malignas (Tejidos linfático y hematopoyéticos). (Biblioteca Virtual en Salud)

2.5.11 Midiendo el crecimiento del niño

2.5.11.1 Medición del Peso

La balanza tiene que presentar las siguientes características:

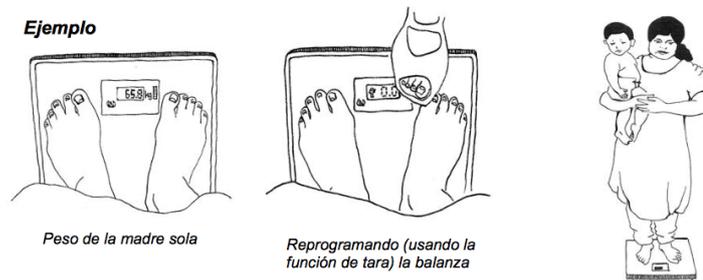
- Sólidamente fabricada y durable
- Electrónica (lectura digital)
- Mediciones hasta 150 kg
- Mediciones a una precisión de 0.1 kg (100g)
- Permita la toma de pesos reprogramados (con función de tara)

La “toma de pesos reprogramados” (la función de tara) significa que la balanza puede ser reprogramada a cero mientras que una persona recién pesada todavía esté parada en la balanza. **Si el niño tiene menos de 2 años de edad o no es capaz de ponerse de pie**, usted aplicará la toma de peso reprogramado (usando la función de tara). (Organización Mundial de la Salud, 2008)

- La madre se quitará los zapatos y se subirá sola a la balanza para pesarla primero.

- Después que el peso de la madre aparezca en el mostrador, dígame que permanezca en la balanza. Reinicie la lectura de la balanza a cero cubriendo el panel solar de la balanza (de manera que bloquee la luz).
- Después entregue el niño a su madre para que lo sostenga en sus brazos.
- El peso del niño aparecerá en la balanza.
- Registre el peso del niño.

Figura N° 2 Medición del Peso



Fuente: Curso de Capacitación sobre evaluación del crecimiento de niño. Elaborado por : OMS 2008

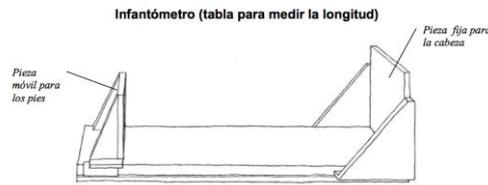
2.5.11.2 Mida la longitud o talla

Dependiendo de la edad del niño y de su habilidad de pararse, mida longitud o talla del niño. La longitud de un niño se mide en posición acostado boca arriba (decúbito supino). La talla se mide de pie en posición vertical.

- Si un niño es menor de 2 años de edad, mida la longitud en posición acostado boca arriba.
- Si el niño tiene 2 años de edad o más y es capaz de pararse, mida la talla de pie.

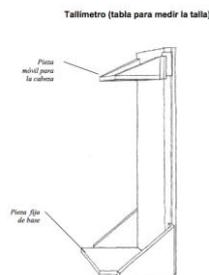
En general, la talla de pie es alrededor de 0.7 cm menos que la longitud en posición acostado boca arriba. Esta diferencia fue tomada en cuenta al desarrollar los nuevos patrones de crecimiento de la OMS usados para elaborar las curvas en el Registro del Crecimiento. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Figura N° 3 Infantómetro



Fuente: Curso de Capacitación sobre evaluación del crecimiento de niño. Elaborado por : OMS 2008

Figura N° 4 Tallimetro



Fuente: Curso de Capacitación sobre evaluación del crecimiento de niño. Elaborado por: OMS 2008

Pídale que acueste al niño boca arriba con su cabeza contra la pieza fija para la cabeza, presionando el pelo.

Posicione la cabeza rápidamente de manera que una línea vertical imaginaria entre el conducto auditivo externo y el borde inferior de la órbita del ojo esté perpendicular a la tabla. (Los ojos del niño deben estar mirando recto). Pida a la madre que se coloque por detrás de la pieza fija para la cabeza y que mantenga la cabeza del niño en esta posición. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Figura N° 5 Proceso Medición de Longitud



Fuente: Curso de Capacitación sobre evaluación del crecimiento de niño. Elaborado por: OMS 2008

2.5.11.3 Determine el IMC (Índice de masa corporal)

IMC es un número que relaciona el peso de la persona con su talla/longitud. El IMC puede ser un indicador de crecimiento útil cuando está marcado en una gráfica relacionándolo con la edad del niño. El IMC se calcula de la siguiente forma:

Peso en kg ÷ talla/longitud en metros al cuadrado

Es muy importante usar la medición de **longitud** para un niño menor de 2 años de edad y la medición de **talla** para un niño de 2 años de edad o mayor. Si es necesario, convierta la talla a longitud (sumando 0.7 cm) o longitud a talla (restando 0.7 cm) antes de calcular el IMC del niño. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

2.5.12 Interpretando los indicadores de Crecimiento

Este curso fue desarrollado por la OMS con la finalidad de que los galenos y quienes se desempeñan en el campo de la salud puedan marcar, interpretar las curvas de crecimiento y determinar si el niño presenta un crecimiento normal.

Este módulo describe la forma de interpretar los siguientes indicadores de crecimiento para un niño:

- longitud/talla para la edad
- peso para la edad
- peso para la longitud/talla
- IMC (índice de masa corporal) para la edad

Para marcar puntos, es necesario entender ciertos términos relacionados:

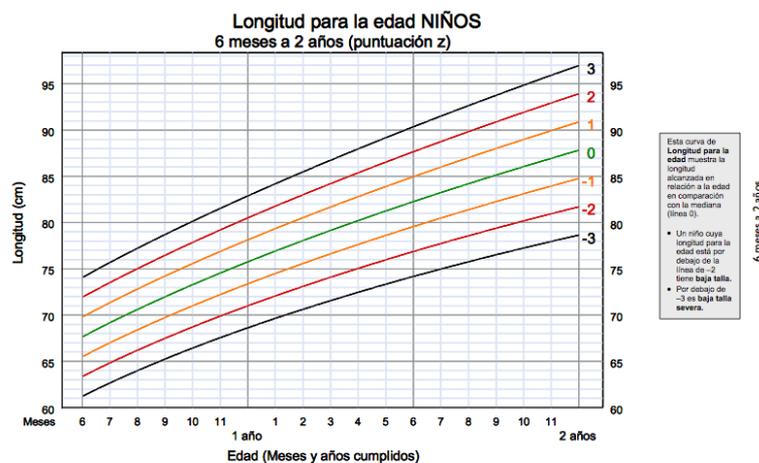
- **eje-x** – la línea de referencia horizontal en la parte inferior de la gráfica. En las gráficas del *Registro del Crecimiento*, algunos ejes-x presentan la edad y otros presentan la longitud/talla.

- **eje-y** – la línea de referencia vertical en el lado izquierdo de la gráfica. En las gráficas del *Registro del Crecimiento*, algunos ejes-y presentan la longitud/talla, peso o IMC.
- **Punto marcado** – el punto dibujado en una gráfica en el que una línea trazada desde una medición en el eje-x (por ejemplo, edad) intersecta con una línea trazada desde una medición en el eje-y (por ejemplo, peso). (Organización Mundial de la Salud, 2008)

2.5.12.1 Curva de longitud/talla para la edad

La longitud/talla para la edad refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño en una visita determinada. Este indicador permite identificar niños con retardo en el crecimiento (longitud o talla baja) debido un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes. También puede identificarse a los niños que son altos para su edad, sin embargo la longitud o talla alta en raras ocasiones es un problema, a menos que este aumento sea excesivo y pueda estar reflejando desordenes endocrinos no comunes. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Figura N° 6 Longitud para la Edad



Fuente: Curso de Capacitación sobre evaluación del crecimiento de niño. Elaborado por: OMS 2008

2.5.12.2 Curva de peso para la edad

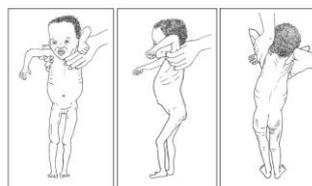
El peso para la edad refleja el peso corporal en relación a la edad del niño en un día determinado. Este indicador se usa para evaluar si un niño presenta bajo peso y bajo peso severo; **pero no se usa para clasificar a un niño con sobrepeso u obesidad**. Debido a que el peso es relativamente fácil de medir, comúnmente se usa este indicador, pero no es confiable en los casos en los que la edad del niño no puede determinarse con exactitud, como en las situaciones de refugiados. Es importante señalar también que un niño puede estar desnutrido debido a que tiene longitud/talla pequeña (talla baja) o está muy delgado o tiene ambos problemas.

Identifique signos clínicos de marasmo y kwashiorkor:

- **Marasmo** (desnutrición no edematosa): En este tipo de desnutrición severa, el niño está **severamente emaciado** y tiene apariencia de “**piel y huesos**” a causa de la pérdida de masa muscular y grasa. La cara del niño luce como la de un anciano con pérdida de grasa subcutánea, sin embargo puede ser que los ojos se mantengan alerta. Las costillas pueden verse fácilmente. Puede haber pliegues de piel en los glúteos y piernas (signo de pantalón)

-

Figura N° 7 Marasmo

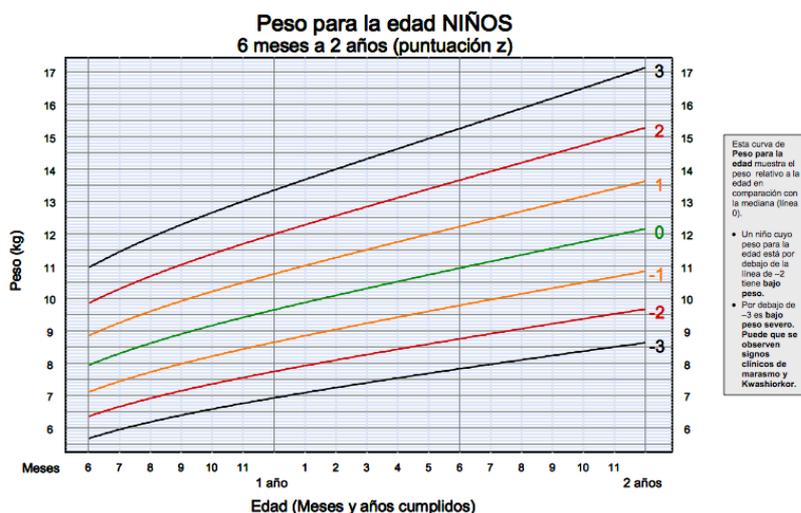


Fuente: Curso de Capacitación sobre evaluación del crecimiento de niño. Elaborado por : OMS 2008

- **Kwashiorkor** (desnutrición edematosa): En este tipo de desnutrición severa, los músculos del niño están emaciados, sin embargo la emaciación no es notoria debido a que presenta **edema generalizado** (hinchazón a causa de exceso de líquido en los tejidos). El niño está retraído, irritable, notoriamente enfermo y se niega a comer. La cara luce redonda (debido al edema) y presenta **pelo fino, escaso y a veces decolorado. La piel tiene**

manchas simétricas decoloradas donde posteriormente la piel se agrieta y se descama. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Figura N° 8 Curvas de Peso para la Edad

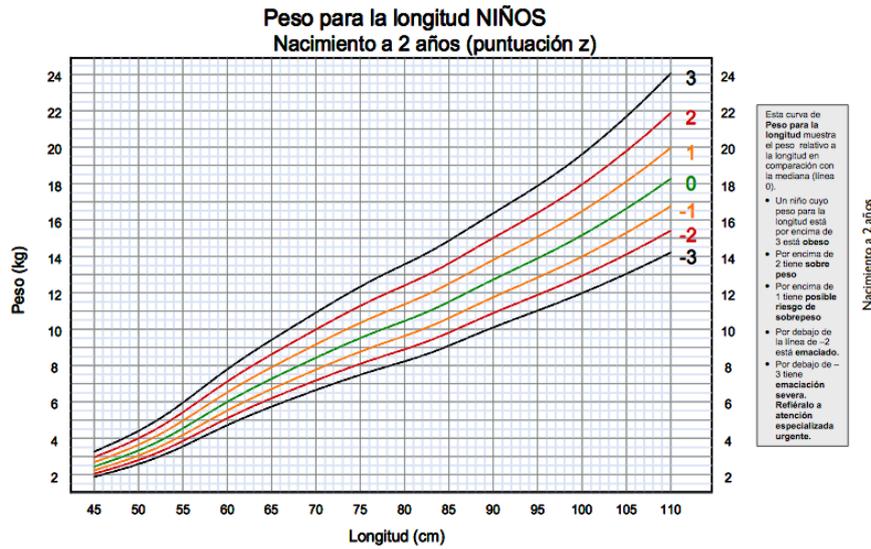


Fuente: Curso de Capacitación sobre evaluación del crecimiento de niño.
Elaborado por: OMS 2008

2.5.12.3 Curva de peso para la longitud/talla

El peso para la longitud/talla refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla. La curva de peso para la longitud/talla ayuda a identificar niños con bajo peso para la talla que pueden estar emaciados o severamente emaciados. Usualmente, la emaciación es causada por una enfermedad reciente o falta de alimentos que resulta en una pérdida aguda y severa de peso, si bien la desnutrición o enfermedades crónicas pueden también causar emaciación. Estas curvas sirven también para identificar niños con peso para la longitud/talla elevado que pueden estar en riesgo de presentar sobrepeso u obesidad. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Figura N° 9 Curva de Peso para la Longitud



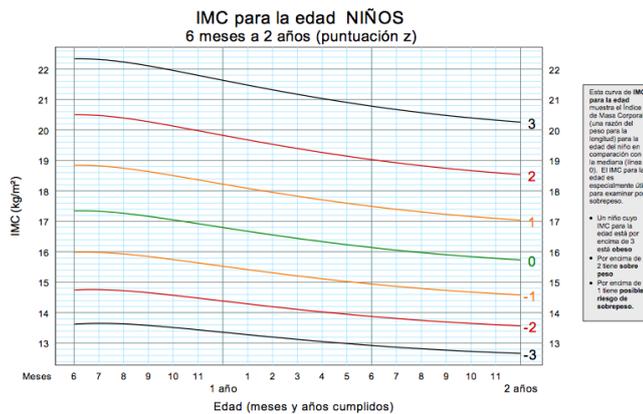
Fuente: Curso de Capacitación sobre evaluación del crecimiento de niño.

Elaborado por: OMS 2008

2.5.12.4 Curva de IMC para la edad

El IMC para la edad es un indicador que es especialmente útil cuando se examina por sobrepeso u obesidad. La curva de IMC para la edad y la curva de peso para la longitud/talla tienden a mostrar resultados similares. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Figura N° 10 Curvas del IMC para la Edad



Fuente: Curso de Capacitación sobre evaluación del crecimiento de niño.

Elaborado por: OMS 2008

2.6 HIPÓTESIS:

La lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida se relaciona con menor morbilidad en los 2 primeros años de vida en los niños y niñas que acuden al Centro de Salud Juan Benigno Vela, por tanto no necesita de suplementos nutricionales.

2.7 SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES:

Variable Independiente:

- Niños y niñas que fueron alimentados exclusivamente con lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida.
- Niños y niñas que recibieron leche materna más complementos nutricionales durante los 6 primeros meses de vida

Variable Dependiente:

- Morbilidad de niños y niñas hasta los 2 años de edad
- Estado Nutricional

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE INVESTIGATIVO

Esta investigación tuvo un enfoque cualitativo - cuantitativo, ya que se valoró las características de la lactancia materna, el estado nutricional y la morbilidad presentada por los niños que acudieron al CSJBV.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La modalidad usada en esta investigación fue de campo ya que se realizó entrevistas y encuestas en una forma directa a las madres que acuden con sus hijos al Centro de Salud Juan Benigno Vela para obtener así una información de tipo veraz y confiable.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo observacional, con diseño transversal descriptivo por cuanto describe las características de la lactancia recibida por los niños y la relaciona con el estado nutricional y la morbilidad ocurrida en los dos primeros años de vida, midiendo por tanto el efecto (la morbilidad), en una muestra poblacional (niños de Juan Benigno Vela) en un determinado tiempo (hasta los 2 años de edad).

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Población:

Madres con sus respectivos hijos, que acudieron al Centro de Salud Juan Benigno Vela, en el periodo entre 1 de Octubre –31 de Diciembre 2014 y que cumplieron con todos los criterios de inclusión

3.4.2 Muestra:

En este estudio se seleccionaron 144 niños y sus respectivas madres, mediante muestreo no probabilístico de forma intencional.

3.4.3 Tamaño de la muestra:

Para calcular el tamaño de la muestra se tomó en cuenta todos los niños y niñas hasta dos años de edad que acudan al Centro de Salud Juan Benigno Vela del Cantón Ambato ya sea por control o por alguna patología y que hayan sido alimentados con lactancia materna exclusiva o lactancia materna más suplementos nutricionales.

Además el cálculo de la muestra se realizó a partir de la población total de niños que existieron entre mayores de 180 días de nacido y 2 años según datos aportados por el Centro De Salud Juan Benigno Vela.

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{Z^2 P q + N e^2}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)(231)}{(1.96)^2 (0.5)(0.5) + (231)(0.005)^2}$$

$$n = 144$$

n = tamaño de la muestra

Z = Nivel de confiabilidad 95% (1.96)

P = Probabilidad de ocurrencia 0.5

Q = Probabilidad de no ocurrencia $1 - 0.5 = 0.5$

N = Población = 231

e = Error de muestreo = 0.05,

$$n = 144$$

Criterios de inclusión:

- Niños alimentados con lactancia materna exclusiva o lactancia materna más suplementos nutricionales, durante sus seis primeros meses de vida (180 días).
- Niños que tengan hasta 2 años de edad que acudan al Centro de Salud Juan Benigno Vela en un periodo 1 de Octubre al 31 de Diciembre del 2014
- Niños que estén acompañados de sus respectivas madres

Criterios de Exclusión:

- Se excluyen pacientes que no deseen colaborar con la investigación
- Se excluyen pacientes con algún tipo de síndrome, malformación o alteración de tipo genética, que impida su alimentación.
- Se excluyen pacientes con enfermedades catastróficas de tipo terminal.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1 Variable Independiente.- Lactancia Materna Exclusiva – Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS/INSTRUMENTOS
<p>Lactancia Materna Exclusiva: Se define como el aporte de leche materna al lactante durante los primeros 6 meses de vida</p> <p>Suplemento Nutricional: Nutriente natural o artificial que sirve para reforzar la alimentación normal de una persona</p>	<p>Lactancia Materna</p> <p>Suplementos Nutricionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leche de la Madre • Leche de Nodriz • Banco de Leche <p>• Tipos de Suplementos nutricionales utilizados</p>	<p>¿Por qué decidió darle seno materno exclusivo ?</p> <p>¿Por qué decidió dar suplementos nutricionales al niño</p> <p>¿Qué tipo de complementos nutricionales usa?</p> <p>¿A qué edad comenzó a dar los Suplementos Nutricionales?</p>	<p>Técnica: Entrevistas directas Encuesta.</p> <p>Instrumento: Cuestionario.</p>

Tabla N° 1 Lactancia Materna Exclusiva – Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales

3.5.2 Variable Dependiente.- Morbilidad y Estado Nutricional

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
<p>Se entiende por morbilidad la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado.</p> <p>Estado nutricional: El estado nutricional es la situación de salud y bienestar que determina la nutrición en una persona</p>	<p>1. Estado Nutrición</p> <p>2. Morbilidad (EDA, IRA y Hospitalizaciones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Longitud, Peso e IMC del niño o niña • Recurrencia de enfermedades (EDA e IRA) a lo largo de la vida del niño. • Hospitalizaciones del niño o niña. • Preparación de Suplementos Nutricionales. 	<p>¿Medición Longitud y peso del niño?</p> <p>¿Qué enfermedades ha presentado el niño a lo largo de su vida?</p> <p>¿Ha sido hospitalizado su niño alguna vez?</p> <p>¿ Cómo preparaba los Suplementos Nutricionales?</p>	<p>Técnicas</p> <p>Entrevistas directas</p> <p>Medición Directa</p> <p>Encuestas</p> <p>Instrumentos</p> <p>Cuestionarios</p> <p>Tallímetro</p> <p>Balanza</p>

Tabla N° 2 Morbilidad y Estado Nutricional

3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de datos se realizó en el Centro de Salud Juan Benigno Vela del cantón Ambato Provincia de Tungurahua, previo a la autorización por parte del director del mismo Centro de Salud, para lo cual se utilizaron encuestas y cuestionarios dirigidos a los acompañantes de los menores (madre), tomando en cuenta tanto los criterios de inclusión planteados anteriormente, también se analizó las historias clínicas para identificar la veracidad de la información otorgada por los acompañantes con respecto a las visitas al Centro de Salud y posibles casos de hospitalización.

La recolección de los datos se los realizó en el horario de atención del centro de salud J.B.V

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS:

El procesamiento de la información recogida fue de forma directa, es decir las respuestas otorgadas fueron anotadas en el mismo momento evitando cualquier alteración de la misma, y pasada el mismo día a una base de datos en IBM SPSS 20 para que esta sea tabulada de acuerdo a los objetivos propuestos.

Al finalizar la recolección de datos en el Centro de Salud Juan Benigno Vela se analizó cada uno de ellos, mediante tablas y gráficos explicativos, verificando si la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida disminuye la morbilidad de los niños hasta los dos años con respecto a la lactancia más suplementos nutricionales.

La medida utilizada para establecer esta relación fue Odds Ratio (OR), con un intervalo de confianza del 95%, y un margen de error del 5%.

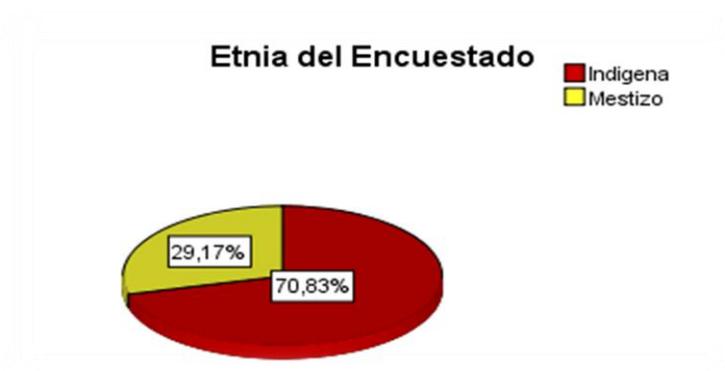
CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 DATOS GENERALES

4.1.1 ETNIA

Figura N° 11 Etnia



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

En la figura N° 1 podemos identificar la etnia de la población estudiada, donde se visualiza que el 70.83% (102) fue indígena, y que en un menor porcentaje se encuentra la etnia mestiza con un 29.17%, (42) lo que podría relacionarse con datos del INEC, en el cual se reporta que el 75% de la población de la Parroquia Juan Benigno Vela es indígena (INEC, 2011)

4.1.2 EDAD

Figura N° 12 Edad



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

En la figura N°12 se encuentra la edad de la población, la cual fue dividida en 3 partes para una mayor facilidad al momento de tabular y para una mejor comprensión de los mismos, observando así que el 31.94% corresponde a los niños de 7 a 12 meses, el 30.56% corresponde a los niños de 13 a 18 meses y el mayor porcentaje de 37.50% corresponde a los niños de 19 a 24 meses.

Tabla N° 3 Edad

Edad del Encuestado				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	7	20	13,9	13,9
	8	7	4,9	18,8
	9	4	2,8	21,5
	10	4	2,8	24,3
	11	5	3,5	27,8
	12	6	4,2	31,9
	13	4	2,8	34,7
	14	6	4,2	38,9
	15	8	5,6	44,4
	16	4	2,8	47,2
	17	11	7,6	54,9
	18	11	7,6	62,5
	19	7	4,9	67,4
	20	7	4,9	72,2
	21	9	6,3	78,5
	22	4	2,8	81,3
	23	6	4,2	85,4
	24	21	14,6	100,0
Total	144	100,0	100,0	

Edad del Encuestado		
N	Válidos	144
	Perdidos	0
Media		15,94
Mediana		17,00
Moda		24
Desv. típ.		5,874
Varianza		34,500
Rango		17
Mínimo		7
Máximo		24

Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

En la tabla N°1 vamos a identificar con mayor detalle que hay un total de 144 niños encuestados, con máximo de edad de 24 meses, y un mínimo de 7 meses, la media es decir el promedio de edad es de 15.94, la mediana de 17, y una moda de 24 que es el número de niños con esta edad que más hubo en este estudio, con una varianza de 34.5 y una desviación estándar de 5.874.

4.1.3 SEXO

Figura N° 13 Sexo



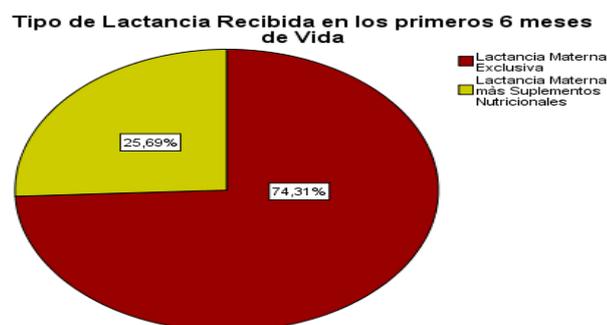
Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

De acuerdo a la figura N°13 en la población hay un 50% de hombres y un 50% de mujeres lo que se aproxima a los datos del INEC que refieren que en la Parroquia de Juan Benigno Vela hay un 48.1% de hombres (3587) y un 51.9% de mujeres (3869), con un total de 7456 habitantes. (INEC, 2011)

4.2 TIPO DE LACTANCIA

Figura N° 14 Tipo de Lactancia



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

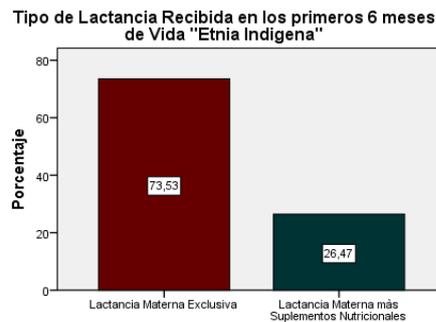
Elaborado por: Edison Peña

En la figura N°14 se observa que la mayoría de niños recibieron lactancia materna exclusiva es decir el 74.31% unos 107 niños, mientras que según ENSANUT 2012 refiere que 58.9% de madres de un área rural dan LME (UNICEF, 2013), además en este estudio se ve que apenas un 25.69% recibió lactancia materna más suplementos nutricionales unos 37 niños. Con respecto a las cifras a nivel de todo Ecuador según el ENDEMAIN 2004 el 39.6% menores de 6 meses eran amamantados exclusivamente, pero en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

(ENSANUT 2012), indica que ese porcentaje subió a 43.8% y que la meta para el 2017 es 64%. (ENSANUT, 2012)

4.2.1 Tipo de Lactancia – Etnia Indígena

Figura N° 15 Tipo de Lactancia – Etnia Indígena



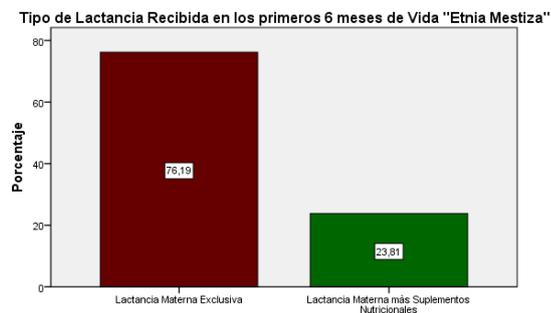
Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

En la figura N° 15 podemos observar que la lactancia materna exclusiva es la que predomina en la etnia indígena con un 73.53% que son 75 niños y que apenas un 26.47% dan lactancia materna más suplementos nutricionales, es decir 27 niños. Porcentaje similar a lo que refiere ENSANUT 2012 que el 77% de madres indígenas da LME (UNICEF, 2013)

4.2.2 Tipo de Lactancia – Etnia Mestiza

Figura N° 16 Tipo de Lactancia Etnia Mestiza



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

Se observa en la figura N° 16 en la etnia mestiza hay un gran predominio de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, que es de 76.19% (32

niños) que es incluso mayor al presentado por la etnia indígena que era de 73.53% y que además no concuerda con los datos aportados por el ENSANUT Y UNICEF que refieren que la madres mestizas dan 41% LME y las madres indígenas 77% en los primeros seis meses (UNICEF, 2013)

4.2.3 Causas de Abandono Lactancia Materna Exclusiva

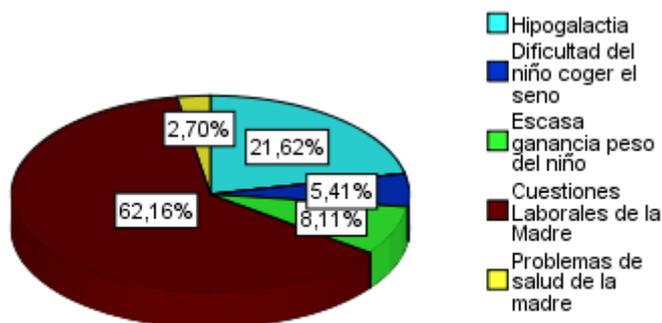
Tabla N° 4 Causas de Abandono de Lactancia Materna Exclusiva

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Hipogalactia	8	21,6	21,6	21,6
Dificultad del niño coger el seno	2	5,4	5,4	27,0
Escasa ganancia peso del niño	3	8,1	8,1	35,1
Cuestiones Laborales de la Madre	23	62,2	62,2	97,3
Problemas de salud de la madre	1	2,7	2,7	100,0
Total	37	100,0	100,0	

Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

Figura N° 17 Causas de Abandono de Lactancia Materna Exclusiva



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela. Elaborado por: Edison Peña

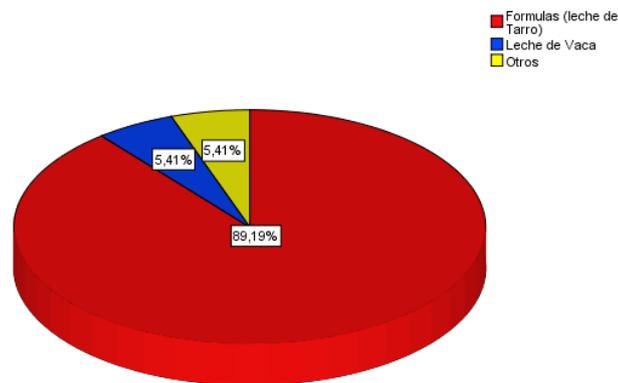
Al indagar sobre las causas por las que abandonaron la lactancia exclusiva, el 62.16% de las madres indicaron que fueron asuntos de carácter laboral, seguido por hipogalactia reportada por el 21.62% que se puede ver en el gráfico 17

En contradicción con el estudio realizado en el Hospital Leopoldito Martínez en San José de las Lajas, Cuba, donde nos refiere la primera causa de abandono de la

lactancia materna exclusiva (LME) es la insuficiencia de producción (Hipogalactia) con un 40%, seguido de desconfianza (la madre piensa que no se llena, ni se alimenta) con un 33.3% y en tercer lugar el no aumento adecuado de peso 8.33%, incorporación al estudio 3.33%. (Filial Ciencia Médicas de la Habana, 2011)

4.2.4 Tipos de Suplementos Nutricionales

Figura N° 18 Tipos de Suplementos Nutricionales



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

De acuerdo la figura N° 18 el principal suplemento nutricional usado en la madres de la parroquia Juan Benigno Vela son las Formulas o como ellas las describen (leche de Tarro) 89.19%, una gran minoría usa otras fuentes de alimentación para sus niños son la leche de vaca con un 5.41%, y entre otros encontramos las coladas, aguas medicinales, y jugos de frutas que ocupan entre todos el 5.41%.

Además según las normas y protocolos de alimentación en niños menores de 2 años y el ENDEMAIN determinó que los suplementos más comunes durante los primeros dos meses de edad, son otras leches (26.0%) o agua solamente (16.9%).

En el grupo de tres a cinco meses de edad se agregan purés o alimentos sólidos (26.1%) y otras leches (19.0%). (ENDEMAIN, 2004)

4.2.5 Abandono Lactancia Materna Exclusiva – Inicio de Suplementos Nutricionales

Figura N° 19 Abandono de Lactancia Materna Exclusiva – Inicio de Suplementos Nutricionales)



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

En la figura N° 19, según la encuesta realizada se identificó que el mayor porcentaje de madres 40.54%, decide comenzar con suplementos nutricionales en el primer mes de vida, seguido de 32.43% en el segundo mes 32.43%, mientras que en el tercero y cuarto fue de 13.51% para cada uno. Comparando con un estudio que realizó el M. Morán Rodríguez sobre la prevalencia y duración de la Lactancia Materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad se vio que un 63,5% (IC 95%; 58.6 – 64.5) inicio con lactancia materna exclusiva y que el 43.4% de los niños que empezaron con LME abandonaron a los 3 meses. (Rodríguez, 2009).

Además según el estudio realizado por el Doctor Martínez Enríquez con el tema “Patrones de crecimiento pondoestatural de niños de 0 a 23 meses alimentados con leche materna exclusiva los primeros 06 meses de edad” nos refiere que el 95% de las madres introducen alimentación complementaria entre el 4^{to} y 6^{to} mes, esto en una población de 914 pacientes con 5288 controles. (Enríquez, 2001)

**Tabla N° 5 Causas de Abandono de Lactancia Materna Exclusiva
Relacionado con el mes de Inicio de Suplementos Nutricionales**

			Cuál fue el motivo por el que uso Suplementos Nutricionales				Total	
			Hipogalactia	Dificultad del niño coger el seno	Escasa ganancia peso del niño	Cuestiones Laborales de la Madre		Problemas de salud de la madre
Qué mes inicio a utilizar los suplementos	Primer mes	Recuento	4	1	2	8	0	15
		% dentro de Qué mes inicio a utilizar los suplementos	26,7%	6,7%	13,3%	53,3%	0,0%	100,0%
		% del total	10,8%	2,7%	5,4%	21,6%	0,0%	40,5%
	Segundo mes	Recuento	2	0	0	9	1	12
		% dentro de Qué mes inicio a utilizar los suplementos	16,7%	0,0%	0,0%	75,0%	8,3%	100,0%
		% del total	5,4%	0,0%	0,0%	24,3%	2,7%	32,4%
	Tercer mes	Recuento	1	1	1	2	0	5
		% dentro de Qué mes inicio a utilizar los suplementos	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	0,0%	100,0%
		% del total	2,7%	2,7%	2,7%	5,4%	0,0%	13,5%
	Cuatro mes	Recuento	1	0	0	4	0	5
		% dentro de Qué mes inicio a utilizar los suplementos	20,0%	0,0%	0,0%	80,0%	0,0%	100,0%
		% del total	2,7%	0,0%	0,0%	10,8%	0,0%	13,5%
Total	Recuento	8	2	3	23	1	37	
	% dentro de Qué mes inicio a utilizar los suplementos	21,6%	5,4%	8,1%	62,2%	2,7%	100,0%	
	% del total	21,6%	5,4%	8,1%	62,2%	2,7%	100,0%	

Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

Además al comparar el mes en que se comenzó a dar los suplementos nutricionales con las causas de abandono de la LM exclusiva, se observó una estrecha relación con el motivo de abandono de lactancia materna exclusiva, así pues identificamos que en el primer, segundo, tercer y cuarto mes el principal motivo de este abandono son las cuestiones laborales Tabla 5

Tabla N° 6 Relación Etnia y Causas de Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva

			Etnia del Encuestado		Total
			Indígena	Mestizo	
Cuál fue el motivo por el que uso Suplementos Nutricionales	Hipogalactia	Recuento	4	4	8
		% dentro de Cuál fue el motivo por el que uso Suplementos Nutricionales	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Etnia del Encuestado	14,8%	40,0%	21,6%
		% del total	10,8%	10,8%	21,6%
Cuestiones Laborales de la Madre		Recuento	17	6	23
		% dentro de Cuál fue el motivo por el que uso Suplementos Nutricionales	73,9%	26,1%	100,0%
		% dentro de Etnia del Encuestado	63,0%	60,0%	62,2%
		% del total	45,9%	16,2%	62,2%

Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

Con relación a la tabla N° 4 identificamos que las madres indígenas presentan un mayor abandono por cuestiones laborales o de trabajo con un 63% mientras que

las madres de etnia mestiza presentan un abandono LME del 60% con respecto al porcentaje total de su etnia.

Según la publicación de Economía Random del total de mujeres ecuatorianas el 65.1% son económicamente activas mientras que en 1978 solo el 22%. (Cadena, 2014)

4.2.6 Origen de Agua



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

De acuerdo la figura N° 20 el agua que principalmente usada es entubada un 97.3%, es decir que proviene de las vertientes del nevado o montañas aledañas, la cual nunca ha sido potabilizada, y apenas un 2.7% de la población estudiada usa agua embotellada o que ha recibido algún tratamiento. De acuerdo con el informe de desigualdades en el acceso, uso y gasto con el agua potable en América Latina y el Caribe refiere que del 7% de personas que pertenecen a una zona rural amanzanada. (OPS, 2001).

Una publicación de INEC refiere que en la población Kayambi de la provincia de Chimborazo el 37.5 % tiene agua de acequia, río, canal, vertiente y que el 3.6% tiene agua lluvia/albarrada para su consumo. (INEC, 2013)

4.2.7 Esterilización del Agua

Figura N° 21 Frecuencia de Esterilización del Agua



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

En la figura N° 21 muestra que el 93.7% de las mismas referían que siempre hervían el agua antes de preparar los biberones del niño y tan solo el 2.70%. Según datos proporcionados por el INEC en su revista Análisis Coyuntural el 40.3% de la población ecuatoriana hierve el agua, la beben como llega al hogar 33%, compran agua purificada 21.9%, la filtran 1.3% y le ponen cloro un 3%.

4.3 ANÁLISIS MORBILIDAD

Tabla N° 7 Causas de Morbilidad Infantil Ecuador 2009

**Diez Principales Causas de Morbilidad Infantil - Ecuador 2009
(Egresos Hospitalarios - Lista Detallada CIE10)**

N° Orden	Código CIE-10	CAUSAS	NÚMERO DE EGRESOS	%	TASA *
1°	J18	Neumonía, organismo no especificado	7,614	10.9	266.0
2°	P22	Dificultad respiratoria del recién nacido	6,139	8.8	214.5
3°	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4,941	7.1	172.6
4°	P59	Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas	4,574	6.5	159.8
5°	P07	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	2,838	4.1	99.2
6°	P36	Sepsis bacteriana del recién nacido	2,706	3.9	94.5
7°	P08	Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer	2,210	3.2	77.2
8°	P23	Neumonía congénita	2,190	3.1	76.5
9°	P00	Feto y recién nacido afectados por condiciones de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo presente	1,928	2.8	67.4
10°	P55	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	1,901	2.7	66.4
		Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. (cap. xviii)	2,042	2.9	
		Las demás causas de morbilidad infantil	30,855	44.1	
		Total de egresos hospitalarios	69,938	100.0	
		Población Estimada de menores de 1 año. Año 2009 **	286,204		

Fuente: Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2010 Elaborado por: Ministerio Salud Pública

En este estudio se tomó en cuenta los episodios de Enfermedad Diarreica Aguda y de Infecciones Respiratorias para valorar la morbilidad en los niños que acuden al Centro de Salud Juan Benigno Vela, considerando que dichas enfermedades constan entre dos de las tres primera causas de morbilidad según los Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2012, Diarreas y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso (MSP, 2010)

4.3.1 Lactancia Materna Exclusiva Relacionada con la Morbilidad por EDA

Tabla N° 8 Lactancia Materna Exclusiva Relacionada con la Morbilidad por EDA

N	Válidos	107				
	Perdidos	0				
Media		2,89				
Mediana		2,00				
Moda		1				
Desv. típ.		2,728				
Rango		13				
Mínimo		0				
Máximo		13				
Suma		309				

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DE 1 A 15 EPISODIOS	89	83,2	100,0	100,0
Perdidos	0	18	16,8		
Total		107	100,0		

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	18	16,8	16,8	16,8
	1	25	23,4	23,4	40,2
	2	13	12,1	12,1	52,3
	3	18	16,8	16,8	69,2
	4	8	7,5	7,5	76,6
	5	8	7,5	7,5	84,1
	6	9	8,4	8,4	92,5
	7	2	1,9	1,9	94,4
	9	1	,9	,9	95,3
	10	2	1,9	1,9	97,2
	11	2	1,9	1,9	99,1
	13	1	,9	,9	100,0
Total		107	100,0	100,0	

Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela. **Elaborado por:** Edisson Peña

En la tabla N° 6 se observa que el total de niños que recibieron lactancia materna exclusiva (LMEx) es de 107, de los cuales la media de consultas al Centro de Salud Juan Benigno Vela por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es de 2.89. Además el valor de p es menor de 0.05 para estas variables, lo que significa que la LME menora la morbilidad por EDA. Según la Asociación Española de Pediatría se ha estimado una incidencia anual en niños sanos de 0.5 a 2 episodios en menores de 3 años. (AEPED, 2010). La moda de este estudio corresponde a una sola visita que es el 23.4%, y que el mayor número de visitas por un niño es 13 que equivale al 0.9%. Además se puede identificar en la misma tabla que solo el 83.2% de niños con LMEx acude por esta patología.

4.3.2 Lactancia Materna Exclusiva Relacionada con la Morbilidad por IRA

Tabla N° 9 Lactancia Materna Exclusiva Relacionada con la Morbilidad por IRA

N	Válidos	107			
	Perdidos	0			
Media		4,75			
Mediana		4,00			
Moda		2			
Desv. tip.		3,328			
Varianza		11,077			
Rango		16			
Mínimo		0			
Máximo		16			
Suma		508			

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	de 1 a 15 episodios	106	99,1	100,0	100,0
Perdidos	0	1	,9		
Total		107	100,0		

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0	1	,9	,9	,9
1	8	7,5	7,5	8,4
2	27	25,2	25,2	33,6
3	14	13,1	13,1	46,7
4	11	10,3	10,3	57,0
5	10	9,3	9,3	66,4
6	11	10,3	10,3	76,6
7	4	3,7	3,7	80,4
8	6	5,6	5,6	86,0
9	4	3,7	3,7	89,7
10	3	2,8	2,8	92,5
11	1	,9	,9	93,5
12	4	3,7	3,7	97,2
13	1	,9	,9	98,1
14	1	,9	,9	99,1
16	1	,9	,9	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

En la tabla N° 7 se identifica que el número de consultas médicas son 508, además que la media de consultas médicas al centro de salud por Infección Respiratoria Aguda (IRA) es 4.75 visitas, y que el 99.1% de estos niños acude por presentar esta patología, es decir que esta tiene mayor incidencia sobre la morbilidad de los niños que las EDA. También se puede observar que el número máximo de visita presentada por un niño es de 16 que equivale al 0.9%, y la moda es de 2 visitas que es el 25.2%, Además el valor de p es menor de 0.05 en la relación de estas variables, por tanta la LME menora la morbilidad por IRA. Según un estudio realizado por la Doctora Alicia Zabala, en el Hospital General de la Latacunga el 78% de los pacientes hasta 2 años que acuden a consulta externa, pertenecen al grupo de IRA (Zabala, 2009). En otro estudio realizado por M.M. Bueno y colaboradores dio como resultado que los niños que se mantenían con LME por más de 90 días tenían un riesgo de padecer IRA de 3.4 (IC 95%; 1.28-9,19) y el riesgo aumentaba hasta por 9.8 (IC 95%; 4,06- 23,66) en niños amamantados entre 30 y 60 días. (Campana, 2011)

4.3.3 Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales Relacionada con la Morbilidad por EDA

Tabla N° 10 Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales Relacionada con la Morbilidad por EDA

N	Válidos	37				
	Perdidos	0				
Media		3,41				
Mediana		3,00				
Moda		1 ^b				
Desv. tip.		2,204				
Varianza		4,859				
Rango		10				
Mínimo		1				
Máximo		11				
Suma		126				
			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	8	21,6	21,6	21,6	21,6
	2	5	13,5	13,5	35,1	35,1
	3	8	21,6	21,6	56,8	56,8
	4	8	21,6	21,6	78,4	78,4
	5	5	13,5	13,5	91,9	91,9
	7	1	2,7	2,7	94,6	94,6
	9	1	2,7	2,7	97,3	97,3
	11	1	2,7	2,7	100,0	100,0
Total		37	100,0	100,0		

Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

Según un estudio realizado por Kramer MS., Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Y citado por la OMS en su página oficial, refiere que “Los lactantes con lactancia materna exclusiva durante 6 meses experimentan menos morbilidad por infecciones gastrointestinales que aquellos que reciben lactancia mixta” (OMS, 2014). Se observa en la tabla N° 10 que la media de consultas médicas es de 3.41 visitas, que con relación a las consultas por EDA en los niños que recibieron LME fue de 2.89 visitas en la tabla N° 8. Además se puede ver que en este grupo de niños que recibieron lactancia materna más suplementos nutricionales (LMSN) el 100% de los niños acudieron por presentar EDA, mientras que en el grupo de LME solo acudió un 83.2% por dicho cuadro. Y que el valor de p es superior a 0.05 por tanto la LMSN no menora la morbilidad por EDA

4.3.4 Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales – Morbilidad por IRA

Tabla N° 11 Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales Relacionada con la Morbilidad por IRA

N	Válidos	37
	Perdidos	0
Media		4,97
Mediana		4,00
Moda		1 ^b
Desv. típ.		3,403
Varianza		11,583
Rango		14
Mínimo		1
Máximo		15
Suma		184

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	6	16,2	16,2	16,2
2	3	8,1	8,1	24,3
3	6	16,2	16,2	40,5
4	5	13,5	13,5	54,1
5	5	13,5	13,5	67,6
6	1	2,7	2,7	70,3
7	2	5,4	5,4	75,7
8	2	5,4	5,4	81,1
9	4	10,8	10,8	91,9
10	1	2,7	2,7	94,6
12	1	2,7	2,7	97,3
15	1	2,7	2,7	100,0
Total	37	100,0	100,0	

Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

En un estudio realizado por Tatiana de la Vega y colaboradores sobre la lactancia materna y la influencia en el comportamiento de las infecciones respiratorias aguda, en la que demostró que las IRA resultaron más frecuentes en los niños con alimentación mixta con un 33%, y en los niños amamantados de forma exclusiva, estas infecciones predominaron en los que lactaron menos de 3 meses. (Revista Cubana de Medicina General Integral, 2010). Comparado con este estudio vamos a identificar que la media de visitas al centro de salud fue de 4.97 por IRA en tabla 11 en los niños que recibieron LMSN, mientras que en relación con los niños que recibieron LME la media de visitas fue de 4.75, es decir menor. Y que el valor de p es superior a 0.05 por tanto la LMSN no menora la morbilidad por IRA

4.3.5 Tipo de Lactancia y su Relación con las Hospitalizaciones

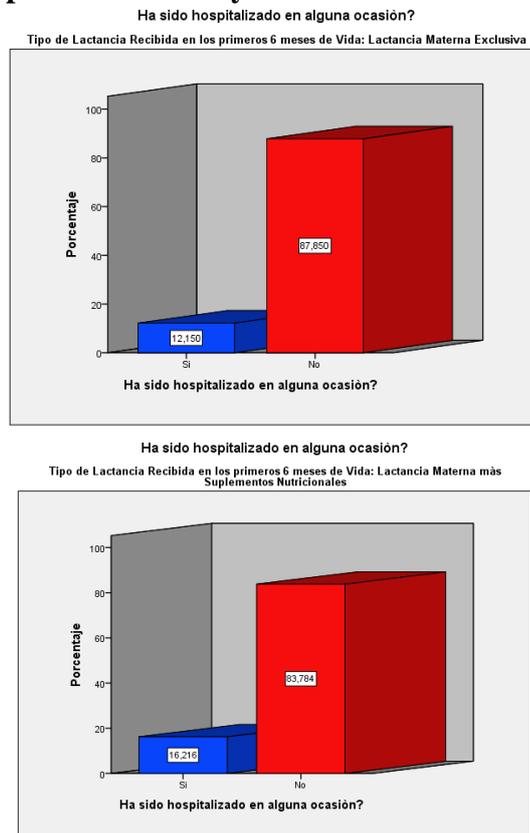
Tabla N° 12 Tipo de Lactancia y su Relación con las Hospitalizaciones

Ha sido hospitalizado en alguna ocasión?			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida						
Lactancia Materna Exclusiva	Válidos	Si	13	12,1	12,1	12,1
		No	94	87,9	87,9	100,0
		Total	107	100,0	100,0	
Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales	Válidos	Si	6	16,2	16,2	16,2
		No	31	83,8	83,8	100,0
		Total	37	100,0	100,0	

Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

Figura N° 22 Tipo de Lactancia y su Relación con las Hospitalizaciones



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

Al analizar detenidamente la figura 22 el porcentaje de hospitalizaciones en los niños que recibieron lactancia materna más suplementos nutricionales es de 16.21%, el mismo que es mayor al presentado por los niños que recibieron lactancia materna exclusiva que es apenas de 12.1%, con un valor de p menor a

0.05 se demuestra que la LME menora la morbilidad por hospitalizaciones, lo que es corroborado por un estudio de cohorte realizado por Paricio et al, con 1000 niños Valencianos, los cuales demostraron que el riesgo de hospitalización por procesos infecciosos durante el primer año de vida es de 5 veces mayor en lactantes no amamantados, 2.5 veces mayor en los que fueron amamantados menos de 4 meses, frente a los que fueron amamantados por más de 4 meses. Por cada mes que el niño no fue amamantado el riesgo de hospitalización fue de 1.5 veces. Si estos niños hubieran sido amamantados por 4 meses hubiera prevenido un 56% de los ingresos. Evidenciándose así que la lactancia materna de tipo exclusiva durante 6 meses un factor protector frente a las hospitalizaciones (AEP, 2010)

4.3.6 Tipo de Lactancia y su Relación con el Motivo de Hospitalización

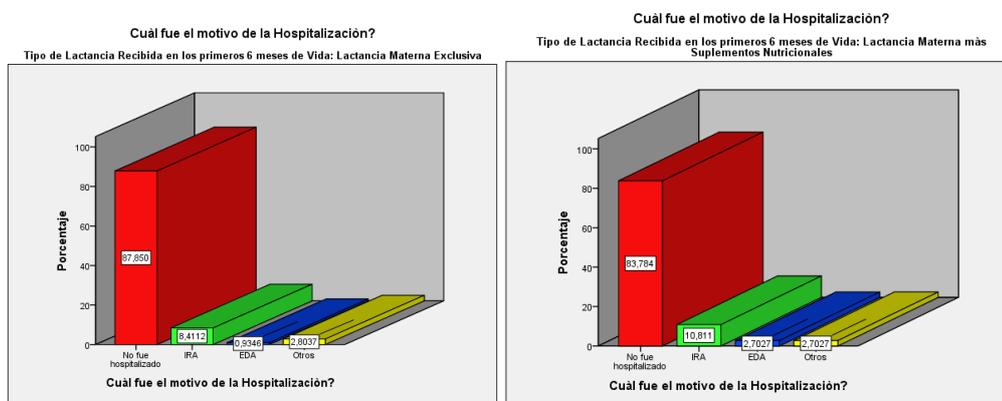
Tabla N° 13 Tipo de Lactancia y su Relación con el Motivo de Hospitalización

Cuál fue el motivo de la Hospitalización?						
Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Lactancia Materna Exclusiva	Válidos	No fue hospitalizado	94	87,9	87,9	87,9
		IRA	9	8,4	8,4	96,3
		EDA	1	,9	,9	97,2
		Otros	3	2,8	2,8	100,0
		Total	107	100,0	100,0	
Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales	Válidos	No fue hospitalizado	31	83,8	83,8	83,8
		IRA	4	10,8	10,8	94,6
		EDA	1	2,7	2,7	97,3
		Otros	1	2,7	2,7	100,0
		Total	37	100,0	100,0	

Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

Figura N° 23 Tipo de Lactancia y su Relación con el Motivo de Hospitalización



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

En este estudio se determina de acuerdo a la tabla N° 13 que la principal causa de hospitalización en los niños que recibieron lactancia materna exclusiva es por IRA con un 8.4%, EDA 0.9%, mientras que entre otras causas, ocupó el 2.8%.

Además en la misma se puede ver que el porcentaje de hospitalización por IRA en los niños que recibieron lactancia materna más suplementos nutricionales es mayor con un 10.8% y que de igual forma el porcentaje de hospitalización por EDA es mayor con 2.7% con respecto a los niños que recibieron lactancia materna exclusiva, pero en nuestro caso hay una excepción ya que podemos ver que entre otras causas de hospitalización, es mayor en niños que recibieron LME con un 2.8%, aunque la diferencia sea mínima.

Lo que nos lleva a pensar que el aumento de la morbilidad se encuentra relacionada con la lactancia materna más suplementos nutricionales, así como con el agua que utilizan para preparar los mismos ya que como vimos anteriormente el 97.3% utiliza agua entubada proveniente de vertientes en las montañas aledañas.

4.3.7 Tipo de Lactancia y su Relación con el Peso

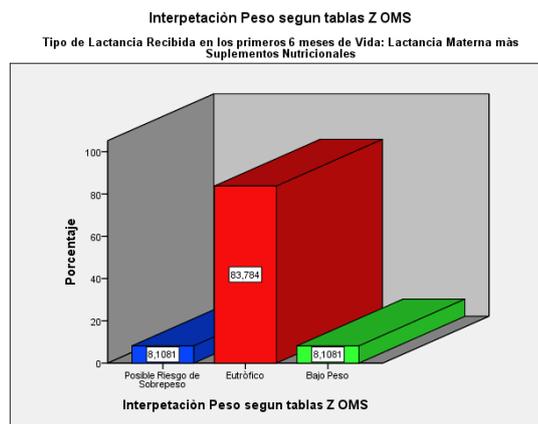
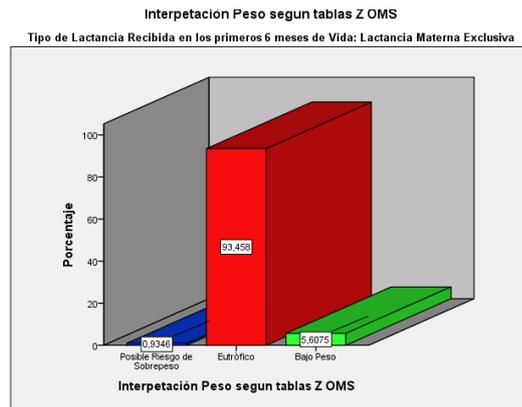
Tabla N° 14 Tipo de Lactancia y su Relación con el Peso

Interpretación Peso según tablas Z OMS			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida						
Lactancia Materna Exclusiva	Válidos	Possible Riesgo de Sobrepeso	1	,9	,9	,9
		Eutrófico	100	93,5	93,5	94,4
		Bajo Peso	6	5,6	5,6	100,0
		Total	107	100,0	100,0	
Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales	Válidos	Possible Riesgo de Sobrepeso	3	8,1	8,1	8,1
		Eutrófico	31	83,8	83,8	91,9
		Bajo Peso	3	8,1	8,1	100,0
		Total	37	100,0	100,0	

Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

Figura N° 24 Tipo de Lactancia y su Relación con el Peso



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

De acuerdo al análisis de los niños que acudieron al centro de salud en cuanto a su tipo de lactancia y peso (mismo que fue realizado en balanzas del centro de salud y analizado mediante las curvas de crecimiento para niños de la OMS), podemos identificar en el Tabla N° 14 que hubo una mayor cantidad de niños eutróficos en aquellos que recibieron lactancia materna exclusiva 93.5%, con respecto al grupo de lactancia materna más suplementos nutricionales donde el porcentaje de niños eutróficos fue menor 83.8%. Además se puede analizar que en los niños que recibieron lactancia materna más suplementos hay un mayor porcentaje de niños que están en riesgo de sobre peso 8.1%, mientras que los que recibieron lactancia materna exclusiva el riesgo de sobre peso es de apenas el 0.9%.

Con respecto al peso bajo hubo un mayor porcentaje en los niños que reciben suplementos 8.1%, y 5.6% en los niños con lactancia exclusiva.

Según la sociedad española de pediatría en su artículo lactancia materna refiere que los niños no amamantados presentan un incremento del 20% en el riesgo de sobrepeso y un 25% en el de obesidad comparados con los amamantados, y si a este grupo se los compara con los que lactaron por 6 meses el riesgo de sobrepeso sube a 35% y el de obesidad a 43%. (AEP, 2010)

Cabe añadir que la OMS en su artículo interpretando indicadores de crecimiento refiere que” Un niño cuyo peso cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con peso para longitud/talla o IMC para la edad. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

4.3.8 Tipo de Lactancia y su Relación con la Longitud

Tabla N° 15 Tipo de Lactancia y su Relación con la Longitud

Interpetación Longitud segun tablas Z OMS

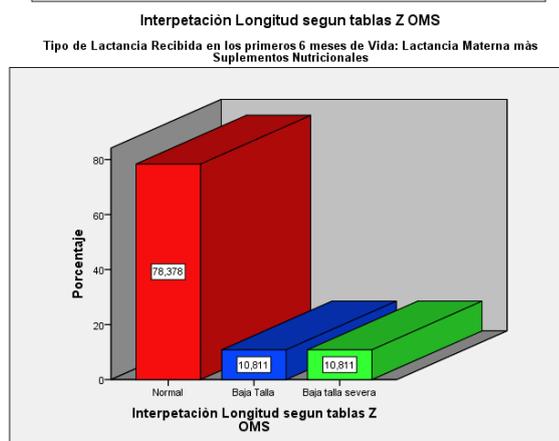
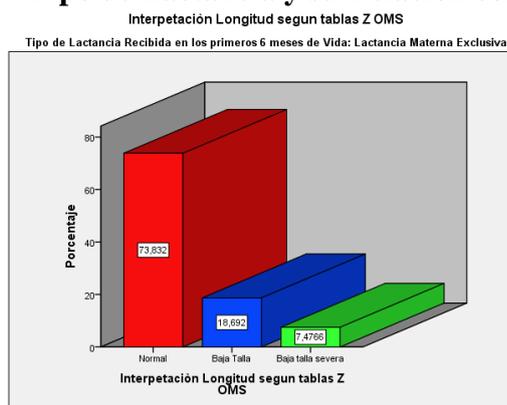
Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Lactancia Materna Exclusiva	Válidos	Normal	79	73,8	73,8	73,8
		Baja Talla	20	18,7	18,7	92,5
		Baja talla severa	8	7,5	7,5	100,0
		Total	107	100,0	100,0	
Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales	Válidos	Normal	29	78,4	78,4	78,4
		Baja Talla	4	10,8	10,8	89,2
		Baja talla severa	4	10,8	10,8	100,0
		Total	37	100,0	100,0	

Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

En la tabla N° 15 podemos comparar como la longitud de los niños que recibieron lactancia materna más suplementos nutricionales es mejor 78.4% que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva con un 73.8%.

Figura N° 25 Tipo de Lactancia y su Relación con la Longitud



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

Así mismo podemos analizar en la figura N 25 que hay un mayor porcentaje de niños con baja talla en los que recibieron lactancia materna exclusiva con respecto a los que recibieron lactancia materna más suplementos nutricionales 18.7% y 10.8% respectivamente.

Pero algo contradictorio con respecto a los resultados anteriormente analizado es que el porcentaje de niños con baja talla severa es mayor en el grupo que recibió lactancia materna más suplementos nutricionales con 10.8% y los del grupo de lactancia materna exclusiva fue menor con 7.5%. Por tanto podríamos decir que la lactancia materna exclusiva podría ser un factor protector frente a la falta de crecimiento.

4.3.9 Tipo de Lactancia y su Relación con el Índice de Masa Corporal

Tabla N° 16 Tipo de Lactancia y su Relación con el Índice de Masa Corporal

Interpretación IMC según tablas Z OMS

Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Lactancia Materna Exclusiva	Válidos	Obeso	2	1,9	1,9	1,9
		Sobrepeso	2	1,9	1,9	3,7
		Posible riesgo de Sobrepeso	19	17,8	17,8	21,5
		Eutrófico	78	72,9	72,9	94,4
		Emaciado	5	4,7	4,7	99,1
		Severamente Emaciado	1	,9	,9	100,0
		Total	107	100,0	100,0	
Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales	Válidos	Obeso	1	2,7	2,7	2,7
		Sobrepeso	2	5,4	5,4	8,1
		Posible riesgo de Sobrepeso	9	24,3	24,3	32,4
		Eutrófico	24	64,9	64,9	97,3
		Emaciado	1	2,7	2,7	100,0
		Total	37	100,0	100,0	

Pruebas de chi-cuadrado

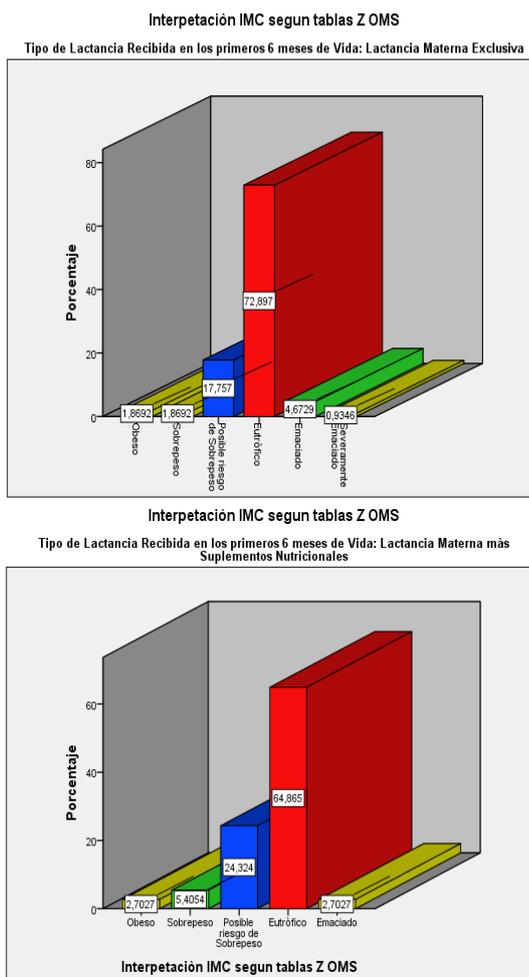
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,792 ^a	5	,732
Razón de verosimilitudes	2,876	5	,719
Asociación lineal por lineal	2,195	1	,138
N de casos válidos	144		

Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

En la tabla N° 16 así como en el figura N° 26 podemos observar que el mayor porcentaje de niños eutróficos pertenecen al grupo de lactancia materna exclusiva con un 72.9% y que los niños que recibieron lactancia materna más suplementos nutricionales son 64.9%.

Figura N° 26 Tipo de Lactancia y su Relación con el Índice de Masa Corporal



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

Pero pese a que la lactancia materna exclusiva es un factor protector, en la figura N° 26 se puede ver que el porcentaje de niños emaciados es de 4.7% mientras que en el grupo que recibió lactancia materna más suplementos nutricionales es de apenas 2.7%.

Algo preocupante con respecto a nuestra población es que el grupo de lactancia materna exclusiva presenta niños severamente emaciados 0.9% mientras que el grupo de lactancia materna más suplementos nutricionales no hay niños severamente emaciados, lo que nos pone a pensar si en realidad la lactancia materna exclusiva es un factor protector del estado nutricional en la infancia.

Además al realizar la verificación de la hipótesis podemos analizar que la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses no es un factor determinante para desarrollar un estado nutricional óptimo ya que el valor de significancia es de 0.732

De acuerdo al estudio realizado por John Reilly de la Universidad de Glasgow, cuyo con una población de 32000 niños demostró que los niños que reciben leche materna exclusivamente durante los primeros meses presentaron cerca de un 30% menos de probabilidad de ser obesos que los niños alimentados con leches artificiales. (Armstrong & Reilly , 2002)

Según la OMS en su artículo Registro de Crecimiento, refiere que el Índice de Masa Corporal para la edad es especialmente útil para examina sobrepeso. (OMS, 2009)

4.3.10 Tipo de Lactancia y su Relación Peso/Longitud

Tabla N° 17 Tipo de Lactancia y su Relación Peso/Longitud

Interpretación Peso para la Longitud tablas Z OMS

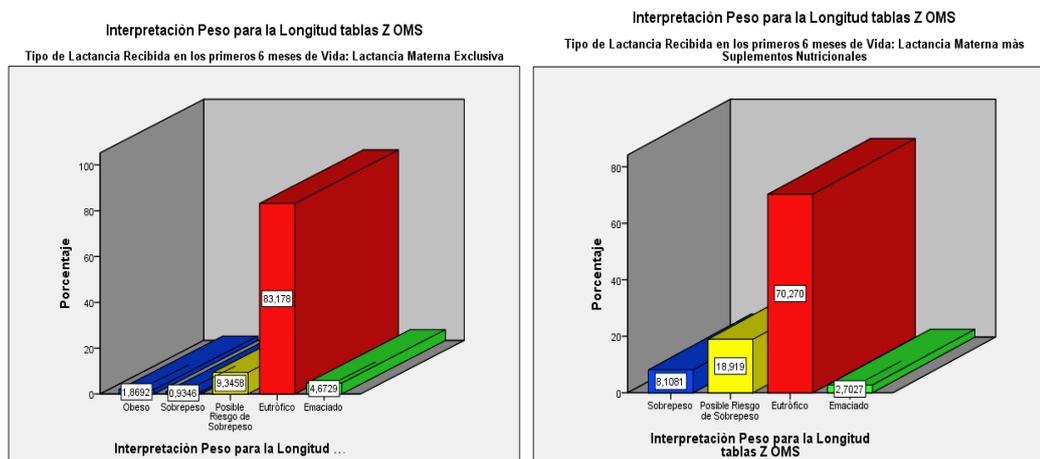
Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Lactancia Materna Exclusiva	Válidos	Obeso	2	1,9	1,9	1,9
		Sobrepeso	1	,9	,9	2,8
		Posible Riesgo de Sobrepeso	10	9,3	9,3	12,1
		Eutrófico	89	83,2	83,2	95,3
		Emaciado	5	4,7	4,7	100,0
		Total	107	100,0	100,0	
Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales	Válidos	Sobrepeso	3	8,1	8,1	8,1
		Posible Riesgo de Sobrepeso	7	18,9	18,9	27,0
		Eutrófico	26	70,3	70,3	97,3
		Emaciado	1	2,7	2,7	100,0
		Total	37	100,0	100,0	

Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

En la tabla N° 17 y figura N° 27 podemos evidenciar que al igual que en la tabla de tipo de lactancia e IMC (tabla N° 16) hay un predominio de niños eutróficos en el grupo de lactancia materna exclusiva, 83.2%, frente a un 70.3% en el grupo lactancia materna más suplementos nutricionales, además el porcentaje de sobrepeso 0.9%, posible riesgo de sobrepeso 9.3% es menor en el grupo lactancia materna exclusiva ya que el porcentaje de sobrepeso es de 8.1% y de posible riesgo de sobrepeso es de 18.9% son mayores en el grupo lactancia materna más suplementos nutricionales.

Figura N° 27 Tipo de Lactancia y su Relación Peso/Longitud



Fuente: Centro de Salud Juan Benigno Vela.

Elaborado por: Edison Peña

Otra discordancia que nos muestra el figura N° 27 es que el porcentaje de niños obesos es mayor en el grupo lactancia materna exclusiva 0.9% mientras que en el otro grupo no hay casos de obesidad, y al compararlo con la tabla No 14 de IMC el porcentaje de niños obesos era mayor en los que recibieron lactancia más suplementos nutricionales.

En relación a un estudio realizado por el Doctor Rodolfo Jiménez y colaboradores, sobre los beneficios nutricionales de la lactancia materna en menores de 6 meses, en una población real de 380 niños, se demostró que en relación el peso para la talla en el sexo femenino con lactancia materna exclusiva el 79% se encontraba en rangos normales, mientras los de lactancia materna no exclusiva era el 50%.

Además en el sexo masculino con lactancia materna exclusiva el 77% era normal con respecto a la relación peso talla, y que solo el 66% de niños con lactancia no exclusiva tenía un crecimiento apropiado. (Jiménez, 2012)

4.4 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

4.4.1 Formulación de la Hipótesis

Ho: La lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida no se relaciona con menor morbilidad en los 2 primeros años de vida en los niños y niñas que acuden al Centro de Salud Juan Benigno Vela

H1 La lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida se relaciona con menor morbilidad en los 2 primeros años de vida en los niños y niñas que acuden al Centro de Salud Juan Benigno Vela

Cuando $p < 0.05$ la Ho se rechaza en su defecto la alterna se acepta la morbilidad se midió en este estudio basado en los siguientes parámetros: Frecuencia de EDA, frecuencia de IRA, Frecuencia de Hospitalizaciones todo esto con relación al tipo de lactancia recibida en los primeros 6 meses de vida, además como un anexo se identificara si el estado nutricional de acuerdo al tipo de lactancia influye en la morbilidad por hospitalizaciones.

4.4.2 Verificación de Hipótesis en base a los Marcadores de Morbilidad (EDA - Hospitalización)

Tabla N° 18: Frecuencia de EDA y Hospitalizaciones de acuerdo al Tipo de Lactancia

Resumen del procesamiento de los casos						
	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Cuántas veces se ha enfermado dcon Diarrea el niño o niña? * Ha sido hospitalizado en alguna ocasión? * Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida	144	100,0%	0	0,0%	144	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Lactancia Materna Exclusiva	Chi-cuadrado de Pearson	22,809 ^b	11	,019
	Razón de verosimilitudes	23,166	11	,017
	Asociación lineal por lineal	1,287	1	,257
	N de casos válidos	107		
Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales	Chi-cuadrado de Pearson	2,959 ^c	7	,889
	Razón de verosimilitudes	2,980	7	,887
	Asociación lineal por lineal	,482	1	,487
	N de casos válidos	37		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	11,938 ^a	11	,368
	Razón de verosimilitudes	11,542	11	,399
	Asociación lineal por lineal	,516	1	,472
	N de casos válidos	144		

Fuente: Base de Datos IBM SPSS Statistics 20

Elaborado por: Edisson Peña

Ho: La lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida no disminuye la frecuencia de EDA y Hospitalizaciones

H1: La lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida disminuye la frecuencia de EDA y Hospitalizaciones

Con respecto a la tabla N° 18 podemos ver que el valor de $p = 0.019$ en el grupo que recibió lactancia materna exclusiva por tanto la hipótesis nula se rechaza y la hipótesis alterna se acepta.

Entonces se acepta que la lactancia materna exclusiva es un factor protector frente a EDA y Hospitalizaciones, es decir que si disminuye la morbilidad.

Mientras que el valor de $p = 0.889$ del grupo que recibió lactancia materna más suplementos nutricionales nos indica que no es un factor protector, frente a EDA y hospitalizaciones y no disminuye la morbilidad en esta población.

4.4.3 Verificación de Hipótesis en base a los Marcadores de Morbilidad (IRA - Hospitalización)

Tabla N° 19 Frecuencia de IRA y Hospitalizaciones de acuerdo al Tipo de Lactancia

Resumen del procesamiento de los casos						
	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Cuántas veces se ha enfermado de gripe el niño o niña? * Ha sido hospitalizado en alguna ocasión? * Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de vida	144	100,0%	0	0,0%	144	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Lactancia Materna Exclusiva	Chi-cuadrado de Pearson	33,064 ^b	16	,007
	Razón de verosimilitudes	26,434	16	,048
	Asociación lineal por lineal	2,458	1	,117
	N de casos válidos	107		
Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales	Chi-cuadrado de Pearson	3,756 ^c	11	,977
	Razón de verosimilitudes	4,707	11	,945
	Asociación lineal por lineal	,000	1	,983
	N de casos válidos	37		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	28,168 ^a	17	,043
	Razón de verosimilitudes	23,356	17	,138
	Asociación lineal por lineal	2,090	1	,148
	N de casos válidos	144		

Fuente: Base de Datos IBM SPSS Statistics 20

Elaborado por: Edison Peña

Ho: La lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida no disminuye la frecuencia de IRA y Hospitalizaciones

H1: La lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida disminuye la frecuencia de IRA y Hospitalizaciones

En relación a la tabla N° 19 se identifica que el valor $p = 0.007$ en el grupo que recibió lactancia materna exclusiva, por tanto la hipótesis nula se rechaza y la hipótesis alterna se acepta.

Podemos decir así que la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es un factor protector frente IRA y hospitalizaciones, y que como resultado final disminuye la morbilidad.

Mientras que el grupo de lactancia materna más suplementos nutricionales tuvo un $p = 0.977$ interpretando así que no es un factor protector frente a IRA y hospitalizaciones, por tanto no disminuye la morbilidad.

4.4.4 Verificación de Hipótesis El Estado Nutricional de Acuerdo al tipo de Lactancia Materna Influye en la Morbilidad

Tabla N° 20 Hipótesis El Estado Nutricional de Acuerdo al tipo de Lactancia Materna Influye en la Morbilidad

	Resumen del procesamiento de los casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Interpretación IMC según tablas Z OMS * Ha sido hospitalizado en alguna ocasión? * Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida	144	100,0%	0	0,0%	144	100,0%
Interpretación IMC según tablas Z OMS * Cuántas veces se ha enfermado con Diarrea el niño o niña? * Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida	144	100,0%	0	0,0%	144	100,0%
Interpretación IMC según tablas Z OMS * Cuántas veces se ha enfermado de gripe el niño o niña? * Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida	144	100,0%	0	0,0%	144	100,0%

Tabla N° 21 Hipótesis El Estado Nutricional de Acuerdo al tipo de Lactancia Materna Influye en la Morbilidad por Hospitalizaciones

Pruebas de chi-cuadrado

Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Lactancia Materna Exclusiva	Chi-cuadrado de Pearson	5,217 ^b	5	,390
	Razón de verosimilitudes	5,670	5	,340
	Asociación lineal por lineal	1,016	1	,313
	N de casos válidos	107		
Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales	Chi-cuadrado de Pearson	2,959 ^c	4	,566
	Razón de verosimilitudes	3,257	4	,516
	Asociación lineal por lineal	,110	1	,740
	N de casos válidos	37		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	8,426 ^a	5	,134
	Razón de verosimilitudes	9,072	5	,106
	Asociación lineal por lineal	1,179	1	,278
	N de casos válidos	144		

Fuente: Base de Datos IBM SPSS Statistics 20

Elaborado por: Edison Peña

Tabla N° 22 Hipótesis El Estado Nutricional de Acuerdo al tipo de Lactancia Materna Influye en la Morbilidad por EDA

Pruebas de chi-cuadrado

Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Lactancia Materna Exclusiva	Chi-cuadrado de Pearson	114,182 ^b	55	,000
	Razón de verosimilitudes	48,984	55	,703
	Asociación lineal por lineal	3,043	1	,081
	N de casos válidos	107		
Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales	Chi-cuadrado de Pearson	22,251 ^c	28	,770
	Razón de verosimilitudes	23,881	28	,688
	Asociación lineal por lineal	,238	1	,626
	N de casos válidos	37		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	94,972 ^a	55	,001
	Razón de verosimilitudes	47,314	55	,760
	Asociación lineal por lineal	3,502	1	,061
	N de casos válidos	144		

Fuente: Base de Datos IBM SPSS Statistics 20

Elaborado por: Edison Peña

Tabla No 23 Hipótesis El Estado Nutricional de Acuerdo al tipo de Lactancia Materna Influye en la Morbilidad por IRA

Pruebas de chi-cuadrado

Tipo de Lactancia Recibida en los primeros 6 meses de Vida		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Lactancia Materna Exclusiva	Chi-cuadrado de Pearson	107,570 ^b	80	,022
	Razón de verosimilitudes	53,179	80	,991
	Asociación lineal por lineal	,674	1	,412
	N de casos válidos	107		
Lactancia Materna más Suplementos Nutricionales	Chi-cuadrado de Pearson	45,642 ^c	44	,404
	Razón de verosimilitudes	29,878	44	,949
	Asociación lineal por lineal	,979	1	,322
	N de casos válidos	37		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	117,017 ^a	85	,012
	Razón de verosimilitudes	59,256	85	,985
	Asociación lineal por lineal	1,049	1	,306
	N de casos válidos	144		

Fuente: Base de Datos IBM SPSS Statistics 20

Elaborado por: Edison Peña

Ho: El estado nutricional dado por la lactancia materna exclusiva no disminuye la morbilidad, representada por IRA, EDA y Hospitalizaciones.

H1: El estado nutricional dado por la lactancia materna exclusiva disminuye la morbilidad, representada por IRA, EDA y Hospitalizaciones.

Con respecto a la tabla N° 21 (Morbilidad por Hospitalizaciones) podemos observar que el valor de $p = 0.390$ en el grupo de lactancia materna exclusiva y el valor de $p = 0.565$ en el grupo de lactancia materna más suplementos nutricionales en ambos casos son superiores a 0.05 por tanto la hipótesis nula se acepta y la hipótesis alterna se rechaza, es decir que ningún tipo de lactancia es un factor protector frente a hospitalizaciones de acuerdo al estado nutricional desarrollado.

Pero en las tablas N° 22 y 23 el valor de p es menor a 0.05 con respecto a la lactancia materna exclusiva, por tanto el estado nutricional desarrollado por la misma es un factor que disminuye la morbilidad por EDA y por IRA

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

- La lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses es el factor fundamental para disminuir la morbilidad hasta los 2 años de vida en los niños que acuden al Centro de Salud de Juan Benigno Vela.
- La principal causa de morbilidad de acuerdo al número de consultas a este centro de salud y hospitalizaciones en ambos grupos fue en primer lugar por IRA, y en segundo lugar por EDA
- No se identificó que la lactancia materna exclusiva influya en desarrollar un mejor estado nutricional hasta los 2 años con respecto a la lactancia materna más suplementos nutricionales..
- El estado nutricional desarrollado por la lactancia materna exclusiva disminuye la morbilidad representada por EDA e IRA, pero no influye en la gravedad de estas (hospitalizaciones).
- De acuerdo a la etnia, las mujeres mestizas de ésta área rural, dan un mayor porcentaje de leche materna exclusiva en los primeros 6 meses, la principal causa de abandono son las cuestiones laborales, la edad más frecuente para inicio de suplementos nutricionales es el primer mes, además que el principal suplemento utilizado son las fórmulas o leches de tarro como las denominan las madres.

5.2 RECOMENDACIONES

- Desarrollar charlas de tipo periódicas sobre la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva sobre la salud del niño y de la madre.
- Dar a conocer el beneficio económico que conlleva a la familia ya que la leche materna es el único alimento nutricionalmente completo y gratuito en los primeros 6 meses.
- Coordinar esfuerzos con los dirigentes indígenas de la comunidad ya que los mismos presentan una gran influencia y por lo general la comunidad acata todas las sugerencias dispuestas por ellos.
- Educar a los padres sobre los derechos que tienen en cuestiones laborales, horas de lactancia, derecho a guardería y demás beneficios que por ley están establecidos como es la licencia por maternidad y paternidad.
- Establecer estrategias extramurales de acercamiento del personal del centro de salud hacia las madres para brindar información prenatal sobre los beneficios de una lactancia exclusiva.
- Se recomienda realizar estudios en el futuro para identificar si los hábitos de higiene ayudan a la lactancia materna más suplementos nutricionales a disminuir la morbilidad en los niños de áreas rurales.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

- **Título:** Club “Apoyo a la Lactancia Materna”
- **Localización:**
Provincia: Tungurahua
Cantón: Ambato
Parroquia: Juan Benigno Vela
- **Beneficiarios:**
Directos: Infantes de Parroquia Juan Benigno Vela
Indirectos: Centro de Salud, Familia y Comunidad
- **Tiempo Estimado de Duración:** 1 año
- **Costo Aproximado:** 10000\$
- **Equipo Responsable:**
Ministerio de Salud Pública
Universidad Técnica de Ambato
Parroquia Juan Benigno Vela

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.

Tras haber realizado esta investigación acerca de la relación de la lactancia materna exclusiva versus la lactancia materna más suplementos nutricionales durante los 6 primeros meses de vida con la morbilidad presentada hasta los 2 años en los niños que acuden al Centro de Salud Juan Benigno Vela, se pudo identificar que hay diferencias al medir la morbilidad de acuerdo al tipo de lactancia aunque estas sean mínimas, así pues los niños del grupo lactancia materna exclusiva tuvieron un porcentaje menor de visitas por EDA e IRA al

centro de salud, además este grupo presento un porcentaje menor de hospitalizaciones, y hubo una mayor cantidad de niños eutróficos que en el grupo de lactancia materna más suplementos, pese a esto también se identificó que el grupo de lactancia materna exclusiva presento un mayor porcentaje de casos de niños emaciados y severamente emaciados por lo que hay que tomar en cuenta otros factores como falta de información, concientización de la madre y hábitos de higiene.

6.3 JUSTIFICACIÓN

Según la UNICEF se podría evitar alrededor de 1.4 millones de muertes de niños menores de 5 años si hubiesen recibido una lactancia materna optima hasta los 2 años. (UNICEF, 2010)

Por todas estas razones es necesario que las madres conozcan sobre todos los beneficios que conlleva dar lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, para sí mismas, el niño, la familia y el estado.

Para lo cual se necesita de un trabajo multidisciplinario en el que abarque desde las entidades gubernamentales de salud, comunidad, familia y la misma madre, para un desarrollo óptimo de la salud del niño así como en su vida adulta.

6.4 OBJETIVOS

Objetivo General

- Establecer un Club de "Apoyo a la Lactancia Materna" donde se dé a conocer de manera directa los beneficios de la misma

Objetivos Específicos

- Crear un ambiente de confiabilidad en el cual las madres puedan plantear sus inquietudes así como sugerencias, de esta manera aumentar el nivel de conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna.
- Lograr que las madres amamanten desde el nacimiento y de esta manera crear un fuerte vínculo madre e hijo.

- Incentivar a otras madres que ya han dado lactancia materna exclusiva a que compartan su experiencia sobre los beneficios de la misma.
- Fomentar información sobre cómo la lactancia materna exclusiva influye en que los niños se enfermen con menor frecuencia.
- Informar como todos éstos beneficios ayudaría en la economía intrafamiliar que es algo indispensable en esta comunidad.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Actualmente la Parroquia Juan Benigno Vela cuenta con alrededor de 3795 habitantes y cuenta con jefe de junta parroquial, con el cual se podría explicar todos los beneficios que conllevaría la creación de un Club de Apoyo a la Lactancia Materna, el cual no representaría ningún gasto económico para la comunidad ya que los gastos de transporte alimentación entre otros del personal de salud, que iniciaría la formación de este club, correría por cuenta del estado y más bien en el futuro le ahorraría mucho a la misma, con niños y a la postre adultos más sanos.

6.6 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, 2012.

Para esta investigación me base en los siguientes artículos:

Artículo 1, "La lactancia materna es un derecho natural del niño y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo."

Artículo 2, "Corresponde al Ministerio de Salud Pública, a través de sus unidades operativas, la aplicación de las disposiciones de la presente Ley. Para este efecto deberá diseñar e implementar acciones tendientes a: a) Fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva durante el primer año de vida del niño;

- b) Establecer en todos los servicios de salud públicos y privados, normas obligatorias que garanticen el contacto inmediato del niño con su madre, luego de su nacimiento;
- c) Promover y desarrollar educación continua en lactancia materna a los miembros del equipo de salud, la familia y la comunidad;
- d) Impartir la instrucción oportuna a toda madre embarazada o en período de lactancia sobre los beneficios nutricionales, inmunitarios, psicoafectivos y el efecto anticonceptivo de la lactancia materna, así como respecto del peligro que conlleva el cambio injustificado de ésta por biberones y chupones para los lactantes;
- e) Propugnar el cumplimiento de las normas del Código Internacional sobre comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la Organización Mundial de la Salud (OMS); y,
- f) Eliminar toda propaganda relacionada con las fórmulas lácteas en los servicios de salud."

Artículo 3, "Esta Ley propende a garantizar una nutrición segura y suficiente a los niños recién nacidos que no tengan necesidades especiales de alimentación dentro del período de lactancia, mediante el fomento y protección de la lactancia materna y la regulación y control de la comercialización de alimentos infantiles, incluyendo los llamados sucedáneos de la leche materna."

Artículo 4, "La lactancia materna, como recurso natural, debe proveerse hasta que el niño o niña cumpla dos años de edad."

Artículo 5, "Se constituye el Consejo Nacional para el Apoyo a la Lactancia Materna (CONALMA), compuesto por los siguientes miembros:

- a) El Ministro de Salud Pública o el Subsecretario General, quien lo presidirá;
- b) El Ministerio de Industrias y Productividad.
- c) Un delegado del Ministerio de Educación y Cultura;
- d) Un delegado del Ministerio de Inclusión Económica y Social.

e) La Presidenta Nacional del Instituto de la Niñez y la Familia (INFA) o su delegado."

Artículo 6, "El CONALMA podrá solicitar, con el carácter de obligatorio, la participación de entidades públicas y privadas para asegurar el cumplimiento de los fines y objetivos de la presente Ley."

Artículo 7, "Son funciones del Consejo Nacional:

- a) Aprobar los programas destinados al fomento y protección de la lactancia materna, así como apoyar los que, sobre esta materia, desarrollen instituciones no gubernamentales;
- b) Crear comités interinstitucionales provinciales para organizar, coordinar, ejecutar y evaluar programas de lactancia materna;
- c) Fomentar la formación y capacitación de los recursos humanos encargados de ejecutar los proyectos de lactancia materna;
- d) Promover la investigación científica y técnica relacionada con la lactancia materna;
- e) Coordinar las acciones que, para el cumplimiento de las políticas y planes relacionados con la promoción, apoyo y protección a la lactancia materna, realicen las agencias de cooperación internacional y el Gobierno Nacional;
- f) Vigilar que la publicidad y venta de los productos designados cumplan estrictamente con las disposiciones legales sobre la materia, demandando la debida sanción en casos de incumplimiento; y,
- g) Elaborar y desarrollar, a través de la Secretaría Nacional de Comunicación (SENACOM), campañas de información destinadas a promocionar el fomento, apoyo y protección de la lactancia materna, así como el conocimiento de las disposiciones de la presente ley."

Artículo 8, "Los temas sobre los cuales tratarán los materiales educativos e informativos relacionados con la alimentación de los lactantes, se determinarán en el Reglamento de esta Ley."

Artículo 9, "Los materiales informativos y educativos provenientes de las instituciones del sector público, sean impresos o audiovisuales, no podrán contener el nombre o logotipo del fabricante o distribuidor de ningún producto designado.

Los materiales destinados a los profesionales de salud podrán contener información acerca de los productos designados, sólo con fines educativos o científicos.

En ningún establecimiento del sistema de salud se promocionará preparados o productos alimenticios substitutivos de la leche materna."

Artículo 10, "Los directores de las unidades de salud en todos sus niveles, aplicarán las medidas necesarias para fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna, conforme a los preceptos de la presente Ley."

Artículo 11, "Todo agente de salud o persona, profesional o no, que brinde servicios de salud, deberá fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna, así como eliminar toda práctica que, directa o indirectamente, retrase la iniciación o dificulte la continuación de la lactancia materna."

Artículo 12, "Prohíbese a las personas naturales o jurídicas realizar acciones que contravengan las disposiciones de la presente Ley y de su Reglamento."
(Asamblea Nacional del Ecuador, 2012)

6.7 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Para conformar estos club conviene identificar primero a las madres lactantes y embarazadas del lugar motivándoles a participar en la reuniones, una de las formas más eficaces es visitándolas casa por casa y establecer una relación personal con afectividad. (Tesone, 2001)

Además para lograr que las madres asistan a este grupo es necesario que se escojan lugares y horarios convenientes para las madres, no cancelar ni aplazar los encuentros y tratar temas variados para despertar el interés de quienes ya asistieron a varias reuniones, para difundir estos grupos se puede utilizar afiches que recuerden horario y lugar de reunión en el que se incluya el tema a tratar. (Tesone, 2001)

Hay que tomar en cuenta que quien dirija las reuniones debe tener facilidad de palabra empatía y autenticidad.

Según muchos estudios se ha demostrado que los factores asociados a una mayor prevalencia de la lactancia materna son: haber tomado la decisión de amamantar durante el embarazo, haber recibido educación sobre lactancia materna antes del parto, haber tenido experiencias previas satisfactorias amamantando, haber recibido un apoyo social y profesional en el postparto y el amamantamiento precoz. (Aguayo, 2001)

En cambio el fracaso de la lactancia materna se ha asociado a: clase socioeconómica, el fracaso de una lactancia previa, el bajo peso al nacer, la prematuridad, el horario rígido de la lactancia, falsas creencias en cuanto a la lactancia y vivencias negativas en el embarazo (Aguayo, 2001)

6.8 MODELO OPERATIVO

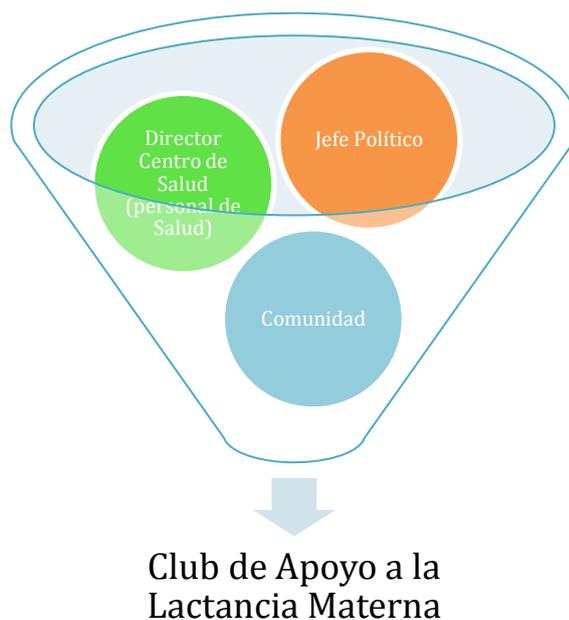
Tabla N° 24 Modelo Operativo

FASES	METAS	EVALUACIÓN	RECURSOS	TIEMPO
<p>PLANIFICACIÓN Presentación de la propuesta Autorización para realizar la misma</p>	<p>Comunicar al teniente político así como al director del centro de salud sobre la formación del Club Apoyo Lactancia Materna</p>	<p>Entrega las propuesta para la aprobación y ejecución del Club Apoyo Lactancia Materna</p>	<p>Solicitud al director del centro de salud Juan Benigno Vela</p>	<p>1 meses</p>
<p>EJECUCIÓN Establecer el Club de Apoyo Lactancia Materna con la ayuda de la comunidad y personal del Centro de Salud J.B.V</p>	<p>Capacitación al personal del centro de salud y a las madres voluntarias para que compartan sus experiencias</p>	<p>Reuniones en el salón para evaluar el nivel de conocimiento sobre beneficios de Lactancia Materna con todas las madres del club</p>	<p>Salón de reuniones, material didáctico y alimentación</p>	<p>1 año</p>
<p>EVALUACIÓN Seguimiento de las madres y sus hijos que acuden al Club de Apoyo Lactancia Materna</p>	<p>Seguimiento mensual de mejoramiento de la morbilidad por una adecuada lactancia materna.</p>	<p>Evaluación mensual individual de los conocimientos y estado de salud del niño</p>	<p>Historias Clínicas y Ficha Familiares</p>	<p>De forma continua, permanente y mensual.</p>

6.9 ADMINISTRACIÓN

La difusión de los beneficios de la lactancia materna exclusiva mediante el Club de Apoyo Lactancia Materna se realizara con el apoyo de las autoridades de la comunidad por la mayor accesibilidad y facilidad de palabra debido al idioma.

Figura N° 28 Administración de Recursos



6.10 PREVISIÓN DE LA PROPUESTA

Al final de las actividades planteadas se realizara una evaluación de los alcances que obtuvo la propuesta al identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva ya sea mediante encuesta o simples conversaciones con el personal de salud, además de la evaluación mensual de sus hijos con respecto al estado de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BIBLIOGRAFÍA:

- Aguayo, J. (2001). *Lactancia MAterna* (Vol. I). Sevilla: UTRERA.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Editorial Jurídica del Ecuador.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Quito: Editorial Jurídica del Ecuador.
- Cordero, J. (2005). *Lactancia Materna* (Vol. I). Madrid, España: EdIDE.S.L.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). *Componente Normativo Neonatal*. Quito: Editorial CONASA.

LINKOGRAFÍA:

- Academia Americana Pediatría. (2011). *Lactancia Materna y Alimentación con Leche Humana*. Recuperado el 14 de Diciembre de 2014, de SIDS: http://www.sids.org.ar/archivos/Lactancia_materna_alimentacion_leche_humana.pdf
- AEP. (2004). *Lactancia Materna Guía para Profesionales*. Recuperado el 20 de DICIEMBRE de 2014, de AEP: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
- AEP. (2004). *Lactancia Materna Guía para Profesionales*. Recuperado el Diciembre de 2014, de Asociación Española de Pediatría: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
- AEP. (2010). *Alimentación del Lactante Sano*. Recuperado el 01 de Enero de 2015, de Asociación Española de Pediatría: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_lactante.pdf

AEP. (2010). *Lactancia Materna*. Recuperado el 12 de Diciembre de 2014, de Asociación Española de Pediatría: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>

AEPEd. (2010). *Diarrea Aguda*. Recuperado el Diciembre de 2014, de Asociación Española de Pediatría: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf

ALBA. (2013). *Lactancia Materna*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2014, de ALBA: <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/succion-y-deglucion/>

AMAGINTZA. (2000). *La Lactancia Materna el Mejor Comienzo*. Recuperado el 21 de Diciembre de 2014, de Navarra: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47B9FE09-EAEE-464E-A219-8848C099F732/69013/Librolactancia1.pdf>

Archivo Latinoamericano Nutrición. (2008). *Prácticas inadecuadas de alimentación entre el 4º y 6º mes de vida y su asociación con el déficit nutricional en un grupo de lactantes venezolanos*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2014, de Scielo: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Armstrong, J., & Reilly, J. (2002). *Breastfeeding and lowering the risk childhood obesity*. Recuperado el 08 de Enero de 2015, de The Lancet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076560>

Asamblea Nacional del Ecuador. (2012). *Ley de fomento, apoyo y protección a la Lactancia Materna*. Retrieved 2014 йил 27-Diciembre from <http://hvcn.gob.ec/wp-content/uploads/2012/05/LEY-DE-FOMENTO-APOYO-Y-PROTECCION-A-LA-LACTANCIA-MATERNA.pdf>

Asamblea Nacional del Ecuador. (2013 йил Mayo). *Código Del Trabajo*. Retrieved 2015 йил 01-Enero from http://www.pichincha.gob.ec/phocadownload/leytransparencia/literal_a/normasder egulacion/codigo_trabajo.pdf

Asociación Española de Pediatría. (2009). *El Aumento de la Duración de la Lactancia Materna produce una disminución de la Morbilidad Respiratoria*.

Recuperado el 07 de Diciembre de 2014, de AEPAP:
https://www.aepap.org/sites/default/files/lactancia_y_morbilidad_avc42.pdf

Biblioteca Virtual en Salud. (s.f.). *Morbimortalidad en Pediatría*. Recuperado el 07 de Diciembre de 2014, de <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1982/pdf/Vol9-1-1982-12.pdf>

Cadena, F. (2014). *Características Económicas y Sociales de la Mujer en el 2013*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2014, de Economía aAndom:
<https://economiarandom.wordpress.com/2013/03/09/caracteristicas-economias-y-sociales-de-la-mujer-ecuatoriana-en-el-2013/>

Campana, M. (2011). *Lactancia Materna y Protección contra la Infecciones Respiratorias en los primeros meses de vida*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2014, de Scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000200004&script=sci_arttext

CEPAR-ENDEMAIN. (2005). *Salud Materna y Salud del Niño y Niña*. Recuperado el 29 de Diciembre de 2014, de CEPAR:
<http://www.cepar.org.ec/sites/default/files/Folleto3.pdf>

Comité Lactancia Materna AEP. (2004). *Lactancia Materna Guía para Profesionales*. (L. L. Rivera, Ed.) Recuperado el 30 de Enero de 2014, de http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf

EcuRed. (2011). *Areola Anatomía*. Recuperado el 25 de Diciembre de 2014, de EcuRed: [http://www.ecured.cu/index.php/Areola_\(Anatom%C3%ADa\)](http://www.ecured.cu/index.php/Areola_(Anatom%C3%ADa))

ENDEMAIN. (2004). *Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil 2004*. Recuperado el 19 de Diciembre de 2014, de CEPAR:
<http://www.cepar.org.ec/sites/default/files/endemain-pichincha.pdf>

Enríquez, M. (2001). *Patrones de Crecimiento Pondoestatural de niños de 0 a 23 meses alimentados con leche materna exclusiva los primeros 06 meses de edad*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2014, de Universidad Nacional Mayor de San Marcos:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Martinez_E_M/resumen.pdf

ENSANUT. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Recuperado el 19 de Noviembre de 2015, de ENSANUT: http://www.unicef.org/ecuador/ENSANUT_2011-2013_tomo_1.pdf

Filial Ciencia Médicas de la Habana. (2011). *Causas de Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva antes de los 6 meses en San José de Lajas*. Recuperado el 17 de Diciembre de 2014, de Ministerio Salud Pública Cuba: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>

Granada Farmaceutica. (2009). *Lactancia Materna*. Recuperado el 22 de Diciembre de 2014, de Granada Farmaceutica: [http://www.granadafarmaceutica.com/pdf/formacion\(8\).pdf](http://www.granadafarmaceutica.com/pdf/formacion(8).pdf)

INEC. (2011). *Censo de población y vivienda*. Recuperado el Diciembre de 2014, de INEC: www.ecuadorencifras.gob.ec

INEC. (2013). *Análisis Revista Coyuntural*. Recuperado el 12 de Diciembre de 2014, de INEC: <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis6.pdf>

Instituto Salud del Niño Perú. (1997). *Los Suplementos Líquidos y la Mortalidad Infantil Temprana en los Pueblos Jóvenes de Lima*. Recuperado el 29 de Diciembre de 2014, de Sisbib: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v52n1-2/pdf/a02.pdf>

Jiménez, R. (2012). *Beneficio de la Lactancia Materna en menores de 6 Meses*. Recuperado el 19 de Diciembre de 2015, de Scielo-Revista Médica La Paz: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000200002

Kramer, M., & Kakuma, R. (2009). *Duración Óptima Lactancia Materna Exclusiva*. Recuperado el 02 de Diciembre de 2014, de Cochrane: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=BCP&searchExp=lactancia%20and%20materna%20and%20exclusiva&lang=es>

Lamberty, L. (2013). *Lactancia Materna Reduce La Morbilidad y Mortalidad por Neumonía*. Recuperado el 08 de Diciembre de 2014, de BioMedCentral: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847465/?tool=pubmed>

Méndez, I. (2001). *Lactancia Materna*. (c. medicas, Ed.) Recuperado el 21 de Noviembre de 2014, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192002000100003&script=sci_arttext

Ministerio de Salud Chile. (2005). *Guía de Alimentación del Niño menor de 2 Años*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2014, de Ministerio Salud Chile: http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.nutricion.sochipe.cl%2Fsubidos%2Fcatalogo3%2FGuia_Alimentacion.pdf&ei=iCIkVcDgNom-sAWp04DAAQ&usg=AFQjCNFMdhfykj_UVKkLuT_BsWgmQQOLLw

Ministerio de Salud Pública. (2009). *Política Nacional de Lactancia Materna*. Recuperado el 04 de Enero de 2015, de Ministerio Salud Pública: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Reforma%20el%20Art.%201%20%20para%20el%20manejo%20de%20Bancos%20de%20leche%20Humana.pdf>

Ministerio Protección Social Colombia. (2010). *Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2014, de ICBF: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Programas/Nutricion/PlanDecenaldeLactanciaMaterna2010-2020Nov17de2010.pdf>

Miranda, M. (1995). *Lactancia Materna y su Relacion, con enfermedad diarreica, infección respiratoria aguda y el estado nutricional en lactantes hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Honorio delgado de Arequipa*. Recuperado el 05 de Diciembre de 2014, de Biblioteca Virtual Bireme: <http://biblio.unsa.edu.pe/biomed/tesis.pdf>

Miranda, M. (2013). *Implementación de la Lactancia Materna en las mujeres del club de Embarazadas del SCS Quisapincha*. Recuperado el 12 de Diciembre de 2014, de http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/9195/1/Miranda_Collaguazo_Mireya_Katalina.pdf

MSP. (2010). *Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2010*. Recuperado el 23 de Diciembre de 2014, de Ministerio Salud Pública Ecuador: [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=325&Itemid=.](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=325&Itemid=)

MSP/Coordinación Nacional de Nutrición. (2012). *Normas y protocolos para manejo de bancos de leche humana y para la implementación de la iniciativa Hospital Amigo del niño*. Retrieved 2015 йил Enero from Biblioteca del

Ministerio de Salud Pública del Ecuador:
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/LA%20LACTANCIA%20MATERNA%20A%20NIVEL%20HOSPITALARIO.pdf>

Nutrición Hospitalaria. (2009). *Prevalencia y Duración de lactancia Materna*. Recuperado el 22 de Diciembre de 2014, de Scielo: <http://scielo.iscsss.es/pdf/nh/v24n2/original14.pdf>

OMS. (2007). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado el 06 de Diciembre de 2014, de OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf

OMS. (2009). *Registro de Crecimiento*. Recuperado el 11 de Diciembre de 2014, de OMS: http://www.who.int/childgrowth/training/rc_ninos.pdf

OMS. (2010). *La Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Recuperado el 08 de Diciembre de 2014, de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>

OMS. (2014). *Lactancia Materna*. Recuperado el Diciembre de 2014, de OMS: www.who.int

OMS. (Febrero de 2014). *Lactancia Materna*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2014, de Organización Mundial Salud: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

OPS. (2001). *Desigualdad en el Acceso, uso y gasto con el agua potable en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 06 de Diciembre de 2014, de OPS: http://whqlibdoc.who.int/paho/sit/SIT_11_spa.pdf

OPS. (2012). *Lactancia materna*. Recuperado el 11 de Diciembre de 2014, de OPS: www.paho.org/bra/index.php?gid=1443&option=com_docman

OPS. (2012). *Semana de la Lactancia Materna*. Recuperado el 11 de Diciembre de 2014, de OPS: www.paho.org/bra/index.php?gid=1443&option=com_docman

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Curso de Capacitación sobre evaluación del crecimiento de niño*. Recuperado el 03 de Diciembre de 2014, de OMS: http://www.who.int/childgrowth/training/a_introduccion.pdf

Real Academia de la Lengua Española. (2012). *Morbilidad*. Recuperado el 05 de Enero de 2015, de Real Academia de la Lengua Española: www.rae.es

Revista Cubana de Medicina General Integral. (2010). *La Lactancia Materna y su Influencia en el Comportamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas*. Recuperado el 30 de Diciembre de 2014, de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000300005

RevMed. (2007). *Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda en Lactantes contra Lactancia Materna*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2014, de BIREME: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol6%202007/tema05.htm>

Rodríguez, M. (2009). *Prevalencia y Duración de la Lactancia Materna. Influencia sobre el Peso y Morbilidad*. Recuperado el 16 de Diciembre de 2014, de Scielo: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n2/original14.pdf>

Semplades. (2008). *Objetivos para el Buen Vivir*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2014, de Semplades: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fplan.senplades.gob.ec%2Fobjetivos-nacionales-de-desarrollo-humano&ei=YTAKVfOOKcfEsAWYwYGABw&usg=AFQjCNFO4VvXDL2HLDX98ORueVOJ2z9pKA>

Tesone, M. (2001). *Grupo de Apoyo Lactancia Materna*. Recuperado el 05 de Diciembre de 2014, de UNICEF: www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_LMgalm.PDF

Trinchet, X. (2005). *Lactancia Materna Prevalencia y Morbilidad asociada en Niños*. Recuperado el 17 de Diciembre de 2014, de Ilustrados: <http://www.ilustrados.com/tema/10276/Lactancia-Materna-Prevalencia-Morbilidad-asociada-ninos.html>

UNICEF. (2008). *Fisiología de la Glandula Mamaria y Lactancia*. (V. V. Pérez, Productor) Recuperado el 15 de Diciembre de 2014, de UNICEF: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/FISIOLOGIA%20DE%20LA%20GLANDULA%20MAMARIA%20Y%20LACTANCIA.pdf>

UNICEF. (2010). *Análisis Modulo Lactancia Materna*. (M. L. UNICEF), Ed.) Recuperado el 27 de Noviembre de 2014, de UNICEF:

www.unicef.com.org/costarica/docs/cr_pub_Analisis_Modulo_Lactancia_Matern a.pdf

UNICEF. (2010). *Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial*. Recuperado el 23 de Diciembre de 2014, de UNICEF: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html

Universidad Costa Rica. (2008). *Genealogía Historia Lactancia Materna*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2014, de Universidad Costa Rica: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria>

UNIZAR. (2003). *Anatomía de la mama durante la lactancia*. Recuperado el 13 de Diciembre de 2014, de UNIZAR: http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/-Anatomia%20y%20Fisiologia.pdf

Vieira, G. (2003). *Alimentación Infantil y morbilidad por diarrea*. Recuperado el 22 de Diciembre de 2014, de Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000500013

Zabala, A. (2009). *Incidencia de la Enfermedades Respiratorias en niños menores de 5 años*. Recuperado el Diciembre de 2014, de SPOCH: www.spoch.edu.ec

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA

INFORMAWORLD: Bartick, M. (2013). Breastfeeding and Health: A Review of the Evidence. Retrieved from *Journal of Women, Politics & Policy*, 34:4, 317-329. Enero 10, 2014, from <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/1554477X.2013.835651>

EBSCO: El-Khedr, S., & Lamadah, S. (2014). *Knowledge, Attitude and Practices of Saudi Women Regarding Breast Feeding at Makkah Al Mukkaramah*. Recuperado el 16 de Diciembre de 2014, de *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare* Vol.4, No.9, 2014: <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JBAH/article/view/12654/12952>

SPRINGER: Jessri M. et al. (2012). *Prevalence and Predictors of Infant Feeding Practices in Alberta, Western Canada*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2014, de BMC Pediatrics 2013, 13:77: <http://link.springer.com/article/10.1186%2F1471-2431-13-77#page-1>

INFORMAWORLD: Mosha, T. (Marzo 1998). *Brestfeedingweaning practice and anthropometric status in children of Morogorodistrict Tanzania* Recuperado el 12 de Diciembre de 2014, de Informaworld: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03670244.1998.9991551>

INFORMAWORLD: Romonita, M. (31 Agosto 2010). *Informaworld*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2014 Breastfeeding education and infant health in rural Philippines, de Informaworld: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03670244.1992.9991233>

ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
MEDICINA



ENCUESTA LACTANCIA MATERNA

EDAD.....

SEXO.....

ETNIA.....

1) RECIBIÓ SU NIÑO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE
LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA?

SI	
NO	

LACTANCIA MATERNA MÁS SUPLEMENTACIÓN

2) ¿CUÁL FUE LA RAZÓN POR QUE INICIO CON LOS SUPLEMENTOS
NUTRICIONALES?

HIPOGALACTIA (DÉFICIT O POCA CANTIDAD DE LECHE).....

DIFICULTAD DEL BEBÉ DE COGERSE AL PECHO.....

ESCASA GANANCIA DE PESO DEL NIÑO.....

EXPERIENCIA NEGATIVA EN UNA LACTANCIA ANTERIOR.....

CUESTIONES LABORALES POR PARTE DE LA MADRE.....

PROBLEMAS DE SALUD DE LA MADRE (ESPECIFICAR).....

OTROS (ESPECIFICAR).....

3) QUE SUPLEMENTO NUTRICIONAL UTILIZÓ....?

FÓRMULAS	
LECHE DE VACA NATURAL/PROCESADA	
OTROS (ESPECIFICAR)	

4) CUÁNDO COMENZÓ A RECIBIR SUPLEMENTOS NUTRICIONALES EL NIÑO O NIÑA....?

MES.....

5) CUÁL ES EL ORIGEN PRINCIPAL DEL AGUA CUANDO PREPARABA LOS BIBERONES DE SU NIÑO O NIÑA....?

AGUA MUNICIPAL (DEL GRIFO).....

POZO PRIVADO.....

AGUA EMBOTELLADA.....

OTRO ORIGEN (ESPECIFICAR).....

6) ESTERILIZA EL AGUA PARA PREPARAR LOS BIBERONES.....?

SI	
NO	

7) CUÁNTAS VECES EL NIÑO SE ENFERMO DE DIARREA POR LO CUAL FUE TRAÍDO AL CENTRO DE SALUD...?

8) CUÁNTAS VECES EL NIÑO SE ENFERMO DE GRIPE POR LO CUAL FUE TRAÍDO AL CENTRO DE SALUD...?

9) HA SIDO HOSPITALIZADO...?

SI	
NO	

10) MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN...?

PROBLEMAS RESPIRATORIOS (IRA)	
DIARREA (EDA)	
OTROS	

11) PESO Y TALLA DEL NIÑO...? (PRÁCTICO)

PESO	TALLA	IMC
#	#	#
TABLAS Z		

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA: “RELACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA VERSUS LA LACTANCIA MATERNA MÁS SUPLEMENTACIÓN EN LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA, CON LA MORBILIDAD PRESENTADA EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE JUAN BENIGNO VELA EN EL PERÍODO 1 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014”

AUTOR: EDISSON FERNANDO PEÑA PE' REZ

CONFIDENCIALIDAD

LA INFORMACIÓN OBTENIDA SERÁ CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA, LOS DATOS OBTENIDOS SE EXPONDRÁN DE MANERA GENERAL Y NO SE HARÁ ESPECIFICACIONES DE NINGUNA CLASE

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO ES DE TIPO VOLUNTARIA. USTED PUEDE NEGARSE A PARTICIPAR EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE EL ESTUDIO, SIN PERJUICIO ALGUNO, NI PÉRDIDA DE SUS DERECHOS.

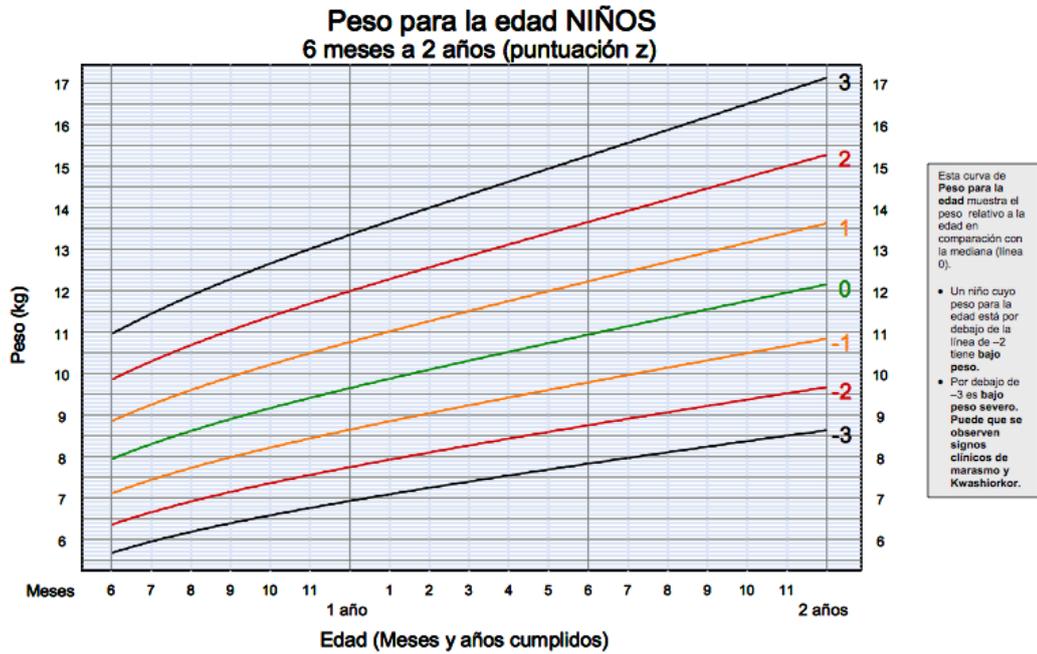
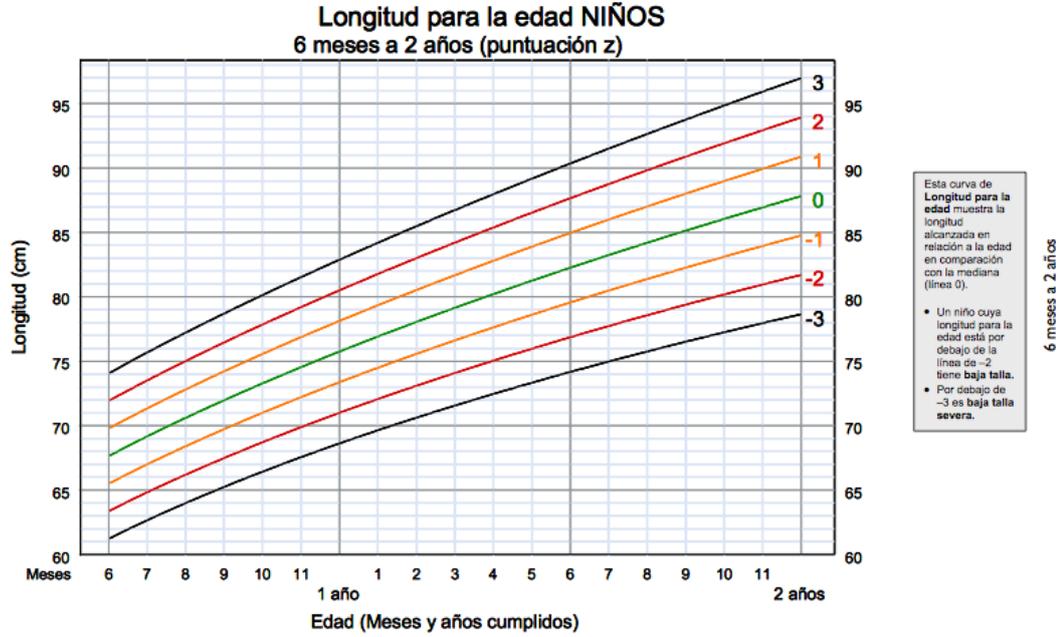
CONSENTIMIENTO

HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO, TAMBIÉN HE RECIBIDO RESPUESTAS A TODAS MIS PREGUNTAS, POR LO QUE ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO. AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, ACEPTO LAS CONCIONES EN QUE SE REALIZA SIN RENUNCIAR A MIS DERECHOS LEGALES QUE TENGO COMO PARTICIPANTE EN ESTA INVESTIGACIÓN

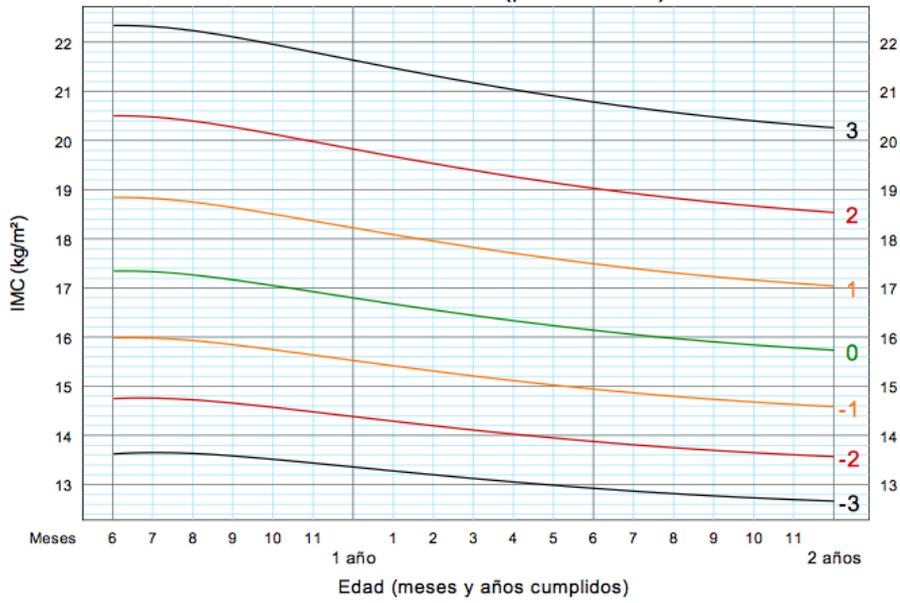
NOMBRE.....

FIRMA.....

ANEXO 3. TABLAS. INTERPRETANDO LOS INDICADORES DE CRECIMIENTO, OMS.



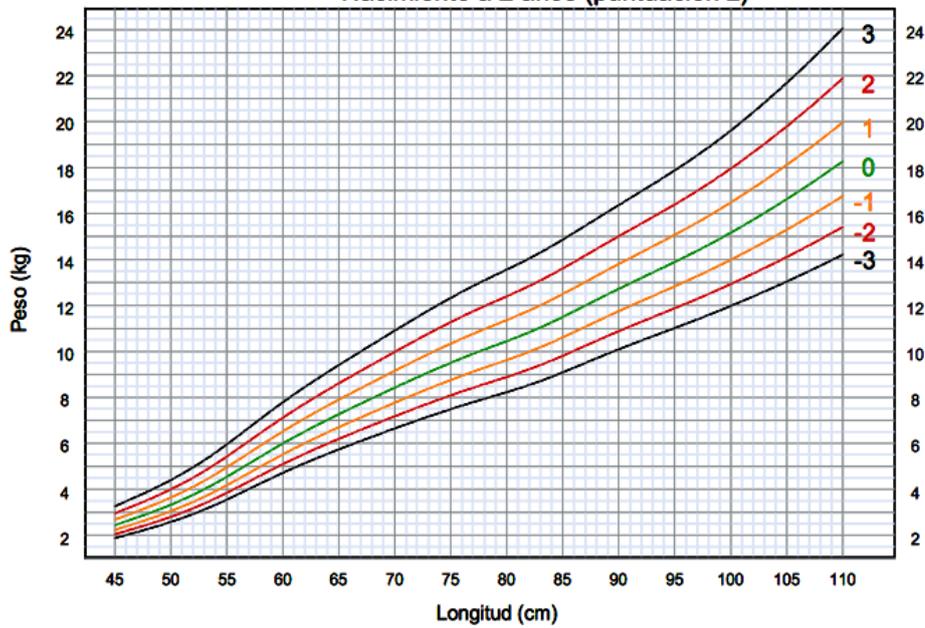
IMC para la edad NIÑOS 6 meses a 2 años (puntuación z)



Esta curva de IMC para la edad muestra el Índice de Masa Corporal (una razón del peso para la longitud) para la edad del niño en comparación con la mediana (línea 0). El IMC para la edad es especialmente útil para examinar por sobrepeso.

- Un niño cuyo IMC para la edad está por encima de 3 está obeso
- Por encima de 2 tiene sobrepeso
- Por encima de 1 tiene posible riesgo de sobrepeso.

Peso para la longitud NIÑOS Nacimiento a 2 años (puntuación z)



Esta curva de Peso para la longitud muestra el peso relativo a la longitud en comparación con la mediana (línea 0).

- Un niño cuyo peso para la longitud está por encima de 3 está obeso
- Por encima de 2 tiene sobrepeso
- Por encima de 1 tiene posible riesgo de sobrepeso
- Por debajo de la línea de -2 está emaciado.
- Por debajo de -3 tiene emaciación severa. Refiérralo a atención especializada urgente.

Nacimiento a 2 años

**ANEXO 4. INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y MATERIALES UTILIZADO
EN EL CENTRO DE SALUD**



